



Názov:

**Komplexný psychologický manažment detského  
a adolescentného pacienta  
s depresívnou poruchou (F32.)**

štandardný diagnostický, preventívny a liečebný postup

Autori:

**PhDr. Michal Kotian**

Špecializačný odbor:

**Klinická psychológia**

Odborná pracovná skupina:

**Klinická psychológia pre deti a dorast**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

**Komplexný psychologický manažment detského a adolescentného pacienta s depresívnou poruchou (F32.) - štandardný diagnostický, preventívny a terapeutický postup**

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0261	25. október 2022	schválený	15. november 2022

**Autori štandardného postupu**

**Autorský kolektív:**

PhDr. Michal Kotian

**Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu**

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

**Odborní koordinátori:** MUDr. Helena Glasová, PhD.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

**Recenzenti**

**členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP:** PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc., PhD.; MUDr. Darina Haščiková, MPH; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim. prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; MUDr. Martin Vochyan; PharmDr. Ellen Wiesner, MSc.; MUDr. Andrej Zlatoš

**Technická a administratívna podpora**

**Podpora vývoja a administrácia:** Ing. Peter Čvapek, MBA; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Ing. Zsolt Mányá, PhD., MHA; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka

**Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom:** “Tvorba nových a inovovaných postupov štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

## Kľúčové slová

depresívna epizóda, prevencia, manažment, liečba

## Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

<b>APA</b>	American Psychiatric Association / Americká psychiatrická asociácia
<b>DKBT</b>	Digitálna kognitívno behaviorálna terapia
<b>EBM</b>	Evidence Based Medicine / medicína založená na dôkazoch
<b>GLAD-PC</b>	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care
<b>ICD 11</b>	International Classification of Diseases, Eleventh Revision / Medzinárodná klasifikácia chorôb, 11. revízia
<b>IPT</b>	Interpersonálna terapia
<b>KBT</b>	Kognitívno behaviorálna terapia
<b>NICE</b>	The National Institute for Health and Care Excellence /Národný inštitút pre zdravie a kvalitnú starostlivosť/
<b>NZGG</b>	New Zealand Guidelines Group
<b>RANZCP</b>	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists / Psychiatrická asociácia Austrálie a Nového Zélandu
<b>ŠDTP</b>	Štandardný diagnostický a terapeutický postup
<b>ŠPI</b>	Špecifické psychoterapeutické intervencie (vybrané psychologické intervencie, ktoré využívajú špecifické terapeutické techniky podľa EBM uvedené v časti liečba v druhom až štvrtom stupni starostlivosti, menej intenzívne psychologické liečebné postupy)
<b>WHO</b>	World Health Organization – Svetová zdravotnícka organizácia

## Kompetencie

**Všeobecný lekár pre deti a dorast** - prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu, manažment pacienta.

**Všeobecný lekár** - prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu, manažment pacienta.

**Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater)** - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, supervízia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

**Lekár so špecializáciou v odbore detská psychiatria (detský psychiater)** - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, supervízia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

**Lekár bez špecializácie** - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

**Lekár s certifikátom pre špecifickú psychoterapiu vychádzajúcej z EBM pre depresiu** - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, lekár so špecializáciou v psychiatrii + s certifikátom v psychoterapii.

**Psychológ - realizácia psychodiagnostiky**, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

**Psychológ v zdravotníctve špecialista (klinický psychológ)**, s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre depresiu - psychodiagnostika, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, psychológ v zdravotníctve špecialista s certifikátom v psychoterapii.

**Poradenský psychológ** - prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

**Školský psychológ** - prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

**Sestra so špecializáciou** - podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

**Sestra s pokročilou praxou s certifikátom v špecifickej psychoterapii** vychádzajúcej z EBM pre depresiu - prevencia, psychoterapia, supervízia.

**Liečebný pedagóg** - prvotné posúdenie, prevencia; liečebno - pedagogická diagnostika a terapia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

**Liečebný pedagóg špecialista - s certifikátom v špecifickej psychoterapii** vychádzajúcej z EBM pre depresiu - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

**Špeciálny pedagóg** - prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

**Logopéd** - prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

**Logopéd špecialista - s certifikátom v špecifickej psychoterapii** vychádzajúcej z EBM pre depresiu - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

**Sociálny pracovník** - prvotné posúdenie, prevencia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

## Úvod

Tento ŠDTP je určený pre diagnostiku, prevenciu a liečbu detí a adolescentov (do 18 rokov) trpiacich depresívnou epizódou (ďalej len depresia).

Účelom tohto štandardného preventívneho, diagnostického a liečebného postupu je zlepšiť dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti detských a adolescentných pacientov trpiacich depresiou v Slovenskej republike. Je určený všeobecným lekárom, pediatrom, klinickým a poradenským psychológom, psychiatrom a iným odborníkom v oblasti duševného zdravia. Jeho cieľom je pomôcť zlepšiť prevenciu, diagnostiku a liečbu tejto poruchy podľa EBM a zlepšiť kvalitu života detí a adolescentov trpiacich depresiou. Má tiež zvýšiť povedomie o tejto poruche u zdravotníckych pracovníkov a zlepšiť koordináciu liečby.

V súčasnosti sa podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO, 2013) väčšina osôb trpiacich depresiou nelieči. Na Slovensku sa podľa Bražinová a kol. (2019) 67 % afektívnych porúch nelieči (diagnózy F30, F31, F32, F33). Súčasný systém primárnej zdravotnej starostlivosti nedokáže pacientov s depresiou dostatočne zachytiť. Približne 40 % pacientov, ktorí spáchajú samovraždu, navštívi svojho ošetrojúceho lekára v priebehu predchádzajúcich 4 týždňov (Marko, 2009).

Depresia v detstve a adolescencii je veľmi významným rizikovým faktorom suicidálneho správania (Beirão a kol., 2020) a spája sa s množstvom ďalších nepriaznivých dôsledkov

v dospelosti (Clayborne, Varin, Colman, 2019). Napriek vysokej prevalencii (1 – 15 %, pozri nižšie) sa v USA lieči len 1 % detí a adolescentov (Avenevoli a kol., 2015), čo robí z depresie detí a adolescentov významný faktor celkového zdravia spoločnosti.

Aj keď literárne údaje pri depresii podľa EBM definujú účinné liečebné postupy, nie sú dostupné informácie o ich využívaní a hrozí, že sa dostatočne nevyužívajú a porucha sa lieči menej efektívnymi psychoterapeutickými a farmakoterapeutickými postupmi.

Kritickou otázkou je, ako zvýšiť dostupnosť a kvalitu liečby depresie. Vypracovaný ŠDTP liečby depresie umožňuje spresniť diagnostiku, zavádza nové liečebné postupy psychologickéj liečby s menej intenzívnym terapeutickým kontaktom, ako je digitálna kognitívno-behaviorálna terapia (DKBT) a odporúča postupy vychádzajúce s EBM, ktoré majú vyššiu účinnosť ako iné používané psychoterapeutické prístupy. Zavádza efektívne preventívne a monitorovacie postupy a definuje EBM psychoterapeutické postupy, ich intenzitu a dĺžku podľa stupňa ochorenia. Definuje špecifiká liečebných postupov u detí a adolescentov. Spresňuje sieť poskytovateľov a ich kompetencie. Predstavuje tiež postup, ktorý môžu použiť iné odbory, ako je liečebná pedagogika a sestra v psychiatrii.

Jeho cieľom je pozitívne ovplyvniť prejavy poruchy, školské, pracovné a sociálne fungovanie detí a adolescentov trpiacich depresiou a kvalitu ich života.

Tento štandard bol vytvorený na základe hierarchie váhy dôkazov, a to - štúdií, svetových a európskych odporúčaní (NICE, Americká psychiatrická asociácia (APA), Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP)). Zohľadnili sa potrebné úrovne dôkazov za posledných 20 rokov v elektronických databázach systematických prehľadov (Cochrane, Pubmed), či elektronických časopisov.

## **Prevenia**

V rámci prevencie depresie v Slovenskej republike je potrebné implementovať odporúčania stratégie - Prevencia depresie v európskom regióne Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO, 2016), ktoré prinášame v skrátenom znení v nasledujúcej časti.

Podľa údajov Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO, 2016) je depresia z hľadiska dopadov na spoločnosť jedna z najzaťažujúcejších chorôb vôbec. V roku 2010 bola ekonomická strata spôsobená depresívnou poruchou v európskom hospodárskom priestore 136 miliárd EUR. Európske zdravotné systémy nie sú dostatočne úspešné v znižovaní dopadov depresívnych porúch. WHO aj preto považuje za nevyhnutné vyvinúť v oblasti verejného zdravotníctva stratégie a postupy vychádzajúce z EBM ciele na prevenciu depresívnych porúch, pričom odhaduje, že zavedenie preventívnych postupov vychádzajúcich z EBM by mohlo znížiť náklady spojené s depresiou minimálne o 16 %.

Medzi najvýznamnejšie rizikové faktory vzniku depresie patrí chudoba, diskriminácia, sociálne vylúčenie, zneužívanie psychoaktívnych látok, depresívna porucha v rodine, zneužívanie a zanedbávanie v detstve, nepriaznivé životné udalosti a chronické ochorenia. Každý z týchto faktorov zvyšuje riziko vzniku depresie a ich spolupôsobenie toto riziko zvyšuje násobne. Naopak, medzi protektívne faktory patrí sociálna opora, vysoká inteligencia, sociálne zručnosti či odolnosť (WHO, 2016).

Cieľom prevencie je znížiť riziko rozvoja depresie v rizikovej populácii pomocou zlepšenia schopnosti zvládať problémy a self-manažmentu. V rámci typov prevencie možno rozlíšiť (WHO, 2016):

- 1) Univerzálnu prevenciu, ktorá cieľi na všeobecnú populáciu so zámerom zvyšovania odolnosti a psychického zdravia (napr. všetci žiaci a študenti z vybranej školy; všetci klienti domova sociálnych služieb a pod.).
- 2) Selektívnu prevenciu zameranú na osoby vystavené rizikovým faktorom (napr. deti rodičov s psychickými poruchami; nemocniční pacienti a pod.)
- 3) Indikovanú prevenciu, ktorá sa zameriava jednotlivcov so symptómami depresie subklinickej úrovne (napr. pacienti všeobecného lekára, ktorí vykazujú subklinické depresívne symptómy).

Spôsoby poskytovania preventívnych intervencií (WHO, 2016):

A) Osobný kontakt: preventívne intervencie sa najčastejšie poskytujú formou osobného kontaktu prostredníctvom vyškolených laikov, zdravotných sestier, sociálnych pracovníkov, psychologov a všeobecných lekárov. Intervencie možno poskytovať individuálnou alebo skupinovú formou prispôbenou cieľovej populácii, ako je napr. trieda žiakov. Typicky počet je 4 – 8 sedení po 60 – 90 minút.

B) Svojpomocné nástroje: svojpomocné knihy a on-line programy môžu byť silným nástrojom poskytovania preventívnych intervencií. Ďalšie nástroje tohto typu môžu byť mobilné a počítačové aplikácie a programy. Ich výhodou je škálovateľnosť, vysoká dostupnosť, súkromie, menšia stigma a jednoduchosť používania.

C) Zmiešané intervencie: kombinácia používania svojpomocného nástroja a vedenia a podpory terapeuta môže byť porovnateľne efektívna ako intervencia prostredníctvom osobného kontaktu. Takáto intervencia by mala integrovať výhody oboch predchádzajúcich prístupov – osobná podpora a angažovanie terapeuta s vysokou dostupnosťou a jednoduchosťou svojpomocného nástroja.

WHO (2016) uzatvára, že implementáciou preventívnych programov možno znížiť výskyt depresie o 15 – 35 %.

Významnou zložkou pri ovplyvnení depresie je sekundárna prevencia poskytovaná tým pacientom, u ktorých sa depresia opakuje.

## **Epidemiológia**

Depresia je u detí a obzvlášť u adolescentov jedna z najčastejších psychiatrických diagnóz (Mullen, 2018). U detí do 13 rokov sa 12-mesačná prevalencia pohybuje okolo 3 % (napríklad Eegger, Aghold, 2006; Wilson a kol., 2014). V dospievaní sa miera depresie v značnej miere zvyšuje medzi 13 a 18 rokom a odhadovaný kumulatívny výskyt sa v tejto populácii približuje prevalencii u dospelých (Trebatická, 2017). Zo Slovenska epidemiologické údaje chýbajú, avšak medzinárodné štúdie uvádzajú výskyt minimálne jednej depresívnej epizódy u približne 1 - 15 % adolescentov (napríklad Merikangas a kol., 2010, Krokstad a kol., 2022). Dáta z viacerých krajín pritom naznačujú, že v tejto populácii výskyt depresie, sebapoškodzovania a suicidálneho správania v posledných desaťročiach stúpa (napríklad Bor a kol., 2014; Mojtabai, Olfson, & Han, 2016; Twenge a kol., 2019; Twenge, 2020; Krokstad a kol., 2022). Trend rastúceho počtu samovražedných pokusov v populácii do 18 rokov na Slovensku vidieť zo štatistických údajov Národného centra zdravotníckych informácií (2021). Dievčatá zároveň vykazujú vyššiu mieru depresie než chlapci, v adolescencii je pomer približne 2:1 (napríklad Coghill, 2009; Racine a kol., 2021).

## **Komorbidita**

Viac ako 50 % detí s depresiou v zahraničných epidemiologických štúdiách má aspoň jednu ďalšiu psychiatrickú diagnózu (typicky najmä úzkostnú poruchu) a komorbidita v klinických výskumných súboroch je ešte vyššia (Goodman, Scott, 2012).

Okrem úzkostných porúch patria medzi ďalšie najčastejšie komorbídne poruchy u detí ADHD (napríklad Di Trani a kol., 2014) a poruchy správania (Martin, Bloch, Volkmar, 2018).

Trebatická (2017) uvádza, že u adolescentov s depresiou je často zistené zneužívanie alkoholu, psychoaktívnych látok (najviac kanabisu) a fajčenie cigariet. Depresia môže zvyšovať riziko závislosti od alkoholu, ale na druhej strane, zneužívanie alkoholu môžu nielen zhoršiť, ale aj prispievať k vzniku depresie. Zneužívanie kanabinoïdov sa bežne zisťuje pri depresii v klinických a komunitných populáciách. Avšak ich príčinná súvislosť je predmetom diskusie. Adolescenti môžu zneužívať kanabinoïdy ako samoliečbu pre svoje pocity dysfórie, ale samotné zneužívanie kanabinoïdov môže výrazne zhoršiť, alebo dokonca vyvolať dysfóriu.

## **Patofyziológia**

Súčasnú znalosť o depresívnej poruche neumožňujú jednoznačný výklad jej vzniku. Medicínske poznatky, podľa ktorých sú formulované hypotézy afektívnych porúch, vychádzajú hlavne z biologických predpokladov (genetické faktory, účinky stresu atď.), imunoneuroendokrinných poznatkov (zmeny aktivity osi hypotalamus - adenohipofýza - kôra nadobličiek a i.) a neurochemických poznatkov (narušenie synaptického prenosu signálu atď.). Uvedené oblasti sú navzájom prepojené a vzájomne sa ovplyvňujú. Veľká pozornosť bola zameraná na neurochemické hypotézy afektívnych porúch, umožňujúce pochopenie významu a funkcie základných neurotransmiterových systémov (serotonín, noradrenalín, dopamín), ktorých dysregulácia sa podieľa na vzniku depresívnej poruchy a vysvetľujú mechanizmus účinku antidepresív, ktoré tieto abnormality normalizujú (Bareš, Novák, 2008).

Neurochemické teórie možno rozdeliť na neuromediátorové (predpokladajú, že primárnou príčinou vzniku depresie je zvýšená alebo znížená dostupnosť neurotransmiterov na synapsiách), receptorové (berú do úvahy, že pri vzniku depresívnej poruchy zohrávajú svoju rolu aj počet, afinita a senzitivita pre a postsynaptických receptorov) a postreceptorové, ktoré sú zamerané na deje vyvolané aktiváciou receptora vo zložkách plazmatickej membrány, cytoplazmy a bunkového jadra (Bareš, Novák, 2008).

Súčasnú vysvetlenie mechanizmu účinku antidepresív predpokladá, že dlhodobým pôsobením inhibítorov spätného vychytávania noradrenalínu, serotonínu a dopamínu (účinkov antidepresív) dochádza k zvýšenej ponuke týchto mediátorov v synaptickej štrbine. Ich zvýšená dostupnosť ovplyvňuje príslušné postsynaptické receptory (noradrenergný a serotonínový), u ktorých dochádza k zníženiu počtu a senzitivity (down-regulácia) a vedie k aktivácii systému tzv. druhých poslov (napríklad cAMP). Ďalším javom v tejto kaskáde je zvýšenie expície transkripčného faktora CREB (cAMP Response Element Binding Protein) a následne neurotrofných faktorov, najmä BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor). Zvýšená expresia BDNF pravdepodobne vedie k vyššiemu prežívaniu neurónov, remodelácii synapsií a bunkovej stavby. Tieto zmeny sú pravdepodobne vlastným prejavom účinku antidepresív (Bareš, Novák, 2008).

Ďalším vysvetlením vzniku depresívnej poruchy sú behaviorálne, kognitívno behaviorálne, interpersonálne a psychoanalytické teórie depresie, spolu s konceptom naučenej bezmocnosti. Podrobnejší prehľad teórií podáva Rehm (2010).

Behaviorálny model predpokladá že depresia je dôsledkom nedostatku pozitívneho posilnenia v interakcii s prostredím (Lewinson a kol., 1982). Kognitívno behaviorálny model depresívnej poruchy je založený na predpoklade aktivácie dysfunkčných kognitívnych schém vplyvom nezdarov a zvýšených nárokov na jedinca v období 6-12 mesiacov pred začiatkom depresívnej poruchy. Samotná porucha je následne udržiavaná pomocou skreslených vzorcov myslenia, kognitívnych omylov a vyhýbavého správania (Bareš, Novák, 2008).

Interpersonálny model predpokladá, že depresiu vyvoláva nevyriešený smútok, zmena životných rol a následné interpersonálne deficity (Heretik a kol., 2007).

Psychodynamická teória sa snaží prepojiť aktuálne konflikty pacienta s jeho detským vývinom, pretože ich považuje za manifestácie narušenia ranej väzby s blízkymi osobami. Jednotlivé teórie depresívnej poruchy sa navzájom nevyklúčujú, ale skôr sa dopĺňajú, a poskytujú rôzne uhly pohľadu na vznik poruchy, ktorej etiológia pravdepodobne zahŕňa mechanizmy biologické aj psychologické (Bareš, Novák, 2008).

Prínosnou sa tiež javí predpoklad o dysregulácii autonómneho nervového systému a jeho prepojenia s centrálnou nervovou sústavou. Pinter a kol. (2019) uvádzajú prehľad 8 výskumných prác skúmajúcich nemedikovaných depresívnych pacientov u ktorých sedem štúdií (88 %) zistilo nerovnováhu autonómneho nervového systému v porovnaní s kontrolou skupinou. Tieto nálezy sú zhodné s metaanalýzou Kemp a kol. (2010), do ktorej boli zahrnutí depresívni pacienti bez kardiovaskulárneho ochorenia a medikácie a ktorá zistila zníženie variability srdcovej frekvencie, ktorá sa zhoršovala zvyšovaním depresívnej symptomatiky. Mešťaníková (2017) zistila u adolescentov so stredne ťažkou a ťažkou depresiou zníženú kardiálnu parasympatíkovú reguláciu a zníženú sympatíkovú aktivitu, čo môže poukazovať na abnormality v regulačných mechanizmoch centrálnej autonómnej integrity.

Trebatická (2017) uvádza aj teóriu biorytmov, keďže pri depresívnych poruchách sa vyskytujú poruchy spánku. U pacientov s depresiou je totiž časové obdobie medzi časom, keď zaspali, a začiatkom prvej epizódy rýchleho očnému pohybu (REM) je kratšie ako u jedincov bez depresie. U niektorých pacientov s depresiou REM spánok nastáva okamžite. Tento fenomén vedie k významnému skresleniu spánkovej architektúry. Pacienti s depresiou zažívajú prerušovaný spánok a neskorú insomniu. Vykazujú typické výkyvy v závažnosti symptomatiky počas dňa. Ráno sa zvyčajne cítia horšie a počas dňa sa depresívne prežívanie mierne zlepšuje. Nepravidelné sú aj iné biorytmy (napr. teplota tela a rytmus sekrécie kortizolu). Navyše u niektorých pacientov vykazujú depresívne epizódy atypický sezónny obraz. Popísané biorytmy závisia od funkcie niekoľkých génov, ktoré regulujú „endogénne biologické hodiny“. Teória biorytmov pri depresii predpokladá, že depresívne symptómy sú spôsobené dysfunkciou v nucleus suprachiasmaticus (SCN), ktorá ovplyvňuje tvorbu správneho cirkadiálneho rytmu. Jednou z hypotéz teórie biorytmov je, že porucha v synchronizovaní spôsobuje depresiu, aspoň u niektorých pacientov.

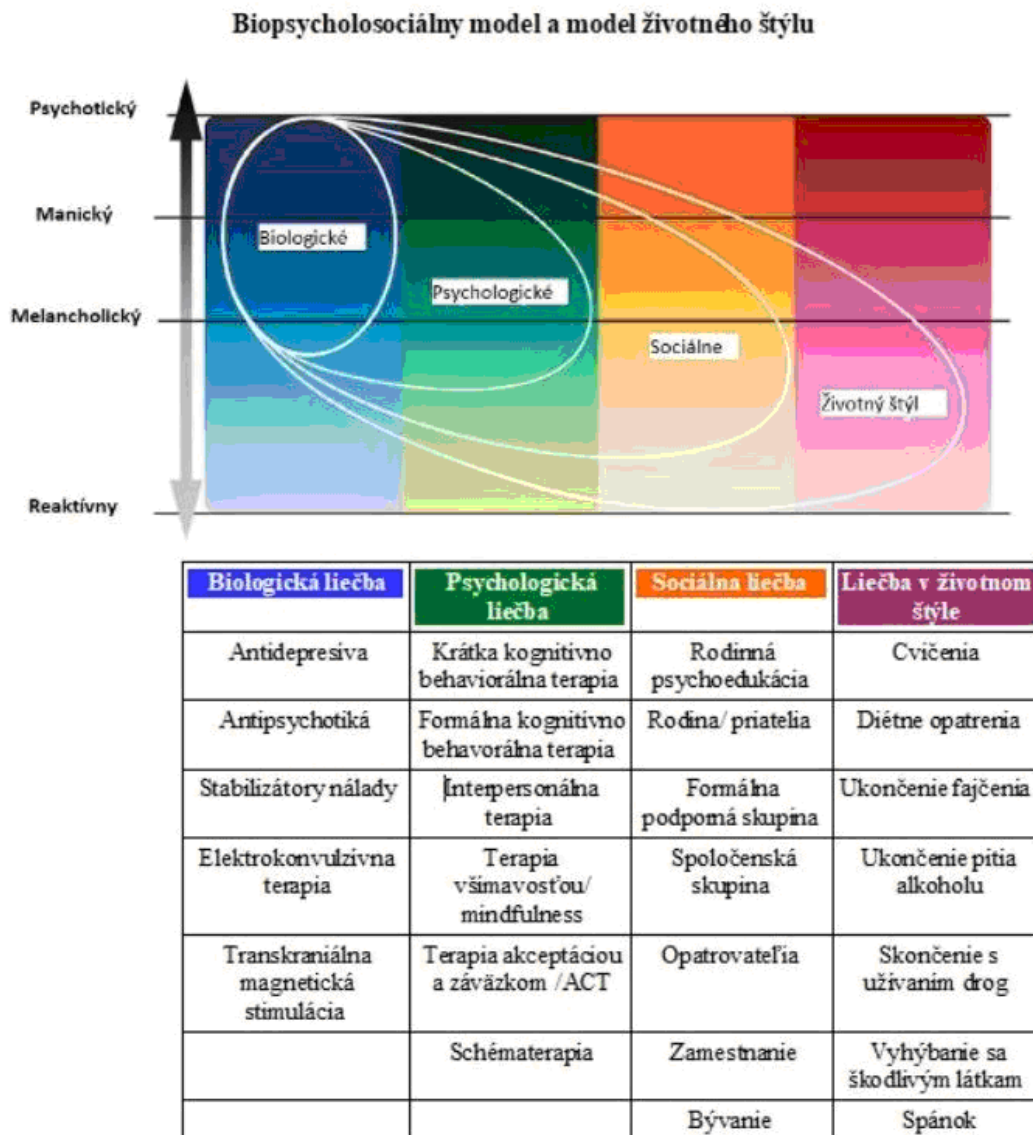
Trebatická (2017) následne zdôrazňuje dôležitosť psychosociálnych faktorov, ktoré tvoria významný rámec, ktorý môže depresívny stav detí a adolescentov udržiavať alebo zhoršovať, ak nie je vhodne ovplyvnený. Uvádza, že vzťahová väzba úzko súvisí s rozvojom emočnej regulácie u dieťaťa a so schopnosťou vysporiadať sa s problémami, ktoré prichádzajú v rôznych životných obdobiach (coping). Nedostatočne vytvorená vzťahová väzba môže vyústiť do osamelosti, hostility voči rovesníkom, úzkosti a sebaopodceňovaniu. Ak dieťa vyrastá v harmonickom rodinnom prostredí s kvalitnou vzťahovou väzbou a pocitom bezpečia je schopné zvládať aj negatívne emócie, čo je dôležitá ochrana pred nástupom depresie.



Dieťa by sa malo naučiť, akým spôsobom zvládať negatívne emócie, aby to prispievalo k jeho pozitívnemu rastu a rozvoju osobnosti. Zdravé deti používajú pri zvládaní negatívnych emócií a udalostí aktívne, na problém zamerané stratégie. Naopak deti s depresiou si osvojujú celú škálu nekonštruktívnych reakcií (hovory k sebe, racionalizácia, vyhýbavosť, odťažitosť od problému, nesústredenosť). Sú to vyhýbavé stratégie a negatívne správanie. Vývoj emočnej regulácie je takto úzko spojený s prejavmi úzkosti a neskorším rozvojom depresie.

Podľa RANCZP (2015) komplexný pohľad na problematiku poskytuje biopsychosociálny model a model zohľadňujúci životný štýl. Predstavuje užitočný rámec pre porozumenie faktorom, ktoré prispievajú k rozvoju porúch a naplánovaniu ich klinického manažmentu. Predpokladá, že obvykle sú poruchy nálad spôsobené viacerými faktormi a preto vyžadujú viaceré liečebné postupy. Je zobrazený na obrázku č. 1.

**Obrázok č. 1 Biopsychosociálny model a model životného štýlu**



## Klasifikácia

MKCH 10 (WHO, 2011) neuvádza osobitnú klasifikáciu pre depresiu detí a adolescentov. Klasifikuje ju nasledovne:

### F32 DEPRESÍVNE EPIZÓDY

Pri typickej ľahkej, strednej a hlbokkej depresívnej epizóde, ako sa opisujú ďalej, trpí pacient na zhoršenie nálady, zníženie energie a aktivity. Narušená je schopnosť radosť sa, oslabený je záujem a schopnosť koncentrácie, častá je nápadná ukonanosť aj po minimálnej námahe. Zvyčajne je narušený spánok a znížená chuť do jedenia. Sebaocenenie a sebadôvera sú takmer vždy znížené, aj pri miernej forme je časté sebaobviňovanie a pocity bezcennosti.

Sklúčená nálada len málo kolíše zo dňa na deň, nereaguje na okolnosti a môžu ju sprevádzať tzv. somatické príznaky, ako je strata záujmov a príjemných pocitov, raňajšie zobúdzenie viac hodín pred zvyčajným časom; najhoršia depresia ráno, výrazná psychomotorická retardácia, agitácia, strata chuti do jedla, pokles hmotnosti a zníženie libida. Podľa množstva a závažnosti príznakov sa depresívna epizóda hodnotí ako ľahká, stredná a ťažká (hlboká). Zahŕňa:

- jednotlivú epizódu,
- depresívnej reakcie,
- epizodickej depresívnej poruchy,
- reaktívnej depresie.

Nezahŕňa:

- adaptačnú poruchu (F43.2),
- návratnú depresívnu poruchu (F33.-),
- spojenú s poruchami správania pod F91.- (F92.0),

#### F32.0 Epizóda ľahkej depresie.

Porucha sa zvyčajne prejavuje aspoň dvoma alebo troma zo spomenutých príznakov. Pacienta to trápi, ale pravdepodobne je schopný vykonávať väčšinu činností.

#### F32.1 Epizóda stredne ťažkej depresie.

Porucha sa zvyčajne prejavuje štyrmi alebo viacerými zo spomenutých príznakov. Pacient má pravdepodobne dosť veľké ťažkosti pri pokračovaní v každodennej činnosti.

#### F32.2 Epizóda ťažkej (hlbokej) depresie bez psychotických príznakov.

Ide o epizódu depresie, pri ktorej sú výrazné viaceré príznaky. Typická je strata sebadôvery a pocity bezcennosti a viny. Časté sú suicidálne myšlienky a činy, a chorí mávajú veľa somatických príznakov.

Agitovaná depresia, jednotlivá epizóda bez psychotických príznakov.

Veľká depresia, jednotlivá epizóda bez psychotických príznakov.

Vitálna depresia, jednotlivá epizóda bez psychotických príznakov.

#### F32.3 Epizóda ťažkej (hlbokej) depresie s psychotickými príznakmi.

Epizóda depresie ako pod F32.2, ale s halucináciami, bludmi, psychomotorickou retardáciou alebo takým ťažkým stuporom, ktorý znemožňuje bežné sociálne aktivity. Život môže ohroziť samovražda, dehydratácia alebo hladovanie. Halucinácie a bludy môžu, ale nemusia zodpovedať nálade.

Jednotlivé epizódy:

- veľkej depresie s psychotickými príznakmi,
- psychogénnej depresívnej psychózy,
- psychotickej depresie,
- reaktívnej depresívnej psychózy.

#### F32.8 Iné depresívne psychózy.

Atypická depresia.

Jednotlivé epizódy larvovanej depresie NS.

#### F32.9 Nešpecifikovaná depresívna epizóda.

Depresia NS.

Depresívna porucha NS.

MKCH 10 (WHO, 2011) pod kódom F92.0 klasifikuje u detí depresívnu poruchu správania: Táto položka vyžaduje kombináciu poruchy správania (F91.-) s pretrvávajúcou a závažnou depresiou prejavujúcou sa príznakmi, ako sú nadmerné utrpenie, strata záujmov a potešenie z bežnej činnosti, sebaobviňovanie a beznádejnosť, poruchy spánku a chuti do jedla. Ide o poruchu správania pod F91.- spojenú s depresívnou poruchou pod F32.-

Podľa Bareš, Novák (2008) niektoré depresívne príznaky majú zvláštny klinický význam, sú to tzv. somatické (biologické, vitálne, endogenomorfné) príznaky. Predchádzajúce diagnostické systémy diferencovali endogénnu depresiu od depresíí exogénnych (reaktívnych a neurotických). Súčasná klasifikácia tento súbor nazýva somatickým syndrómom a jeho diagnostické kritériá uvádzame nižšie. Jeho prítomnosť by mala byť v diagnostickom závere zaznamenaná (napr. depresívna epizóda stredne ťažká so somatickým syndrómom).

Diagnóza somatického syndrómu je oprávnená, ak sú prítomné aspoň 4 z nasledujúcich príznakov:

1. zreteľná strata záujmu a radosti z aktivít, ktoré normálne prinášajú uspokojenie,
2. chýba emočná reaktivita na udalosti alebo aktivity, ktoré normálne vyvolávajú emočnú odozvu,
3. ranné prebúdzenie aspoň o 2 hodiny skôr než zvyčajne,
4. depresia je výraznejšia ráno,
5. objektívny dôkaz zreteľného psychomotorického spomalenia alebo agitovanosti,
6. výrazná strata chuti do jedla,
7. úbytok hmotnosti (5 % a viac za posledný mesiac),
8. strata libida.

Pri diagnostike depresívnej poruchy môžu pomôcť aj diagnostické kritériá veľkej depresívnej poruchy podľa DSM-V (APA, 2015).

Diagnostické kritériá "Major depressive disorder" (Veľká depresívna porucha) :

**A.** 5 a viac z nasledujúcich symptómov musí byť splnených v trvaní minimálne 2 týždne, ktoré odrážajú zmenu oproti predchádzajúcemu fungovaniu jedinca. Minimálne jeden zo symptómov musí byť buď depresívna nálada alebo strata záujmov a prežívania potešenia.

1. Depresívna nálada vyskytujúca sa väčšinu dňa skoro každý deň (udávaná buď subjektívnym hodnotením, napr. pocity smútku, prázdnoty, beznádeje alebo objektívnym pozorovaním, napr. pôsobí plačlivo, smutne, bezútešne). U detí a adolescentov sa nemusí vyskytovať jednoznačne smutná nálada, ale iritabilná, tzn. trvale podráždená nálada.
2. Jednoznačne znížený záujem alebo prežívanie radosti o všetko dianie okolo alebo o záujmy väčšinu dňa skoro každý deň (hodnotené subjektívne alebo okolím).
3. Signifikantná strata hmotnosti (bez držania diéty) alebo prírastok na hmotnosti (zmien viac ako 5 % počas 1 mesiaca). Alebo zvýšenie/zníženie chuti do jedla skoro každý deň. U detí sa jedná o stagnáciu alebo redukciu očakávaného váhového prírastku v rámci vývinu.
4. Insomnia alebo hypersomnia skoro každý deň.
5. Psychomotorická agitácia alebo inhibícia skoro každý deň (pozorované okolím, nielen subjektívne prežívanie nepokoja alebo spomalenia).
6. Únava alebo nedostatok energie skoro každý deň.
7. Pocity zbytočnosti alebo nadmernej alebo neprimeranej viny (môžu byť bludné) každý deň, (nielen subjektívne prežívané výčitky alebo pocity viny z choroby).
8. Znížená schopnosť rozmýšľať alebo sústrediť sa alebo rozhodovať sa skoro každý deň (hodnotené subjektívne alebo okolím).
9. Opakujúce sa myšlienky na smrť (a nie iba strach zo smrti), opakujúce sa suicidálne ideácie bez špecifického plánu alebo suicidálny pokus alebo špecifický plán na uskutočnenie suicídia.

**B.** Symptómy spôsobujú významné zhoršenie v sociálnej, akademickej/zamestnaneckej a inej významnej oblasti fungovania.

**C.** Epizóda nie je spôsobená fyziologickými účinkami látok alebo inými somatickými ochoreniami.

Kritériá A - C reprezentujú veľkú depresívnu epizódu.

Poznámka: Reakcia na významnú životnú stratu (strata blízkeho, finančná ruina, prírodná katastrofa, závažné zdravotné ťažkosti alebo obmedzenia) môžu vyvolávať pocity intenzívneho smútku, hĺbanie nad stratou, insomniu, zníženú chuť do jedla alebo stratu na hmotnosti, ako sú uvedené v kritériu A, ktoré sa môžu podobáť na depresívnu epizódu. Hoci tieto symptómy môžu byť vysvetliteľné primerane k strate, prítomnosť veľkej depresívnej epizódy pridanej k normálnej reakcii na závažnú stratu, by mala byť starostlivo zvážená. Tento záver nevyhnutne vyžaduje klinické vyšetrenie založené na odobratí osobnej anamnézy a zistení kultúrnych zvyklostí na vyjadrenie distresu v kontexte zažitej straty. V rozlíšení zármutku od veľkej depresívnej epizódy je užitočné uvažovať, že v prirodzenom zármutku sa predominantne objavujú pocity prázdnoty a straty, zatiaľ čo pri veľkej depresívnej epizóde je prítomná perzistentná depresívna nálada a neschopnosť prežívať radosť a šťastie. Dysfória v zármutku klesá v intenzite v priebehu dní a týždňov a vyskytuje sa vo vlnách, nazýva sa aj náhly pocit zármutku. Tieto vlny majú tendenciu byť spojené s myšlienkami alebo spomienkami na zosnulého. Depresívna epizóda je viac perzistentná a nie je spojená so špecifickými myšlienkami. Bolesť v zármutku môže byť sprevádzaná pozitívnymi emóciami a humorom, ktoré sú netypické pre pretrvávajúci pocit nešťastia a utrpenia charakteristické pre depresívnu epizódu. Myšlienkové obsahy spojené so zármutkom všeobecne predstavujú spojenie s myšlienkami a spomienkami na zosnulého, resp. na stratu viac ako sebakritické a pesimistické ruminácie viditeľné pre depresívnej epizóde. Pri zármutku je sebavedomie všeobecne zachované, zatiaľ čo pri depresívnej epizóde sú bežné pocity zbytočnosti a zníženého sebavedomia. Ak sú počas zármutku prítomné pocity sebaobviňovania, typicky sa týkajú pocitov uvedomenia si zlyhania vzhľadom na zosnulého (nenavštevovali ich dost často, nepovedali im, že ich ľúbia a pod.). Ak sa u pozostalých vyskytnú myšlienky na smrť alebo umieranie, tieto myšlienky sú všeobecne zamerané na zosnulých, zatiaľ čo ich výskyt pri depresívnej epizóde znamená zameranie sa na ukončenie vlastného života z dôvodu pocitov zbytočnosti a nehodnosti života alebo neschopnosť zápasit s bolesťou depresie.

**D.** Výskyt veľkej depresívnej epizódy nie je možné vysvetliť inou psychiatrickou poruchou (schizoafektívna porucha, schizofrénia, schizotypová porucha, bludová porucha, alebo ďalšími špecifickými alebo nešpecifickými schizofrénnymi poruchami alebo inými psychotickými poruchami).

**E.** Doteraz nebola prítomnosť žiadnej manickej ani hypomanickej epizódy.

Poznámka: Toto vylučovacie kritérium sa neuplatňuje, ak sa vyskytuje stav podobný manickej alebo hypomanickej epizóde vyvolanej psychoaktívnymi látkami alebo vysvetliteľný ako fyziologický efekt iného zdravotného stavu.

## **Klinický obraz**

Krejčířová (2006) uvádza, že deti trpia depresiou pravdepodobne najmenej rovnako často ako dospelí a aj prejavy sú podobné, avšak u detí je častejší výskyt somatických ťažkostí, regresných prejavov a celkový klinický obraz je významne ovplyvnený vekom dieťaťa.

Základnými prejavmi depresie sú:

- smutná nálada, strata záujmu a radosti z bežných činností, pocit smútku, beznádeje, podráždenosť,
- poruchy jedla (zvyčajne nechutenstvo, menej často prejedanie sa),
- poruchy spánku (nespavosť, menej často hypersomnia),
- pohybový útlm alebo agitovanosť,
- apatia, strata záujmu,
- únava, strata energie,
- strata pocitu vlastnej hodnoty alebo neprimerané pocity viny,
- zhoršená koncentrácia,
- úvahy o smrti, suicidálne myšlienky.

V nasledujúcej časti uvádzame klinický obraz v raných vývinových obdobiach.

## **Dojčenský a batolivý vek**

Podľa Krejčířovej (2006) je pre deti v dojčenskom veku typická tzv. anaklitická depresia ako reakcia na separáciu od matky. Dieťa pri separácii obvykle plače a volá matku, postupne však „stráca nádej“, stáva sa utlmeným, nereaguje na okolie, odmieta jedlo aj sociálne kontakty. Trebatická (2017) dopĺňa, že vplyvom dlhodobej separácie postupne dochádza k rezignácii a k regresu vo vývine (reakcia rezignácie). Narušený je vývin reči, oslabený je sociálny kontakt a komunikácia s okolím. V poslednom štádiu (tzv. coma vigile) dieťa leží s otvorenými očami, reaguje iba na silné, bolestivé podnety. Tento stav môže byť buď ireverzibilný a dieťa zomiera väčšinou na respiračnú infekciu, alebo reverzibilný, ak existuje starostlivosť náhradných, blízkych osôb. Vtedy nie je depresívna reakcia tak hlboká. Objaví sa neprospievanie a apatia, ide o nediferencovanú reakciu psychosomatického stavu. Napriek tomu však určité oneskorenie vo vývine (najčastejšie vo vývine reči) môže pretrvávať ešte tri až štyri roky po negatívnej životnej udalosti. V batolivom veku je výrazné dysforicko depresívne ladenie, postupne nastáva oneskorenie, resp. inhibícia vo všetkých oblastiach, sociálnej, motorickej, kognitívnej, celkovo intelektuálnej.

### **Predškolský vek**

Deti v tomto veku spravidla nedokážu vyjadriť slovami svoje vnútorné pocity a typické pre depresiú tak bývajú skôr somatické symptómy (predovšetkým bolesť brucha a hlavy), strata záujmu o hru a často izolácia od rovesníkov, niekedy aj agresívne a deštruktívne správanie (Krejčířová, 2006). Trebatická (2017) udáva jednotlivé kategórie symptómov nasledovne:

- kognitívna: nesústredenosť, strata zvedavosti a kreativity,
- emočná: emočná labilita,
- afektívna: iritabilita, záchvaty plaču a kriku, afektívne výbuchy, pričom symptómy sa rýchlo striedajú v krátkych časových intervaloch,
- motorické: nepokoj, agitovanosť striedaná s inhibíciou, agresivita, hyperaktivita striedaná s apatiou, stereotypné pohyby,
- somatické: nechutenstvo, poruchy spánku, manipulácie s genitálom,
- sociálne: odmietanie hry s rovesníkmi, kontakt s rovesníkmi prechodného charakteru, plachosť, mutizmus až izolácia.

### **Mladší školský vek**

V tomto období sa najčastejšie prejavujú psychosomatické príznaky (enuréza, enkopréza, pavor nocturnus, manipulácia s genitáliami), emočná labilita (striedanie smiechu a plaču), interpersonálne konflikty s rovesníkmi aj dospelými. Deti môžu byť podráždené a unavené, nesústredené a v jednotlivých oblastiach sa symptómy depresie prejavujú nasledovne (Trebatická, 2017):

- kognitívna: odpor k učeniu, nesústredenosť,
- emočná: emočná labilita, pocity neistoty,
- afektívna: podráždenosť, záchvaty plaču a kriku, spojená so sociálnou maladaptáciou
- motorická: agitovanosť, hyperaktivita striedaná s inhibíciou,
- somatická: enkopréza, enuréza, onychofágia, poruchy spánku, pavor nocturnus, nešpecifické bolesti hlavy, brucha, únava, manipulácie s genitálom,
- sociálna: striedanie hyperzáujmu s nezájmom (ako náhle ho získajú) o dianie okolo, rovesníkov.

### **Starší školský vek**

V tomto veku je podľa Trebatickej (2017) typické prežívanie pocitu neúspechu, znížené sebavedomie a sebahodnotenie, z toho vyplýva úzkosť zo skúšania, z predvedenia výkonu, zo zadaných úloh (tzv. performačná anxieta). Základnými prejavmi sú somatizácie a podráždenosť na okolie bez zjavného podnetu. Zo somatických prejavov dominujú abdominalgia a cefalea rôzneho charakteru. Prítomná je afektívna labilita, striedanie pasivity, motorickej a intelektovej inhibície až regresie s psychomotorickým nepokojom a agitovanosťou až agresivitou. Podobné s prejavmi depresívnej poruchy u dospelých sú pocity viny, úzkosti až suicídálne ideácie a tendencie. Všeobecne u detí školského veku môže zhoršenie edukačných výsledkov a vyháňanie sa rovesníkom signalizovať depresívnu poruchu. Deti pociťujú neúspech, stávajú sa stiahnutými, čo vedie k zníženému sebahodnoteniu a sebaúcte. V jednotlivých oblastiach sa to prejavuje nasledovne:

- kognitívna: nesústredenosť, znížená výkonnosť, zvýšená hĺbavosť s nevýpravnosťou,
- emočná: skl'účenosť, neistota, performačná úzkosť,
- afektívna: kolísanie nálad, poruchy sebahodnotenia, suicídálne ideácie,

- motorická: znížená dynamogenia alebo agitovanosť,
- somatická: bolesti hlavy (viac u dievčat), tráviace ťažkosti, možný prírastok hmotnosti (viac u chlapcov),
- sociálna: izolácia, neobl'úbenosť, pocity nepochopenia.

## Adolescencia

Podľa Krejčířovej (2006) je v tomto veku klinický obraz už analogický depresii dospelých so zreteľnou poruchou nálady, zníženou energiou, únavou, tendenciou k izolácii, zníženému sebahodnoteniu. Pred pocitmi bezmocnosti a beznádeje sa môžu dospievajúci uchýľovať k alkoholu, drogám, prípadne k promiskuitnému sexuálnemu správaniu. Trebatická (2017) symptómy depresie v jednotlivých oblastiach udáva nasledovne:

- kognitívna: bradypsichizmus, poruchy koncentrácie pozornosti, nerozhodnosť, znížené sebahodnotenie, suicidálne ideácie, negatívne automatické myšlienky, strata všetkých záujmov, zhoršovanie školského prospechu až úplné zlyhanie (depresiu nevyučuje, ak je dieťa schopné presedieť pred počítačom celé poobedie alebo ho zaujmú hry s minimálnym vynaložením energie a pozornosti),
- emočná: úzkosť, záchvaty plaču, pocity beznádeje, pocity nudy (prechodné prejasnenie emotivity, napr. pri návšteve kamarátov nevyučuje depresiu),
- afektívna: patická nálada, rýchle striedanie, niekedy aj s prchavými psychotickými prejavmi a hypomanickým výkyvom, beznádej zúfalstvo, vitálny smútok striedaný s afektívnymi raptami so zvýšenou impulzivitou, iritabilitou,
- motorická: apatia, abúlia, pocit straty energie striedaná s nepokojom, podráždenosťou,
- somatické: poruchy cirkadiánnych rytmov, únava, zmeny hmotnosti, zvýšená spavosť, bolesti hlavy, rôzne hypochondrické sťažnosti,
- sociálna: zhoršený až žiadny kontakt s rovesníkmi, neschopnosť byť sám, zároveň so strachom z ľudí, pocity samoty, nepochopenia, impulzivita, ktorá sa prejavuje vyhľadávaním riskantných aktivít, promiskuitou, zneužívaním psychoaktívnych látok.

## Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Diagnostika depresie a emočných porúch u detí je náročnejšia, ako u dospelých. Klinický obraz ochorenia býva u detí menej vyhranený, niektoré symptómy sú prítomné i pri iných psychických poruchách a deti nedokážu presne popísať prejavy ochorenia v kauzálnej súvislosti s jasnými príčinami, situáciami a determinantami ochorenia. Deti tiež neprichádzajú so svojimi problémami samé od seba, prichádzajú na podnet iných osôb, čo objektivizovanie problémov sťažuje.

Formálna diagnóza vychádza z posúdenia diagnostických kritérií depresie a jej závažnosti podľa MKCH 10, prípadne ICD 11. Nápomocné môže byť tiež použitie klasifikačného systému DSM-5 (Americká psychiatrická asociácia, 2015). V diagnostickom procese je potrebné získať všetky dôležité informácie, ktoré môžu byť dôležité pri následnej starostlivosti. NICE (2018, 2019) odporúča v tomto procese používať viacero postupov.

Je potrebné kombinovať **klinické (pozorovanie, rozhovor, anamnéza, analýza produktov) a testové metódy (dotazníky, projektívne testy)**. Na určenie diagnózy stačí spravidla rutinné psychiatrické, prípadne klinicko-psychologické vyšetrenie.

Podľa NICE (2019) pri posudzovaní detí a adolescentov s depesiou by sa odborníci na duševné zdravie by sa mali vždy priamo pacienta, jeho rodičov, či ľudí, ktorí sa o neho starajú, opýtať

na to, či dieťa, alebo adolescent užíva alkohol alebo iné návykové látky, či nebol šikanovaný alebo zneužívaný a či neuvažuje o samovražde. Pacient má mať na začiatku príležitosť prebrať tieto problémy s posudzovateľom osamote.

V rámci diagnostického procesu je potrebné vykonať psychodiagnostický rozhovor s dieťaťom (adolescentom) a aj jeho rodičom, resp. zákonným zástupcom alebo iným relevantným rodinným príslušníkom. Súčasťou rozhovoru má byť anamnestický rozhovor a anamnestický rozhovor s rodičom, resp. zákonným zástupcom. Dôležitý je popis zmien správania detí zo strany blízkych osôb – rodičov, kamarátov, pedagógov, ich spôsob fungovania v domácom i školskom prostredí, zmeny v správaní, vo výkonnosti, koncentrácii pozornosti, aktivitách a celkových postojoch k životu, nálade.

Na objektivizáciu informácií získaných klinickými metódami je možné použiť sebapozudzovacie škály ako je CDI (Kovács, 1998), PHQ-9 pre adolescentov, u starších detí (nad 16 r.) BDI-II. V rámci diferenciálnej diagnostiky je možné od 16 rokov použiť Diferenciálny dotazník depresivity. V rámci komplexného vyšetrenia je vhodné použiť projektívne metódy.

V prípade podozrenia na poruchy intelektu, kognitívnych funkcií, alebo osobnostné abnormality je potrebné vykonať komplexné klinicko-psychologické vyšetrenie.

V prípade suicidálneho rizika je treba postupovať podľa štandardných postupov týkajúcich sa suicidálneho správania.

V diferenciálnej diagnostike je potrebné zvažovať odlišenie depresívnej poruchy od inej psychickej poruchy, predovšetkým úzkostných porúch, porúch správania, porúch príjmu potravy a porúch spôsobených zneužívaním psychoaktívnych látok. Praško, Možný a Šlepecký (2007) odporúčajú v rámci diferenciálnej diagnostiky odlišenie od:

**A) Poruchy nálady pri somatickom ochorení** - sekundárna depresia (napr. pri nádorových ochoreniach s paraendokrinnou produkciou, ako je bronchogénny karcinóm, lymfóm, hepatóm, karcinóm hlavy pankreasu, diseminovaná karcinomatóza, pri poškodení mozgu tumorom, urémii, hypoxii, roztrúsenej skleróze, traume, mozgovej mŕtvici, ďalej pri endokrinných poruchách, ako je Cushingova choroba, Addisonova choroba, hypotyreóza, insuficiencia hypofýzy, diabetes mellitus, hyperparatyreóza, deficity niacínu, pyridoxínu, vitamínu B12, kyseliny listovej, tiamínu, systémových ochoreniach, ako sú kolagenózy či Wilsonova choroba, pri infekčných ochoreniach, ako je vírusová hepatitída, vnútrolebečná infekcia, mononukleóza, AIDS, tuberkulóza). Vylúčenie somatického ochorenia, ktoré indukuje sekundárny depresívny syndróm, alebo ktorého príznaky môžu pripomínať depresívnu symptomatiku (strata energie, únava, bolesti hlavy, nespavosť a i.), je na mieste vždy pri prvom zachytení depresívnej poruchy.

Ani pri periodickom priebehu nemožno vylúčiť a podceniť vznik somatickej komorbidity.



Somatické poruchy, ktoré môžu byť sprevádzané depresívnymi stavmi:

*Poškodenie CNS:* tumory (najmä frontálne a temporálne laloky), urémia, demyelinizácia, hepatálne encephalopatie, hypoxia, roztrúsená skleróza, trauma LBI, mozgová mŕtvica, skoré štádiá demencie, spánková apnoe.

*Zhubné nádory extrakraniálne:* najmä tie, ktoré produkujú paraendokrinné hormóny - bronchogénny karcinóm (ACTH), lymfóm (paratyroidálny hormón, hepatóm (inzulín), karcinóm pľúc (adiuretín), karcinóm hlavy, pankreasu, diseminovaná karcinomatóza.

*Epilepsia.*

*Lieky:* steroidy, narkotiká, antikonvulzíva, cytostatiká, agonisty dopamínu, hormonálne prípravky, kontraceptíva, antihistaminiká, sedatíva, hypnotiká, fenotiazíny, diuretiká, rezerpín, alfametyldopy, inhibítory cholinesterázy, inhibítory prostaglandínov, centrálné pôsobiace antihypertenzíva, insekticidy, indometacín, cykloserín, vinkristín, vinblastín.

*Chemické látky:* ťažké kovy (olovo, tálium, ortuť).

*Infekcie:* vnútrolebečná, vírusová pneumónia, hepatitída, vírusová mononukleóza, chrípka, AIDS, tuberkulóza)

*Iné choroby:* kolagenózy (systémový lupus erythematosus, reumatoidná artritída), Wilsonova choroba, migréna.

*Deficity:* niacín, pyridoxín, elektrolyty, vitamín B12, kyselina listová, tiamín.

*Endokrinné poruchy:* insuficiencia hypofýzy, hypotyreóza, diabetes mellitus, hyperparatyroidizmus, hypoglykémia, hyper alebo hypofunkcia nadobličiek (Cushingova choroba, Addisonova choroba).

*Psychoaktívne látky:* alkohol, sedatíva a hypnotiká, antipsychotiká.

*Odvykacie stavy:* alkohol, sedatíva a hypnotiká, kokaín, stimulancia vrátane kofeínu, nikotín.

**B) Depresívny syndróm navodený psychoaktívnymi látkami (alkohol, barbituráty, metamfetamín a i.) alebo inými liekmi** - depresia môže byť navodená psychoaktívnymi látkami, ktoré osoba zneužíva a / alebo je na nich závislá, je aktuálne intoxikovaná, či prežíva odvykací stav (alkohol, opioidy, sedatíva a hypnotiká, kokaín, organické rozpúšťadlá), ale aj inými liekmi, používanými v somatickej medicíne (steroidy, alfa-metyldopa, antikonvulzíva, cytostatiká, kontraceptíva, antihistaminiká, antihypertenzíva) alebo v psychiatrickej liečbe (antipsychotiká, benzodiazepíny, hypnotiká). Pre rozlíšenie slúži preukázanie syndrómu škodlivého užívania či závislosti (vznik tolerancie a abstinénny syndróm). V prípade, že depresívne symptómy sú súčasťou klinického obrazu intoxikácie či abstinénneho syndrómu, mali by vymiznúť v krátkej dobe po zvládnutí základného stavu či vysadení liekov.

**C) Demencia** - problém s diferenciálnu diagnostikou nastáva v prípade tzv. pseudodemencie, t.j. príznakov depresívnej poruchy, ktoré môžu napodobniť demenciu. Pre diagnózu depresie svedčí rýchly začiatok príznakov, anamnéza depresívnej poruchy, chýbanie zmätenosti a blúdenia, normálny nález na EEG a CT, menlivosť kognitívneho deficitu, chýbanie rozdielu v deficite novopamäti a staropamäti.

**D) Schizoafektívna porucha** – túto diagnózu používame, ak nemožno rozlíšiť, či ide o poruchu afektívnu alebo schizofrénnu. V jej klinickom obraze by mali byť zastúpené symptómy oboch porúch.

**E) Dystýmia** - klinický obraz dystýmie je oproti depresívnej epizóde miernejší. Priebeh je zdĺhavý (diagnostické kritériá vyžadujú aspoň dvojročné trvanie) a nevyznačuje sa ohraničených epizódach s remisiami.

**F) Poruchy prispôsobenia** - depresívne príznaky sa u poruchy prispôsobenia vyskytujú v jasnej nadväznosti na konkrétnu životnú udalosť (psychosociálnu záťaž). Aj depresívna epizóda môže byť spustená exogénnymi faktormi a o správnosti diagnostického záveru často rozhodne až priebeh ochorenia (výskyt ďalších epizód depresie).

**G) Bipolárno afektívna porucha** - diagnózu depresívnej poruchy vylučuje prítomnosť hypomanickej či manickej epizódy v anamnéze.

**H) Zdvojená depresia (double depression)** - depresívnej epizóde predchádza prítomnosť dystýmnej poruchy a jej liečba často redukuje depresívnu symptomatiku iba na dystýmnu úroveň.

Trebatická (2017) udáva k diferenciálnej diagnostike nasledovné body:

**Smútok:** Diagnóza depresie nesmie byť stanovená len na základe poruchy nálady alebo vytrhnutím behaviorálnych depresívnych prejavov z celkového kontextu. Vždy musia byť prítomné celé symptómové trsy. Napríklad, ak nie je smútok prežitý (ak sa dieťa "nevyplače") môže do 3-6 mesiacov po traumatickej udalosti prejsť do depresie, najmä ak je prítomné sebaobviňovanie. Epizódy smútku by nemali byť diagnostikované ako depresívna porucha pokiaľ nespĺňa kritériá závažnosti (päť z deviatich), trvania (minimálne každý deň posledné 2 týždne) a klinickú významnosť distresu alebo zhoršeného fungovania.

**Maskovaná, resp. larvovaná depresia:** Maskovaná depresia môže u detí a adolescentov prebiehať ako behaviorálne ekvivalenty depresie a to, poruchy správania, agresivita, antisociálne rapty.

**Hyperkinetická porucha aktivity a pozornosti (ADHD):** Porucha pozornosti a nízka frustračná tolerancia sa môžu vyskytovať u oboch porúch. Ak sú splnené diagnostické kritériá pre obe poruchy súčasne, primárna je depresívna porucha. U detí s ADHD si klinici musia dávať pozor, aby nadmerne nediagnosticskovali depresívnu poruchu, lebo u týchto detí je dysforická nálada viac vo forme iritability ako smútku a straty záujmov.

Zvlášť u detí a adolescentov môže prebehnúť prvý atak schizofrénie ako depresívna porucha (napr. prítomnosť stuporózneho obrazu je aj u melanchólie, aj u schizofrénneho stuporu, kde býva však prevaha katatónnych prejavov).

**Občasné obdobia skľúčenosti:** Patria k fyziologickým prejavom a nepovažujú sa za depresívnu poruchu.

Trebatická (2017) taktiež udáva, že dôležitými komponentami diferenciálnej diagnostiky depresívnych porúch u detí adolescentov sú komorbídne poruchy (pozri vyššie), ktoré sa u mladistvých vyskytujú častejšie ako u dospelých.

## Liečba

### Prehľad podporných výskumných dôkazov

Kvalitných randomizovaných kontrolovaných štúdií je v tejto vekovej skupine relatívne málo (obzvlášť u detí) a mnohé majú metodologické nedostatky, ako je nízky počet účastníkov, resp. neadekvátne kontrolná skupina (napríklad Diamond a kol., 2002; Kitchen a kol., 2020). Zároveň, mnohé psychoterapie, z ktorých sa viaceré používajú aj na Slovensku, nie sú dostatočne preskúmané. Je preto nevyhnutné vykonať viac randomizovaných kontrolovaných štúdií v tejto oblasti a tento ŠDTP následne adekvátne aktualizovať.

Vo veľkej metaanalýze (Zhou a kol., 2015) porovnávajúcej 9 druhov psychoterapie u adolescentov autori zistili, že len interpersonálna terapia (IPT) a kognitívno behaviorálna terapia (KBT) boli signifikantne účinnejšie než kontrolné podmienky, a to tak na konci terapie ako aj s časovým odstupom od ukončenia liečby. IPT a KBT boli účinnejšie než hrová terapia aj ako terapia zameraná na riešenie. Taktiež, hrová terapia a psychodynamická terapia neboli účinnejšie ako zaradenie na čakaciu listinu bez aktívnej liečby.

K podobným výsledkom dospeli autori aktualizovanej metaanalýzy (Eckshtain a kol., 2020), ktorí identifikovali mierne vyššiu účinnosť IPT u adolescentnej populácie než KBT.

V metaanalýze skúmajúcej 23 randomizovaných kontrolovaných štúdií skupinovej KBT adolescentov (Keles, Idsoe, 2018) dospeli autori k záveru, že skupinová KBT je účinná v porovnaní s čakacou listinou a to po skončení liečby aj s časovým odstupom.

Podobne, KBT u adolescentov preukázala efektivitu aj v metaanalýze Oud a kol. (2019), ktorí zdôrazňujú, že efekt je vyšší, keď liečba obsahuje behaviorálnu aktiváciu a spochybňovanie dysfunkčných myšlienok.

V nedávnej randomizovanej kontrolovanej štúdiu autori (Lindqvist a kol., 2020) zistili, že cez internet doručená psychodynamická terapia depresie u adolescentov je účinnejšia v porovnaní s čakacou listinou.

Na druhej strane, v štúdiách približne 60 % tejto populácie na liečbu nereaguje, t.j. ich klinický obraz sa nezlepší (Cuijpers a kol., 2021).

Stark a kol. (2012) v prehľadovom článku prichádzajú k záveru, že systemická rodinná terapia je taktiež efektívnym prístupom v liečbe depresie adolescentov. Slabinou prehľadu však je, že nejde o metaanalýzu a že viaceré zahrnuté štúdie vykazujú metodologické nedostatky. Podobne, terapia vzťahovej väzby pre depresiu adolescentov v prehľade autorov Diamond, Russon a Levy (2016) vykazovala efektivitu iba v 2 štúdiách s nízkym počtom participantov a s neadekvátnou kontrolnou skupinou.

U detí mladších ako 12 rokov vyšla metaanalýza (Forti-Buratti a kol., 2016), kde KBT nebola účinnejšia ako zaradenie na čakaciu listinu bez aktívnej liečby a ešte nižšiu účinnosť vykazovali psychodynamická a rodinná terapia.

Podobne, Lin a Bratton (2015) skúmajúci efektivitu hrovej terapie síce dochádzajú k predpokladu o jej efektívite, vzhľadom k závažným metodologickým nedostatkom zahrnutých štúdií nie je možné sa s týmto predpokladom zatiaľ stotožniť a je potrebný ďalší

výskum v tejto oblasti. Aj Zhou a kol. (2015) po dôkladnejšej analýze konštatujú, že hrová terapia nebola účinnejšia ako zaradenie na čakaciu listinu bez aktívnej liečby.


Lepšie výsledky dosiahla hrová terapia v nedávnej štúdií (Burgin, Ray, 2022), kde u detí vo veku 5 - 9 rokov došlo k zníženiu depresívnych symptómov aj problémov v správaní v porovnaní so zaradením na čakaciu listinu bez aktívnej liečby.

Higinbotham, Emmert-Aronson a Bunge (2020) v metaanalýze naznačujú, že počítačová KBT (administrovaná pomocou aplikácie, hier a počítačových programov), môže byť podobne efektívna, ako individuálna KBT. Slabinou metaanalýzy je nízky počet štúdií a veľké vekové rozpätie participantov (5 – 25 rokov). Ďalšie metaanalýzy (Grist et al., 2018; Wickersham, 2022) však potvrdili účinnosť DKBT na populáciách 11 – 19, resp. 6 – 18 rokov.

Dôležité je, že podľa výsledkov ďalšej metaanalýzy zahrnutie do terapie rodinných príslušníkov, predovšetkým rodičov (resp. zákonných zástupcov), mierne zvyšuje efekt psychoterapie (Dippel a kol., 2022), čo je potrebné brať pri práci s touto vekovou skupinou do úvahy.

Americká pediatrická asociácia (American Academy of Pediatrics, 2022) uvádza nasledovné hodnotenie dôkazov efektivity psychosociálnych intervencií pre depresiu detí a adolescentov, ktoré ilustrujeme v tabuľke č. 1.

**Tabuľka č. 1**

 <b>Úroveň dôkazov psychosociálnych intervencií pre depresiu detí a adolescentov</b>				
Úroveň 1 – najlepšia dôkazná podpora	Úroveň 2 – dobrá dôkazná podpora	Úroveň 3 – stredná dôkazná podpora	Úroveň 4 – minimálna dôkazná podpora	Úroveň 5 – žiadna dôkazná podpora
KBT, KBT a medikácia, KBT s rodičmi, Terapia zameraná na klienta, Rodinná terapia	KBT a motivačný rozhovor, Interpersonálna terapia, Motivačný rozhovor, Mindfulness a motivačný rozhovor, fyzické cvičenie, riešenie problémov, relaxácia	nič	Behaviorálna aktivácia, KBT a nácvik sociálnych zručností, Tréning sebakontroly, Tréning sociálnych zručností	Kognitívny tréning, edukácia, Hrová terapia, Psychodynamická terapia, Tréning zručností

## **Postup liečby depresie detí a adolescentov v zahraničných štandardoch**

Okrem výsledkov vedeckých štúdií sú vodítkom pre písanie tohto ŠDTP aj vysoko hodnotené zahraničné štandardné postupy pre liečbu depresie detí a adolescentov. Podľa hodnotenia zahraničných štandardných postupov metodikou AGREE II (Li a kol., 2022) splnilo najvyššie kritéria 6 postupov. Najvyššie hodnotenie mal štandardný postup NICE (2019), následne RANCZP (Malhi a kol., 2020), potom NZGG (New Zealand Guidelines Group, 2008), APA (2019) a GLAD-PC (Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care) (Zuckerbrot a kol., 2018).

Najlepšie hodnotený štandardný postup NICE (2019) zdôrazňuje použitie KBT a IPT v rôznych formách a za určitých okolností odporúča aj použitie terapie vzťahovej väzby, systemickej rodinnej terapie a psychodynamickej terapie. Štandardný postup platný v Austrálii a na Novom Zélande RANCZP (Malhi a kol., 2020) v liečbe depresie detí a adolescentov odporúča aktívne monitorovanie pri miernej depresii a pri strednej až ťažkej depresii odporúča v rámci psychoterapie KBT alebo IPT. Za určitých okolností ako liečbu druhej voľby pripúšťa aj terapiu zameranú na riešenie problémov, behaviorálnu aktiváciu, nedirektívne podporné poradenstvo a krátkodobú psychodynamickú terapiu. Podobne NZGG (2008) odporúča ako jediné prístupy v súlade s EBM pri liečbe depresie detí a adolescentov KBT a IPT. APA (2019) uvádza osobitne odporúčané postupy pre deti a osobitne pre adolescentov. Ohľadom detí uvádza, že vzhľadom k úrovni dôkazov nie je možné odporučiť konkrétny psychoterapeutický postup, avšak u adolescentov odporúča zvoliť KBT alebo IPT ako prvú liečbu, prípadne v kombinácii s farmakologickou liečbou pomocou SSRI, pričom výber konkrétneho postupu necháva na individuálnom posúdení daného odborníka z oblasti duševného zdravia. Podobne, odporúčané postupy pre liečbu depresie adolescentov v primárnej starostlivosti v USA (Zuckerbrot a kol., 2018) odporúčajú ako liečby vychádzajúce z EBM uprednostniť KBT a IPT, pričom pripúšťa aj použitie podporného poradenstva a terapie zameranej na riešenie problémov.

## **Prognóza**

Goodman a Scott (2012) uvádzajú, že depresívna epizóda zvyčajne trvá 6 až 9 mesiacov a relatívne často dochádza k rekurencii. Dystýmia spravidla pretrváva aj niekoľko rokov, zvyšuje pravdepodobnosť depresívnej epizódy a takáto „zdvojená depresia“ má väčšiu pravdepodobnosť rekurencie. Depresie v adolescencii často nasleduje aj depresia v dospelosti a zvyšuje pravdepodobnosť suicidálneho správania v dospelosti. Kombinácia depresie a poruchy správania zvyšuje pravdepodobnosť následnej kriminality.

Trebatická (2017) dopĺňa, že depresia v adolescencii môže predikovať celý rad psychických porúch v dospelosti - najmä úzkostné poruchy, závislosti od psychoaktívnych látok a bipolárne poruchy, ako aj samovražedné správanie, nezamestnanosť a somatické zdravotné problémy. Teda epizóda depresie počas adolescencie často vyvoláva chronickú alebo relapsujúcu poruchu a predpovedá širokú škálu psychosociálnych ťažkostí a zlého zdravotného stavu. Na druhej strane medzi protektívne faktory vzniku depresie patria: dedičné faktory, vyšší intelekt, ako aj kapacita na reguláciu emócií, copingové mechanizmy a štýly myslenia. Medzi silné protektívne faktory patria: kvalitné medziľudské vzťahy, čo naznačuje, že zlepšenie týchto vzťahov by mohlo byť cieľom prevencie depresie. Deti s vysokým hereditárnym rizikom depresie majú tendenciu mať lepšie duševné zdravie, ak sú ich vzťahy s rodičmi charakterizované vrúcnosťou,

prijatím, nízkou hostilitou a nízkou rodičovskou kontrolou. Riziko suicidálneho konania existuje počas celého priebehu depresívnej epizódy. Najdôslednejšie popísaný rizikový faktor je výskyt suicidálneho pokusu alebo vyhrážok v minulosti. Ďalšími faktormi zvyšujúcimi suicidálne riziko je mužské pohlavie, v dospelosti život bez partnera, a výrazné pocity beznádeje. Prítomnosť hraničnej poruchy osobnosti zvyšuje riziko realizácie suicidálneho pokusu v budúcnosti.

### **Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízná činnosť, PZS a pod.)**

Depresívna porucha môže byť u časti pacientov rezistentná na psychologickú a farmakologickú liečbu a môže mať chronický priebeh. Takéto ťažké formy depresie môžu viesť až k invalidizácii pacienta, a to obzvlášť s komorbiditou s inými psychickými poruchami. Invaliditu je možné uznať až v dospelosti, teda od 18 rokov života.

Nárok na rodičovský príspevok trvá do troch rokov veku dieťaťa, najdlhšie však do šiestich rokov veku dieťaťa, ak ide o dieťa, ktoré má dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav a vyžaduje si osobitnú starostlivosť. Dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav dieťaťa posudzuje príslušný Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny podľa miesta trvalého pobytu alebo prechodného pobytu oprávnenej osoby na základe žiadosti, na podklade predloženej lekárskej dokumentácie o zdravotnom stave dieťaťa. Z posudkového hľadiska, posudkoví lekári Sociálnej poisťovne posudzujú dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav dieťaťa, ktoré si vyžaduje osobitnú starostlivosť, a to na účely § 15 ods. 1d zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, t. j. na účely dôchodkového poistenia osoby, ktorá sa riadne stará o takéto dieťa od dovŕšenia 6 rokov jeho veku, najdlhšie do 18 rokov veku. Posudkoví lekári posudzujú zdravotný stav na základe doložených odborných lekárskeho nálezov s dokumentovaným stupňom závažnosti ochorenia.

Sociálna poisťovňa vydá posudok zdravotnom stave dieťaťa z vlastného podnetu na základe dát poskytnutých Ústredím práce, sociálnych vecí a rodiny, alebo na základe žiadosti opatrovateľa dieťaťa. Za osobitnú starostlivosť pri ťažkých psychických poruchách pacientov detského a adolescentného veku sa podľa Prílohy č. 2 - Choroby a stavy, ktoré si vyžadujú osobitnú starostlivosť" - k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, považuje podávanie liekov, dozor pre poruchy správania, asistenciu pri doprave, kontrolu dennej hygieny, náročný individuálny prístup. Ide o duševné choroby a poruchy správania, ktoré sú liečbou málo ovplyvniteľné, teda ťažké formy, a zákon sem zahŕňa aj afektívne poruchy F30 - F39.

### **Zabezpečenie a organizácia starostlivosti**

Cieľom liečby depresie je dosiahnutie stav dlhodobej úplnej remisie. Vo všeobecnosti je potrebné integrovať psychoterapiu do komplexného klinického manažmentu pacienta. Typická je individuálna psychoterapia ambulantnou formou, i keď niektorí pacienti môžu profitovať aj z iných foriem (skupinová psychoterapia, ústavná liečba). Forma, dĺžka a intenzita terapie závisí od klinického obrazu a ostatných špecifik pacienta. Efektivita psychoterapie depresie do veľkej miery závisí od spôsobilosti a vzdelania terapeuta. Na strane pacienta ovplyvňuje efektivitu liečby pôvod a dĺžka trvania symptómov depresie, rané životné skúsenosti (napr. trauma), presvedčenia a postoje voči psychoterapii. Psychoterapeutická liečba je obzvlášť užitočná vtedy, keď sa zaoberá psychosociálnymi stresormi a psychologickými faktormi, ktoré majú vplyv na rozvoj a udržiavanie depresívnych symptómov (APA, 2010).

## Všeobecné princípy na zvýšenie prístupu k liečbe (upravené podľa NICE, 2018)

Pri odosielaní pacienta s podozrením na psychickú poruchu do špecializovanej detskej psychiatrickej, alebo psychologickej starostlivosti, je pacientovi a rodičovi, resp. zákonnému zástupcovi, potrebné poskytnúť detailné informácie, najlepšie písomne, kam má ísť a kde bude čakať, prípadne, ako bude vyšetrenie prebiehať a čoho sa nemusí obávať.

Určenie správnych liečebných možností.

Pri preberaní možností liečby s osobami s depresívnou poruchou je potrebné zväžiť:

- ich minulé skúsenosti s poruchou,
- ich skúsenosti a reakciu na predchádzajúcu liečbu,
- trajektóriu symptómov,
- diagnózu alebo špecifikáciu problému, závažnosť a trvanie problému,
- rozsah akéhokoľvek s ňou súvisiaceho narušenia fungovania vyplývajúceho zo samotnej poruchy alebo akéhokoľvek chronického fyzického zdravotného problému,
- prítomnosť akýchkoľvek sociálnych alebo osobnostných faktorov, ktoré môžu zohrávať úlohu pri rozvoji alebo udržiavaní poruchy,
- prítomnosť akýchkoľvek komorbídnych porúch,
- schopnosť pacienta zabezpečiť primeranú starostlivosť o seba,
- možné suicidálne riziko.

Tieto faktory je potrebné opätovne prehodnocovať počas celého trvania liečby.

Pri preberaní možností liečby u pacienta s depresívnou poruchou je potrebné pacientovi a rodičovi (resp. zákonnému zástupcovi) poskytnúť informácie o:

- povahe, obsahu a trvaní akéhokoľvek navrhovaného liečebného postupu,
- prijateľnosti a znášateľnosti akéhokoľvek navrhovaného liečebného postupu,
- možných interakciách so všetkými inými liečebnými postupmi,
- dôsledkoch pre ďalšie poskytovanie akýchkoľvek bežných liečebných postupov.

Súčasťou komplexnej liečby depresie detí a adolescentov by mala byť vždy psychoterapia. Súčasťou psychoterapie by mala byť štandardne aj práca s rodinnými príslušníkmi, predovšetkým s rodičmi. Osobitnú pozornosť je potrebné venovať možnosti, že depresiou trpí rodič dieťaťa. V takom prípade je potrebné odporučiť liečbu rodičovi podľa príslušného ŠDTP. Počas diagnostického rozhovoru s dieťaťom alebo adolescentom je potrebné zmapovať potenciálne komorbidity, sociálny a rodinný kontext vrátane kvality vzťahov pacienta s ostatnými rodinnými príslušníkmi a rovesníkmi. Je potrebné zistiť potenciálne užívanie psychoaktívnych látok, sebapoškodzovanie, myšlienky a reči o suicídiu, ako aj otázku šikanovania a zneužívania. Je potrebné zmapovať sociálnu a profesionálnu podpornú sieť dieťaťa.

Ak depresia dieťaťa alebo adolescenta súvisí so šikanovaním, profesionál z oblasti duševného zdravia má spolupracovať so školou s cieľom zastaviť šikanovanie a predchádzať mu.


Detský alebo adolescentný pacient by mal dostať adekvátne informácie o zdravom životnom štýle, tj. vyvážená a zdravá strava, spánková hygiena a pozitívny vplyv pravidelného cvičenia na duševné zdravie.

Tento ŠDTP zavádza pojem digitálna KBT. Digitálna KBT je forma KBT administrovaná pomocou digitálnej technológie, ako je počítač, tablet, alebo telefón. Existuje množstvo zahraničných KBT programov, ktoré sa rutinne využívajú v populácii od 6 do 18 rokov. Takýto program má obsahovať: edukáciu, relaxáciu, behaviorálnu analýzu, behaviorálnu aktiváciu, komunikačné a interpersonálne zručnosti, rozpoznávanie emócií, zvládanie silných emócií, riešenie problémov, kognitívnu reštrukturalizáciu, mindfulness a prevenciu relapsu. Na Slovensku je potrebné takýto program urýchlene vytvoriť a zaviesť do praxe.

Pri odporúčaní liečby depresie je potrebné pri výbere z postupov podložených EBM brať do úvahy preferenciu pacienta ako aj dostupnosť odporúčanej liečby.

Pri poskytovaní liečby u pacientov s depresiou je podľa NICE (2019) potrebné riadiť sa zásadami postupnej liečby a používať najmenej obťažujúce a najefektívnejšie intervencie tak, ako je uvedené v tabuľke č. 2.

**Tabuľka č. 2**

 <b>Postupná liečba podľa NICE (2019)</b>		
<b>Zameranie na</b>	<b>Postup</b>	<b>Zodpovednosť na</b>
Zachytenie	Posúdenie rizika	Stupeň 1
Diagnostika (určenie)	Identifikácia prítomnosti depresie u detí a mladistvých	Stupne 2-4
Mierna depresia (vrátane dystýmie)	Starostlivé sledovanie bez liečebného zásahu Digitálna KBT, skupinová KBT, skupinová IPT, alebo skupinová nedirektívna podporná terapia Ak by tieto možnosti nevyhovovali klinickým potrebám dieťaťa alebo nie sú vhodné pre ich situáciu, zvážte podľa potreby nasledujúce možnosti prispôbené vývojovej úrovni: individuálna KBT alebo rodinná terapia zameraná na attachment (vzťahovú väzbu), hrová terapia	Stupeň 3
Stredne ťažká, alebo ťažká depresia	<b>5 až 11 rokov</b> Na rodinu zameraná IPT, Rodinná terapia (Na rodinu zameraná liečba detskej depresie, integratívna rodinná a systémová liečba, psychodynamická psychoterapia, alebo individuálna KBT +/- fluoxetín	Stupeň 4



	<b>12 až 18 rokov</b> Individuálna KBT +/- fluoxetín Ak by tieto možnosti nevyhovovali klinickým potrebám dieťaťa alebo nie sú vhodné pre ich situáciu, zvažte podľa potreby nasledujúce možnosti prispôbené vývojovej úrovni: IPT pre adolescentov, rodinná terapia (založená na attachmente alebo systemická), krátka psychosociálna intervencia, alebo psychodynamická psychoterapia +/- fluoxetín	
Depresia nereagujúca na liečbu/rekurentná depresia/psychotická depresia	Intenzívna psychologická terapia +/- fluoxetine, sertraline, citalopram, augmentácia s antipsychotikami Hospitalizácia, elektrokonvulzívna terapia v kompetencii detského psychiatra	Stupeň 4

### Stupeň 1: Detekcia, posúdenie rizika a odoslanie

Zdravotnícki pracovníci v primárnej starostlivosti, školskí psychológovia a psychologovia v poradenských centrách by mali byť vzdelaní v tom, aby vedeli určiť diagnózu depresie.

Majú byť vyškolení a trénovaní v tom, aby dokázali zhodnotiť súčasné a minulé psychosociálne rizikové faktory, ako je vek, pohlavie, rodinný nesúlad, šikanovanie, telesné, sexuálne, alebo emočné zneužívanie, komorbídne poruchy, vrátane zneužívania drog a alkoholu a anamnézu depresie u rodičov. Prirodzený výskyt jednotlivých udalostí, ktoré sú prežívané ako straty, dôležitosť vzájomného pôsobenia rizikových faktorov, etnické a kultúrne faktory, a faktory o ktorých sa vie, že sú spojené s vysokým rizikom depresie, ako je bezdomovectvo, status utečenca a život v ústavných zariadeniach.

Odborníci na duševné zdravie v primárnej starostlivosti, školách, poradenských, či iných zariadeniach musia byť trénovaní v komunikačných spôsobilostiach, ako je “aktívne počúvanie” a “vedenie rozhovoru” tak, aby dokázali dôverne zvládnuť akútny smútok a nepohodu (“situačnú dysfóriu”), s ktorou sa môžu u detí a mladistvých stretnúť. V prípade výskytu jednorazovej nepriaznivej udalosti, ako je úmrtie, rozvod alebo separácia rodičov alebo významný neúspech, avšak bez výskytu ďalších rizikových faktorov depresie, by dieťaťu alebo adolescentovi mala byť ponúknutá podpora zo strany školy alebo primárnej starostlivosti. V takomto prípade nie je dieťa alebo adolescent odoslaný do liečby na druhom alebo vyššom stupni, pretože takéto jednorazové udalosti spravidla nevedú k depresii.

Kritériá pre liečbu na 1. stupni:

- vystavenie jednej nepriaznivej udalosti a zároveň absencia ďalších rizikových faktorov depresie,
- vystavenie nedávnej nepriaznivej udalosti a zároveň prítomnosť 2 a viac rizikových faktorov depresie, avšak bez histórie depresie a / alebo sebaopoškodzovania,

- vystavenie nedávnej nepriaznivej udalosti a zároveň história depresie u aspoň 1 rodinného príslušníka, avšak bez histórie depresie a / alebo sebapoškodzovania u samotného dieťaťa alebo adolescenta,
- mierna depresívna epizóda bez komorbidity.

Kritériá na odoslanie do starostlivosti na 2. resp. 3. stupni:

- depresia s 2 a viac ďalšími rizikovými faktormi pre depresiu,
- mierna depresia, u ktorej nedošlo k adekvátnej odpovedi na liečbu na 1. stupni starostlivosti po 2 – 3 mesiacoch,
- známky relapsu depresie u pacientov, ktorí sa v minulosti zotavili zo strednej alebo ťažkej depresie,
- nevysvetlené zanedbávanie starostlivosti o seba v trvaní aspoň 1 mesiac, ktoré môže byť zdraviu škodlivé,
- žiadosť dieťaťa alebo adolescenta alebo ich rodiča (zákonného zástupcu).

Kritériá na odoslanie do starostlivosti na 4. stupni:

- stredná a ťažká depresia (bez / s psychotickými príznakmi),
- aktívne suicidálne myšlienky alebo plány,
- vysoké rekurentné riziko sebapoškodzovania alebo suicídia,
- významné pokračujúce zanedbávanie starostlivosti o seba (napr. slabá osobná hygiena alebo redukcia prijímania stravy, ktorá môže byť zdraviu škodlivá),
- iné okolnosti, ktoré vyžadujú mieru starostlivosti, pre ktorú nepostačuje stupeň 2 alebo 3.

Ak v prípade podozrenia na výskyt psychických porúch všeobecný lekár alebo špecialista nie je kompetentný urobiť posúdenie psychického stavu, má odporučiť pacienta k zodpovedajúcemu odborníkovi v odbore detská psychiatria, alebo klinická psychológia, ktorý je na to kompetentný podľa kompetencií tohto ŠDTP. Ak pacienta neodporúčal všeobecný lekár, mal by tento odborník o odporúčaní informovať všeobecného lekára.

## **Stupeň 2: Diagnostika a aktívne monitorovanie**

### **Aktívne monitorovanie**

U detí a adolescentov s miernou depresiou, ktorí intervenciu nechcú, alebo sa podľa uváženia profesionála z oblasti duševného zdravia môžu zotaviť aj bez intervencie, je prípustné aktívne monitorovanie stavu, spravidla po 2 týždňoch. Ak sa pacient na dohodnuté stretnutie nedostaví, profesionál z oblasti duševného zdravia by ho mal kontaktovať.

U detí od 11 rokov sa má v rámci diagnostiky rutinne používať sebahodnotiaci dotazník depresie.

## **Stupeň 3: Liečba s vyššou úrovňou intenzity, intenzívnejším terapeutickým kontaktom**

### **Liečba miernej depresie (podľa NICE, 2019)**

Antidepressíva by nemali byť používané ako primárna liečba u detí a adolescentov s miernou depresiou.

Profesionál z oblasti duševného zdravia prediskutuje možnosti psychoterapie s deťmi, adolescentami a ich rodinnými príslušníkmi. Výber konkrétnej psychoterapie závisí od:

- potrieb pacienta, vrátane ich zrelosti a vývinovej úrovne, klinického obrazu, kontextu, v ktorom sa psychoterapia odohráva, komorbidít, špecifických potrieb v komunikácii, porúch učenia a pod.,
- preferencií a hodnôt pacienta a jeho zákonných zástupcov.

U detí vo veku 5 až 11 rokov po 2 týždňoch aktívneho monitorovania, bez významných komorbidít a suicídálnych ideácií alebo plánov, je potrebné zvážiť tieto možnosti:

- digitálna KBT (DKBT),
- skupinová KBT,
- nedirektívna podporná skupinová terapia,
- skupinová interpersonálna terapia.

Ak tieto možnosti nenapĺňajú klinické potreby pacienta, alebo nie sú vhodné z iných dôvodov, zvážte:

- terapiu vzťahovej väzby,
- individuálnu KBT,
- hrovú terapiu.

U pacientov vo veku 12 až 18 rokov po 2 týždňoch aktívneho monitorovania, bez významných komorbidít a suicídálnych ideácií alebo plánov, je potrebné dať na výber tieto možnosti a aplikovať niektorú z nich na 2 až 3 mesiace:

- DKBT,
- skupinová KBT,
- nedirektívna podporná skupinová terapia,
- skupinová interpersonálna terapia.

Ak tieto možnosti nenapĺňajú klinické potreby pacienta, alebo nie sú vhodné z iných dôvodov, zvážte:

- terapiu vzťahovej väzby,
- individuálnu KBT.

Ak po 2 až 3 mesiacoch psychoterapie nedochádza k významnému zlepšeniu klinického obrazu, postupujte podľa odporúčaní pre strednú a ťažkú depresiu (pozri nižšie).

#### **Stupeň 4: Liečba strednej a ťažkej depresie (podľa NICE, 2019)**

Profesionál z oblasti duševného zdravia prediskutuje možnosti psychoterapie s deťmi, adolescentami a ich rodinnými príslušníkmi. Výber konkrétnej psychoterapie závisí od:

- potrieb pacienta, vrátane ich zrelosti a vývinovej úrovne, klinického obrazu, kontextu, v ktorom sa psychoterapia odohráva, komorbidít, špecifických potrieb v komunikácii, porúch učenia a pod.,
- preferencií a hodnôt pacienta a jeho zákonných zástupcov.

U detí vo veku 5 až 11 rokov so strednou až ťažkou depresiou je potrebné zvážiť tieto možnosti:

- interpersonálna terapia,
- rodinná terapia,
- psychodynamická terapia,
- individuálna KBT.

U pacientov vo veku 12 až 18 rokov so strednou až ťažkou depresiou je potrebné navrhnúť individuálnu KBT alebo interpersonálnu terapiu aspoň na 3 mesiace alebo ich kombináciu s psychofarmakologickou liečbou v kompetencii detského psychiatra.

Ak individuálna KBT alebo interpersonálna terapia nenapĺňa klinické potreby pacientov vo veku 12 až 18 rokov so strednou až ťažkou depresiou, alebo nie sú vhodné z iných dôvodov, zvážte nasledovné možnosti:

- terapia vzťahovej väzby,
- rodinná terapia (systemická),
- psychodynamická terapia.

Ak po 4 až 6 sedeniach psychoterapie nedôjde k primeranej reakcii na liečbu, je potrebné prehodnotenie liečebného postupu a následné zváženie zmeny psychoterapeutického prístupu, psychoterapie rodinných príslušníkov, pridania farmakologickej liečby v kompetencii detského psychiatra, hospitalizácie.

### **Depresia bez odpovede na kombinovanú liečbu**

Ak u dieťaťa alebo adolescenta nedochádza k zlepšeniu ani po 6 ďalších sedeniach kombinovanej terapie psychoterapie s farmakoterapiou, alebo pacient alebo jeho zákonný zástupca odmietajú farmakoterapiu, je potrebné aby detský psychiater v spolupráci s klinickým psychológom urobili revíziu doterajšej liečby a posúdenie rizika. Je potrebné vykonať revíziu diagnostiky a terapie, preskúmať možné komorbidity a ďalšie sociálne, rodinné alebo individuálne udržiavajúce faktory depresie.

Následne po prehodnotení možno zvážiť:

- alternatívnu psychoterapiu, ktorá doteraz nebola aplikovaná (individuálna KBT, interpersonálna terapia, alebo krátkodobá rodinná terapia, v trvaní aspoň 3 mesiace).
- rodinnú terapiu (systemickú) (aspoň 15 sedení v dvojtýždňových intervaloch),
- psychodynamickú terapiu (aspoň 30 sedení v týždňových intervaloch).

### **Liečba v špecializovanom zariadení**

Liečba v špecializovanom zariadení je potrebná u pacientov s vysokým rizikom suicídia, vysokým rizikom sebapoškodzovania alebo vysokým rizikom zanedbávania starostlivosti o seba, alebo keď je nevyhnutné zvýšiť intenzitu liečby.

Pri hospitalizácii dieťaťa alebo adolescenta je potrebné dosiahnuť čo najväčšiu rovnováhu medzi prínosom liečby a medzi negatívnymi dôsledkami hospitalizácie, ako je strata rodinnej a sociálnej podpory a pod.

Ak u dieťaťa nedochádza k zlepšeniu alebo dieťa alebo zákonný zástupca odmietajú akúkoľvek terapiu a stav dieťaťa je natoľko závažný, že hrozí ublíženie sebe alebo okoliu, je nevyhnutné

dieťa hospitalizovať, v nevyhnutných prípadoch aj proti vôli zákonného zástupcu podľa príslušných zákonných predpisov. Hospitalizáciu indikuje detský psychiater.

Liečbu v špecializovanom zariadení je potrebné vykonávať v primeranej vzdialenosti od bydliska pacienta, aby bolo možné zahrnúť rodičov, resp. zákonných zástupcov tak, ako to je len možné.

Špecializované zariadenia majú zabezpečiť dostatočne širokú škálu intervencií, vrátane farmakoterapie, individuálnej a skupinovej psychoterapie a podpory rodiny. Špecializované zariadenia majú poskytovať veku primerané a podnetné prostredie.

Po dosiahnutí remisie a prepustení zo zariadenia je potrebné vykonávať pravidelné kontrolné sedenia po dobu aspoň 12 mesiacov. Špecializované zariadenie má informovať všeobecného lekára o stave pacienta.

### **Rekurentná depresia a prevencia relapsu**

U pacientov s vysokým rizikom relapsu (napr. pacienti s 2 a viac epizódami depresie, so subklinickými symptómami alebo s prítomnosťou viacerých rizikových faktorov) je potrebné po dosiahnutí remisie pokračovať v psychoterapii so zameraním na prevenciu relapsu. Pri rekurentnej depresii je po dosiahnutí remisie potrebné mať pravidelné kontrolné sedenia aspoň 2 roky.

### **Manažment suicidálneho rizika u adolescentov (podľa Zuckerbrot a kol., 2018)**

1. Povzbudte pacienta a rodičov, aby bola domácnosť čo najbezpečnejšia. Všetky laná, káble (vhodné na obesenie) a zbrane by mali byť z domácnosti odstránené. Ďalšie potenciálne nebezpečné predmety vrátane ostrých nožov, alkoholu, liekov a jedov by mali byť taktiež odstránené, alebo aspoň uzamknuté.

2. Pýtajte sa na suicidálne úvahy a plány. Konkrétny plán suicídia je veľmi významný rizikový faktor. Rodičia aj profesionáli z oblasti duševného zdravia sa majú pravidelne pýtať na tému suicídia. Rodičom je potrebné zdôrazniť, že tieto otázky pacienta k suicídiu nepovzbudzujú.

3. Pozorne si všimajte suicidálne správanie. Zvýšenú pozornosť je potrebné venovať:

- sebadeštruktívnym myšlienkam,
- morbidným a iným kresbám zobrazujúcim smrť,
- hrám s tematikou smrti,
- počúvaniu hudby s tematikou smrti,
- čítaniu kníh a iných publikácií zaoberajúcimi sa smrťou,
- sledovaniu videí a programov, ktoré sa zaoberajú smrťou,
- návšteve internetových stránok a kanálov, ktoré sa zaoberajú smrťou.
- sociálnemu stiahnutiu, chýbaniu sociálnej opory,
- strate vzťahov,
- suicidálnym pokusom v minulosti,
- zbavovaniu sa majetku.

4. Všimajte si známky zneužívania alkoholu a iných psychoaktívnych látok. Ak má mladý človek depresiu, má suicidálne myšlienky a zneužíva alkohol, šanca na suicidálny pokus sa zvyšuje. Ak dieťa alebo adolescent zneužíva alkohol, rodič to má prediskutovať s odborníkom.

5. Urobte krízový plán na zabránenie suicídiu. Pracujte s pacientmi a ich rodičmi na pláne, ktorý môžu použiť v prípade suicídálnej krízy. Je dôležité, aby bol plán konkrétny a obsahoval potrebné kontakty, telefónne čísla, adresy a pod.

## **Ďalšie odporúčania**

Depresívne poruchy tvoria veľkú časť duševných porúch na pracoviskách klinickej psychológie a v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti. Pacienti s depresiou však prichádzajú na liečbu do týchto pracovísk neskoro, často po dlhšej neefektívnej liečbe na iných pracoviskách. Preto je potrebné vzdelávať všeobecných lekárov, pediatrov a iných špecialistov o symptómoch, priebehu a liečbe tejto poruchy, aby sa deťom a adolescentom trpiacim depresiou dostala starostlivosť čo najskôr.

V terapii je dôležité vytvorenie kvalitného terapeutického vzťahu s pacientom a jeho psychoterapeutické vedenie podľa EBM. Okrem liečby základnej poruchy pacienti mnohokrát riešia svoje vzťahové či školské problémy. Tieto faktory taktiež modifikujú a ovplyvňujú celkový výsledok liečby.

Je potrebné doplnenie vzdelávacích programov tak v pregraduálnom, postgraduálnom vzdelávaní a vzdelávaní v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia podľa tohto ŠDTP.

Je potrebné vytvoriť vzdelávací program pre druhý stupeň liečby depresívnych porúch detí a adolescentov a čo najskôr ho zaviesť do praxe, čo zvýši dostupnosť a kvalitu zdravotníckej starostlivosti o pacientov s depresiou.

Je tiež potrebné preložiť, štandardizovať a zaviesť do praxe screeningové a diagnostické nástroje, ktoré sa na identifikáciu depresie používajú v zahraničí (napr. Children's Depression Rating Scale a pod.).

## **Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán**

Je potrebné prepojiť poradenskú starostlivosť s primárnou starostlivosťou a zdravotnou starostlivosťou na psychiatrických ambulanciách a pracoviskách klinickej psychológie. Pri liečbe depresívnych porúch sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke [www.udzs-sk.sk](http://www.udzs-sk.sk)).

Na EBM založená psychologická liečba predstavuje účinnú liečbu depresívnych porúch a odporúča sa ako liečba prvej línie miernej depresie, ktorá má prednosť pred farmakologickou liečbou. Úlohou zdravotníckych pracovníkov je poskytovať, alebo odporučiť najprv najmenej zaťažujúce, najefektívnejšie liečebné postupy v rámci postupnej starostlivosti podľa tohto ŠDTP.

Úlohou poskytovateľov a organizátorov zdravotnej starostlivosti je zabezpečiť poskytovanie týchto ŠDTP postupov ľuďom, ktorí k nim boli odporúčaní. Zdravotnícki pracovníci majú liečiť pacientov s depresívnou poruchou podľa týchto ŠDTP postupov.

## **Alternatívne odporúčania**

Súčasťou komplexného prístupu k liečbe depresie je odporúčanie zásad zdravej životosprávy čiže dostatok odpočinku, spánku, plánovanie aktivít, telesné cvičenie, vyvážená strava. Zásady zdravej životosprávy a psychohygieny by mali byť súčasťou výchovy detí v rodinách a školách.

Taktiež zamestnávateľia by mali dbať na zabezpečenie takých pracovných podmienok, aby nedochádzalo k preťažovaniu zamestnancov. Dôležitá je aj edukácia o duševných poruchách a ich destigmatizácia. Túto úlohu môžu veľmi dobre zastávať médiá, v ktorých by mali dostávať priestor odborníci z oblasti duševného zdravia.

Ľudia s depresiou liečení v systéme zdravotnej starostlivosti môžu pochádzať z rôzneho kultúrneho a etnického prostredia a ich znalosť úradného jazyka býva často obmedzená, alebo po slovensky nehovoria vôbec. To však nesmie brániť účinnej psychologickú liečbu. Riešením je využitie služieb tlmočníkov a bikulturálnych a bilingválnych terapeutov. Vo všetkých prípadoch sa musia zdravotníci oboznámiť s kultúrnym pozadím trpiaceho. Rozdiely v jazyku, či kultúre medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom trpiacim depresiou by nemali byť prekážkou pri poskytovaní efektívnej psychologickú intervencie.

## Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia - 2 roky, následne každých 5 rokov. Audit a revízia odporúčame v prípade vydania slovenskej verzie MKCH 11, kedy odporúčame aj doplnenie diagnostických kritérií.

## Literatúra

1. American Academy of Pediatrics. 2022. Blue Menu of Evidence-Based Psychosocial Interventions for Youth. URL: <https://www.practicewise.com/Community/BlueMenu#PWEBSModal>
2. Americká psychiatrická asociácia. 2015. DSM-5. Diagnostický a štatistický manuál duševných poruch. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2015. 1032 p. ISBN 978-80-86471-52-5 .
3. American Psychological Association. (2019). Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. Retrieved from <https://www.apa.org/depression-guideline>
4. Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J. P., Burstein, M., & Merikangas, K. R. (2015). Major depression in the National Comorbidity Survey—Adolescent supplement: Prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(1), 37–44. doi:10.1016/j.jaac.2014.10.010
5. Bareš, M. – Novák, T. 2008. Depresivní porucha. In Seifertová, D. et al. (Eds). Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti. S. 103 – 130. Praha: Medical Tribune CZ. 2008. ISBN 978-80-87135-10-5.
6. Beirão, Diogo & Monte, Helena & Amaral, Marta & Longras, Alice & Matos, Carla & Villas-Boas, Francisca. (2020). Depression in adolescence: a review. *Middle East Current Psychiatry*. 27. 10.1186/s43045-020-00050-z.
7. Bor W, Dean AJ, Najman J, et al. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2014;48:606–16.
8. Bražinová, A. et al. 2019. Men Health Care Gap: The Case of the Slovak Republic. In *Administration and Policy in Mental Health Services Research*. ISSN 1573-3289, 2019, p. 1-7
9. Burgin, E.E., Ray, D.C. Child-Centered Play Therapy and Childhood Depression: An Effectiveness Study in Schools. *J Child Fam Stud* 31, 293–307 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02198-6>
10. Clayborne ZM, Varin M, Colman I. Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019 Jan;58(1):72-79. doi: 10.1016/j.jaac.2018.07.896. Epub 2018 Oct 29. PMID: 30577941.
11. Coghill, D., Bonnar, S., Duke, S.L., Graham, J., Seth, S.: *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2009, 491 pp
12. Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M. et al. The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2021). <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01884-6>
13. Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L (2002) Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41(10):1190–1196
14. Diamond, G., Russon, J. and Levy, S. (2016), Attachment-Based Family Therapy: A Review of the Empirical Support. *Fam. Proc.*, 55: 595–610. <https://doi.org/10.1111/famp.12241>
15. Dippel, N., Szota, K., Cuijpers, P., Christiansen, H., & Brakemeier, E.-L. (2022). Family involvement in psychotherapy for depression in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 95, 656– 679.
16. Di Trani M, Di Roma F, Andriola E, Leone D, Parisi P, Miano S, Donfrancesco R. Comorbid Depressive Disorders in ADHD: The Role of ADHD Severity, Subtypes and Familial Psychiatric Disorders. *Psychiatry Investig*. 2014 Apr;11(2):137-42. doi: 10.4306/pi.2014.11.2.137.
17. Eckshtain D, Kuppens S, Ugueto A, Ng MY, Vaughn-Coaxum R, Corteselli K, Weisz JR. Meta-Analysis: 13-Year Follow-up of Psychotherapy Effects on Youth Depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Jan;59(1):45-63. doi: 10.1016/j.jaac.2019.04.002. Epub 2019 Apr 17. PMID: 31004739.

18. Egger HL, Angold A: Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47: 313–37.
19. Forti-Buratti, M.A., Saikia, R., Wilkinson, E.L. et al. Psychological treatments for depression in pre-adolescent children (12 years and younger): systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 25, 1045–1054 (2016). <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0834-5>
20. Gin S Malhi<sup>1,2,3</sup>, Erica Bell<sup>1,2,3</sup>, Darryl Bassett<sup>4</sup>, Philip Boyce<sup>5,6</sup>, Richard Bryant<sup>7</sup>, Philip Hazell<sup>6</sup>, Malcolm Hopwood<sup>8</sup>, Bill Lyndon<sup>1</sup>, Roger Mulder<sup>9</sup>, Richard Porter<sup>9</sup>, Ajeet B Singh<sup>10</sup> and Greg Murray<sup>11</sup> The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2021, Vol. 55(1) 7–117.
21. Grist R, Croker A, Denne M, Stallard P. Technology Delivered Interventions for Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2019 Jun;22(2):147-171. doi: 10.1007/s10567-018-0271-8. PMID: 30229343; PMCID: PMC6479049.
22. Goodman, R., Scott, S. 2012. *Child and adolescent psychiatry*, 3rd. ed. Wiley-Blackwell. 401 pp.
23. Heretik, A. a kol. 2007. *Klinická psychológia. Nové Zámky: Psychoprof*, 2007. 816 s. ISBN 9788089322008.
24. Higinbotham, M.K., Emmert-Aronson, B. & Bunge, E.L. A Meta-analysis of the Effectiveness of Behavioral Intervention Technologies and Face-to-Face Cognitive Behavioral Therapy for Youth with Depression. *J. technol. behav. sci.* 5, 324–335 (2020). <https://doi.org/10.1007/s41347-020-00139-6>
25. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11), World Health Organization (WHO) 2019/2021 <https://icd.who.int/browse11>.
26. Serap Keles, Thormod Idsoe, A meta-analysis of group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) interventions for adolescents with depression, *Journal of Adolescence*, Volume 67, 2018, Pages 129-139, ISSN 0140-1971, <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.05.011>.
27. Kemp, A.H. et al. 2010. Impact of depression and antidepressant treatment on heart rate variability: a review and meta-analysis. *In Biological Psychiatry*. ISSN 0006-3223, 2010, vol. 67, no. 11, p. 1067 – 1074.
28. Kitchen, C.E.W., Tiffin, P.A., Lewis, S., Gega, L. and Ekers, D. (2021), Innovations in Practice: A randomised controlled feasibility trial of Behavioural Activation as a treatment for young people with depression. *Child Adolesc Ment Health*, 26: 290-295. <https://doi.org/10.1111/camh.12415>
29. Kovács, M. 1998. *Sebapozudovacia škála depresivity u detí*. Bratislava: Psychodiagnostika.
30. Krejčířová, D. (2006). Deprese u dětí. In P. Řičan, D. Krejčířová (Eds.): *Ďetská klinická psychologie, 4., přepracované a doplněné vydání* (s. 233-238). Praha: Grada. 608 s.
31. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x. PMID: 11556941; PMCID: PMC1495268.
32. Krokstad, Steinar & Weiss, Daniel & Krokstad, Morten & Rangul, Vegar & Kvaloy, Kirsti & Ingul, Jo & Bjerkeset, Ottar & Twenge, Jean & Sund, Erik. (2022). Divergent decennial trends in mental health according to age reveal poorer mental health for young people: repeated cross-sectional population-based surveys from the HUNT Study, Norway. *BMJ Open*. 12. e057654. 10.1136/bmjopen-2021-057654.
33. Lewinson, P.M. et al. 1984. *Coping with depression course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Oregon: University of Oregon, 1984. 160 p. ISBN 978-0916154110
34. Li X, Yuan Q, Geng L, Chen Z, Zhang R, Guo L, Yue S. Quality Assessment of the Clinical Practice Guidelines of Ostomy Care Based on the AGREE II Instrument. *Front Public Health*. 2022 Jul 4;10:856325. doi: 10.3389/fpubh.2022.856325. PMID: 35859774; PMCID: PMC9289137.
35. Lin, Y.-W. and Bratton, S.C. (2015), A Meta-Analytic Review of Child-Centered Play Therapy Approaches. *Journal of Counseling & Development*, 93: 45-58. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2015.00180.x>
36. Lindqvist K, Mechler J, Carlbring P, Lilliengren P, Falkenström F, Andersson G, Johansson R, Edbrooke-Childs J, Dahl HJ, Lindert Bergsten K, Midgley N, Sandell R, Thorén A, Topooco N, Ulberg R, Philips B. Affect-Focused Psychodynamic Internet-Based Therapy for Adolescent Depression: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2020 Mar 30;22(3):e18047. doi: 10.2196/18047. PMID: 32224489; PMCID: PMC7154938.
37. Macqueen GM, Frey BN, Ismail Z, Jaworska N, Steiner M, Lieshout RJ, Kennedy SH, Lam RW, Milev RV, Parikh SV, Ravindran AV, CANMAT Depression Work Group (2016) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 6. Special populations: youth, women, and the elderly. *Can J Psychiatry* 61:588–603. <https://doi.org/10.1177/0706743716659276>
38. Marko, P. 2009. Depresívne poruchy v praxi všeobecného lekára pre dospelých – I. časť *In Via practica*. ISSN 1339-424X, 2009, roč. 6, č. 10, s. 407–413.
39. Martin, A., Bloch, M. H., Volkmar, F. R. 2018. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. 5th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer.
40. Mešťaniková, A. 2017. *Aktivita autonómneho nervového systému pri adolescentnej depresii: Autoreferát dizertačnej práce*. Martin: Jesseniova lekárska fakulta v Martine, 2017. 22 s.
41. Mojtabai R, Olfson M, Han B. National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics*. 2016 Dec;138(6):e20161878. doi: 10.1542/peds.2016-1878. Epub 2016 Nov 14. PMID: 27940701; PMCID: PMC5127071.
42. Mullen S. Major depressive disorder in children and adolescents. *Ment Health Clin*. 2018 Nov 1;8(6):275-283. doi: 10.9740/mhc.2018.11.275. PMID: 30397569; PMCID: PMC6213890.
43. *Národné centrum zdravotníckych informácií* (2021). *Samovraždy a samovražedné pokusy v Slovenskej republike 2020*. Dostupné online: [https://data.nczisk.sk/statisticke\\_vystupy/Samovrazdy\\_samovrazedne\\_pokusy/Samovrazdy\\_a\\_samovrazedne\\_pokusy\\_v\\_SR\\_2020.pdf](https://data.nczisk.sk/statisticke_vystupy/Samovrazdy_samovrazedne_pokusy/Samovrazdy_a_samovrazedne_pokusy_v_SR_2020.pdf)
44. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2018. *Depression in adults: the treatment and management of depression in adults (Clinical Guideline 90)*. [online]. London: National institute for Health and Clinical Excellence, 2018. [cit. 12.4.2019]. Dostupné na internete: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng90>



45. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2019. Depression in children and young people: identification and management, (clinical guideline 134). [online]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2019. [cit. 26.4.2019]. Dostupné na internete: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>
46. New Zealand Guidelines Group. Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care. An Evidence-based Best Practice Guideline. Published by New Zealand Guidelines Group; Wellington: 2008.
47. Oud, M., De Winter, L., Vermeulen-Smit, E., Bodden, D., Nauta, M., Stone, L., . . . Stikkelbroek, Y. (2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European Psychiatry*, 57, 33-45. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.12.008
48. Pinter, A. 2019. Cardiac dysautonomia in depression - heart rate variability biofeedback as a potential add-on therapy. In *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. ISSN 1178-2021, 2019, vol. 15, p. 1287 – 1310.
49. Praško, J. - Možný, P. - Šlepecký, M. 2007. Kognitívne behaviorálné terapie psychických poruch. Praha: Triton, 2007. 1048 s. ISBN 978-80-7254-865-4.
50. Racine, Nicole & McArthur, Brae Anne & Cooke, Jessica & Eirich, Rachel & Zhu, Jenney & Madigan, Sheri. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. 175. 10.1001/jamapediatrics.2021.2482.
51. Rehm, L. P. 2010. *Depression: Advances in Psychotherapy – Evidence-Based Practice*. Cambridge: Hogrefe Publishing, 2010. 19 p. ISBN 9781616763268
52. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP). 2015. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. In *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. ISSN 1440- 1614, 2015, vol. 49, no. 12, p. 1-185.
53. Stark, Kevin & Banneyer, Kelly & Wang, Leah & Arora, Prerna. (2012). *Child and Adolescent Depression in the Family. Couple & Family Psychology: Research & Practice*. 1. 161-184. 10.1037/a0029916.
54. Trebatická, J. 2017. *Depresívna porucha v detskom a adolescentnom veku*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. 70 s.
55. Twenge, Jean. (2020). Increases in Depression, Self-Harm, and Suicide Among U.S. Adolescents After 2012 and Links to Technology Use: Possible Mechanisms. *Psychiatric Research and Clinical Practice*. 2. appi.prcp.20190. 10.1176/appi.prcp.20190015.
56. Twenge JM, Cooper AB, Joiner TE, Duffy ME, Binau SG. Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005-2017. *J Abnorm Psychol*. 2019 Apr;128(3):185-199. doi: 10.1037/abn0000410. Epub 2019 Mar 14. PMID: 30869927.
57. Wickersham A, Barack T, Cross L, Downs J. Computerized Cognitive Behavioral Therapy for Treatment of Depression and Anxiety in Adolescents: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res* 2022;24(4):e29842. URL: <https://www.jmir.org/2022/4/e29842>. DOI: 10.2196/29842
58. World Health Organization. 2011. *International statistical classification of disease and related health problems. Tenth revision*. Geneva: World Health Organization, 2011. 201 p. ISBN 9789241548342.
59. World Health Organization. 2013. *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: World Health Organization, 2013. 50 p. ISBN 9789241506021.
60. World Health Organisation. 2016. *Preventing Depression In the WHO European Region*. Geneva: World Health Organisation. 15 p.
61. Wilson S, Vaidyanathan U, Miller MB, McGue M, Iacono WG. Premorbid risk factors for major depressive disorder: Are they associated with early onset and recurrent course? *Development and Psychopathology*. 2014; 26(4pt2):1477–93
62. Zhou X, Hetrick SE, Cuijpers P, Qin B, Barth J, Whittington CJ, Cohen D, Del Giovane C, Liu Y, Michael KD, Zhang Y, Weisz JR, Xie P. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*. 2015 Jun;14(2):207-22. doi: 10.1002/wps.20217. PMID: 26043339; PMCID: PMC4471978.
63. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein REK, Laraque D, GLAD-PC STEERING GROUP (2018) Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): Part I. Practice preparation, identification, assessment, and initial management. *Pediatrics* 141:e20174081. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-4081>

### **Poznámka:**

*Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília. Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.*

### **Účinnosť**

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 15. novembra 2022.

**Vladimír Lengvarský**  
minister zdravotníctva