

# Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder

J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2010;49(4):414 – 430

Tradotto e riprodotto con l'autorizzazione dell' American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, (c) All Rights Reserved, 2019”.

## **Raccomandazione 7. I farmaci SSRI possono essere considerati per il trattamento dei bambini e degli adolescenti con PTSD (OP).**

Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina sono approvati per gli adulti sofferenti di PTSD e sono gli unici farmaci che dimostrano di far diminuire efficacemente i sintomi in tutti e tre i gruppi di sintomi in adulti con PTSD. [91-95]. Ci sono importanti differenze tra adulti e bambini riguardo alla fisiologia e alle manifestazioni del PTSD [94] che possono avere conseguenze differenziate circa l'uso e l'efficacia dei farmaci in questa fascia d'età. La storia dell'uso degli antidepressivi con i bambini [95] (cioè, i risultati preliminari degli esordi più tardi vennero riconosciuti largamente attribuibili all'effetto placebo) dà una dimostrazione del perché i clinici dell'infanzia dovrebbero essere cauti nel basare le decisioni di trattamento sulla letteratura che riguarda gli adulti, e del perché occorrono molti studi sperimentali sui farmaci per i bambini con PTSD. Un recente studio sul trattamento per PTSD acuto, che coinvolge più di 6000 partecipanti adulti, ha mostrato che quelli che hanno aderito al trattamento farmacologico hanno significativamente peggiorato i sintomi di PTSD rispetto a quelli che hanno accettato di ricevere una psicoterapia [34]. Evidenze preliminari hanno suggerito che gli SSRI possono essere benefici nel ridurre i sintomi di PTSD nel bambino. Seedat et al. [96 ut] hanno confrontato il tasso di miglioramento tra un gruppo di 24 tra bambini e adolescenti e un gruppo di 14 adulti trattati con citalopram tra 20 e 40 mg/die; hanno dimostrato miglioramenti equivalenti nei due gruppi. Uno studio turco sperimentale 'in aperto' sulla fluoxetina ha mostrato efficacia nel migliorare i sintomi di PTSD correlati a un terremoto in 26 partecipanti tra 7 e 17 anni [97].

Due recenti studi randomizzati hanno valutato l'efficacia dei farmaci SSRI per trattare il PTSD in bambini e adolescenti. Il primo non ha trovato alcuna superiorità della sertralina sul placebo in 67 bambini con iniziale diagnosi di PTSD, sebbene ambedue i gruppi avessero sperimentato un significativo miglioramento facendo pensare a un forte effetto placebo [98 rct]. Il secondo studio ha confrontato un trattamento TF-CBT con aggiunta di sertralina con la stessa psicoterapia con aggiunta di placebo per 24 ragazzi tra i 10 e i 17 anni con sintomi di PTSD correlati ad abuso sessuale [99 rct]. Tutti i ragazzi sono migliorati significativamente senza differenze gruppo-tempo tranne che nel punteggio del Children's Global Assessment Scale. Questo studio conclude che sebbene cominciare il trattamento combinando sertralina e TF-CBT possa essere di beneficio per alcuni bambini, è generalmente preferibile cominciare con la sola TF-CBT e aggiungere un farmaco SSRI solo se la gravità dei sintomi del bambino o la mancata risposta suggerisca la necessità di un intervento ulteriore.

I bambini con un disturbo depressivo maggiore in comorbidità, con un disturbo d'ansia generalizzata, con un disturbo ossessivo-compulsivo o altri disturbi di cui è nota la risposta al SSRI possono trarre beneficio dall'aggiunta più precoce del SSRI al trattamento. Più del 60% dei partecipanti allo studio che ha impiegato la TF-CBT più la sertralina [99] aveva un disturbo depressivo maggiore in comorbidità, e ancora i risultati non indicano chiaramente se il beneficio dell'aggiunta di sertralina riguarda il miglioramento degli indicatori di PTSD o della depressione.

Dati recenti hanno prospettato qualche rischio associato ai farmaci SSRI [100, 101]. In più, gli SSRI possono essere eccessivamente attivanti in alcuni bambini e portare a irritabilità, cattiva qualità del sonno o distrazione; poiché questi sono i sintomi della componente di ipervigilanza del PTSD, gli

SSRI possono non essere i farmaci ottimali per questi bambini. In queste circostanze potrebbe essere necessario considerare opzioni alternative di farmaci psicotropi. Sulla base delle informazioni di cui sopra, ci sono dati insufficienti per supportare l'uso dei soli SSRI (cioè in assenza di psicoterapia) per il trattamento del PTSD nell'infanzia.

**Raccomandazione 8. Farmaci diversi dagli SSRI possono essere presi in considerazione per bambini e adolescenti con PTSD (OP).**

Algoritmi e linee guida per il trattamento di adulti con PTSD suggeriscono che gli SSRI possono essere raccomandati per questi pazienti come una monoterapia farmacologica; agenti antiadrenergici come la clonidina e il propranololo possono essere utili nel ridurre i sintomi di ipereccitazione e di riattivazione; anti convulsivi possono essere promettenti per trattare i sintomi di PTSD diversi dall'evitamento; le benzodiazepine non sono state trovate vantaggiose nel trattare i sintomi specifici di PTSD [102, 103].

Qualche evidenza derivata da studi clinici 'in aperto' ha suggerito che farmaci diversi dagli SSRI possono essere utili per ragazzi con sintomi di PTSD. Questi includono agenti adrenergici alfa e beta bloccanti, nuovi principi attivi antipsicotici, antidepressivi non SSRI, stabilizzanti dell'umore e oppiacei. Robert et al. [104 rct] hanno assegnato casualmente bambini ospedalizzati con Disturbo Acuto da Stress per ustioni a ricevere imipramina o idrato di cloro. Questo studio ha dimostrato che dopo 6 mesi i bambini che avevano ricevuto imipramina avevano significativamente meno probabilità di sviluppare un PTSD rispetto a quelli che avevano ricevuto idrato di cloro. Comunque, sulla base della preoccupazione circa rari ma seri effetti collaterali cardiaci, gli antidepressivi triciclici non sono raccomandati come intervento preventivo di prima scelta per il PTSD nei bambini. Saxe et al. [105 rct] hanno condotto su bambini ospedalizzati per ustioni acute uno studio osservativo della relazione tra il dosaggio di morfina e successivo sviluppo di PTSD e hanno trovato che, a parità di esperienza soggettiva di dolore, c'era una significativa associazione lineare tra il dosaggio medio di morfina (mg/kg/die) e la riduzione dopo 6 mesi nei sintomi di PTSD.

C'è qualche evidenza della presenza maggiore di dopamina nei bambini e negli adulti con PTSD [16], che si ritiene contribuisca alle caratteristiche persistenti e generalizzate della paura nel PTSD. Agenti che bloccano la dopamina come i neurolettici possono quindi ridurre taluni sintomi del PTSD. Uno studio 'in aperto' sul risperidone ha portato la remissione di gravi sintomi di PTSD in 13 ragazzini su 18 [106 ut]. Questi bambini avevano alte percentuali di sintomi in comorbidità che ci si poteva aspettare che rispondessero positivamente al risperidone; per esempio, l'85% aveva anche un ADHD e il 35% aveva un disturbo bipolare.

C'è anche evidenza di un tono e di una risposta adrenergici aumentati nei bambini con PTSD [15]. Sia gli agenti antiadrenergici alfa che beta bloccanti sono stati usati con qualche successo in bambini con sintomi di PTSD. La clonidina in due studi 'in aperto' su bambini con PTSD ha provocato la riduzione della frequenza cardiaca, e dei sintomi di ansia, impulsività e ipereccitazione. [107 ut, 108 ut]. In uno studio analitico su un caso, il trattamento con clonidina ha migliorato il sonno e aumentato l'integrità neurale del cingolato anteriore [109 cs]. Il propranololo in uno studio 'in aperto' ha ridotto i sintomi di riattivazione e di ipereccitazione in bambini con sintomi di PTSD [110 ut].

Anche l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene è disregolato nei bambini con PTSD, in modi complessi. Questo fa pensare a un potenziale meccanismo per futuri interventi farmacologici, per esempio attraverso l'uso di antagonisti degli ormoni a rilascio di corticotropina [103 p 97]. Comunque non sono state condotte ad oggi sperimentazioni di questi farmaci sui bambini.