

Analýza výskytu duševných porúch v jednotlivých štádiách psychosociálneho vývinu

Sofia Lisíková
Veronika Rybanská

Materiál prezentuje názory autorov, ktoré nemusia nevyhnutne odzrkadľovať oficiálne názory a politiky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky. Práca neprešla jazykovou úpravou. Prístup k dátam a ich spracovanie bol zabezpečený výlučne analytikmi a analytičkami Inštitútu zdravotných analýz MZ SR.

Za cenné rady, pripomienky a revíziu ďakujeme: Jakub Červený a Silvia Antalová.

Obsah

Zhrnutie	4
1. Duševné zdravie detí a mládeže.....	5
2. Metodológia	7
3. Psychosociálny vývin a duševné zdravie jednotlivých vekových skupín	10
3.1. Veková skupina predškolského veku 3-6 rokov.....	15
3.2. Veková skupina mladšieho školského veku 7-10 rokov	17
3.3. Veková skupina v adolescentnom veku 11-15 rokov	19
3.4. Veková skupina v neskorom adolescentnom veku 16-19 rokov	21
3.5. Veková skupina v skorej dospelosti vo veku 20-26 rokov	24
Záver a odporúčania	27
Referencie.....	29

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1. Analyzované duševné poruchy.....	7
Tabuľka 2. Štádiá psychosociálneho vývinu.....	9

Zoznam grafov

Graf 1. Prevalencia pacientov s diagnózami v skupine F2 podľa vekových skupín (2016 – 2023)*	11
Graf 2. Prevalencia pacientov s diagnózami v skupine F3 podľa vekových skupín (2016 – 2023).	11
Graf 3. Prevalencia pacientov s diagnózami v skupine F4 podľa vekových skupín (2016 – 2023).	11
Graf 4. Prevalencia pacientov s diagnózami v skupine F5 podľa vekových skupín (2016 – 2023).	11
Graf 5. Prevalencia pacientov s diagnózami v skupine F9 podľa vekových skupín (od roku 2016)	12
Graf 6. Prevalencia porúch F2 podľa pohlavia.....	13
Graf 7. Prevalencia porúch F3 podľa pohlavia.....	13
Graf 8. Prevalencia porúch F4 podľa pohlavia.....	14
Graf 9. Prevalencia porúch F5 podľa pohlavia.....	14
Graf 10. Prevalencia porúch F9 podľa pohlavia.....	14
Graf 11. Top 5 diagnóz pre vekovú skupinu 3-6 rokov.	15
Graf 12. Prevalencia podľa skupiny diagnóz pre vekovú skupinu 3-6 rokov.....	16
Graf 13. Top 5 diagnóz pre vekovú skupinu 3-6 rokov.	18
Graf 14. Prevalencia podľa skupiny diagnóz vo vekovej skupine 7-10 rokov.....	19
Graf 15. Top 5 diagnóz vo vekovej skupine 11-15 rokov.	20
Graf 16. Počty pacientov podľa skupiny diagnóz vo vekovej skupine 11-15 rokov.	21
Graf 17. Top 5 diagnóz vo vekovej skupine 16-19 rokov.	22
Graf 18. Prevalencia podľa skupiny diagnóz vo vekovej skupine 16-19 rokov.	23
Graf 19. Top 5 diagnóz vo vekovej skupine 20-26 rokov.	25
Graf 20. Počty pacientov podľa skupiny diagnóz vo vekovej skupine 20-26 rokov.	26

Zhrnutie

Duševné zdravie detí a mladých ľudí predstavuje významnú prioritu verejného zdravia, keďže významná časť duševných porúch sa začína už v detstve a adolescencii. Celosvetovo trpí duševnou poruchou približne jeden zo siedmich adolescentov a väčšina porúch sa objavuje ešte pred dosiahnutím dospelosti, čo zdôrazňuje význam včasnej prevencie a intervencie. Duševné zdravie je formované komplexnou interakciou individuálnych, rodinných, školských a širších sociálnych faktorov, ktoré môžu pôsobiť ako ochranné alebo rizikové determinanty. Výsledky analýzy zároveň ukazujú, že štruktúra diagnostikovaných porúch sa mení v priebehu vývinových období – v detstve dominujú poruchy správania a emočnej regulácie, zatiaľ čo v adolescencii a ranej dospelosti narastá význam úzkostných a afektívnych porúch. Tento vývoj naznačuje vývinovú kontinuitu problémov duševného zdravia, pri ktorej sa skoré ťažkosti môžu transformovať alebo pretrvávajú v ďalších životných obdobiach. Podpora duševného zdravia detí a mladých ľudí si preto vyžaduje nielen dostupnú diagnostiku a liečbu, ale aj systematické preventívne opatrenia a koordinované verejné politiky v oblasti zdravotníctva, školstva a sociálnej podpory. Investície do podpory duševného zdravia v raných životných obdobiach tak predstavujú jednu z najefektívnejších stratégií na zlepšenie zdravotných a sociálnych výsledkov populácie.

1. Duševné zdravie detí a mládeže

Duševné zdravie detí a mladých ľudí predstavuje významnú prioritu verejného zdravia a globálneho rozvoja. Podľa definície Svetovej zdravotníckej organizácie ide o stav pohody, v ktorom jednotlivec dokáže realizovať svoj potenciál, zvládať bežné životné stresy, pracovať produktívne a prispievať k svojej komunite (WHO, 2004). Duševné zdravie je zároveň formované sociálnymi, ekonomickými a fyzickými podmienkami, v ktorých deti a mladí ľudia vyrastajú (WHO, 2014).

Celosvetovo trpí duševnými poruchami približne jeden zo siedmich adolescentov vo veku 10–19 rokov (Erskine et al., 2016; Vos et al., 2020). Depresia patrí medzi hlavné príčiny zdravotného znevýhodnenia mladých ľudí a dobrovoľné ukončenie života patrí medzi najčastejšie príčiny úmrtí v adolescencii (WHO, 2021). Väčšina duševných porúch sa pritom začína ešte pred dosiahnutím dospelosti – približne polovica pred 14. rokom života a tri štvrtiny do polovice tretej dekády (WHO, 2021). Tieto zistenia poukazujú na zásadný význam včasnej prevencie a intervencie.

Psychosociálny vývin zohráva kľúčovú úlohu pri formovaní trajektórií duševného zdravia počas života. Perspektíva životného cyklu zdôrazňuje, že výsledky duševného zdravia sú výsledkom kumulatívnych skúseností a expozícií naprieč životom (Elder, 1998). Skoré detstvo je pritom obzvlášť citlivým obdobím – prvých 1 000 dní života predstavuje kritické okno pre kognitívny, emocionálny a sociálny vývin (Patel et al., 2018). Podnetné prostredie, adekvátne výživa a bezpečné vzťahy podporujú zdravý vývin mozgu, zatiaľ čo zanedbávanie, násilie či chronický stres môžu zvýšiť riziko neskorších duševných porúch (Hughes et al., 2017).

Významnú úlohu zohrávajú aj sociálne prostredia, v ktorých deti vyrastajú. V ranom detstve dominuje vplyv rodiny, zatiaľ čo s pribúdajúcim vekom nadobúdajú väčší význam škola a rovesnícke vzťahy (Kieling et al., 2011). Rodičovské praktiky, duševné zdravie opatrovateľov, expozícia násiliu či kvalita školského prostredia ovplyvňujú emocionálnu reguláciu, sebaobraz a schopnosť zvládať stres (Knerr et al., 2013).

S nástupom puberty a adolescencie sa objavujú nové biologické a psychosociálne výzvy. Formovanie identity, zmeny v rovesníckych vzťahoch a zvýšená expozícia rizikovému správaniu sa spájajú s významnými emocionálnymi a sociálnymi prechodmi. V tomto období zároveň narastá význam širšieho spoločenského kontextu, vrátane rodových noriem, sociálnych očakávaní či ekonomických tlakov, ktoré môžu prispievať k zvýšenému riziku duševných problémov, ako sú depresia, úzkosť alebo poruchy súvisiace s užívaním návykových látok (WHO, 2021; Sharma et al., 2021).

Tieto procesy možno vysvetliť prostredníctvom socio-ekologického modelu (Bronfenbrenner, 1979), ktorý zdôrazňuje, že duševné zdravie detí a adolescentov je ovplyvňované faktormi na viacerých úrovniach – individuálnej, interpersonálnej, komunitnej a štrukturálnej. Rodinné a rovesnícke vzťahy formujú každodenné skúsenosti, zatiaľ čo dostupnosť služieb, bezpečnosť prostredia a širšie sociálne determinanty, ako chudoba alebo sociálne nerovnosti, ovplyvňujú možnosti podpory (Patel et al., 2013; WHO, 2014).

Prierezové determinanty, ako stigma, diskriminácia, zdravotné znevýhodnenie či socioekonomický status, zároveň pôsobia rôzne v závislosti od veku a kontextu. Negatívne skúsenosti v detstve, napríklad zanedbávanie alebo domáce násilie, sú spojené s vyšším rizikom depresie, úzkosti či posttraumatickej stresovej poruchy v neskoršom živote (Hughes et al., 2017). Krízy ako pandémia COVID-19 tieto zraniteľnosti ešte prehľbujú, pričom vyššie miery depresívnych a úzkostných symptómov boli zaznamenané najmä u starších adolescentov a dievčat (Sharma et al., 2021; Chatterjee et al., 2020).

Duševné zdravie je preto potrebné chápať ako kontinuum od psychickej pohody po závažné duševné poruchy (Keyes, 2002; UNICEF, 2021). Investície do podpory duševného zdravia a intervencie zamerané na rizikové a protektívne faktory na úrovni rodiny, školy, komunity a spoločnosti sú kľúčové pre podporu pohody, prevenciu duševných porúch a znižovanie zdravotných nerovností.

2. Metodológia

Analýza vychádza z anonymizovaných administratívnych dát zdravotných poisťovní z databázy NCZI. Dáta obsahujú informácie o poistencoch a o poskytnutej zdravotnej starostlivosti vrátane diagnostických kódov podľa klasifikácie MKCH-10, dátumov poskytnutia zdravotnej starostlivosti a základných demografických charakteristík pacientov. Z databázy boli extrahované údaje o anonymizovanom identifikátore pacienta, dátume narodenia, pohlaví, dátume zdravotného výkonu alebo kontaktu so zdravotníckym systémom a diagnostikom kóde. Do analýzy boli zahrnutí jednotlivci vo veku od 3 do 26 rokov. Sledovaná populácia bola rozdelená do nižšie popísaných vekových skupín. Duševné poruchy boli identifikované na základe diagnostických kódov MKCH-10 z kapitoly F (duševné poruchy a poruchy správania).

Tabuľka 1. Analyzované duševné poruchy.

Skupina diagnóz	Názov skupiny	Kód diagnózy	Plný názov diagnózy (MKCH-10)
F2	Schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi	F20	Schizofrénia
		F23	Akútne a prechodné psychotické poruchy
		F25	Schizoafektívne poruchy
		F28	Iné neorganické psychotické poruchy
		F29	Nešpecifikovaná neorganická psychóza
F3	Afektívne poruchy nálady	F30	Manická epizóda
		F31	Bipolárna afektívna porucha
		F32	Depresívna epizóda
		F33	Recidivujúca depresívna porucha
F4	Neurotické, stresom podmienené a somatoformné poruchy	F40	Fobické úzkostné poruchy
		F41	Iné úzkostné poruchy
		F41.0	Panická porucha
		F41.1	Generalizovaná úzkostná porucha
		F41.2	Zmiešaná úzkostno-depresívna porucha
		F42	Obsedantno-kompulzívna porucha
		F43	Reakcia na závažný stres a adaptačné poruchy
		F45	Somatoformné poruchy
		F48	Iné neurotické poruchy
F5	Poruchy správania spojené s fyziologickými poruchami a telesnými faktormi	F50.0	Mentálna anorexia
		F50.1	Atypická mentálna anorexia
		F50.2	Mentálna bulímia
		F51	Neorganické poruchy spánku
F9	Poruchy správania a emočné poruchy začínajúce v detstve a adolescencii	F91	Poruchy správania
		F92	Zmiešané poruchy správania a emócií
		F93	Emočné poruchy začínajúce v detstve

Prevalencia duševných porúch bola analyzovaná v niekoľkých časových perspektívach. Jednoročná prevalencia bola definovaná ako počet unikátnych pacientov, u ktorých sa daná diagnóza vyskytla v priebehu konkrétneho kalendárneho roka. Trojročná prevalencia bola definovaná ako počet unikátnych pacientov s výskytom danej diagnózy v priebehu trojročného obdobia. Okrem toho bola analyzovaná aj celoživotná

prevalencia v rámci dostupného dátového obdobia, ktorá zahŕňala všetkých pacientov, u ktorých bola daná diagnóza zaznamenaná aspoň raz počas celého sledovaného obdobia databázy.

Jednotlivé diagnózy boli do týchto časových kategórií zaradené na základe ich klinického charakteru a typického priebehu ochorenia. Diagnózy považované za chronické alebo dlhodobu pretrvávajúce boli analyzované pomocou celoživotnej prevalencie. Do tejto skupiny patrili najmä psychotické a bipolárne poruchy a niektoré poruchy príjmu potravy (MKCH-10 kódy F20, F25, F28, F31, F500, F501, F502, F503).

Diagnózy s epizodickým alebo recidivujúcim priebehom boli analyzované pomocou trojročnej prevalencie. Do tejto skupiny boli zaradené najmä depresívne a úzkostné poruchy (MKCH-10 kódy F32, F33, F40, F41, F42, F410, F411, F412, F48, F91, F92).

Diagnózy s typicky krátkodobejším alebo akútnym priebehom boli hodnotené pomocou jednoročnej prevalencie. Do tejto kategórie patrili najmä akútne psychotické poruchy, manické epizódy, reakcie na stres a niektoré poruchy spánku (MKCH-10 kódy F23, F29, F30, F43, F51, F93).

Diagnózy boli v analytickej fáze agregované na úroveň trojznakových kategórií klasifikácie MKCH-10 (napr. F20 – schizofrénia, F32 – depresívna epizóda, F33 – rekurentná depresívna porucha, F41 – úzkostné poruchy). Takéto zoskupenie umožnilo prehľadnejšie sledovanie výskytu jednotlivých typov duševných porúch v populácii.

Pre vybrané diagnostické skupiny bol pre každého pacienta určený indexový dátum, ktorý predstavuje dátum prvého zaznamenaného výskytu danej diagnózy v dostupných dátach. Indexový dátum bol použitý najmä pri analýze komorbidít a pri identifikácii pacientov, u ktorých sa sledovaná diagnóza vyskytla prvýkrát.

Výber vekových skupín (3–6; 7–10; 11–15; 16–19; 20–26 r.) je konceptuálne zakotvený v Eriksonovom modeli psychosociálneho vývinu, ktorý opisuje psychosociálny vývin a kompetencie v priebehu života, pričom jednotlivé štádiá nie sú striktne viazané na presný vek, ale charakterizujú dominantné výzvy v daných obdobiach (Darling-Fisher, 2019;

Malone, 2015; Erikson, 1950). Eriksonova teória explicitne uvádza, že štádiá sa môžu prekrývať a načasovanie závisí od kultúrnych a individuálnych faktorov, preto sú vekové rozsahy približné. Tento rámec bol preto doplnený o poznatky zo vzdelávacieho kontextu, a tiež výskumom neurologického vývinu, ktorý ukazuje, že exekutívne funkcie a prefrontálny kortex dozrievajú postupne od detstva až do ranej dospelosti. Myelinizácia, synaptické prerezávanie a dozrievanie prefrontálneho kortexu umožňujú postupnú reguláciu emócií, plánovanie a formovanie identity (Satterthwaite et al., 2013; Reynolds et al., 2019; Shaw et al., 2020; Reichelt, 2016). Vekové kategórie sú teda definované kombináciou psychosociálneho vývoja, školských prechodov a súvisiacich sociálnych úloh, neurokognitívneho vývoja exekutívnych funkcií a prefrontálneho kortexu, a sociokultúrnych očakávaní typických pre súčasné vzdelávacie a spoločenské prostredie.

Tabuľka 2. Štádiá psychosociálneho vývinu.

Veková skupina	Eriksonovo štádium	Kľúčový konflikt / psychosociálna úloha	Typické mentálne poruchy a MKCH-10 kódy	Neurovývoj / mozgové zmeny
3–6 rokov (predškolský vek)	Initiative vs. Guilt (<i>Iniciatíva vs. vina</i>)	Rozvíjanie schopnosti plánovať, skúmať svet a presadzovať sa	ADHD (<i>F90.0–F90.2</i>); separačná úzkostná porucha (<i>F93.0</i>); špecifické fóbie (<i>F40.2</i>)	Rýchly rast prefrontálneho kortexu a exekutívnych funkcií; rozvoj plánovania a sociálnej interakcie ^{1, 2, 3}
7–10 rokov (školský vek)	Industry vs. Inferiority (<i>Usilovnosť vs. menejcennosť</i>)	Osvojovanie akademických, sociálnych a fyzických zručností; porovnanie s rovesníkmi	Poruchy správania (<i>F91.0–F91.9</i>); špecifické poruchy učenia (<i>F81</i>); generalizovaná úzkostná porucha (<i>F41.1</i>); depresívne epizódy (<i>F32.0–F32.1</i>)	Pokračujúce prerezávanie synapsí a myelinizácia zlepšujú efektívnosť mozgových sietí; rozvoj pracovnej pamäti a kognitívnej flexibility ^{4, 5, 1}
11–15 rokov (raná/stredná adolescencia)	Identity vs. Role Confusion (<i>Ego-identita vs. konfúzia rolí</i>)	Hľadanie osobnej identity, sociálnych rolí a hodnotových systémov	Poruchy nálady (<i>F31, F32</i>); poruchy príjmu potravy (<i>F50.01–F50.2</i>); poruchy užívania návykových látok (<i>F10–F19</i>); sociálna úzkosť (<i>F40.1</i>)	Intenzívna remodelácia mozgu, najmä amygdaly a prefrontálneho kortexu; zvýšená dopamínová aktivita v systéme odmeňovania ^{6, 1, 2}
16–19 rokov (neskorá adolescencia)	Pokračovanie Identity vs. Role Confusion	Konsolidácia identity, rozhodnutia o kariére a vzdelaní	Poruchy nálady; poruchy príjmu potravy; poruchy správania; úzkostné poruchy	Prefrontálny kortex a exekutívne funkcie stále dozrievajú; zlepšuje sa plánovanie, kontrola impulzov a sebariadenie ^{1, 6, 2}
20–26 rokov (mladá dospelosť)	Intimacy vs. Isolation (<i>Intimita vs. osamelosť</i>)	Formovanie stabilných intímnych vzťahov a sociálnych väzieb	Depresívne poruchy (<i>F33.2</i>); GAD (<i>F41.1</i>); poruchy osobnosti (<i>F60.2–F60.3</i>); adaptačné poruchy (<i>F43.20–F43.29</i>)	Prefrontálny kortex dosahuje plnú zrelosť; zlepšená emocionálna regulácia, rozhodovanie a dlhodobé plánovanie ^{6, 7, 2}
[1] Darling Fisher, 2019 [2] Fitch & Marshall, 2022 [3] Satterthwaite et al., 2013 [4] Reynolds et al., 2019 [5] Satterthwaite et al., 2013 [6] Shaw et al., 2020 [7] Reichelt, 2016				

3. Psychosociálny vývin a duševné zdravie

jednotlivých vekových skupín

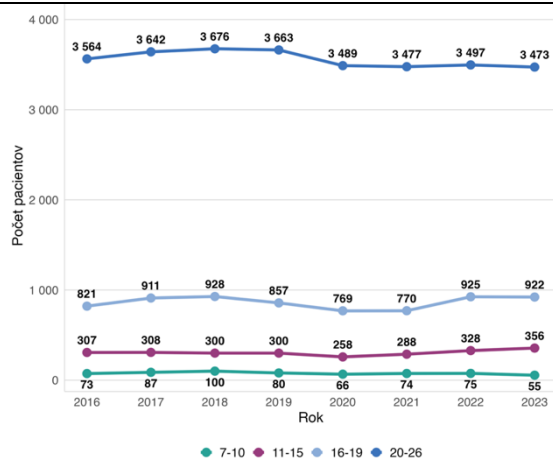
Jednotlivé štádiá psychosociálneho vývinu poskytujú praktický rámec na pochopenie psychosociálneho vývinu a identifikáciu výziev v rôznych životných obdobiach. Vzájomné prepojenie biologických, psychologických a sociálnych faktorov pomáha odborníkom a zdravotníckym pracovníkom lepšie cieľiť intervencie pri duševnom zdraví. Nástroje ako Erikson Psychosocial Stage Inventory (EPSI) a jeho modifikovaná verzia (MEPSI) umožňujú hodnotiť psychosociálne výzvy a podľa nich plánovať vhodnú podporu. Rámec je taktiež užitočný pre lekárov, psychológov, ošetrovateľské a interdisciplinárne tímy pri práci s pacientmi počas dôležitých životných prechodov, ako je začiatok školskej dochádzky, adolescencia, či vstup do práce.

Prevalencia diagnóz súvisiacich s duševným zdravím sa významne mení v závislosti od vývinového obdobia. V ranom a strednom detstve sú častejšie diagnostikované najmä neurovývinové a behaviorálne poruchy, napríklad poruchy pozornosti a správania, ktorých symptómy majú často externalizačný charakter (WHO, 2000; Polanczyk et al., 2015). Tento vývinový vzorec sa odráža aj v analyzovaných dátach, kde poruchy skupiny F9 dosahujú najvyššie hodnoty vo vekovej skupine 11–15 rokov, teda v období školského veku a skorého dospievania.

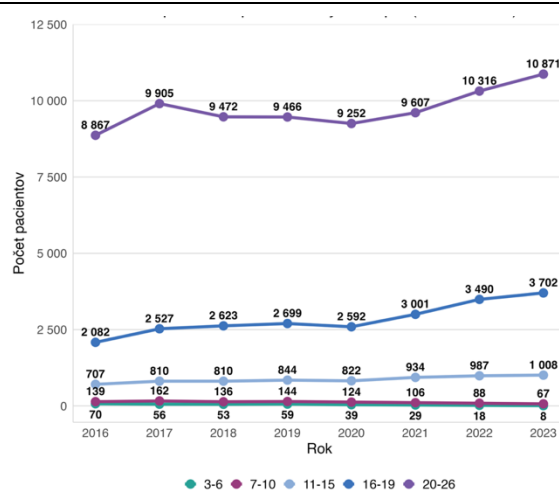
S nástupom adolescencie podľa literatúry narastá výskyt afektívnych porúch (MKCH-10 F3) a úzkostných a stresom podmienených porúch (F4), pričom depresívne a úzkostné symptómy sa častejšie objavujú po nástupe puberty (Kessler et al., 2005; Sawyer et al., 2012). Tento trend je viditeľný aj v analyzovaných údajoch, kde prevalencia porúch skupín F3 a F4 postupne narastá už vo vekových skupinách 11–15 a 16–19 rokov a následne pokračuje do ranej dospelosti. Adolescencia zároveň predstavuje obdobie zvýšeného rizika vzniku porúch súvisiacich s užívaním psychoaktívnych látok (F1) (Degenhardt et al., 2008) a porúch príjmu potravy (F5), ktoré sa často začínajú objavovať práve v tomto období (Erskine et al., 2012). Tento vývinový vzorec sa prejavuje aj postupným nárastom prevalencie porúch skupiny F5 od adolescencie smerom k ranej dospelosti. Skorá

dospelosť pritom predstavuje kritické obdobie aj z hľadiska nástupu závažnejších psychiatrických porúch vrátane psychotických ochorení, pričom väčšina celoživotných duševných porúch má prvý výskyt do 24. roku života (Kessler et al., 2005). V analyzovaných dátach preto veková skupina 20–26 rokov predstavuje skôr obdobie, v ktorom sa prípady jednotlivých porúch kumulujú a dosahujú najvyššie hodnoty.

Graf 1. Prevalencia pacientov s diagnózami v skupine F2 podľa vekových skupín (2016 – 2023)*.



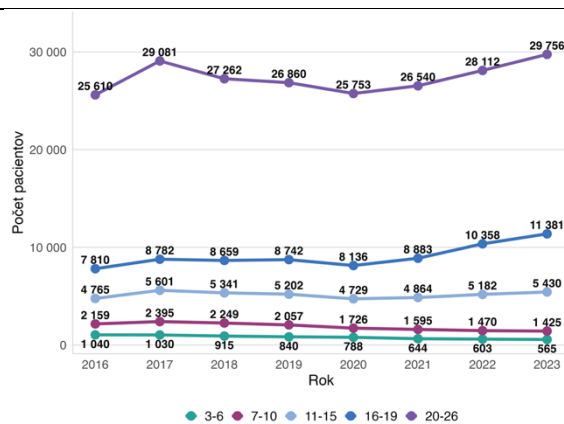
Graf 2. Prevalencia pacientov s diagnózami v skupine F3 podľa vekových skupín (2016 – 2023).



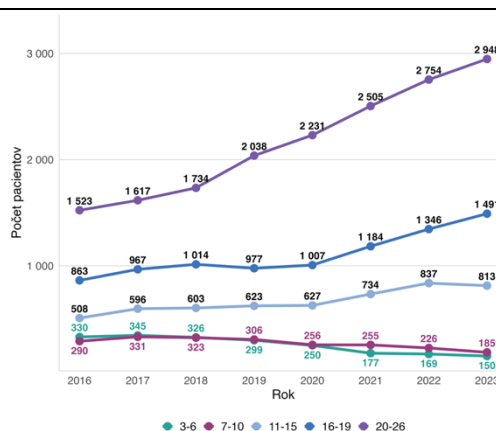
* veková skupina 3–6 rokov bola z analýzy vynechaná, nakoľko počet prípadov v tejto vekovej kategórii bol zanedbateľný

* veková skupina 7–10 rokov bola v analýze zachovaná pre kontinuitu vekových kategórií. Avšak diagnózy zo skupiny F2 sa v tomto veku vyskytujú len zriedkavo. Výsledky pre túto vekovú skupinu je preto potrebné interpretovať s opatrnosťou.

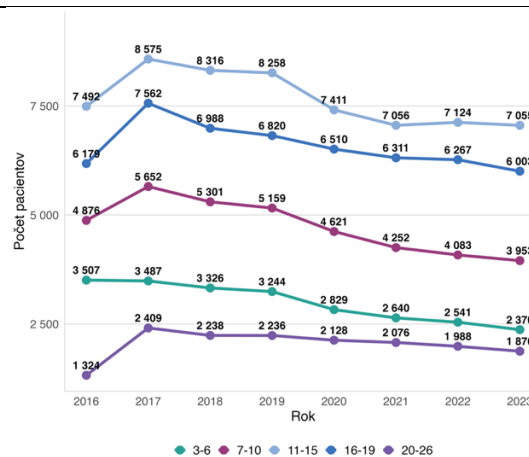
Graf 3. Prevalencia pacientov s diagnózami v skupine F4 podľa vekových skupín (2016 – 2023).



Graf 4. Prevalencia pacientov s diagnózami v skupine F5 podľa vekových skupín (2016 – 2023).



Graf 5. Prevalencia pacientov s diagnózami v skupine F9 podľa vekových skupín (od roku 2016)

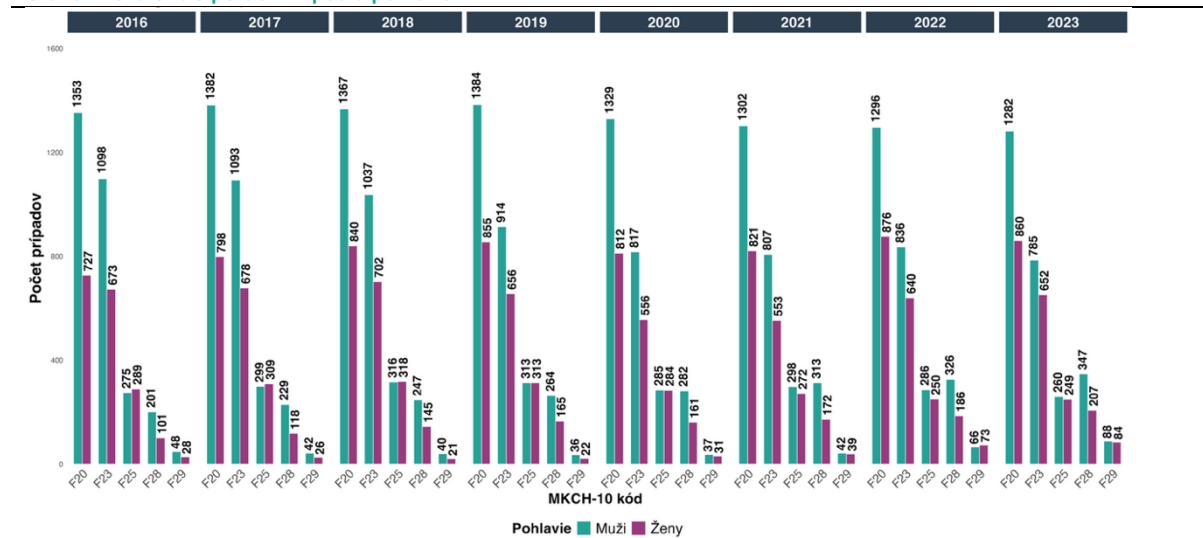


Výskum konzistentne poukazuje na to, že okrem veku je prevalencia diagnóz súvisiacich s duševným zdravím ovplyvnená aj pohlavím. Poruchy súvisiace s užívaním psychoaktívnych látok (MKCH-10 F1) sú častejšie diagnostikované u chlapcov a mladých mužov, pričom rozdiely sa výraznejšie prejavujú najmä v adolescencii a skorej dospelosti (WHO, 2000; Seedat et al., 2009). Podobný rodový vzorec možno pozorovať aj pri závažných psychotických poruchách (F2), kde je prevalencia vyššia u mužov, najmä pri diagnóze F20 (schizofrénia). Tento výsledok je v súlade s poznatkami z literatúry, podľa ktorých sa schizofrénia u mužov často objavuje skôr a častejšie v mladšom veku, zatiaľ čo u žien má nástup tendenciu byť neskorší.

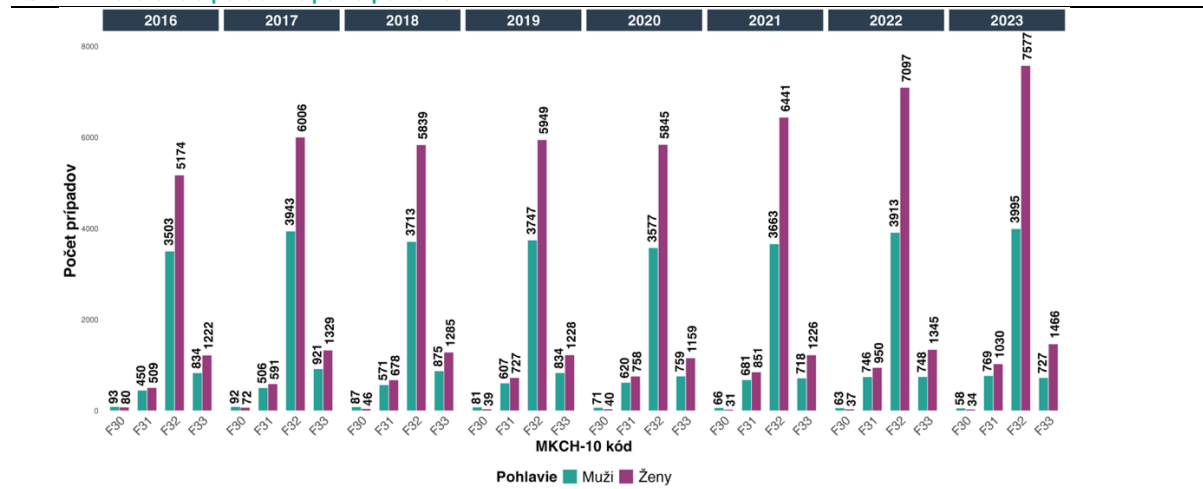
Naopak, afektívne poruchy (F3), najmä depresívne poruchy, vykazujú vyššiu prevalenciu u dievčat už od obdobia puberty, pričom tento rozdiel pretrváva aj v mladom dospelom veku (Kessler et al., 2003; WHO, 2017). Tento trend sa odráža aj v analyzovaných dátach, kde je pri diagnóze F32 (depresívna epizóda) dlhodobo vyšší počet prípadov u žien. Podobný rodový vzorec sa pozoruje aj pri úzkostných a stresom podmienených poruchách (F4), vrátane diagnóz ako F41 alebo F43, ktoré sú častejšie diagnostikované u žien. Literatúra tento rozdiel vysvetľuje kombináciou biologických, hormonálnych a psychosociálnych faktorov, ako aj rozdielmi v spôsobe zvládania stresu a vo vyhľadávaní odbornej pomoci (Seedat et al., 2009).

Výrazné rodové rozdiely sa prejavujú aj pri poruchách príjmu potravy (F5), ktoré majú podľa epidemiologických štúdií výrazne vyššiu prevalenciu u dievčat a mladých žien (Erskine et al., 2012; WHO, 2017). V analyzovaných údajoch sa tento vzorec prejavuje najmä pri diagnóze F50, kde počet prípadov u žien výrazne preyšuje počet prípadov u mužov, najmä v období adolescencie a ranej dospelosti. Naopak, v detstve sú u chlapcov častejšie diagnostikované externalizačné a neurovývinové poruchy, čo sa odráža aj pri poruchách skupiny F9. V analyzovaných dátach je preto pri diagnóze F91 (poruchy správania) dlhodobo vyššia prevalencia u mužov, čo zodpovedá poznatkom z literatúry, podľa ktorých sa poruchy správania a hyperaktivity v detskom veku diagnostikujú častejšie u chlapcov než u dievčat (WHO, 2000).

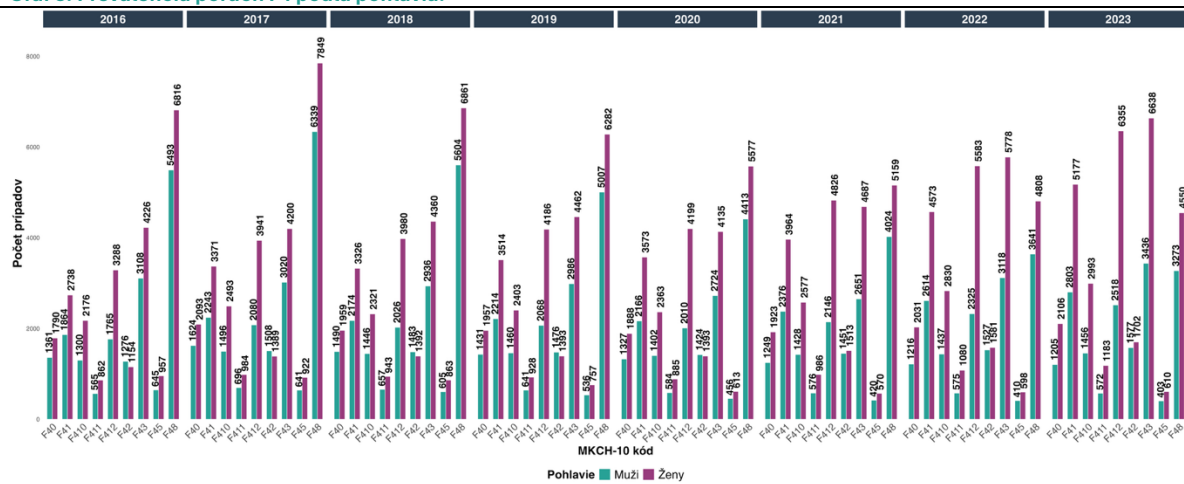
Graf 6. Prevalencia porúch F2 podľa pohlavia.



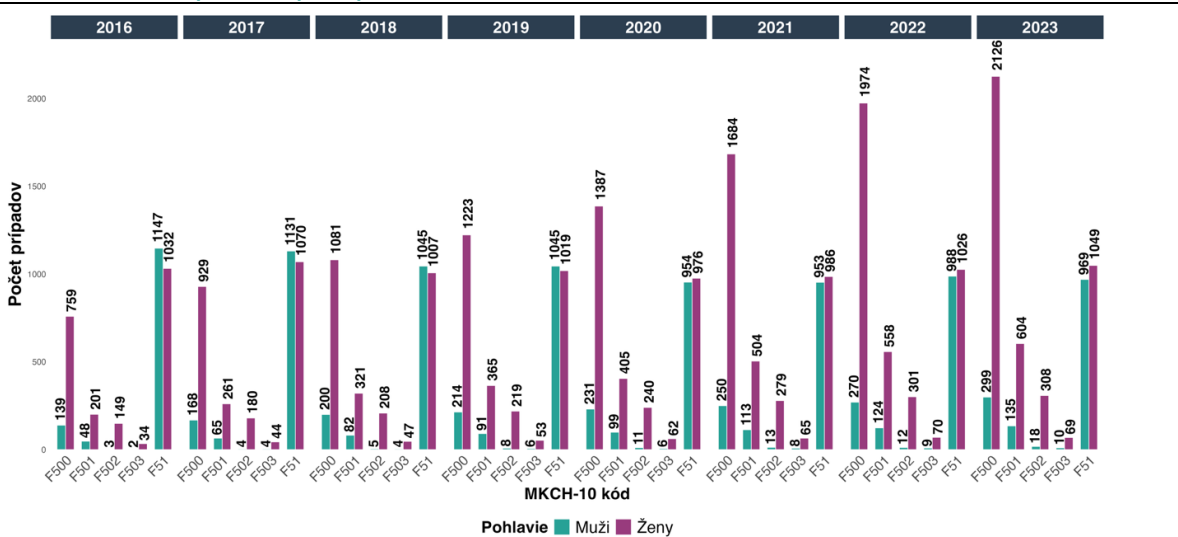
Graf 7. Prevalencia porúch F3 podľa pohlavia



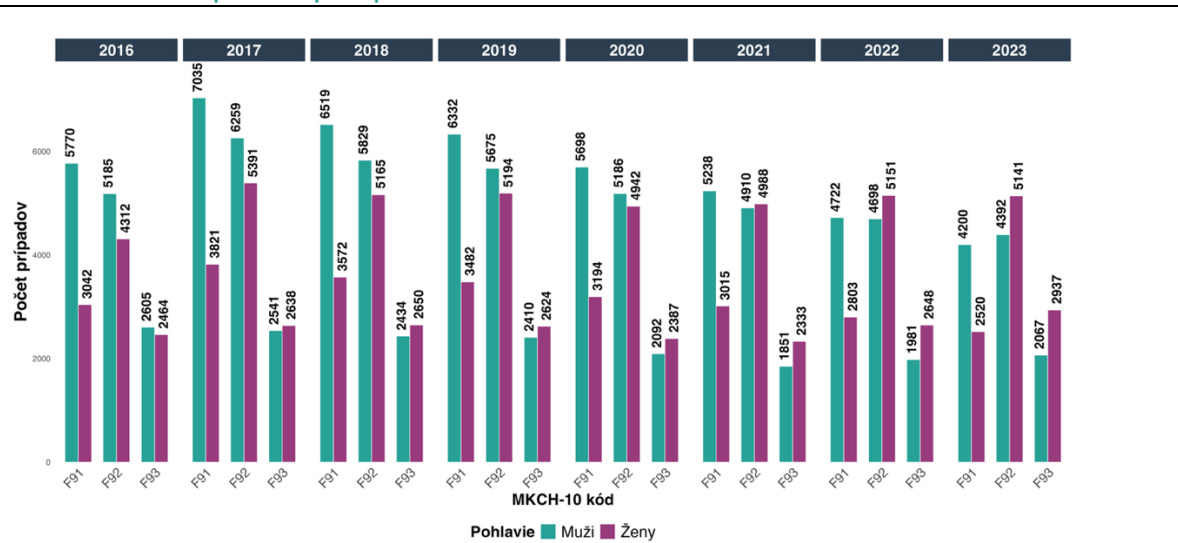
Graf 8. Prevalencia porúch F4 podľa pohlavia.



Graf 9. Prevalencia porúch F5 podľa pohlavia.



Graf 10. Prevalencia porúch F9 podľa pohlavia.

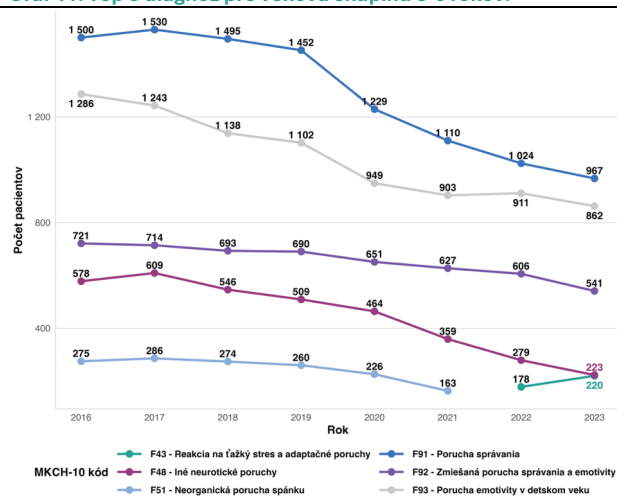


3.1. Veková skupina predškolského veku 3-6 rokov

V predškolskom veku (3–6 rokov) sa intenzívne rozvíjajú kognitívne schopnosti, vďaka ktorým dieťa postupne začína chápať príčinné súvislosti, časové sekvencie a dôsledky vlastného správania, čo podporuje sebariadenie a reguláciu emócií. Rozvoj reči zároveň umožňuje dieťaťu lepšie pomenovať a komunikovať vlastné prežívanie, čím sa znižuje riziko frustrácie, úzkosti a sociálnej izolácie (Astington & Veneziano, 2000; Beebe et al., 2005). Napriek tomu zostáva myslenie dieťaťa v tomto veku ešte do veľkej miery egocentrické a schopnosť prijímať perspektívu druhých je obmedzená, čo môže prispievať k napätiu v sociálnych interakciách.

Sociálne a emocionálne kompetencie sa v tomto období formujú najmä prostredníctvom hry, každodenných interakcií a vytvárania prvých priateľstiev. Schopnosť rozpoznať emócie druhých, reagovať na ne a postupne chápať sociálne pravidlá podporuje empatické správanie a adaptívne fungovanie v kolektíve, zatiaľ čo oslabenie týchto zručností môže súvisieť s konfliktmi, agresivitou, úzkosťou alebo sociálnym stiahnutím (Hoffman, 2000). Významnú úlohu zohráva aj mentalizácia, teda schopnosť porozumieť vlastným aj cudzím mentálnym stavom. Jej rozvoj je úzko nviazaný na kvalitu vzťahov s opatrovateľmi: citlivé, emočne naladené interakcie podporujú sebaovládanie, emocionálnu reguláciu a odolnosť voči stresu, zatiaľ čo ich nedostatok môže zvyšovať riziko emocionálnych a behaviorálnych problémov (Fonagy, 2001; Camoirano, 2017; McMahon & Bernier, 2017).

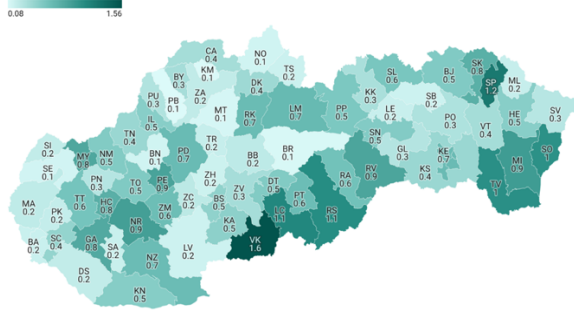
Graf 11. Top 5 diagnóz pre vekovú skupinu 3-6 rokov.



Tento vývinový rámec korešponduje aj s výsledkami našej analýzy. V skupine 3–6 rokov dominujú najmä poruchy správania, predovšetkým diagnóza F91, ktorá počas celého sledovaného obdobia vykazuje najvyšší počet pacientov spomedzi sledovaných diagnóz. Takýto obraz je očakávaný, keďže v predškolskom veku bývajú najľahšie zachytiteľné práve ťažkosti v

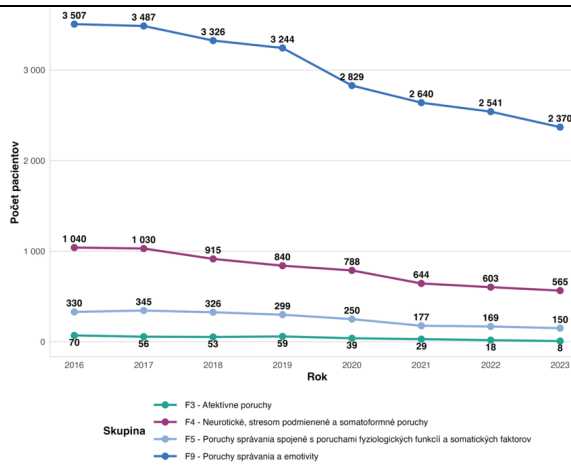
oblasti regulácie správania, tolerancie frustrácie, zvládania konfliktov a prispôsobovania sa sociálnym pravidlám v rodinnom alebo predškolskom prostredí. Na úrovni širších diagnostických skupín zároveň prevažujú poruchy zo skupiny F9, nasledované úzkostnými a stresom podmienenými poruchami (F4), čo naznačuje, že už v ranom veku sa popri behaviorálnych prejavoch môžu objavovať aj ťažkosti v emocionálnej regulácii.

Mapa 1. Celková prevencia duševných porúch pre vekovú skupinu 3-6 rokov (rok 2023).



Priestorová analýza zároveň ukazuje, že prevencia duševných porúch u detí vo veku 3–6 rokov nie je medzi okresmi Slovenska rovnaká. V roku 2023 bola najvyššia hodnota zaznamenaná v okrese Veľký Krtíš (1,6), vyššie hodnoty sa objavili aj v okresoch Rimavská Sobota (1,1), Trebišov (1,0) a Spišská Nová Ves (0,9). Tieto rozdiely nemusia odrážať iba samotnú distribúciu ťažkostí v populácii, ale môžu súvisieť aj s regionálnymi rozdielmi v dostupnosti diagnostických služieb, citlivosti systému na zachytávanie problémov alebo v miere, do akej sú psychosociálne ťažkosti v ranom veku rozpoznané a adresované.

Graf 12. Prevalencia podľa skupiny diagnóz pre vekovú skupinu 3-6 rokov.



V priebehu sledovaného obdobia sa počet pacientov v tejto vekovej skupine postupne znižuje, najmä pri skupinách F9 a F4. Tento vývoj môže súvisieť so zmenami v diagnostickej praxi, ale aj s tým, že časť ťažkostí sa jasnejšie identifikuje až vo vyššom veku, keď dieťa vstupuje do školského prostredia a rastú nároky na pozornosť, správanie, sociálnu adaptáciu a zvládanie emócií.

Práve preto je včasná identifikácia psychosociálnych ťažkostí v predškolskom období mimoriadne dôležitá, keďže neliečené problémy môžu pretrvávať a neskôr sa premietnuť do porúch správania, úzkostí alebo depresívnych symptómov (CDC, 2023). Predškolský vek tak predstavuje vývinové obdobie, v ktorom podpora jazykových, emocionálnych a

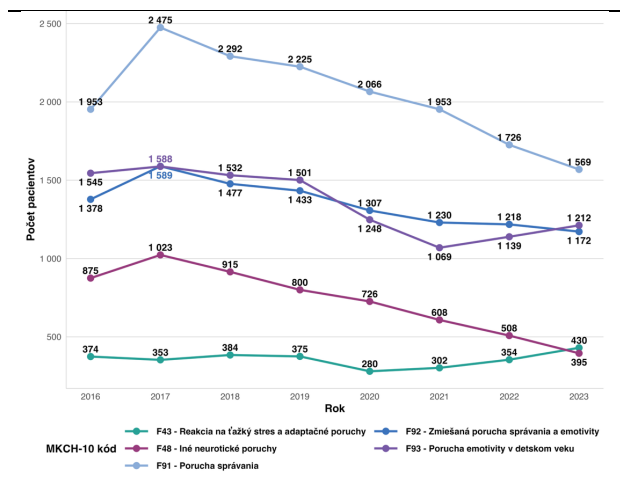
sociálnych zručností, rozvoj empatie a mentalizácie, ako aj citlivé vedenie zo strany opatrovateľov vytvárajú dôležitý základ pre psychickú pohodu a odolnosť v ďalších etapách života.

3.2. Veková skupina mladšieho školského veku 7-10 rokov

Obdobie mladšieho školského veku (7–10 rokov) je charakterizované ďalším rozvojom kognitívnych, emocionálnych a sociálnych kompetencií, ktoré významne ovplyvňujú duševné zdravie dieťaťa. V tomto veku sa formuje sebadôverie a schopnosť systematicky pracovať na dosahovaní cieľov. Podpora zo strany rodičov a opatrovateľov – napríklad prostredníctvom realistických výziev, oceňovania úsilia a konštruktívneho zvládania neúspechu – prispieva k rozvoju sebadôvery a odolnosti voči frustrácii (Elhusseini et al., 2023). Súčasne sa rozvíja morálny úsudok, empatia a schopnosť chápať perspektívu druhých, čo umožňuje deťom lepšie orientovať sa v sociálnych pravidlách a interpersonálnych vzťahoch. Tento proces však môže byť ovplyvnený aj širšími sociálnymi faktormi, napríklad nadmerným používaním digitálnych technológií, ktoré môže sťažovať rozpoznanie emócií a ovplyvňovať kvalitu sociálnych interakcií (Wilke & Goagoses, 2023).

Významnú úlohu v tomto období zohráva aj rozvoj emocionálnej regulácie. Deti sa postupne učia identifikovať a zvládať vlastné emócie, čo podporuje adaptáciu na školské prostredie, riešenie konfliktov a zvládanie stresových situácií. Naopak, dlhodobé vystavenie nepriaznivým podmienkam, ako sú rodinné konflikty, chudoba alebo diskriminácia, môže negatívne ovplyvňovať kognitívne funkcie, koncentráciu či sebadôveru a zvyšovať riziko úzkosti alebo depresívnych symptómov (Elhusseini et al., 2023; Thomson et al., 2021). Sociálny vývin sa zároveň rozširuje mimo rodinného prostredia – deti nadvádzajú priateľstvá, učia sa spolupráci a postupne si budujú pocit spolupatričnosti v kolektíve. Stabilné vzťahy s rodičmi, učiteľmi a rovesníkmi pritom predstavujú významný protektívny faktor, zatiaľ čo sociálna izolácia alebo konflikty s rovesníkmi môžu zvyšovať zraniteľnosť voči problémom duševného zdravia (Carpendale et al., 2025).

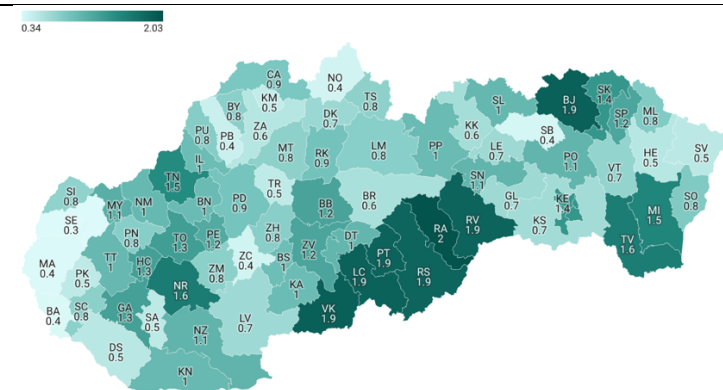
Graf 13. Top 5 diagnóz pre vekovú skupinu 3-6 rokov.



Vývinové charakteristiky mladšieho školského veku sa odrážajú aj v štruktúre diagnostikovaných porúch. V analyzovaných dátach dominujú najmä poruchy správania, predovšetkým diagnóza F91, ktorá počas celého sledovaného obdobia vykazuje najvyšší počet pacientov. Často sa objavujú aj diagnózy F93 (emočné poruchy začínajúce v detstve) a F92

(kombinované poruchy správania a emócií), čo zodpovedá obdobiu, keď sa nároky školského prostredia premietajú do správania, regulácie emócií a sociálneho fungovania dieťaťa.

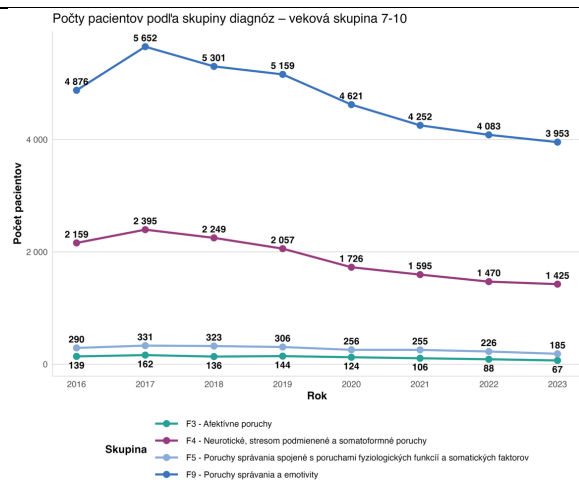
Mapa 2. Celková prevalencia duševných porúch pre vekovú skupinu 7-10 rokov (rok 2023).



Priestorová analýza zároveň ukazuje, že prevalencia duševných porúch v tejto vekovej skupine sa medzi okresmi Slovenska líši. V roku 2023 bola najvyššia hodnota zaznamenaná v okrese Revúca (2,0), pričom hodnoty okolo 1,9 sa objavili aj v

okresoch Rimavská Sobota, Poltár, Veľký Krtíš a Bardejov. Takýto obraz môže súvisieť nielen so zdravotným stavom populácie, ale aj s regionálnymi rozdielmi v dostupnosti diagnostických služieb alebo v miere zachytávania psychosociálnych ťažkostí v zdravotníckom systéme.

Graf 14. Prevalencia podľa skupiny diagnóz vo vekovej skupine 7-10 rokov.



Na úrovni širších diagnostických skupín tvoria najväčší podiel prípadov poruchy zo skupiny F9 (poruchy správania a emočné poruchy začínajúce v detstve a adolescencii), po ktorých nasledujú úzkostné a stresom podmienené poruchy (F4). V priebehu sledovaného obdobia sa počet pacientov v týchto skupinách postupne znižuje. Tento vývoj môže odrážať zmeny v diagnostickej praxi alebo skutočnosť,

že časť ťažkostí sa identifikuje až v starších vekových skupinách, keď sa problémy správania, adaptácie a emocionálnej regulácie výraznejšie prejavujú v kontexte školských nárokov a sociálnych vzťahov.

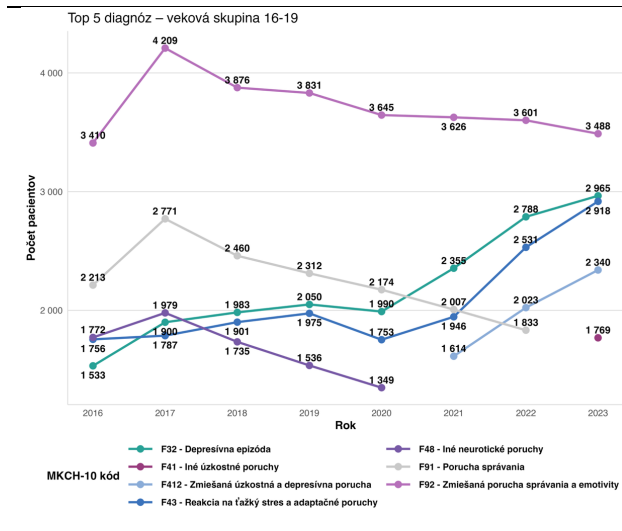
3.3. Veková skupina v adolescentnom veku 11-15 rokov

Adolescencia vo veku približne 11–15 rokov predstavuje obdobie intenzívnych biologických, kognitívnych a sociálnych zmien, ktoré sú spojené so zvýšenou zraniteľnosťou voči problémom duševného zdravia. Hoci ide často o obdobie relatívne dobrého fyzického zdravia, práve v tomto veku sa začína významná časť duševných porúch. Odhaduje sa, že približne jeden z ôsmich adolescentov zažíva v tomto období poruchu duševného zdravia (Vos et al., 2021). Výskum zároveň poukazuje na rodové rozdiely v prejavoch ťažkostí: chlapci častejšie vykazujú behaviorálne problémy, zatiaľ čo u dievčat sa častejšie objavujú internalizačné ťažkosti, ako sú úzkosť alebo depresívne symptómy.

Adolescencia je zároveň obdobím formovania sociálnych a emocionálnych zručností, ktoré podporujú duševnú pohodu v neskoršom živote. Medzi ne patrí napríklad schopnosť regulovať emócie, zvládať stresové situácie, riešiť problémy alebo budovať zdravé medziľudské vzťahy. Tieto kompetencie sa rozvíjajú v kontexte rodiny, školy a širšej komunity, ktoré môžu pôsobiť ako významné ochranné prostredia. Na druhej strane,

expozícia rizikovým faktorom – ako sú nepriaznivé skúsenosti v detstve, tlak rovesníkov, šikanovanie, diskriminácia či socioekonomické stresory – môže zvyšovať pravdepodobnosť vzniku psychických ťažkostí (Schlack et al., 2021). V tomto období sa zároveň častejšie objavujú emocionálne poruchy, najmä úzkosť a depresia, ktoré môžu ovplyvňovať školské fungovanie, sociálne vzťahy a celkovú kvalitu života (WHO, 2021).

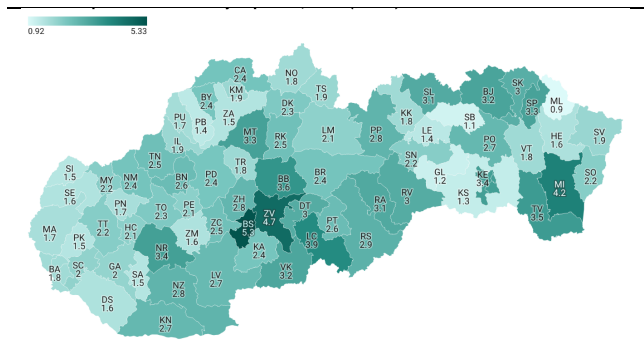
Graf 15. Top 5 diagnóz vo vekovej skupine 11-15 rokov.



Vývinové charakteristiky tohto obdobia sa odrážajú aj v analyzovaných dátach. V skupine 11–15 rokov patria medzi najčastejšie diagnostikované poruchy F92 (kombinované poruchy správania a emócií) a F91 (poruchy správania), ktoré počas väčšiny sledovaného obdobia vykazujú najvyšší počet pacientov. Tento obraz naznačuje, že v ranom období adolescencie sa stále výrazne prejavujú ťažkosti v oblasti

správania a emocionálnej regulácie, ktoré môžu súvisieť s procesom adaptácie na meniace sa sociálne prostredie, rastúce školské nároky a formovanie identity. Súčasne možno v posledných rokoch sledovaného obdobia pozorovať postupný nárast diagnóz F43 (reakcia na závažný stres a adaptačné poruchy), čo môže odrážať rastúci význam psychosociálnych stresorov v tomto vývinovom období.

Mapa 3. Celková prevencia duševných porúch pre vekovú skupinu 11-15 rokov (rok 2023).

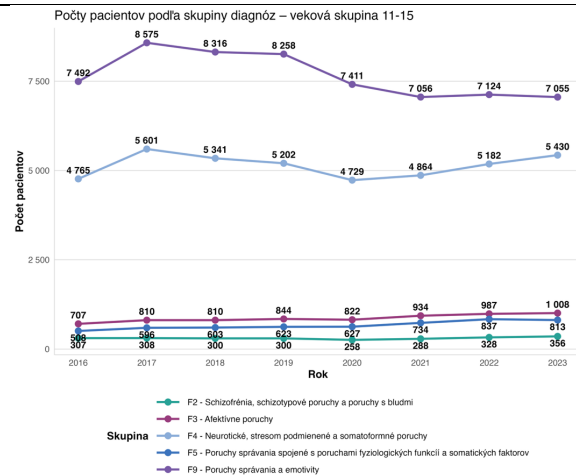


Priestorová analýza zároveň ukazuje, že prevencia duševných porúch v tejto vekovej skupine sa medzi okresmi Slovenska líši. V roku 2023 bola najvyššia hodnota zaznamenaná v okrese Banská Štiavnica (5,3), vyššie hodnoty sa objavili aj v okresoch Zvolen (4,7) a Michalovce (4,2). Tieto

rozdíly môžu súvisieť nielen so zdravotným stavom populácie, ale aj s regionálnymi

rozdielmi v dostupnosti špecializovaných služieb duševného zdravia alebo v miere diagnostikovania porúch v adolescencii.

Graf 16. Počty pacientov podľa skupiny diagnóz vo vekovej skupine 11-15 rokov.



Na úrovni širších diagnostických skupín tvoria najväčší podiel prípadov poruchy zo skupiny F9 (poruchy správania a emočné poruchy začínajúce v detstve a adolescencii), nasledované úzkostnými a stresom podmienenými poruchami (F4). V priebehu sledovaného obdobia sa zároveň mierne zvyšuje počet pacientov v skupine F3 (afektívne poruchy). Tento vývoj zodpovedá poznatkom z literatúry, podľa ktorých sa

práve v období adolescencie častejšie začínajú objavovať depresívne symptómy a ďalšie poruchy nálady, ktoré môžu ovplyvniť školské výsledky, sociálne vzťahy aj celkové fungovanie adolescenta. Z tohto dôvodu zohrávajú prevencia, včasná identifikácia problémov a dostupnosť podporných služieb zásadnú úlohu pri ochrane duševného zdravia mladých ľudí.

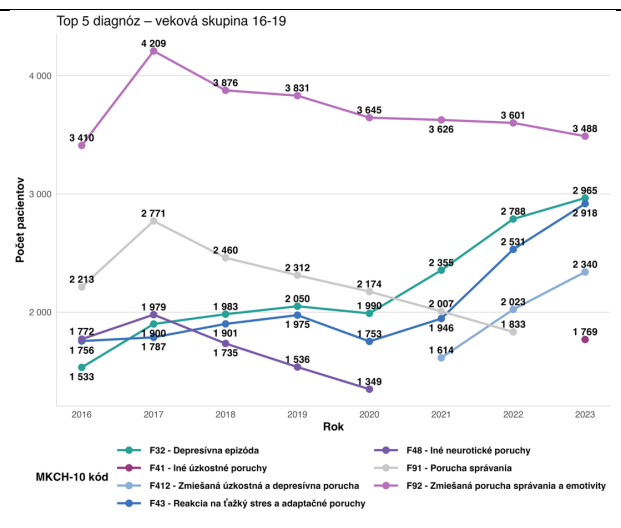
3.4. Veková skupina v neskorom adolescentnom veku 16-19 rokov

Neskorá adolescencia (16–19 rokov) predstavuje vývinovo citlivé obdobie spojené s intenzívnym formovaním identity, stabilizáciou hodnotových orientácií a rozhodovaniami o ďalšom vzdelávaní, profesijnej dráhe či partnerských vzťahoch (Patton et al., 2016; WHO, 2019; UNICEF, 2018). Z hľadiska duševného zdravia ide o fázu zvýšenej zraniteľnosti, no zároveň aj značnej plasticity, keďže psychosociálne procesy prebiehajúce v tomto období môžu dlhodobo ovplyvniť životnú trajektóriu jednotlivca. Kľúčovou vývinovou úlohou je dosiahnutie identitnej syntézy, teda koherentného a stabilného sebapoňatia. Jej nedosiahnutie môže viesť k identitnej konfúzii, ktorá je spájaná so zvýšeným výskytom depresívnych a úzkostných symptómov,

sebapoškodzovania, porúch príjmu potravy, užívania návykových látok či problémov v školskej adaptácii (Meeus, 2011; Dunkel & Harbke, 2017; Kroger, 2018). Stabilná identita naopak predstavuje významný ochranný faktor, ktorý podporuje rezilienciu, autonómiu a schopnosť zvládať záťažové situácie (Crocetti et al., 2011; Meeus, 2011).

Formovanie identity prebieha v konkrétnom sociálnom kontexte, ktorý môže tento proces podporovať alebo narúšať. Významnú úlohu zohráva rodinné prostredie, rovesnícke vzťahy, škola aj širšie kultúrne a spoločenské podmienky (Patton et al., 2016; WHO, 2019). Školské prostredie je pritom jedným z hlavných vývinových rámcov, keďže akademické úspechy, pocit spolupatričnosti, kvalita vzťahov s učiteľmi a spolužiakmi či možnosti participácie ovplyvňujú sebahodnotenie a identitnú stabilitu adolescentov (Crocetti et al., 2011). Paralelne narastá význam digitálneho prostredia a sociálnych médií, ktoré môžu poskytovať priestor na exploráciu identity, no zároveň prinášajú nové riziká, ako sú sociálne porovnávanie, kyberšikanovanie alebo nadmerné používanie technológií (WHO, 2019).

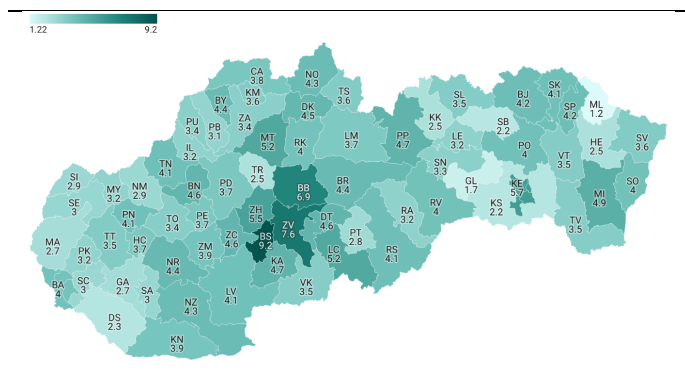
Graf 17. Top 5 diagnóz vo vekovej skupine 16-19 rokov.



Vývinové charakteristiky neskorej adolescencie sa premietajú aj do štruktúry diagnostikovaných porúch. V analyzovaných dátach zostáva najčastejšou diagnózou F92 (kombinované poruchy správania a emócií), ktorá má počas väčšiny sledovaného obdobia najvyšší počet pacientov. V posledných rokoch však narastá počet pacientov s diagnózou F32 (depresívna epizóda), ktorá sa postupne zaraďuje medzi najčastejšie diagnostikované poruchy v tejto vekovej skupine.

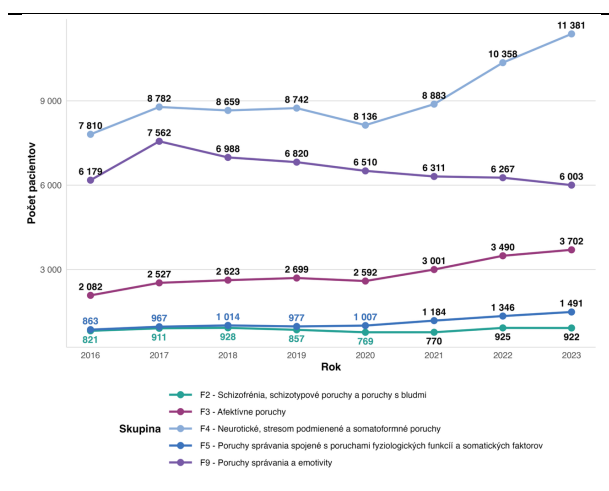
Tento vývoj zodpovedá poznatkom z literatúry, podľa ktorých sa depresívne symptómy a poruchy nálady častejšie začínajú prejavovať práve v období neskorej adolescencie, keď mladí ľudia čelia zvýšeným nárokom spojeným so školou, sociálnymi vzťahmi a rozhodovaniami o budúcnosti.

Mapa 4. Prevalencia duševných porúch pre vekovú skupinu 16-19 rokov (rok 2023).



Priestorová analýza zároveň ukazuje, že prevalencia duševných porúch v tejto vekovej skupine sa medzi okresmi Slovenska líši. V roku 2023 bola najvyššia hodnota zaznamenaná v okrese Banská Štiavnica (9,2), vyššie hodnoty sa objavili aj v okresoch Zvolen (7,6), Banská Bystrica (6,9) a Žiar nad Hronom (5,5). Takýto obraz môže súvisieť s regionálnymi rozdielmi v dostupnosti diagnostických služieb, sociálnymi podmienkami alebo v miere vyhľadávania odbornej pomoci v období adolescencie.

Graf 18. Prevalencia podľa skupiny diagnóz vo vekovej skupine 16-19 rokov.



Na úrovni širších diagnostických skupín zostávajú najpočetnejšou kategóriou poruchy zo skupiny F9 (poruchy správania a emočné poruchy začínajúce v detstve a adolescencii), ich počet sa však v priebehu sledovaného obdobia postupne znižuje. Súčasne dochádza k postupnému nárastu porúch zo skupiny F3 (afektívne poruchy) a F4 (úzkostné a stresom podmienené poruchy). Tento

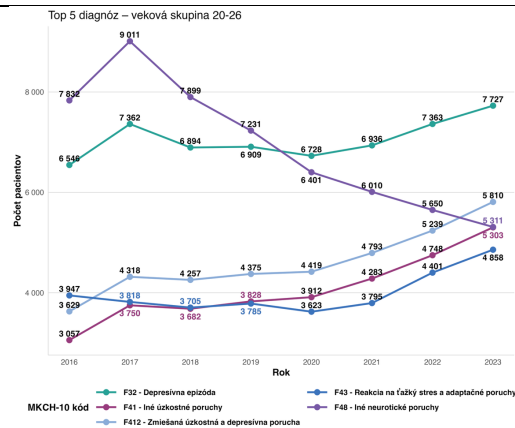
posun naznačuje, že s pribúdajúcim vekom adolescentov sa relatívny význam porúch nálady a úzkostných porúch zvyšuje, zatiaľ čo behaviorálne problémy typické pre detstvo postupne ustupujú do úzadia.

3.5. Veková skupina v skorej dospelosti vo veku 20-26 rokov

Obdobie skorej dospelosti (20–26 rokov) predstavuje z hľadiska duševného zdravia kritickú vývinovú fázu. Epidemiologické štúdie ukazujú, že približne 75 % ľudí s diagnostikovatelnou poruchou duševného zdravia zažije prvé príznaky do 24 rokov, čo zdôrazňuje význam tohto obdobia pre vznik aj pretrvávanie psychických ťažkostí (Kessler et al., 2005). Poruchy, ktoré sa začínajú už v adolescencii – najmä úzkostné a depresívne poruchy či problémy súvisiace s užívaním návykových látok – majú zvýšenú pravdepodobnosť pretrvávať aj v ranej dospelosti, najmä ak nie sú včas rozpoznané a liečené (Arnett et al., 2014; Kessler et al., 2005). V tejto vekovej skupine spĺňa kritériá duševnej poruchy približne pätina populácie, pričom psychické ťažkosti predstavujú významnú časť zdravotného znevýhodnenia u mladých ľudí vo veku 15–34 rokov (Arnett, 2014; Bjarnason et al., 2003).

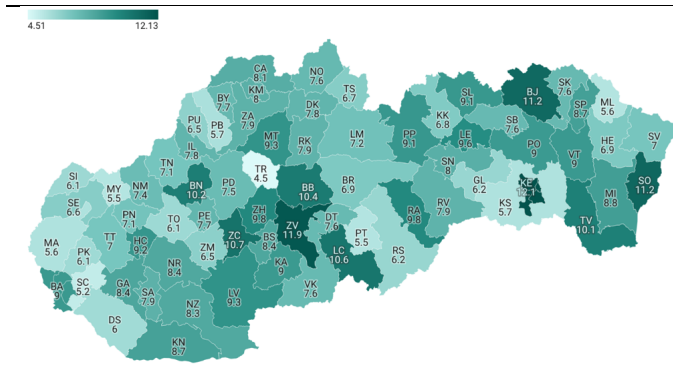
Psychosociálny vývin v tomto období je charakterizovaný postupným vstupom do dospelých rolí, ako sú stabilnejšie pracovné postavenie, partnerské vzťahy či rodičovstvo. Paralelne však mnoho mladých ľudí zažíva prechodnú nestabilitu vo vzdelávaní, práci alebo bývaní, ktorá môže zvyšovať stres a neistotu (Arnett, 2014). Stresory spojené s ekonomickou nezávislosťou, akademickými nárokmi alebo neistotou na pracovnom trhu môžu prispievať k rozvoju depresívnych a úzkostných symptómov či k zvýšenému užívaniu návykových látok (Bjarnason et al., 2003; Sawyer et al., 2012). Práve v tomto období sa zároveň často objavuje prvý nástup psychotických porúch, čo môže výrazne ovplyvniť sociálne fungovanie, vzdelávanie aj profesijnú trajektóriu jednotlivca (Kessler et al., 2005). Významnú úlohu pritom zohrávajú ochranné faktory, ako sú stabilné sociálne vzťahy, rodinná podpora či individuálne stratégie zvládania stresu, ktoré môžu zmierňovať negatívny vplyv životných stresorov (Swärdh & Låftman, 2025; Arnett, 2014).

Graf 19. Top 5 diagnóz vo vekovej skupine 20-26 rokov.



výskyt sa postupne znižuje. Tento vývoj naznačuje rastúci význam porúch nálady a úzkostných porúch v období ranej dospelosti, keď sa mladí ľudia stretávajú s novými životnými nárokmi spojenými so štúdiom, pracovným životom a procesom osamostatňovania.

Mapa 5. Prevalencia duševných porúch pre vekovú skupinu 20-26 rokov (rok 2023).

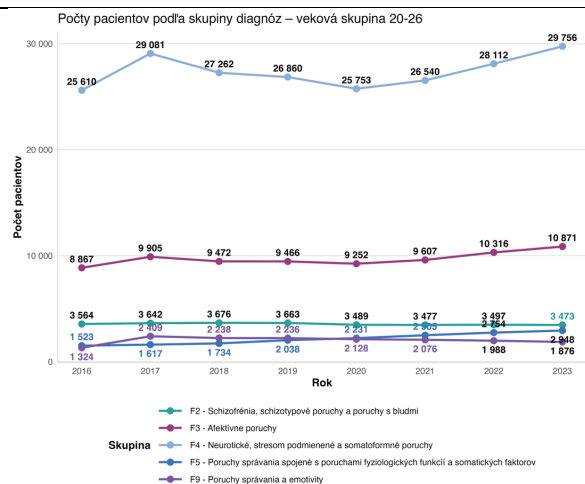


(11,2), Sobrance (11,2) a Zvolen (11,9). Takýto obraz môže súvisieť s regionálnymi rozdielmi v dostupnosti špecializovaných služieb duševného zdravia, sociálno-ekonomickými podmienkami alebo v miere vyhľadávania odbornej pomoci v období ranej dospelosti.

Tieto vývinové súvislosti sa odrážajú aj v analyzovaných dátach. V skupine 20–26 rokov patria medzi častejšie diagnostikované poruchy F32 (depresívna epizóda) a F41 (iné úzkostné poruchy), ktorých počet sa v priebehu sledovaného obdobia postupne zvyšuje. Naopak, diagnóza F48 (iné neurotické poruchy) vykazuje na začiatku sledovaného obdobia vyšší počet pacientov, no jej

Priestorová analýza zároveň ukazuje, že prevalencia duševných porúch v tejto vekovej skupine sa medzi okresmi Slovenska líši. V roku 2023 bola najvyššia hodnota zaznamenaná v okrese Košice-okolie (12,1), pričom hodnoty okolo 11 sa objavili aj v okresoch Bardejov

Graf 20. Počty pacientov podľa skupiny diagnóz vo vekovej skupine 20-26 rokov.



Na úrovni širších diagnostických skupín tvoria najväčší podiel prípadov úzkostné a stresom podmienené poruchy (F4), ktoré počas celého sledovaného obdobia vykazujú najvyšší počet pacientov. Nasledujú afektívne poruchy (F3), ktorých počet sa postupne zvyšuje, zatiaľ čo psychotické poruchy (F2) si udržiavajú relatívne stabilný počet pacientov. Tento obraz naznačuje, že v období ranej dospelosti dominujú najmä

úzkostné a depresívne poruchy, zatiaľ čo poruchy správania typické pre detstvo sa v tejto vekovej skupine vyskytujú len zriedkavo.

Záver a odporúčania

Na základe analyzovaných výsledkov aj existujúcich poznatkov z literatúry je zrejmé, že duševné zdravie detí a mladých ľudí predstavuje významnú výzvu pre zdravotnícky systém aj pre širšiu verejnú politiku. Vývinové obdobia od detstva až po skorú dospelosť sú charakterizované postupným rozvojom kognitívnych, emocionálnych a sociálnych kompetencií, ktoré formujú schopnosť jednotlivca zvládať stres, budovať vzťahy a adaptovať sa na meniace sa životné podmienky. Zároveň ide o obdobie zvýšenej zraniteľnosti, keďže mnohé duševné poruchy sa začínajú prejavovať už v detstve a adolescencii a môžu pretrvávať aj v dospelosti. Epidemiologické štúdie poukazujú na to, že väčšina duševných porúch sa objavuje ešte pred dosiahnutím mladého dospelého veku, čo zdôrazňuje význam včasnej identifikácie a intervencie.

Výsledky analýzy zároveň ukazujú, že štruktúra diagnostikovaných porúch sa mení v závislosti od veku. V mladšom detstve dominujú najmä poruchy správania a emočnej regulácie, zatiaľ čo v období adolescencie postupne narastá význam úzkostných a stresom podmienených porúch. V neskoršej adolescencii a ranej dospelosti sa častejšie objavujú afektívne poruchy, najmä depresia. Tento vývoj naznačuje, že problémy duševného zdravia majú často vývinovú kontinuitu – ťažkosti, ktoré sa objavia v ranom veku, môžu pretrvávať alebo sa transformovať v ďalších životných obdobiach, najmä ak nie sú včas rozpoznané a liečené.

Duševné zdravie mladých ľudí je zároveň ovplyvňované širokým spektrom sociálnych a environmentálnych faktorov. Rodinné prostredie, vzťahy s rovesníkmi, školské skúsenosti či širšie socioekonomické podmienky môžu pôsobiť ako ochranné alebo rizikové faktory. Priestorové rozdiely v prevalencii diagnostikovaných porúch naznačujú, že dôležitú úlohu môže zohrávať aj dostupnosť služieb duševného zdravia alebo rozdiely v miere vyhľadávania odbornej pomoci. Tieto zistenia poukazujú na potrebu vnímať duševné zdravie detí a mladých ľudí nielen ako individuálny zdravotný problém, ale aj ako otázku verejného zdravia a sociálnej politiky.

Z pohľadu praxe je preto nevyhnutné posilniť dostupnosť diagnostiky a liečby duševných porúch, ako aj preventívne a podporné opatrenia. Zdravotnícky systém by mal zabezpečiť včasnú a dostupnú starostlivosť o duševné zdravie detí a adolescentov vrátane spolupráce medzi zdravotníkymi, školskými a sociálnymi službami. Popri klinickej starostlivosti je však rovnako dôležitá aj tvorba verejných politík zameraných na prevenciu, podporu rodín a vytváranie podporného školského a komunitného prostredia. Keďže mnohé duševné poruchy začínajú už v detstve, systematická podpora duševného zdravia v raných životných obdobiach predstavuje jednu z najefektívnejších stratégií na zlepšenie zdravotných aj sociálnych výsledkov populácie.

Referencie

- Arnett, J. J. (2014). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Arnett, J. J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: Implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 1(7), 569–576.
- Astington, J. W., & Veneziano, E. (2000). Theory of mind in young children. In *Developing theories of intention: Social understanding and self control* (pp. 83–108). Erlbaum.
- Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J., Sorter, D., Jacobs, T. J., & Pally, R. (2005). *Forms of intersubjectivity in infant research and adult treatment*. Other Press.
- Bjarnason, T., Sigurdardottir, T. J., & Arnarsson, A. M. (2003). Psychological distress during unemployment and beyond: Social support and material deprivation among youth in six Northern European countries. *Social Science & Medicine*, 56(8), 1797–1811.
- Carpendale, E. J., Green, M. J., White, S. L. J., Williams, K. E., Tzoumakis, S., Watkeys, O. J., Harris, F., O'Hare, K., & Laurens, K. R. (2025). Middle childhood social-emotional competencies mediate the effects of school-entry literacy and numeracy skills on secondary school reading and numeracy attainment. *Learning and Individual Differences*, 124(), Article 102778
- Camoirano, A. (2017). *Mentalization in early childhood*. Routledge/Taylor & Francis.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Data and statistics on children's mental health*. U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from <https://www.cdc.gov/children-mental-health/data-research/index.htm>
- Crocetti, E., Fermani, A., Pojaghi, B., & Meeus, W. (2011). Identity formation in adolescents from Italian, mixed, and migrant families. *Child & Youth Care Forum*, 40(1), 7–23.
- Darling Fisher, C. S. (2019). Application of the modified Erikson psychosocial stage inventory: 25 years in review. *Western Journal of Nursing Research*, 41(3), 431–458.
- Degenhardt, L., Chiu, W. T., Sampson, N., et al. (2008). Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 5(7), e141.
- Dunkel, C. S., & Harbke, C. (2017). A review of measures of Erikson's stages of psychosocial development: Evidence for a general factor. *Journal of Adult Development*, 24(1), 58–76.
- Elder, G. H., 'The Life Course as Developmental Theory', *Child Development*, vol. 69, no. 1, 1998, pp. 1–12.
- Elhousseini, A., Smith, K., & Johnson, P. (2023). Attachment and prosocial behavior in middle childhood: The role of emotion regulation. *Child Development Research*, 2023, 1–15.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. W. W. Norton & Company.
- Erskine, H. E., Whiteford, H. A., & Pike, K. M. (2012). The global prevalence and disability of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 523–529.
- Erskine, H. E., Baxter, A. J., Patton, G., Moffitt, T. E., Patel, V., Whiteford, H. A., and Scott, J. G., 'The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents,' *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 26, no. 4, 2016, pp. 395–402.
- Fitch, T., & Marshall, J. (2022). Psychosocial development theory. In *The SAGE encyclopedia of theory in counseling and psychotherapy*. Sage.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2001). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. Cambridge University Press.

- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P., 'The Effect of Multiple Adverse Childhood Experiences on Health: A systematic review and meta-analysis', *The Lancet, Public Health*, vol. 2, no. 8, 2017, e356–e366.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2003). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biological Psychiatry*, 58(8), 668–676.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., and Rahman, A., 'Child and Adolescent Mental Health Worldwide: Evidence for action,' *Lancet (London, England)*, vol. 378, no. 9801, 2011, 1515–1525.
- Knerr, W., Gardner, F., and Cluver, L. 'Improving Positive Parenting Skills and Reducing Harsh and Abusive Parenting in Low- and Middle-Income Countries: A systematic review', *Prevention Science*, vol. 14, no. 4, 2013, pp. 352–363.
- Kroger, J. (2018). The epigenesis of identity - What does it mean? *Identity*, 18(4), 334–342.
- Lancelot, C. (2018). Chapitre 15. La cognition sociale chez l'enfant et l'adolescent : approche neuropsychologique dans le contexte du traumatisme crânien encéphalique. Dans A. Roy, B. Guillery-Girard, G. Aubin et C. Mayor *Neuropsychologie de l'enfant : Approches cliniques, modélisations théoriques et méthodes* (p. 226-243). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.roy.2018.01.0226>.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PLOS ONE*, 12(5), e0176218.
- Malone, J. C. (2015). Midlife Eriksonian psychosocial development and later cognitive and emotional outcomes. *Psychosocial Research*.
- McMahon, C., & Bernier, A. (2017). Attachment and mentalization in early childhood. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *The Handbook of Mentalization-Based Treatment*. American Psychiatric Publishing.
- Meeus, W. (2011). The study of adolescent identity formation 2000–2010: A review of longitudinal research. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 75–94.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ... Unützer, Jü, 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development', *The Lancet*, vol. 392, no. 10157, 2018, pp. 1553–1598.
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., ... Viner, R. M. (2016). Our future: A Lancet commission on adolescent health and well-being. *The Lancet*, 387(10036), 2423–2478.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., et al. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365.
- Reichelt, A. C. (2016). Adolescent maturational transitions in the prefrontal cortex and dopamine signaling as a risk factor for cognitive deficits. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 10, 189.
- Reynolds, L. M., et al. (2019). Early adolescence is a critical period for the maturation of inhibitory behavior. *Cerebral Cortex*, 29(9), 3676–3686.
- Satterthwaite, T. D., et al. (2013). Functional maturation of the executive system during adolescence. *Journal of Neuroscience*, 33(41), 16249–16261.

Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezeh, A. C., & Patton, G. C. (2012). Adolescence: A foundation for future health. *The Lancet*, 379(9826), 1630–1640.

Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., et al. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785–795.

Schlack R, Peerenboom N, Neuperdt L, Junker S, Beyer AK. The effects of mental health problems in childhood and adolescence in young adults: Results of the KiGGS cohort. *J Health Monit*. 2021 Dec 8;6(4):3-19.

Shaw, G. A., et al. (2020). Adolescent maturation of the prefrontal cortex: Role of stress and sex in shaping adult risk for compromise. *Genes, Brain and Behavior*, 19(3), e12626.

Swärth, J., & Låftman, S. B. (2025). Perceived social support and symptoms of depression and anxiety in emerging adulthood. *Scandinavian Journal of Public Health*, 53(8), 854–862.

Thomson, K. C., Richardson, C. G., Samji, H., Dove, N., Olsson, C. A., Schonert-Reichl, K. A., Shoveller, J., Gadermann, A. M., & Guhn, M. (2021). Early childhood social-emotional profiles associated with middle childhood internalizing and wellbeing. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 76, Article 101301.

Tomasello, M. (2001). *The cultural origins of human cognition*. Harvard University Press.

UNICEF. (2018). *UNICEF programme guidance for the second decade: Programming with and for adolescents*. UNICEF.

Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abrams, E. M., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., ... Murray, C. J. L. 'Global Burden of 369 Diseases and Injuries in 204 Countries and Territories, 1990–2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019', *The Lancet*, vol. 396, no.10258, 2020, pp. 1204–1222.

WHO. (2000). *Gender and mental health*. WHO.

WHO, *Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence, practice (summary report)*, A report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne, 2004.

WHO, *Social Determinants of Mental Health*, WHO, Geneva, Switzerland, 2014, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf

WHO, (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. WHO.

WHO. (2019). *Accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!)*. World Health Organization.

WHO *Global Health Estimates 2000-2021 (2021)*. <https://www.who.int/data/global-health-estimates>

WHO, *Improving the Mental and Brain Health of Children and Adolescents*, 2021, <https://www.who.int/activities/Improving-the-mental-and-brain-health-of-children-andadolescents>

WHO, *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. Geneva: World Health Organization; 2024.

Wilke, A., & Goagoses, K. (2023). Morality in middle childhood: The role of callous-unemotional traits and emotion regulation skills. *BMC Psychology*, 11, 128.

