

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Karolína Slezáková

**Léčba a terapie depresivních poruch
u dětí a dospívajících**

**Treatment and therapy of depressive
disorders in children and adolescents**

Praha 2018

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Šporclová, Ph.D.

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní doktorce Veronice Šporclové za její odborné vedení mé práce, cenné rady, ochotu a vstřícnost. Další díky patří magistru Marku Vrankovi za konzultace ohledně metodologie a statistiky výzkumného návrhu. Zároveň bych chtěla poděkovat své rodině, partnerovi a přátelům, kteří mě psychicky podporovali během psaní této práce, dávali mi konstruktivní připomínky a pomohli mi s korekturou.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 24.4.2018

.....
Karolína Slezáková

Abstrakt:

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku deprese u dětí a dospívajících. Literárně přehledová část se věnuje vymezení základních pojmů, na které navazuje kapitola zaměřená na etiologii, prevalenci, symptomy a prognózu deprese u dětí a dospívajících. Dále jsou uvedeny komorbidní diagnózy spojeny s depresivní poruchou u dětí a dospívajících a diagnostika depresivních poruch. Jádrem celé bakalářské práce je kapitola zabývající se psychoterapeutickými a farmakoterapeutickými možnostmi léčby a terapie depresivních poruch u dětí a dospívajících. Součástí bakalářské práce je i návrh výzkumného projektu, který je zaměřen na tvorbu designu kvalitativního výzkumného designu. Výzkumný projekt se zabývá postoji rodičů vůči psychoterapii a farmakoterapii z hlediska léčby a terapie jejich dítěte s depresivní symptomatikou.

Klíčová slova:

Deprese, léčba, terapie, děti, dospívající

Abstract:

This bachelor thesis focuses on the issue of depression in children and adolescents. The literature overview section deals with the definition of basic concepts followed by a chapter focused on etiology, prevalence, symptoms and prognosis of depression in children and adolescents. There are also comorbid diagnoses associated with depressive disorder and diagnostics of depressive disorders mentioned in the thesis. The core of the bachelor thesis is the chapter dealing with psychotherapeutic and pharmacotherapeutic options of treatment and therapy of depressive disorders in children and adolescents. The bachelor thesis also includes a draft of a research project focused on the design of a qualitative type of research. This research project deals with an attitude of parents towards psychotherapy and pharmacotherapy in terms of treatment and therapy of their child with depressive symptoms.

Keywords:

Depression, treatment, therapy, children, adolescents

Obsah

Seznam zkratek	8
Úvod	9
1. Vymezení pojmů	11
1.1. Depresivní poruchy	11
1.2. Dětství a dospívání z hlediska psychologie.....	11
1.3. Léčba a terapie.....	12
2. Etiologie, prevalence, symptomy a prognóza depresivních poruch u dětí a dospívajících.....	13
2.1. Etiologie	13
2.2. Prevalence.....	14
2.3. Symptomatologie.....	14
2.4. Prognóza	17
3. Komorbidní diagnózy depresivních poruch u dětí a dospívajících.....	18
4. Diagnostika depresivních poruch u dětí a dospívajících.....	20
4.1. Somatické vyšetření.....	20
4.2. Rozhovor s rodiči	21
4.3. Rozhovor s dítětem (dospívajícím)	22
4.4. Testové metody	23
4.5. Další zdroje informací	23
5. Léčba a terapie depresivních poruch.....	25
5.1. Psychoterapie a její průběh.....	26
5.2. Farmakoterapie a její průběh.....	32
6. Návrh výzkumného projektu.....	35
6.1. Teoretická východiska.....	35
6.2. Výzkumný cíl	36
6.3. Design výzkumného projektu.....	37
6.4. Etika výzkumného projektu.....	38
6.5. Výzkumný soubor	38
6.6. Metody.....	39

6.7. Realizace a průběh výzkumného rozhovoru.....	40
6.8. Analýza dat.....	41
6.9. Limity výzkumného designu	42
7. Diskuse.....	45
Závěr	47
Seznam použité literatury	48

Seznam použitých zkratk

ADHD – Hyperkinetická porucha pozornosti
APA – Americká psychologická asociace
B-JEPI – Osobnostní dotazník pro děti
CDI – Sebeuposuzovací škála dětské depresivity Kovacsové
CDRS-R – Revidovaná škála Poznanské
CMAS – Škála zjevné úzkosti pro děti
CNS – Centrální nervová soustava
CPQ – Connersové škála pro rodiče
CTQ – Connersové škála pro učitele
DEP 36 - Dotazník emocionálního prožívání
DSM-5 – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
EKG – Elektrokardiogram
Et al. – a kolektiv
FB-IPT – Rodinná interpersonální terapie
HVO – Hlavní výzkumná otázka
ID – Identifikační kód
IMAO – Inhibitory monoaminoxidázy
IPT – Interpersonální terapie
IPT-A – Interpersonální terapie zaměřená na adolescenty
KBT – Kognitivně-behaviorální terapie
MASSA – Agonisté melatoninových receptorů a antagonisté serotoninových receptorů
MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí
MMPI – Minnesotský multifázový osobnostní inventář
NARI – Selektivní inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu
NUDZ – Národní ústav duševního zdraví
OCD – Obsedantně-kompulzivní porucha
PAQ – Škála sebehodnocení dítěte
PNB – Psychiatrická nemocnice Bohnice
ROR – Rorschachův test
RT – Rodinná terapie
SNRI – Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu
SRE – Stimulanty zpětného vychytávání serotoninu
SSRI – Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
SŠ – Střední škola
TAT – Tematický apercepční test
VŠ – Vysoká škola
VVO – Vedlejší výzkumná otázka(y)
ZŠ – Základní škola

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá tématem deprese u dětí a dospívajících. Největší pozornost jsem věnovala psychoterapii a farmakoterapii využívané pro děti a dospívající s diagnózou deprese. Téma jsem si zvolila, jelikož se o problematice deprese v dětském věku dle mého názoru hovoří málo a je třeba jí věnovat stejnou pozornost jako u dospělé populace. Zároveň mě zajímalo, jaké jsou možnosti pro terapii deprese u dětí a dospívajících a jaká se užívají farmaka. Kromě toho problematika afektivních poruch mě zajímá a chtěla bych se jí nadále věnovat. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, a to na literárně přehledovou část, kterou tvoří prvních pět kapitol a návrh výzkumného projektu.

V rámci literárně přehledové části uvádím vymezení deprese u dětí a dospívajících z hlediska různých možných diagnóz dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10), ale i Diagnostického a statistického manuálu (DSM-5), zároveň definuji pojetí léčby a terapie a charakterizuji věkové období dětství a dospívání pro tuto práci. V další kapitole se zabývám etiologií deprese, prevalencí deprese v dětském a adolescentním věku, specifickými symptomy a prognózou deprese u dětí a dospívajících. Součástí práce je i seznámení s nejčastějšími komorbidními diagnózami depresivní poruchy v tomto věku a zmíněn je i proces diagnostiky, který je klíčový pro stanovení diagnózy a nastavení terapie a léčby. Poslední kapitola literárně přehledové části je zaměřena právě na výše zmíněné možnosti psychoterapie a farmakoterapie. V rámci této kapitoly rozvádím, které druhy psychoterapie se pro terapii depresivních dětí a dospívajících využívají nejčastěji. Dále rozebírám farmakoterapii, a to konkrétně antidepresiva a jejich užívání u dětí a dospívajících. Cílem literárně přehledové části bakalářské práce je shrnout poznatky o depresivní poruše u dětí a dospívajících především v oblasti psychoterapie a farmakoterapie. Dále pak poukázat na specifika této poruchy u dětí a dospívajících z hlediska symptomů, komorbidity a diagnostiky.

Rodiče činí klíčové rozhodnutí o léčbě a terapii jejich dítěte, avšak nepodařilo se mi dohledat mnoho studií, které by se zabývaly postoji rodičů depresivních dětí vůči psychofarmakoterapii. Proto mi připadá přínosné zaměřit se na problematiku v českém prostředí. V druhé části práce, kterou tvoří kapitola šest, jsem navrhla výzkumný projekt, který je zaměřen na zkoumání rodičů dětí s depresivní symptomatikou z hlediska jejich postojů vůči psychoterapii a farmakoterapii pro jejich depresivní dítě. Zajímají mě především důvody, proč rodiče pro své dítě nechtěli psychoterapii nebo naopak farmakoterapii. Osobně jsem se setkala s lidmi, kteří jsou odpůrci jakékoliv medikace a stejně tak s lidmi, kteří považují psychoterapii

za nedůvěryhodnou a neefektivní. Předpokládám, že tyto názory mají i někteří rodiče dětí s depresivní symptomatikou a zajímá mě, jak se tyto názory promítají do jejich rozhodnutí o psychofarmakoterapii jejich dítěte. Cílem této části práce je vytvořit smysluplný a funkční výzkumný projekt, který bude schopen odhalit, jaké mají rodiče postoje vůči psychoterapii a farmakoterapii u jejich dětí a zda jsou tyto postoje v rozporu s indikovanou léčbou a terapií jejich dítěte. Výsledky výzkumu mohou pomoci odborníkům porozumět, jakým způsobem se rodiče ohledně psychoterapie a farmakoterapie rozhodují, zároveň by jim tyto informace mohly pomoci například při psychoedukaci rodičů, při doporučování medikace nebo psychoterapie apod. Výzkumný projekt je koncipován jako kvalitativní.

Při psaní práce jsem se snažila čerpat z co nejkvalitnějších a nejnovějších odborných zdrojů českých i zahraničních. Z větší části jsem ale čerpala ze zahraniční literatury. V práci je citováno dle normy APA (2010).

1. Vymezení pojmů

1.1. Depresivní poruchy

Depresivní poruchy lze zařadit pod afektivní poruchy. Deprese je depresivní nálada, která se vyznačuje smutkem, ztrátou zájmů, sníženou motivací a energií, ale také poruchami spánku, narušenou chutí k jídlu a dalšími symptomy. (Orel, 2016; WHO, 2013) V MKN – 10 je deprese uvedena pod kódem F32 s názvem „Depresivní fáze“ nebo dle DSM – 5 „Major depressive disorder“ neboli velká depresivní porucha. Depresivní symptomatiku lze dohledat u vícero diagnostických jednotek (dle MKN – 10) – periodická (rekurentní) depresivní porucha (F33), dystymie (F34), úzkostně depresivní porucha (F41.2) a poruchy přizpůsobení (F43) a dále u bipolárního spektra, tedy bipolární afektivní poruchy (F31) a cyklothymie (F34). MKN – 10 v rámci skupiny kódu F00-F99 uvádí i celou kategorii zaměřenou na dětství a dospívání s názvem „poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání“. Pod touto kategorií se nachází i diagnóza F92.0 depresivní porucha chování a F93.9 dětská emoční porucha nespecifikovaná, u kterých se také mohou objevovat depresivní symptomy. V různé intenzitě lze depresivní projevy najít i pod kódy F42.2 smíšená úzkostně-depresivní porucha, F43.2 poruchy přizpůsobení nebo F06.3 organické afektivní poruchy. Pokud nejsou symptomy dostatečně intenzivní, nebo nesplňují délku trvání či jiné kritérium, může být použita i diagnóza F38 jiné afektivní poruchy. Tato práce se primárně zabývá depresivními poruchami F32 a F33 a komorbidními poruchami typickými pro dětský věk a dospívání. (WHO, 2013; American Psychiatric Association, 2013; Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, & Ptáček, 2015)

1.2. Dětství a dospívání z hlediska psychologie

Definovat období dětství je náročné. Z hlediska zákona v České republice je za dítě považován každý jedinec mladší 18 let. V rámci psychologie je obecně dětství chápáno jako období od narození do dospělosti, což je zhruba 0 do 25 let jedince. Autoři do období dětství zahrnují hlavně prenatální, novorozenecké, kojenecké, batolecí, předškolní a školní období. V rámci této práce se zaměřuji hlavně na děti v mladším školním věku čili od 6 do 11 let.

Věkové ohraničení dospívání i její definice se u mnoha autorů liší. Období dospívání lze rozdělit na ranou (11-15 let) a pozdní adolescenci (15-20 let). (Raboch & Pavlovský, 2012) Podle Vágnerové (2012) je dospívání definováno jako přechodné období mezi dětstvím

a dospělosti, kdy dochází ke komplexní proměně osobnosti, která je podmíněna biologickými, psychickými a sociálními faktory. Celé období je cyklem přehodnocování a hledání sebe sama, dospívající si vytváří přijatelné sociální postavení a také zralejší vlastní identitu. V práci se kromě dětí v mladším školním věku zabývám i dospívajícími, více se však zaměřuji na ranou adolescenci čili na věk od 11 do 15 let.

1.3. Léčba a terapie

Za léčbu je v této bakalářské práci označován proces, při kterém dochází k postupnému zlepšování (až úplnému vyléčení) fyzického i psychického stavu jedince skrze medikaci.

Na druhé straně terapie je v této práci chápána jako psychoterapie čili samostatný vědní obor, který se zabývá poskytováním psychologické péče těm, kteří jsou vnitřně destabilizováni nebo jim tento stav hrozí. Předmětem psychoterapie je duševní život člověka, ale i jeho chování a další projevy, které nelze označit za optimální. Terapeut se (se souhlasem klienta) snaží tento stav změnit. Používá ke změně různé metody a techniky psychologické povahy, které jsou ověřené a mají co nejvyšší účinnost. (Vymětal, 2010)

2. Etiologie, prevalence, symptomy a prognóza depresivních poruch u dětí a dospívajících

2.1. Etiologie

Afektivní poruchy, vznikají interakcí genetických a vnějších faktorů. Základem pro depresivní onemocnění je vrozená predispozice, která vede k určitým změnám v CNS, ale také ke změnám až poruchám vegetativním, endokrinním a psychickým. U deprese hrají velkou roli kromě výše zmíněných genetických faktorů i faktory psychosociální. Mezi tyto faktory patří například kumulace negativních životních zážitků, psychopatologické projevy v rodinném prostředí a celkově konfliktní prostředí v rodině, nedostatečně rozvinuté strategie zvládnání stresových událostí, chudé vrstevnické vztahy apod. (Hort, Hrdlička, Kocourková, & Malá, 2008) Depresivní porucha však může vzniknout i bez srozumitelného psychologického či biologického spouštěče. (Hosák, Hrdlička, & Libiger, 2015) Existuje několik teoretických modelů, které se snaží o vysvětlení vzniku deprese, jedná se o: analytický model, model naučené bezmocnosti, behaviorální a kognitivní model, stresový model a sociologický model, genetický model, biochemický model a neuroanatomický model. (Hort et al., 2008)

Přestože všechny výše zmíněné modely jsou platné, podrobněji jsem se zaměřila pouze na ty, které mi vzhledem k depresi v dětství a dospívání přišly zajímavé (viz níže).

Kognitivní model vysvětluje depresi podle Beckovy depresivní triády (negace, negativní postoj vůči sobě, světu i budoucnosti). Tento model vysvětluje vznik deprese na základě zautomatizovaných negativních myšlenek a dysfunkčních schémat (např.: bagatelizace úspěchů, vztahovačnost na sebe, pocity viny apod.).

Model naučené bezmocnosti je postaven na teorii Selingmana, který naučenou bezmocnost považuje za deficit na všech úrovních vývoje a socializace. Tento model je z hlediska deprese u dětí a dospívajících velmi zajímavý.

Stresový model vidí vznik deprese v nahromadění nepříjemných životních událostí v životě jedince (např.: rozvod rodičů, konflikty v rodině, deprivace, sexuální zneužívání apod.). Tento model je velmi vhodný pro objasnění vzniku deprese u dětí a dospívajících.

Sociologický model je velmi podobný jako stresový model, etiologii deprese nachází v nedostatečné sociální opoře a ocenění.

(Hort et al., 2008)

2.2. Prevalence

Depresi u dětí a dospívajících se dostalo pozornosti až v posledních 20 letech. Odborníci však stále polemizují nad tím, zda depresivní poruchou trpí i děti předškolního a mladšího školního věku. Domènech-Llaberia et al. (2009) ve své studii zkoumali španělské děti ve věku od 3 do 6 let a byla zjištěna prevalence depresivní poruchy 1,2 % (n=1,427). Studie Fuhrmann, Equit, Schmidt, & von Gontard (2014), uskutečněná v Německu, se zabývala prevalencí depresivních symptomů u dětí ve věku 5 až 7,5 let a výsledky ukazují, že 5,7 % zúčastněných dětí (n=653) vykazovalo klinicky významné symptomy depresivní poruchy. Také Raboch a Pavlovský (2012) uvádí, že deprese se vyskytuje u 1 % předškolních dětí a u 4 % školních dětí. Většinou mají děti v tomto věku problém popsat své obtíže a pocity a z těchto důvodů nedojde k diagnostice deprese. (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2009) V dětském věku se deprese objevuje ve stejné míře u chlapců i dívek. (Domènech-Llaberia et al., 2009; Fuhrmann et al., 2014) Prevalence depresivní poruchy u dospívajících je různá, pohybuje v rozmezí od 2,6 % - 8 % (eventuálně i vyšší). (Costello, Egger, & Angold, 2005; Dudová, 2007; Guilherme, Giovanni, Luisa, Arthur, & Luis, 2015; Raboch & Pavlovský, 2012) Na rozdíl od prepubertálních dětí je u pubertálních jedinců výrazně vyšší počet děvčat (asi 2:1), která trpí depresivní poruchou než počet chlapců se stejnou diagnózou. (Dudová, 2007; Salk, Hyde, & Abramson, 2017; Svoboda et al., 2009)

2.3. Symptomatologie

Deprese se u dětí ve srovnání s dospělými projevuje specifickým způsobem. Hlavním symptomem depresivní poruchy je výrazná emoční změna a také změna v chování dítěte nebo dospívajícího. Tyto změny vedou k celkovému zhoršení fungování dítěte doma i ve školním prostředí či mezi vrstevníky. Mezi další kritéria dle Svobody et al. (2009) patří:

1. Depresivní nálada – hlavně pocity beznaděje, ztráta zájmu a radosti, nuda případně otrávenost aj.
2. Poruchy jezení – většinou se jedná o nechutenství
3. Poruchy spánku – nespavost, nebo naopak nadměra spánku
4. Apatie, ztráta motivace, zájmu a radosti
5. Motorický útlum, agitovanost
6. Ztráta pocitu vlastní hodnoty nebo pocity viny

7. Zhoršená schopnost soustředění
8. Úvahy o smrti, sebevražedné myšlenky, sebepoškození, rizikové sebedestruktivní projevy.

Klíčovým kritériem pro diagnostikování depresivní poruchy u dětí je depresivní nálada. Jak již bylo zmíněno výše, mladší děti nejsou schopny pokles nálady verbalizovat. U těchto dětí se porucha nálady často projevuje podrážděností, mrzutostí až otráveností a jsou také často velmi negativně naladěny. U dospívajících (i dospělých) se ve velké většině objevuje i celkový útlum, ten u dětí mladšího věku nemusí být tolik patrný. Děti trpící depresí mají často i somatické potíže (hlavně děti předškolního a mladšího školního věku) a regresivní projevy chování. (Svoboda et al., 2009)

Kritéria, která uvádí Svoboda et al. (2009) jsou velmi podobná těm, které uvádí DSM-5. V manuálu je k diagnóze „major depressive disorder“ (velká depresivní porucha) uvedeno následujících devět symptomů: pokleslá nálada (neboli „low mood“), u dospívajících pak iritabilita; dále anhedonie; suicidální myšlenky; poruchy spánku; únava; poruchy jezení; zhoršená koncentrace nebo schopnost rozhodování; psychomotorické změny a negativní sebepojetí. Z výše jmenovaných devíti symptomů musí být přítomno nejméně pět symptomů, včetně „low mood“ nebo anhedonie, aby mohla být diagnostikována depresivní porucha. Symptomy musí být pociťovány po dobu minimálně dvou týdnů a musí působit negativně na psychický stav, sociální chování či jiné důležité oblasti života jedince. (American Psychiatric Association, 2013)

Symptomy popsané v MKN – 10 jsou obdobné jako výše zmíněná kritéria DSM – 5 nebo dle Svobody et al. Některé z nich jsou vázány spíše na dospělý věk a pozdní adolescenci (např.: ztráta libida). MKN – 10 popisuje depresivní poruchu jako fázi (F32), ve které má dotyčný zhoršenou náladu a sebepojetí, sníženou aktivitu i energii, pociťuje únavu i po minimální námaze. Je narušena schopnost koncentrace, smysl pro zábavu i zájmy. Často se objevují i pocity viny a beznaděje. Přítomny jsou i poruchy spánku (nespavost, probouzení se dříve, nadměrná spavost) a příjmu potravy (hlavně ztráta chuti k jídlu, nechutenství), ztráta či snížení libida a v neposlední řadě i psychomotorická retardace a agitovanost. Dalším diagnostickým kritériem je i to, že tato fáze není způsobena užíváním psychoaktivních látek (což se u dětí nepředpokládá) a není způsobena jinou organickou poruchou. Současně se u dotyčného nikdy nevyskytla manická nebo hypomanická fáze. Minimální délka trvání pro depresivní fázi je stanovena na dva týdny. Na základě počtu a intenzity výše zmíněných

symptomů je možné vyhodnotit, zda se jedná o depresivní fázi mírnou, střední, těžkou nebo těžkou s psychotickými příznaky. Klasifikace dále obsahuje i popis jednotlivých fází. Periodická (nebo rekurentní) depresivní porucha (F33) má v podstatě totožné symptomy i dělení – mírná, střední, těžká, těžká s psychotickými znaky a formu v remisi – jako depresivní fáze (F32). Důležitými diagnostickými kritérii navíc jsou, že se v minulosti již alespoň jedna depresivní fáze objevila a tato fáze předcházela současnou epizodu o alespoň 2 měsíce. (WHO, 2013; Dušek & Večeřová-Procházková, 2015)

Výše popsaná kritéria se mohou vztahovat jak k projevům deprese u dospělých, tak k symptomům u dětí. Vzhledem k tomu, že některé klinické projevy depresivní poruchy jsou specifické pro děti byla vytvořena specifická diagnostická kritéria. K takovým kritériím patří i Weinbergova kritéria (Weinberg, Rutman, Sullivan, Penick, & Dietz, 1973):

- I. Dysforická nálada – pocity smutku, osamělosti, bezmoci, pesimismus, náladovost, dráždivost, přecitlivělost, negativní ladění a další
- II. Sebeznehodnocující myšlenky – pocity bezcennosti, hlouposti, přání zemřít, myšlenky na sebevraždu, sebevražedné pokusy
- III. Agresivní chování – je obtížné s dotyčným vyjít, hádavost, nerespektování autorit, hostilita, záchvaty zlosti
- IV. Poruchy spánku – špatné usínání, narušený spánek, ranní nespavost, obtížné probouzení
- V. Změny školního výkonu – časté stížnosti od učitelů („denní snění“, „nízké soustředění“, „špatná paměť“), ztráta obvyklého pracovního úsilí, ztráta mimoškolních zájmů, mnoho nedokončených školních úloh, zhoršení školního prospěchu
- VI. Sociální izolace – menší účast na skupinových aktivitách, méně přátelský, distancování se od společnosti, ztráta běžných sociálních zájmů
- VII. Změna postoje vůči škole – neužívá si školní aktivity, nechce nebo odmítá chodit do školy
- VIII. Somatické potíže – nemigrenózní bolesti hlavy, bolesti břicha, bolesti svalů nebo křeče, jiné somatické obtíže
- IX. Ztráta energie – ztráta běžných osobních zájmů, snížená aktivita, duševní i fyzická únava

- X. Neobvyklá změna chuti k jídlu nebo/a váhy – anorexie nebo polyfagie, výrazná změna hmotnosti v posledních 4 měsících

Dle Weinberga et al. (1973) je symptom považován za pozitivní, pokud se u dítěte objevuje alespoň jedna charakteristika uvedena u daného symptomu a zároveň je rodičem nebo dítětem považována za znepokojující a mění obvyklé chování a prožívání dítěte. Klíčové jsou body u symptomů I i II a 2 nebo více charakteristik u symptomů III-X. Rozhovor s dítětem by měl být veden skrze polo-strukturovaný rozhovor. Symptomy I a II musí být uvedeny dítětem, ostatní symptomy mohou být čerpány z anamnézy. Komplex projevů by měl být přítomen alespoň 1 měsíc. (Svoboda et al., 2009; Weinberg et al., 1973)

2.4. Prognóza

Z hlediska prognózy do budoucnosti můžeme rozlišit faktory, které jsou prognosticky nepříznivé. Patří mezi ně například inhibice učení, zvědavosti i kreativity, kognitivní zhoršení, vnitřní neklid, mutismus, suicidální pokusy aj. (Hort et al., 2008) Tyto symptomy pak mohou vést k problémům v dospělosti. Dle Svobody et al. (2009) děti či dospívající, které trpí depresivní poruchou, mohou v dospělosti trpět opakovanými atakami deprese. U těch jedinců, kteří v dětství či dospívání trpěli depresivní poruchou, ale v dospělosti depresemi již netrpí, se často v dospělém věku objevuje abúzus alkoholu a drog, problémové chování nebo celkově horší funkčnost a větší potřeba lékařské péče. Longitudinální studie Qualtera, Browna, Munna, & Rotenberga (2010) se zabývala tím, zda by pociťovaná osamělost v dětství (z hlediska vrstevnických vztahů) mohla být prediktorem k rozvoji deprese v dospívání. Výsledky studie ukazují, že taková osamělost pociťována během dětství může být prediktorem pro depresivní symptomy v dospívání jedince. Jiná studie (Birmahera et al., 2004) uvádí, že zhruba 85 % depresivních dětí a dospívajících se úspěšně zotavilo z deprese. Nicméně asi 40 % zúčastněných zažilo depresivní epizodu ještě alespoň jednou. Výzkumníci ve studii také uvádí, že pokud deprese trpěl také otec dítěte, tyto děti vykazovaly nižší míru uzdravení a u dívek v takovém případě bylo daleko vyšší riziko rekurence. (Birmaher et al., 2004) U dětí a dospívajících se ve srovnání s dospělými v průběhu poruchy častěji objevuje manická či hypomanická epizoda. Poté bývá depresivní porucha překlasifikována na bipolární afektivní poruchu. (Dudová, 2007)

3. Komorbidní diagnózy depresivních poruch u dětí a dospívajících

Komorbidní diagnózy u depresivních poruch, nejen u dětí a dospívajících, nejsou neobvyklé. Orchard, Pass, Marshall, & Reynolds (2017) ve své studii, která se zabývala depresivní poruchou u dospívajících, tvrdí, že 54 % dospívajících (z celkového počtu 100 zúčastněných) trpí jednou nebo více přidruženými diagnózami. 15 dospívajících trpělo sociální úzkostí, 10 generalizovanou úzkostnou poruchou, v 1 případě se vyskytla i panická porucha a u jednoho respondenta specifická fobie. (Orchard et al., 2017) Mezi nejčastěji přidružené diagnózy deprese u dětí a dospívajících lze označit úzkostné poruchy, ADHD, poruchy chování, dystimii, poruchy příjmu potravy a primárně u dospívajících v pozdní adolescenci se objevuje i abúzus alkoholu a drog. (Goetz, 2005; Raboch et al., 2015)

Komorbidita úzkostných poruch se pohybuje zhruba mezi 25-50 % a objevuje se z výše zmíněných diagnóz nejčastěji. (Axelson & Birmaher, 2001; Melton, Croarkin, Strawn, & McClintock, 2016) Dle Parkera a Goodyera (2000) trpí úzkostí třetina dětí s depresivní poruchou (30–80%). U dětí se vyskytuje zejména separační úzkost, dospívající trpí spíše generalizovanou úzkostnou poruchou. (Park & Goodyer, 2000; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003) Studie Dindo, Recober, Haddad, & Calarge (2017) se zabývala vztahem mezi migrénou, depresí a úzkostí u dospívajících a výsledky ukazují, že dospívající trpící depresí a anxiétou také častěji pociťují migrény.

Poruchy chování mohou v některých případech maskovat přítomnost depresivní poruchy, a to především projevy jako opoziční vzdor nebo iritabilita. (Park & Goodyer, 2000) MKN-10 obsahuje diagnózu, která reflektuje výše popsanou situaci, a to diagnózu „Depresivní porucha chování“ (F92.0). Tato diagnóza je ale primárně míněna jako porucha chování s depresivní symptomatikou. U těchto dětí také dochází častěji k sebepoškození a výrazné jsou i somatické příznaky (bolest hlavy, břicha apod.) (Costello et al., 2003; Hosák et al., 2015; WHO, 2013)

U dětí trpících ADHD neboli hyperkinetickou poruchou, se depresivní porucha objevuje zhruba ve 20 % až 40 %. (Goetz, 2005; Xia, Zhang, & Shen, 2015) Jiná studie (Di Trani et al., 2014), která se zabývala ADHD a depresivní poruchou u dětí, zjistila, že (v rámci jejich výzkumného souboru) trpělo ADHD a zároveň depresivní poruchou necelých 12 % zúčastněných.

Kombinace depresivní poruchy s obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD) také není výjimečná. (Hong et al., 2004; Canavera, Ollendick, Ehrenreich May, & Pincus, 2010) Například studie Perisové et al. (2010) ukazuje, že 21 % zúčastněných trpí depresivními symptomy a zároveň i OCD. Kombinace depresivní poruchy a OCD je problematická, jelikož OCD zhoršuje prognózu deprese, konkrétně zvyšuje možný chronický průběh depresivní poruchy a i naopak (depresivní porucha zhoršuje projevy OCD jedince). (Canavera et al., 2010) OCD sama o sobě vyžaduje terapii a léčbu stejně jako deprese. Depresivní porucha jakožto porucha nálady souvisí i s motivací a s ochotou spolupracovat či léčit se. Primárně bychom tedy měli usilovat o zlepšení psychického stavu z hlediska depresivní poruchy, což může vést k vyšší complianci dítěte či dospívajícího na zlepšení OCD v rámci behaviorální terapie. (Park & Goodyer, 2000)

Odhalení výše zmíněných komorbidních diagnóz je důležité z hlediska správného nastavení léčby a terapie. Adekvátní psychofarmakoterapie přidružené diagnózy či diagnóz může vytvořit lepší podmínky pro léčbu a terapii depresivní poruchy. Stejně tak může nerozpoznaná komorbidní diagnóza komplikovat proces léčby a terapie deprese a zkreslovat účinnost zvoleného terapeutického nebo léčebného postupu. (Goetz, 2005)

4. Diagnostika depresivních poruch u dětí a dospívajících

Ke stanovení kvalitní a vhodné terapie a léčby depresivní poruchy, je samozřejmě třeba diagnostika. Součástí diagnostického procesu je i somatické vyšetření, které může provést pouze lékař. Po somatických vyšetřeních následuje komplexní klinicko-psychologické nebo psychiatrické vyšetření. Rozdíl mezi těmito vyšetřeními je ve využívaných testových metodách. V rámci klinicko-psychologického vyšetření je také mnohem méně kladen důraz na somatický stav klienta a více se zaměřuje na psychické prožívání dotyčného. (Orel, 2016) Cílem všech těchto vyšetření je identifikovat příznaky deprese, odhalit možné příčiny a rizikové faktory, které ke vzniku poruchy mohly vést a zhodnotit i možné komorbidní poruchy, které se mohou případně objevit nebo jsou přítomny. (Goetz, 2005) Na základě zjištěných informací je možné poskytnout vhodné léčebné a terapeutické intervence a další doporučení a postup. (Orel, 2016)

Je také třeba si uvědomit, že diagnostika emočních poruch u dětí je obtížnější než u dospělých. A to hlavně z toho důvodu, že klinický obraz u dětí obvykle není tak výrazný jako u dospělých, mnoho symptomů je společných pro více psychických poruch a v neposlední řadě je u dětské populace i vyšší komorbidita s dalšími psychickými poruchami. Malé děti také nejsou schopny plně vyjádřit vlastní prožívání a je dobré se v rámci diagnostiky opírat o vícero zdrojů. (Svoboda et al., 2009; Goetz, 2005) Lze využít například testové metody, avšak většina klasických dotazníkových metod určených přímo pro dítě lze použít až u starších dětí, které zvládají čtení a porozumění textu na dostatečné úrovni. Dotazníky pro předškolní děti bývají doplněny o obrázky, které jsou protikladné a ze kterých má dítě například vybrat obrázek příhodnější pro jeho osobu. (Svoboda et al., 2009)

Diagnostický proces je u dětí i dospívajících specifický i v tom, že dítě do celého procesu přivádí rodič(e), případně přichází na doporučení ze školy. Rodiče většinou dítě přivádí, jelikož se u něj v poslední době objevilo problémové chování, vnitřní prožívání dítěte samotného často zůstává bez povšimnutí. (Svoboda et al., 2009) Rodiče tedy sehrávají důležitou roli v rámci diagnostického procesu, nejen protože dítě na vyšetření přivádí, ale také proto, že jsou schopni o dítěti podat důležité informace.

4.1. Somatické vyšetření

Somatické vyšetření je součástí pouze psychiatrického vyšetření, a to převážně z důvodu vyloučení somatického onemocnění dítěte či dospívajícího, které by mohlo

způsobovat nebo spolupůsobit příznaky deprese. Toto vyšetření může být provedeno i praktickým lékařem dítěte či mladistvého, za kterým rodiče často přicházejí jako první. (Dreher, 2016) V literatuře se v souvislosti s depresí a somatickým onemocněním hovoří o tzv. symptomatické depresi (nebo též sekundární či organické). (Hosák a kol, 2015) Mezi taková onemocnění, která vyvolávají depresivní symptomatiku, můžeme zařadit například metabolické poruchy (pankreatitida, poruchy funkce jater aj.), endokrinní poruchy (diabetes, Cushingův syndrom, poruchy štítné žlázy aj.), infekční choroby (encefalitida, tuberkulóza aj.) nebo alergie jako je astma a další onemocnění. (Hosák et al., 2015) Rozlišit depresivní poruchu od somatického onemocnění může být náročné, a to z toho důvodu, že mnohé symptomy deprese a somatického onemocnění se překrývají. Takovými příznaky jsou například únava, nespavost, nechutenství a úbytek hmotnosti nebo zpomalení psychomotorického tempa, což jsou symptomy, které se běžně objevují i u depresivní poruchy. Problematické je také to, že deprese zhoršuje prognózu somatického onemocnění, ale zároveň i somatické onemocnění zhoršuje prognózu depresivní poruchy. (Hosák et al., 2015) Somatická vyšetření se většinou řadí na začátek celé diagnostiky, aby byla odhalena případná somatická onemocnění způsobující depresivní symptomatiku. Tato vyšetření zároveň zhodnotí zdravotní stav klienta s ohledem na možnou farmakoterapii. (Dreher, 2016; Goetz, 2005) Mezi tato vyšetření se obvykle řadí rozbor krve, EKG a v některých případech i CT mozku a další vyšetření. (Dreher, 2016)

4.2. Rozhovor s rodiči

Rodiče většinou dobře slouží jako zdroj obecnějších anamnestických údajů o dítěti, o jeho celkovém somatickém i psychickém stavu, temperamentu dítěte, sociálním a kognitivním vývoji apod. Tyto informace dítě většinou není schopné podat samo (především děti předškolního a mladšího školního věku), anebo údaje mohou být nepřesné či zkreslené, což může informace činit málo validními. (Goetz, 2005; Park & Goodyer, 2000) U dospívajících (hlavně v pozdní adolescenci) lze předpokládat, že jsou schopni svou anamnézu sdělit obdobně jako dospělí jedinci.

Od rodičů se snažíme zjistit, zda dítě (nebo dospívající) netrpělo nějakými psychickými obtížemi už dříve, případně od kdy takovými obtížemi dítě trpí. Následně jsou rodičům pokládány otázky zaměřené konkrétně na symptomy deprese, sebepoškozování, školní výkonnost a její změny v poslední době, vrstevnické vztahy dítěte, koníčky a záliby dítěte, u dospívajících na abúzus návykových látek atp. Zajímá nás také atmosféra v rodině a rodinná

anamnéza, okolnosti ohledně rozvodu (pokud proběhnul) a neměly by chybět ani otázky zaměřené na zneužívání, zanedbávání dítěte apod. Důležitá je i historie psychiatrických potíží v rodině. Vzhledem k těmto otázkám (ohledně rozvodu, zanedbávání apod.) je vhodnější vést rozhovor s rodiči bez dítěte. Nepřítomnost dítěte však není nutná. (Goetz, 2005; Park & Goodyer, 2000)

Vzhledem k tomu, že celý rozhovor s rodiči je zaměřen hlavně na negativní aspekty života dítěte, mělo by být součástí rozhovoru i zhodnocení dosavadních úspěchů dítěte, jeho potenciálu do budoucna a pozitivních aspektů jeho osobnosti. (Park & Goodyer, 2000)

Ke zkreslení údajů o dítěti může dojít i v případě, že nám informace sdělují jeho rodiče. Nekvalitní údaj můžeme odhalit opakovaným dotazováním se na stejnou informaci. Opakovaným dotazováním se také zvyšujeme validitu získaných údajů. (Goetz, 2005) Rodiče mohou zkreslovat údaje z různých důvodů, například z obav ze stigmatizace, ze strachu z odhalení nebo vlivem vlastní psychopatologie. V některých případech získáme spolehlivější informace o dítěti, především dospívajícím, od vrstevníků. (Svoboda et al., 2009)

4.3. Rozhovor s dítětem (dospívajícím)

Získání kvalitních informací se odvíjí od dobrého kontaktu s dítětem či dospívajícím, což může vyžadovat i několik sezení. U dětí a dospívajících trpících depresivní poruchou se často setkáváme s podrážděností, odporem a neochotou spolupracovat, což by nás nemělo odradit, jelikož tyto projevy chování nemusí nutně souviset s věkem dotyčného, ale může se jednat o symptomy depresivní poruchy. (Goetz, 2005) V rámci rozhovoru se zaměřujeme na to, co si dítě myslí, komu důvěřuje, zda pociťuje změny kvality nebo kvantity spánku a jezení, sebevědomí a sebepojetí jedince apod. V rozhovoru je nutné se propracovat k otázkám zaměřeným právě na symptomy deprese a dalších rizikových komorbidních poruch. Přímé otázky ohledně sebevraždy, sebevražedných myšlenek nebo sebepoškozování by určitě neměly být vynechány. (Goetz, 2005; Park & Goodyer, 2000)

Některé děti mohou mít problém s odpovídáním na otázky, ať už z důvodu jejich duševní nevyzrálosti (obtížné verbalizování vlastních pocitů, nedostatečně vyvinutá schopnost sebereflexe) nebo neochoty spolupracovat. V takovýchto případech lze využít některou z projektivních technik nebo hru. (Goetz, 2005) Je lepší vést rozhovor s dítětem o samotě bez přítomnosti rodičů, což často bývá problém hlavně pro rodiče. Rodiče mohou během rozhovoru být spíše rušivým elementem, jelikož mohou mít tendenci odpovídat za dítě, doplňovat jeho

odpovědi apod. Dítě se před rodičem také může bát sdělit vlastní myšlenky a názory nebo je může záměrně zkreslovat.

4.4. Testové metody

V České Republice máme omezenější výběr testových metod ve srovnání s některými zahraničními státy. Testové metody mohou získat mnohem objektivnější informace, než které podávají blízcí dítěte nebo i dítě či dospívající samotný.

V České Republice je asi nejvíce využívaná sebeposuzovací škála Kovacsově CDI neboli Children Depression Inventory, která byla inspirována Beckovým inventářem deprese pro dospělé. Dále se dá využít například revidovaná škála Poznanské (CDRS-R), škála zjevné úzkosti (CMAS), Dotazník životní spokojenosti (od 14 let), Dotazník emocionálního prožívání (DEP 36) a další. Z vícedimenzionálních dotazníků se dá využít například škála sebehodnocení dítěte PAQ (součástí Rohnerovy rodinné diagnostiky), B-JEPI, MMPI aj. Kromě dotazníků, které vyplňují děti a dospívající samostatně, lze využít i testové metody, které vyplňují rodiče nebo učitelé dítěte či dospívajícího (například CPQ a CTQ). (Svoboda et al., 2009; Hort et al., 2008)

Kromě dotazníků a inventářů se u dětí dají využít i některé projektivní metody a v některých případech je jejich použití nezbytné. Lze použít klasické projektivní testy jako je ROR, TAT nebo test začarované rodiny aj., dále pak kresebné techniky jako test stromu, test lidské postavy, Blochův test aj. (Svoboda et al., 2009) Kromě zjišťování konkrétních symptomů či problémových situací je důležité i podrobnější zmapování prožitků dítěte, z toho důvodu je vhodné se dítěte doptávat na doplňující otázky ohledně jeho odpovědi či zvoleného obrázku.

Veškeré výsledky testových metod v rámci diagnostiky dětí a dospívajících je třeba velmi opatrně interpretovat. Zároveň je nutné detailně prozkoumat jednotlivé odpovědi, což může přinést nové informace. Kromě samotných dat získaných testem je nutné brát v potaz i ostatní informace o dítěti získané z jiných zdrojů. (Svoboda et al., 2009) Zároveň je dobré dítě pozorovat v rámci celé testové situace. Pozorování může pomoci odhalit například nejasnost zadání, problematickou oblast nebo také to, že dítě je již unavené a bylo by vhodné diagnostiku přerušit pauzou.

4.5. Další zdroje informací

Kromě výše zmíněných zdrojů informací můžeme využít i školní dotazníky zaměřené na výkon a chování dítěte v rámci školní docházky. Také můžeme získat údaje o dítěti od jeho

pedagogů nebo vedoucích zájmových kroužků apod. Pedagogů bychom se kromě jeho názorů na dítě či dospívajícího měli zeptat i na jeho názor na rodinné prostředí, ze kterého dítě pochází. Konzultace nebo spolupráce s jinými institucemi zabývajícími se psychickým zdravím, do kterých rodina dochází z jiného důvodu, může být také dobrým zdrojem informací. (Goetz, 2005; Park & Goodyer, 2000)

5. Léčba a terapie depresivních poruch

Tato kapitola je rozdělena na dvě části. První z nich se zabývá možnými psychoterapeutickými směry a metodami, které jsou nejčastěji používány při terapii depresivní poruchy u dětí a dospívajících. Část druhá se zaměřuje na farmakoterapeutické prostředky, které lze indikovat u dětí a dospívajících. Přestože v rámci kapitoly hovořím primárně o dětech a dospívajících, většina ze zmíněných psychoterapeutických i farmakoterapeutických metod se používá i u dospělé populace s diagnózou depresivní poruchy.

Při léčbě i terapii deprese hraje samozřejmě roli, o jakou depresi se jedná. Zda se jedná spíše o reaktivní formu, kdy dotyčný reaguje například na rozvod rodičů či jinou stresovou situaci v životě, nebo jde o klasickou depresivní epizodu. Reaktivní forma deprese nevyžaduje léčbu farmaky a účinnější bývá psychoterapie. Naopak u klasické deprese je doporučována medikamentózní terapie, která sama o sobě vykazuje velmi dobré výsledky, ale je často doplněna i o psychoterapii. (Dreher, 2016) Je třeba si uvědomit, že farmakoterapie i psychoterapie jsou dlouhodobým procesem a chtěné výsledky nepřichází hned po nasazení léčby (nebo zahájení psychoterapie), ale v řádu týdnů až měsíců.

Studie (Cuijper et al., 2014; Hollon, Garber, & Shelton, 2005; March et al., 2004; Pedrini et al., 2011), provedené většinou na dospělé populaci nebo mezi adolescenty, ukazují, že v rámci léčby a terapie deprese je nejefektivnější kombinace právě psychoterapie a farmakoterapie. Nejčastěji se v současnosti indikuje kombinace kognitivně-behaviorální terapie a u dětí antidepressivum fluoxetin (March et al., 2004; Maughan, Collishaw, & Stringaris, 2013; Ma, Zhang, Zhang, & Li, 2014). Přestože je medikamentózní léčba sama o sobě účinná, pouhé užívání antidepressiv nemusí dostatečně zamezit relapsu jedince v budoucnosti, z tohoto důvodu je vhodnější kombinovat farmaka s psychoterapií. Studie Bockinga et al. (2008), též provedena s dospělými jedinci trpícími depresí, kteří užívali pouze antidepressiva, ukazuje, že až 60 % zúčastněných znovu upadlo do depresivních stavů do dvou let od ukončení léčby. Naproti tomu u jedinců, kteří užívali antidepressiva, nebo je vysadili, a zároveň preventivně docházeli i na kognitivní psychoterapii docházelo k relapsu pouze v 8 %. (Bocking et al., 2008)

Existují však i studie, které o efektivitě výše zmíněné kombinace léčby a terapie polemizují. Patří mezi ně například meta-analýza zaměřená na dětskou a adolescentní populaci trpící depresivní poruchou (Cox et al., 2014), která srovnávala psychoterapii a farmakoterapii (samostatně i jejich kombinaci) dospěla k výsledku, že na základě dat, která pro studii využili, nelze říci, že je kombinace psychoterapie a farmakoterapie efektivnější než psychoterapie či

farmakoterapie samostatně. Další studií s obdobnými závěry je meta-analýza Forti-Burattioho, Saikii, Wilkinsona, & Ramchandaniho (2016), která je více rozebrána v rámci podkapitoly 5.1. Psychoterapie a její průběh. Efektivita psychofarmakoterapie samozřejmě závisí na tom, zda se jedná o těžkou, střední nebo mírnou depresivní epizodu a mnoha dalších faktorech.

Kromě níže zmíněných terapií a farmak lze využít i například tzv. fototerapii, což je terapie světlem, která se primárně indikuje při sezonních depresích. (Praško, 2003) V případech, ve kterých nezabírá farmakologická léčba ani psychoterapie je možné přistoupit i k elektrokonvulzivní terapii (Praško, 2003), která se ale u dětí a dospívajících nepoužívá, jelikož by zákrok mohl významně ovlivnit vývoj mozku a nervové soustavy dítěte nebo dospívajícího.

V každém případě by nikdy neměla být opomenuta psychoedukace rodičů i dítěte nebo dospívajícího. U adolescentů nad 15 let můžeme polemizovat nad tím, zda je nutné informovat rodiče. Vždy je dobré rodiče alespoň informovat o stavu jejich dítěte bez ohledu na věk a tím je minimálně zapojit do procesu léčby a terapie. Psychoedukace se zaměřuje především na popis a vysvětlení příznaků depresivní poruchy, důležité je zmínit i běžný průběh této poruchy u dětí a dospívajících. V neposlední řadě by měly být zmíněny i rizika a možné dopady deprese na dítě či dospívajícího, jak v současnosti (na rodinné a školní prostředí, vztahy, koníčky apod.), tak v budoucnu. Také by měly zaznít možnosti léčby a terapie. Od věci není ani doporučení pro rodiče, jak k dítěti v takové situaci přistupovat (např.: zaměřit se na úspěchy dítěte, nevnímat stav dítěte jako slabost aj.), což může zmírnit nepříjemnou atmosféru doma. (Park & Goodyer, 2000) Je důležité, aby lékař nebo psycholog věnoval dostatečný prostor psychoedukaci rodičů (i dítěti nebo dospívajícímu), a tím se vyvaroval případným problémům pramenícím z nedostatečné informovanosti, vysokých (nebo nízkých) očekávání či předsudků rodičů (např.: neochota začít léčbu nebo terapii u dítěte, odpor vůči farmakům či psychoterapii, nedostatečná spolupráce rodičů při terapii apod.).

5.1. Psychoterapie a její průběh

Volba psychoterapie se odvíjí od mnoha faktorů. Největší roli hraje samozřejmě primární diagnóza, v případě této práce depresivní porucha, dále pak přidružené diagnózy, somatická onemocnění apod. Dalším indikačním stanoviskem je stav a prostředí rodiny, abychom mohli rozhodnout, zda cílit terapii přímo na dítě samotné skrze individuální psychoterapii, nebo raději volit formu rodinné terapie zaměřenou na strukturu a funkčnost celé

rodiny. Dá se říci, že čím je dítě mladší, tím více je potřeba pracovat i s rodiči nehledě na to, zda se v rodině objevují nějaké patologické činitele. Kromě rodiny může samozřejmě negativně působit i jiné prostředí než rodinné (např.: školní nebo zájmového kroužku) a pokud by náprava tohoto prostředí mohla vést ke zlepšení stavu dítěte, je na místě i intervence tímto směrem. Důležitý je i věk a celková vývojová úroveň dítěte, jelikož čím je dítě mladší, tím více se do něj okolní prostředí promítá. U dospívajících je třeba při výběru psychoterapie, ale i v průběhu terapie počítat s neochotou spolupracovat, negativismem atp., což je pouze projev daného kritického období vývoje. Toto období je zároveň i výhodné pro terapeutickou práci, jelikož nám umožňuje „přehodit výhybky“ správným směrem. (Langmeier, Balcar, & Špitz, 2000)

Největší roli ale vždy nakonec hrají rodiče, kteří o tom, na jakou terapii bude dítě docházet mají rozhodující vliv a jejich ochota spolupracovat je klíčová. U dospívajících ve věku 15-18 let je vhodné více přihlížet na preference a názory adolescenta a respektovat jeho nebo její volbu psychofarmakoterapie. Rodiče však stále zodpovídají za zdravotní stav dítěte, a proto mají i v tomto věkovém období rozhodující vliv.

Podle nejnovějších i starších studií (Park & Goodyer, 2000; Oar, Johnco, & Ollendick, 2017; Weersing, Bolano, Do, Jeffreys, & Schwartz, 2017; Zhou et al., 2015) se jeví jako nejefektivnější psychoterapie pro děti a dospívající s depresivní poruchou kognitivně-behaviorální terapie, také interpersonální psychoterapie a rodinná psychoterapie. Meta-analýza Forti-Burattiho et al. (2016) však tvrdí, že není dostatek důkazů, které by potvrdily efektivitu kognitivně-behaviorální terapie v porovnání s žádnou léčbou a terapií u dětí do 12 let. Zhou et al. (2015) sice uvádí, že kognitivně-behaviorální terapie je pro děti s depresí prospěšná ve srovnání s žádnou léčbou, ale také poukazuje na nedostatek dat a literatury. Co se týká účinnosti rodinné terapie a psychodynamicky zaměřených terapií, vědecky podložených dat o jejich efektivitě je ještě méně, a proto je těžké zhodnotit jejich efektivitu. (Forti-Buratti et al., 2016) Samozřejmě lze využít i psychodynamicky zaměřené terapeutické směry a další psychoterapeutické směry, pokud je rodič pro své dítě preferuje. Park a Goodyer (2000) také uvádí, že u dětí a dospívajících se častěji indikuje individuální psychoterapie ve srovnání se skupinovou psychoterapií.

5.1.1. Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

Tato terapie se zaměřuje na kognitivní procesy psychiky, a to především na myšlení a poznávací procesy. Zároveň se zabývá i pozorovatelným chováním. Kromě těchto dvou

hlavních složek lidské psychiky se KBT zaměřuje i na emoce a tělesné projevy, jelikož všechny tyto složky jsou vzájemně provázány. KBT stojí na předpokladu, že každý člověk o událostech a životních situacích přemýšlí a to, jakým způsobem přemýšlí se odvíjí od jeho postojů a přesvědčení o sobě, o druhých lidech apod. V návaznosti na tento proces se lidé chovají nějakým způsobem, což se odvíjí právě od výše zmíněných myšlenek a emocí. Chování i vnitřní prožívání mají samozřejmě důsledky, které se mohou projevit zvenčí anebo jsou dotyčným prožívány vnitřně. Tento kruh může v některé části obsahovat chybné informace, logické chyby apod. a to může vést k nejrůznějším psychickým obtížím, v našem případě k depresivní poruše. Například dítě může získat iracionální přesvědčení o sobě od svého okolí (např.: „Musím být úspěšný, jinak mě rodina nebude mít ráda. Pokud neuspěju, jsem bezcenný.“), které způsobuje depresivní odezvu na běžné životní události. Tyto myšlenky, přesvědčení a postoje fungují na nevědomé úrovni a dotyčný si je nemusí zcela uvědomovat. V rámci terapie je však důležité tyto myšlenky odhalit skrze projekční techniky či jiné prostředky. Odhalení těchto myšlenek umožňuje racionálními a ověřenými technikami přestavět „vnímání“ světa dotyčného. (Pešek, Praško, & Šípek, 2013; Langmeier et al., 2000)

KBT je ve srovnání s jinými psychoterapeutickými metodami nebo směry relativně krátká. (Pešek et al., 2013) Individuální forma KBT, která se indikuje častěji než skupinová KBT, zpravidla vyžaduje zhruba 5 až 16 sezení s terapeutem. Délka sezení se odvíjí od věku dítěte, ale většinou je nastavena na 50 minut. (Park & Goodyer, 2000; Oar et al., 2017) KBT je velmi strukturovaná, a to ve smyslu jednotlivých sezení i v celém terapeutickém procesu. Terapeutický proces se zahajuje komplexním vstupním vyšetřením, vytváří se seznam problémů, které by dotyčný rád vyřešil a stanovují se cíle terapie. U dětí a dospívajících jsou rodiče důležitou součástí tohoto procesu, hlavně v rámci vytváření seznamu problémů a stanovení cílů. Každé sezení většinou začíná shrnutím domácích úkolů, které byly zadány na předchozím sezení, pokračuje představením témat současného sezení, vysvětlením a procvičováním úloh a končí zadáním nových domácích úloh. (Pešek et al., 2013) Na konci sezení bývá vyhrazeno zhruba 10 minut pro práci s rodiči dítěte. Rodiče mohou v rámci KBT fungovat jako koterapeuti, kteří dítěti pomáhají s domácími úkoly apod. (Park & Goodyer, 2000)

Účinnosti KBT v rámci depresivní poruchy (i jiných poruch) u dětí a dospívajících je v dostupné literatuře věnována dostatečná pozornost. Většina této literatury (Weersing et al., 2017; Oar et al., 2017, Pešek et al., 2013) poukazuje na to, že KBT se jeví jako jedna z nejefektivnějších terapií deprese. Například studie Charkhandeho, Taliba a Hunta (2016)

srovnávala KBT a metodu Reiki u adolescentů a výsledky ukazují, že je KBT z hlediska snížení depresivních symptomů efektivnější než metoda Reiki. Již výše zmíněná meta-analýza Weersinga et al. (2017) shrnuje 42 studií provedených na téma efektivity KBT u dětí a dospívajících s depresí a výsledky meta-analýzy ukazují, že u dětí a u dospívajících je KBT velmi dobře zavedená a efektivní. U dětské populace nejsou výsledky studií zcela jednoznačné a autoři se odkazují na nedostatek vědeckých dat, z toho důvodu nelze s jistotou říci, že je KBT efektivní a dobře zavedená i u dětí. Další studie Zhou et al. (2015) uvádí, že KBT je pro děti s depresí prospěšná ve srovnání s žádnou léčbou, ale také poukazuje na nedostatek kvalitních dat a literatury. Naproti tomu meta-analýza Forti-Burattini et al. (2016) tvrdí, že není dostatek důkazů, které by potvrzovaly efektivitu kognitivně-behaviorální terapie v porovnání s žádnou léčbou a terapií u dětí do 12 let. I přestože se KBT jeví jako efektivní sama o sobě, více efektivnější je kombinace KBT a antidepresiv (u dětí a dospívajících konkrétně fluoxetinu). Studie March et al. (2004) srovnávala fluoxetin a KBT a výsledky ukazují, že kombinace těchto dvou prostředků je nejefektivnější v rámci léčby a terapie deprese u dospívajících. (March et al., 2004)

5.1.2. Interpersonální psychoterapie (IPT)

Interpersonální psychoterapie, dále jen IPT, z hlediska terapie deprese stojí na principu, říkájícím, že depresivní porucha vychází z kontextu interpersonálních vztahů jedince. Porozumění tomuto kontextu může pomoci odhalit důvody vzniku a konkrétní symptomy deprese. (Weissman, Markowitz, & Klerman 2007) Obecně se IPT využívá spíše v pozdější fázi terapie, není vhodná pro akutní fázi a jedince s těžkou depresí nebo suicidálními tendencemi. (Park & Goodyer, 2000) Cílem IPT je zmírnit depresivní symptomy u jedince a zlepšit jeho fungování v rámci interpersonálních vztahů. (Mufson & Sills, 2006)

Většina dostupné literatury na toto téma je zaměřena převážně na dospívající jedince. Často se proto hovoří o tzv. IPT-A (interpersonální psychoterapie pro dospívající trpící depresí). IPT-A (i IPT) se obvykle skládá z 12 sezení po dobu 12 týdnů. V rámci IPT-A lze rozlišit tři fáze terapie: první fáze je zaměřena na identifikování konkrétního problému a psychoedukaci; druhá se snaží najít efektivní způsoby komunikace a možná řešení stanoveného problému a poslední fáze je zaměřena na procvičování technik, způsobů komunikace a řešení problémů. Techniky a metody, které terapeut během IPT využívá jsou například explorativní techniky (nejčastěji rozhovor), analýza komunikace (např.: analýza

konfliktu společně s dospívajícím), techniky zaměřené na změnu chování a také techniky zaměřující se na propojení emocí s interpersonálními událostmi. (Mufson & Sills, 2006)

U dětí (ale i dospívajících) se využívá spíše rodinná interpersonální terapie, tzv. FB-IPT (family-based IPT). FB-IPT se zaměřuje na rodinné prostředí jako na primární zdroj interpersonálního stresu, který je příčinou depresivních symptomů u dítěte. Zabývá se jak poškozenými interpersonálními vztahy, tak rizikovými faktory, které mohou bránit ve zlepšení stavu dítěte. (Dietz, Weinberg, Brent, & Mufson, 2015)

Existuje mnoho studií (David-Ferdon & Kaslow, 2008; Pu et al., 2017; Weersing et al., 2017), které ukazují vysokou efektivitu IPT, většina z nich je však zaměřená spíše na adolescenty (IPT-A). Například meta-analýza Pu et al. (2017) srovnávala IPT-A s různými podmínkami (např.: placebo, žádná léčba ani terapie a další) u dospívajících s depresivní symptomatikou. Výsledky meta-analýzy ukazují, že IPT-A je signifikantně efektivnější než výše zmíněné podmínky. (Pu et al., 2017) Jiná studie Tanga, Joua, Koa, Huanga, & Yen (2009) se zaměřila na efektivitu intenzivní IPT v rámci školy pro dospívající s depresí a suicidálními myšlenkami. Výsledky této studie tvrdí, že IPT-A je efektivní z hlediska redukce depresivních symptomů, ale také myšlenek na sebevraždu, úzkosti a beznaděje. I přestože se efektivitou FB-IPT nezabývá velké množství studií, jeví se tento typ terapie jako prospěšný pro dítě s depresí. Dvě studie Dietz a kolegů (Dietz, Mufson, Irvine, & Brent, 2008; Dietz et al., 2015) se zabývaly efektivitou FB-IPT a výsledky ukazují, že tato terapie je vhodná a účinná pro děti trpící depresí. V rámci starší studie (Dietz et al., 2008) byla FB-IPT srovnávána i s kombinací antidepresiv a FB-IPT a autoři studie dospěli k výsledku, že FB-IPT samostatně (bez medikace) vykazuje stejnou účinnost jako kombinace terapie a antidepresiv.

IPT-A existuje ve formě individuální i skupinové terapie. Sktruktura terapie v rámci skupinové formy zůstává většinou stejná jako u individuální terapie (viz odstavec výše). Techniky, které terapeut v rámci skupinových sezení využívá se také příliš neliší. Výsledky studie O'Sheai, Spence, & Donovan (2015), která srovnávala efektivitu individuální a skupinovou IPT-A, ukazují, že obě formy terapie jsou pro adolescenty trpící depresí prospěšné a přináší i dlouhodobé benefity. Mezi skupinovou a individuální formou IPT-A nebyly zjištěny signifikantní rozdíly. (O'Shea et al., 2015) Studie Boltona et al. (2007), která zkoumala efektivitu skupinové IPT-A u dospívajících, kteří přežili válku v Ugandě, také ukazuje, že skupinová forma této terapie je efektivní z hlediska snížení depresivních symptomů u adolescentů. Zároveň se Bolton et al. (2007) ve studii zmiňuje, že se tato forma terapie jeví efektivnější u dívek než u chlapců.

5.1.3. Rodinná psychoterapie (RT)

Rodinná psychoterapie, zkráceně pouze terapie (RT), není konkrétní terapeutický směr nebo postup. RT může probíhat formou psychodynamické terapie, strukturální terapie, kognitivně-behaviorální terapie aj. (Broderick & Weston, 2009; Langmeier et al., 2000) Jedná se o terapii zaměřenou na změnu narušeného rodinného prostředí, které často může být příčinou depresivní poruchy i jiných psychických potíží dítěte a dospívajícího. K RT by v případě depresivní poruchy u dětí a dospívajících mělo být přistupováno jako k doplňkové terapii. Klíčové jsou pro dítě spíše individuální nebo skupinové formy terapie zaměřené přímo na dítě či dospívajícího. (Park & Goodyer, 2000; Langmeier et al., 2000) Indikace RT je různá (od patologických jevů nebo jedinců v rodině po problémy v komunikaci apod.), ale jak již bylo řečeno výše, čím je dítě mladší, tím více je doporučeno pracovat i s rodinou. (Langmeier et al., 2000)

Je důležité si uvědomit, že některé problémy či situace je výhodnější řešit odděleně s jednotlivými členy rodiny, například pouze s rodiči (kdy se jedná o párovou psychoterapii) a jiné oblasti je příznivé řešit se všemi členy rodiny. (Langmeier et al., 2000) Nejčastěji RT probíhá krátkodobě, většinou trvá 1 až 2 roky. Rodina se zpravidla setkává jednou za jeden až dva týdny, pokud je situace kritická, je na místě více setkání. Samozřejmě může probíhat i ve formě nárazových intervencí, které časem mohou přerůst v systematickou RT. (Goetz, 2005) Postupy a techniky, které jsou zvoleny pro řešení problému v rodině se odvíjí od terapeutického zaměření terapeuta (behaviorální, psychodynamické apod.).

U RT je těžké zhodnotit její účinnost, vzhledem k tomu, že existuje opravdu velké množství různých variant RT. Meta-analýza Forti-Burrattioho et al. (2016) tvrdí, že pro zhodnocení efektivity RT je velmi málo vědeckých dat, které lze využít. Například Diamond et al. (2010) se ve své studii zaměřili na srovnání RT založenou na attachmentu (attachment-based) a běžné péče u dospívajících, kteří vykazovali depresivní symptomy a suicidální myšlenky. Výsledky studie ukazují, že RT založená na attachmentu je efektivnější než běžná péče o dospívajícího. (Diamond et al., 2010) Jiná studie (Trowell et al., 2007) porovnávala efektivitu individuální a rodinné terapie u dětí a dospívajících trpících depresí. Výsledky tvrdí, že RT je efektivní terapií deprese u dětí i dospívajících, mezi individuální terapií a RT také nebyl zjištěn žádný signifikantní rozdíl. (Trowell et al., 2007)

5.2. Farmakoterapie a její průběh

Farmakologická léčba depresivní poruchy využívá především antidepresiva. Antidepresiva jsou nejčastěji předepisovaná psychofarmaka a jsou vhodná pro děti i pro dospělé. Můžeme je rozdělit do několika tříd dle účinné látky na SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), SNRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu), NARI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu), SRE (stimulanty zpětného vychytávání serotoninu) IMAO (inhibitory monoaminoxidázy), tricyklická a tetracyklická antidepresiva a MASSA (agonisté melatoninových receptorů a antagonisté serotoninových receptorů) a další. Antidepresiva lze také rozřadit dle generací od I. po IV. (Dreher, 2016; Dušek & Večeřová-Procházková, 2015) V současnosti jsou nejčastěji předepisovány SSRI antidepresiva. IMAO s sebou přináší závažné nežádoucí účinky a předepisují se pouze tehdy, když neúčinkují žádná jiná antidepresiva. Obdobně jsou na tom i tricyklická antidepresiva, která při středních dávkách také působí výrazné vedlejší účinky, ale při dávkách vysokých jsou efektivní. (Dreher, 2016) Meta-analýza Qina a kolegů (2014) srovnávala efektivitu SSRI a tricyklických antidepresiv a výsledky ukazují, že typ SSRI jsou pro děti i dospívající mnohem vhodnější. Jiná studie z roku 2017 (Locher et al., 2017) zjišťovala efektivitu SSRI, SNRI a placebo pro děti a dospívající s depresivní poruchou (i pro další diagnózy). Výsledky této studie ukazují, že SSRI i SNRI antidepresiva jsou efektivní ve srovnání s žádnou medikací (placebem).

Před samotným rozhodnutím o medikaci musí proběhnout diagnostický proces a měly by být určeny nebo vyloučeny i komorbidní diagnózy, které mohou změnit volbu medikace. Následuje proces rozhodování o léčivu, a to především o tom, zda je nutné antidepresiva předepisovat a o jaká konkrétně půjde. U dětí a dospívajících, kteří trpí ještě nějakou komorbidní poruchou, jsou často předepisována i další farmaka (především stabilizátory nálady, anxiolytika aj.). Při indikaci antidepresiv je třeba mít na paměti, že působí s latencí 2-6 týdnů. Pokud po čtyřech týdnech od prvního užití konkrétního antidepresiva nenastane žádné zlepšení, je na místě uvažovat o změně antidepresiva. (Dreher, 2016)

Léčba farmaky začíná tzv. akutní fází, ve které se odborníci snaží docílit remise a poté následuje fáze zamezení relapsu v co největší míře. Délka této fáze je individuální, ale zpravidla se jedná o 3 až 6 měsíců po dosažení remise. Poslední fáze je zaměřena na udržení vytvořeného stavu a cílem je zamezit rekurenci. Délka tohoto stádia je opět individuální, pohybuje se zhruba v rozmezí 1-3 let. (Goetz, 2005) V prvních dvou týdnech po nasazení antidepresiv je typické

pocitování nežádoucích účinků a požadovaný pozitivní účinek ještě nebývá rozpoznatelný. Během 3. a 4. týdnu se objevuje vnitřní neklid nebo napětí. Celkový stav dítěte či dospívajícího se může zhoršit a je třeba dotyčného dobře sledovat, aby nedošlo k sebepoškozování nebo dokonce sebevražedným pokusům. Zlepšení stavu je pocitováno subjektivně během 3. až 6. týdne od nasazení léčiva. (Dreher, 2016) Z hlediska dávkování by děti měly dostávat relativně vyšší dávky kvůli rychlejší jaterní biotransformaci. Obecně se udává, že předškolní děti by měly dostávat dávky zvýšené o 100 %, u školních dětí o 75 % a u dospívajících o 50 % než je běžná dávka antidepressiva. (Raboch & Pavlovský, 2012)

Pro děti (od 8 let) a dospívající se nejčastěji používá fluoxetin (známý jako Prozac), který je jako jeden z mála SSRI antidepressiv oficiálně schválen v rámci České Republiky pro dětskou populaci. Mezi další schválené účinné SSRI látky patří například dosulepin, klomipramin, imipramin a další. (Drtilková, 2008; Malá, 2013) Jiné účinné látky ze skupiny SSRI se pro děti a dospívající používají také, ale tzv. off-label. (Goetz, 2005; Varley, 2006) Off-label v tomto případě znamená, že se tyto účinné látky používají pro děti a dospívající, i když oficiálně jsou schváleny pouze pro dospělé s depresí. Nebo se jedná o látky, které byly schváleny pro léčbu jiné diagnózy, než je depresivní porucha (např.: fluvoxamin a sertralin patří mezi SSRI, ale oficiálně jsou schváleny pouze pro léčbu OCD, nikoliv deprese). Případně bylo zvoleno jiné dávkování, než je běžné nebo indikace jiným způsobem nesplňuje schválený předpis léčiva. (Malá, 2013; Ládová, Malý, Vegerbauer, & Thomson, 2017) Pokud na fluoxetin (nebo jinou schválenou látku SSRI) dítě či dospívající nereaguje, většinou se jako další volí citalopram nebo sertralin, které patří k předepisovaným off-label antidepressivům pro děti a dospívající. (Ma et al., 2014; Wagner et al., 2003; Wagner et al., 2004; Drtilková, 2008; Malá, 2013) Citalopram má také poměrně málo nežádoucích účinků. Při nasazení citalopramu by však mělo po nasazení docházet k pravidelným kontrolám EKG. (Dreher, 2016) Existuje mnoho dalších účinných látek SSRI například: escitalopram, venlafaxin, mirtazapin, paroxetin a další (Dreher, 2016; Ma et al., 2014), které však zatím nejsou oficiálně schváleny pro léčbu deprese u dětí a dospívajících. Při nasazení jakékoliv dlouhodobé medikace dítěti je vždy důležité průběžně sledovat zdravotní stav dítěte (např.: skrze kontroly EKG apod.) a v případě nutnosti medikaci změnit nebo úplně vysadit.

Mezi výhody výše zmíněných antidepressiv, patří především to, že jejich nástup je rychlý mají dlouhodobý účinek a také je stačí užívat pouze 1x denně. Kromě toho zajišťují i anxiolytický účinek, což je často žádoucí vzhledem k tomu, že úzkost patří mezi nejčastější komorbidní diagnózy depresivní poruchy u dětí a dospívajících. SSRI také nezhoršují

kognitivní funkce, vykazují i antiimpulzivní efekt a jsou celkově bezpečnější z hlediska vytvoření závislosti a tolerance (například ve srovnání s benzodiazepiny, které jsou vysoce návykové). (Pidrman, 2004; Racková & Janů, 2012) Samozřejmě, že SSRI antidepresiva s sebou nesou i řadu nežádoucích účinků. Patří mezi ně například nevolnost nebo jiné gastrointestinální potíže (tímto nežádoucím účinkem trpí 20-30 % uživatelů), neklid, napětí, třes, sucho v ústech, větší pocení apod. Většina z nežádoucích účinků však vymizí v řádu dní až týdnů. (Dreher, 2016)

6. Návrh výzkumného projektu

6.1. Teoretická východiska

Jak již bylo zmíněno výše, dítě nebo dospívající k odborníkovi z velké většiny nepřichází s obtížemi sám, ale přivádí ho rodiče. Dítě či dospívající zároveň nerozhoduje o způsobu léčby a terapie, tato volba se odvíjí od rozhodnutí rodičů. Rodiče tudíž hrají důležitou roli při volbě mezi psychoterapií a farmakoterapií, případně kombinací těchto dvou možností. Můj výzkumný návrh je zaměřen právě na výše zmíněné rodiče depresivních dětí.

Výzkumných studií v této oblasti není příliš mnoho. Například Campo et al. (2009) se zaměřili na postoje rodičů vůči antidepresivům a psychoterapii pro jejich dítě. Rodiče, kteří se zúčastnili této studie, vnímali antidepresiva jako riskantní a zároveň i výhodné. 52 % rodičů se domnívalo, že antidepresiva mohou nějakým způsobem podpořit v jejich dítěti myšlenku ublížit si a někteří rodiče se domnívali, že antidepresiva jsou pro děti návyková. Psychoterapie se jim jevila jako více výhodná (a méně riskantní) než antidepresiva, na druhou stranu také jako méně efektivní. Bohužel se autoři studie zabývali hlavně antidepresivy a jen velmi okrajově psychoterapií. Výsledky výzkumu však poukazují na to, že velkou roli při budoucím výběru psychofarmakoterapie hrají vnímané benefity konkrétního způsobu léčby či terapie (např.: výhody antidepresiv apod.), z tohoto důvodu je dobré věnovat pozornost edukaci rodičů ohledně psychoterapie i farmakoterapie. Jiná studie (Nock & Kazdin, 2001) poukazuje na rozdílná očekávání od psychoterapie, které jsou způsobena demografickými odlišnostmi rodin či rodičů. Sociálně znevýhodněné rodiny, etnicky menšinové rodiny a rodiny pouze s jedním rodičem měly nižší očekávání od terapie než ostatní rodiny. Tato očekávání se také měnila (snižovala) v závislosti na věku dítěte (čím bylo dítě starší, tím nižší očekávání byla), psychologické dysfunkci dítěte a míře pocíťovaného stresu rodičem. Nock a Kazdin (2001) provedli souběžně i druhou studii, která navazovala na výše zmíněnou, ale zaměřila se na bariéry rodičů vůči terapii, ochotu rodičů docházet na terapii a předčasné ukončení terapie. Výsledky ukazují, že rodiče, kteří neočekávali, že terapie bude efektivní a měli nepřesné představy ohledně struktury terapie, pocíťovali větší bariéry vůči účasti v rámci terapie. Očekávání rodičů také hrálo roli při docházce na sezení a předčasném dokončení terapie. Rodiče s velmi vysokým nebo naopak velmi nízkým očekáváním vůči terapii přišli na největší počet sezení a zároveň nejméně ukončovali terapii předčasně. Rodiče s průměrným očekáváním od terapie na sezení docházeli méně a terapii ukončovali dříve. Studie Radovic et al. (2015)

byla zaměřená na léčbu a terapii deprese u dospívajících v rámci primární péče a výsledky její ukazují, že rodiče zde sehrávají důležitou roli, a to hlavně z hlediska transportu na terapii, finanční a sociální podpory. Pokud rodiče nepřijmou diagnózu deprese u jejich adolescenta, problém v rodině nebo prožité trauma dospívajícího vznikají bariéry, které brání terapii. O'Reilly (2015) se ve studii zaměřila na vnímání rodinné terapie rodiči. Výsledky poukazují na to, že rodiče často do rodinné terapie přicházejí s názorem, kdy hlavním problémem je dítě (nikoliv například dysfunkce rodiny jako takové) a je třeba jej „opravit“. Rodiny zároveň chtějí konkrétní viditelné výstupy z rodinné terapie, a to buď viditelné výsledky na dítěti nebo pomoc rodině být více šťastnou rodinou (bez konfliktů a problémů apod.).

6.2. Výzkumný cíl

Cílem tohoto výzkumného projektu je zjistit, jaké mají rodiče postoje vůči psychoterapii a farmakoterapii u jejich dospívajícího s depresivní symptomatikou. Zajímá mě, zda jsou tyto postoje v rozporu s indikovanou léčbou a terapií dospívajícího či nikoliv. Kromě toho se zaměřím také na to, kolik z těchto dospívajících dochází pouze na terapii a kolik užívá pouze antidepresiva (případně kolik jich kombinuje terapii a antidepresiva).

Abych dokázala naplnit na výše zmíněný cíl, stanovila jsem si hlavní výzkumnou otázku (HVO), která zní:

„Jaké jsou postoje a očekávání rodičů vůči psychoterapii a farmakoterapii z hlediska léčby a terapie jejich dítěte s klinickou depresivní symptomatikou?“

Abych více pronikla do psychiky rodičů, kteří o způsobu léčby a terapie rozhodují, rozhodla jsem se k HVO připojit ještě několik vedlejších výzkumných otázek (VVO):

VVO1: „Jaké jsou klíčové faktory pro rozhodnutí mezi psychoterapii a farmakoterapii u rodičů dospívajícího?“

VVO2: „Jakým způsobem byli rodiče informováni o medikaci a psychoterapii jejich dítěte? Jaké informace jim byly sděleny?“

VVO3: „Jak rodiče u svého dítěte po zvolení konkrétní formy léčby či terapie vnímají zlepšení (nebo zhoršení) stavu dítěte?“

VVO4: „Kolik dospívajících s klinickou depresivní symptomatikou dochází pouze na psychoterapii a kolik užívá pouze antidepresiva?“

6.3. Design výzkumného projektu

Výzkumný projekt je koncipován jako kvalitativní výzkum. Tento typ výzkumu se mi pro zkoumání této problematiky jeví jako vhodný, jelikož mi umožní nahlédnout do postojů rodičů při volbě mezi psychoterapií a farmakoterapií více do hloubky než kvalitativní design.

Vzhledem k výzkumnému záměru jsem pro výzkum využila krycí název. Výzkum bude rodičům představen například pod názvem „Výzkum rodin s depresivním dospívajícím“ nebo „Výzkum efektivit psychoterapie a farmakoterapie“ či jiným. Krycí název používám proto, abych předešla sociální desirabilitě a dalšímu zkreslení údajů ze strany respondentů.

Pro jednodušší získání respondentů se pokusím sjednat spolupráci s několika psychology a psychiatry, kteří pracují s dětmi a dospívajícími s depresivní poruchou. Kromě soukromých odborníků je možné navázat spolupráci i s institucemi, které se zabývají duševním zdravím (např.: NUDZ, dětské oddělení PNB). Tyto spolupráce mohou poskytnout kontakty na požadované respondenty a snadněji umožní naplnit minimální počet respondentů výzkumu. V případě neúspěšného navázání spolupráce s výše zmíněnými zdroji, bude využita inzerce výzkumného projektu s konkrétními požadavky na participanty. Inzerce výzkumu by pravděpodobně probíhala skrze sociální síť a formou letáků, například v ordinacích pediatrů, psychiatrů, psychologů apod. se svolením zmíněných odborníků nebo dané instituce.

Respondenti získaní pro výzkum po navázání prvního kontaktu s výzkumníkem obdrží informovaný souhlas (o způsobu sběru dat, se zpracováním citlivých údajů o dítěti) a stručné informace o výzkumu, ve kterých bude nastíněno, jakým způsobem výzkum probíhá a za jakými účely. Zároveň budou respondenti informováni o tom, že mohou kdykoliv svou účast ukončit a veškerá od nich získaná data budou smazána. Po odsouhlasení výše zmíněných informací bude s dotyčným respondentem proveden individuální rozhovor (viz níže 6.6. Realizace a průběh výzkumného rozhovoru).

Data budou sbírána skrze polo-strukturovaný rozhovor (viz. Metody) vytvořený přímo pro účely tohoto výzkumu. Data budou sbírána do té doby, než bude naplněno požadované minimum respondentů. V rámci rozhovoru budou informace od respondenta zapisovány buď bodově formou tužka-papír v průběhu celého rozhovoru, nebo bude rozhovor nahráván na diktafon (vždy se souhlasem respondenta). Pokud bude pořízen zvukový záznam rozhovoru, bude záznam přepsán do elektronické podoby. Získaná data budou vyhodnocena a výsledky budou dále analyzovány a interpretovány v rámci zprávy o výzkumné studii. Po ukončení sběru

dat budou respondenti informováni o možnosti debriefingu ohledně výsledků výzkumu a poradenství v rámci možností léčby a terapie dětí a dospívajících s depresivní poruchou.

6.4. Etika výzkumného projektu

Z etického hlediska bude název výzkumu prezentovaný rodičům nepřesný. Z tohoto důvodu jim hned po ukončení rozhovoru bude sdělen přesný záměr výzkumu a pokud se respondent nebude dále chtít podílet na tomto výzkumu, bude mu umožněno výzkum opustit a veškeré získané údaje budou smazány. Všichni respondenti však budou seznámeni s tím, že jejich účast na výzkumu je dobrovolná a mohou jej opustit kdykoliv, v případě, že se výzkum stane nepříjemným, náročným apod. U všech respondentů bude také zachována anonymita skrze náhodně přiřazené ID kódy a veškerá získaná data budou zpracována důvěrně. Všichni zúčastnění budou s výše zmíněnými etickými hledisky seznámeni v rámci informovaného souhlasu s účastí na výzkumu, jehož součástí budou i informace o možnostech zaznamenávání dat během rozhovoru (nahrávání diktafonem, tužka-papír). Zároveň bude zachován stejný přístup ke všem zúčastněným. Výzkumník a jeho pomocníci o sobě nebudou během rozhovorů šířit citlivé informace, které by je mohli později ohrozit. Také budou poučeni o všech etických principech a nutnosti udržet si se zúčastněnými čistě profesní vztah.

6.5. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor bude složen z rodičů dospívajících ve věku od 11 do 15 let bez ohledu na pohlaví. Skupina respondentů bude vybrána skrze kriteriální nenáhodný výběr nebo sebevýběr. Hlavním kritériem výběru rodiče(ů) budou klinické projevy deprese u jejich dospívajícího. V ideálním případě se výzkumu zúčastní oba rodiče dospívajícího, není však předpokládáno, že tohoto stavu bude možné docílit. Z toho důvodu bude stačit pouze jeden z biologických rodičů dítěte. U všech respondentů bude zachována anonymita a bude vyžadován souhlas se zpracováním citlivých údajů o dítěti. Výzkum bude realizován na území České Republiky. Celkový počet respondentů není stanoven, cílem je získat co nejvyšší počet respondentů. Je stanoveno nutné minimum respondentů a to je 25 osob.

6.6. Metody

Pro získání potřebných dat bude vytvořen polostrukturovaný rozhovor sestavený přímo pro účely výzkumného projektu. V první řadě budou zjišťovány základní demografické údaje o respondentech. Další částí rozhovoru budou otázky směřované k dospívajícím s depresivní symptomatikou. Ty budou obsahovat i demografické údaje o dospívajícím. Dále budou následovat otázky ohledně stanovení diagnózy, pozorovaných symptomů u mladistvého, zda užívá medikaci a dochází na terapii (případně jakou medikaci a terapii využívá, pokud vědí) apod.

V rámci výzkumného rozhovoru bude věnován prostor i postojům rodiče na medikaci celkově, také konkrétně na antidepresiva. Součástí jsou i otázky ohledně názorů na psychoterapii, a hlavně na faktory, které hrály roli při volbě psychofarmakoterapie. Bude mě zajímat, jaké informace rodiče obdrželi od odborníků, které navštívili. Zaměřím se i na zhodnocení dosavadního zlepšení (zhoršení) stavu dítěte v rámci jeho konkrétní léčby a terapie z pohledu rodiče (jaké vidí pokroky, za jakou dobu, zda se mu léčba nebo terapie jeví jako efektivní apod.).

Níže je uveden výčet otázek, které by mohly tvořit strukturu výzkumného rozhovoru. Všechny otázky ohledně dítěte se vztahují na dospívajícího s depresivní symptomatikou (nikoliv např.: na sourozence). Všechny otázky jsou koncipovány jako otevřené, avšak u otázek demografických nepředpokládám nutnost otevřených otázek. Tyto otázky budou pravděpodobně prezentovány rodičům jako uzavřené pro snadnější vyhodnocení. Níže uvedené otázky jsou pouhým návrhem z toho důvodu, že je třeba provést kvalitativní položkovou analýzu, tzn. otestovat srozumitelnost a jasnost dotazníku pro respondenty a kvantitativní položkovou analýzu (např.: vypočítat obtížnost položek, reliabilitu otázek apod.).

1. Pohlaví: muž – žena
2. Věk:
3. Nejvyšší dosažené vzdělání: ZŠ, SŠ bez maturity, SŠ s maturitou, VŠ (bakalářské – magisterské – doktorské)
4. Jaký máte názor na psychoterapii?
5. V kolika letech bylo Vaše dítě diagnostikováno s depresivní poruchou nebo se u něj projevila depresivní symptomatika?
6. Preferujete pro své dítě spíše medikaci, nebo terapii?
7. S jakým odborníkem jste konzultoval/a léčbu/terapii dítěte?

8. Jaké informace jste od dotyčného obdržel/a? (Informace o symptomech, průběhu, prognóze, možných psychoterapiích a medikaci apod.)
9. Město bydliště s depresivním dítětem:
10. Co si myslíte o medikaci, lécích celkově?
11. Kolik je v současnosti let dítěti? Jaké je jeho pohlaví?
12. Mohl/a jste rozhodnout o tom, jaký způsob léčby/terapie dítě podstoupí?
13. Co Vás vedlo k tomu, že jste pro své dítě (ne)chtěl/a medikaci? A co Vás vedlo k tomu, že jste pro své dítě (ne)chtěl/a psychoterapii?
14. Dochází Vaše dítě pravidelně na psychoterapii?
15. Pokud ano, víte, o jakou terapii se přesně jedná (KBT, RT, IPT)? Jak často terapie probíhá?
16. Docházelo Vaše dítě někdy v minulosti na psychoterapii s depresivní poruchou a nyní již nedochází?
17. Do jakého školního zařízení dítě dochází? (ZŠ, Gymnázium a jiné)
18. Užívá vaše dítě medikaci, která se vztahuje k léčbě depresivních symptomů (případně poruch souvisejících s depresí, tato otázka nesměruje například na medikaci alergií apod.)?
19. Víte zhruba o jakou medikaci se jedná (antidepressivum – SSRI, tricyklické, aj./anxiolytika/antipsychotika/hypnotika atp.)
20. Užívalo Vaše dítě někdy v minulosti antidepressiva (či jinou medikaci určenou k léčbě depresivní poruchy) a nyní již neužívá? Proč došlo k obměně nebo vysazení léků?
21. Vidíte na svém dítěti pokrok od začátku terapie a léčby? V čem konkrétně vidíte změny?

6.7. Realizace a průběh výzkumného rozhovoru

Výzkumný rozhovor proběhne, pokud budou respondenti souhlasit se všemi okolnostmi výzkumu. Rozhovor bude probíhat buď v takovém prostředí, které bude vyhovovat respondentům, tzn. v domácím prostředí, kavárně, nebo během terapie dítěte v jiné místnosti apod. Zúčastněným bude také v případě potřeby nabídnuto hlídání dětí. Na výpomoc s dětmi respondentů budou osloveni studenti pedagogických nebo psychologických oborů výměnou za hodiny účasti na výzkumu či podobné spolupráce. Studenti se také mohou podílet na přepisování rozhovorů do elektronické podoby.

Rozhovory budou probíhat individuálně s každým z respondentů (i pokud se budou účastnit oba rodiče dospívajícího) a na začátku rozhovoru budou respondentům opět zopakovány veškerá etická hlediska výzkumu. Zároveň budou požádáni o podepsání informovaného souhlasu o zpracování citlivých dat o dítěti a budou znovu dotázáni ohledně nahrávání rozhovoru (a případného podepsání souhlasu s nahráváním rozhovoru). Pokud budou respondenti souhlasit s nahráváním rozhovoru pro výzkumné účely, bude rozhovor nahráván na diktafon. Pokud nebudou s nahráváním souhlasit, budou obeznámeni se záznamem během rozhovoru na papír. Rozhovor bude vždy provádět výzkumník, případně řádně proškolení pomocníci výzkumníka. Délka trvání rozhovoru je individuální, ale odhaduji zhruba hodinu a půl. Pokud bude rozhovor příliš náročný (časově i mentálně), bude rozdělen na dvě části (v případě nutnosti i více částí). Po ukončení rozhovoru výzkumník informuje respondenta o možnosti debriefingu a dalšího kontaktu s výzkumníky (dodatečný sběr dat, možnost poradenství aj.). Také respondenta seznámí s konkrétním záměrem výzkumu a nepřesným názvem, který byl respondentovi prezentován.

6.8. Analýza dat

Data získaná z výše zmíněného rozhovoru budou zpracována skrze kvalitativní obsahovou analýzu (kódování) a základní deskriptivní statistickou analýzu. Vzhledem k povaze výzkumného projektu je ke zpracování dat zcela dostačující program se základními matematickými a statistickými funkcemi a ve kterém lze provést i kódování (např.: MS Office Excel). V první řadě bude všem respondentům vygenerován náhodný ID kód, aby zůstala zachována anonymita všech zúčastněných.

V první řadě budou zpracovány demografické otázky o respondentech i jejich dětech skrze jednoduchou deskriptivní statistickou analýzu. Vyhodnocená data poskytnou informace o výzkumném vzorku. Ostatní otevřené otázky rozhovoru budou vyhodnoceny obsahovou analýzou skrze primární, selektivní a axiální kódování. Tato metoda vyhodnocení dat je velmi časově náročná a zpracování dat bude vyžadovat delší čas, než je tomu u kvantitativních dat. Na základě vyhodnocení otázek by mělo být možné odpovědět na stanovenou HVO i VVO výzkumu.

6.9. Limity výzkumného designu

Výše popsaný výzkumný design obsahuje určité intervenující proměnné, kterým je třeba věnovat pozornost před, během i po dokončení výzkumného projektu.

Vzhledem k tomu, že respondenty výzkumu jsou rodiče dospívajících trpících depresemi, může dojít k určitému zkreslení údajů. V rámci rozhovoru není předpokládáno, že by rodiče cíleně zkreslovali informace ohledně dospívajícího, avšak samozřejmě může dojít k určitému zkreslení vlivem paměti, sociální desirability, nepochopení otázky apod. Výzkum má zároveň krycí název, který maskuje záměr zkoumat postoje a názory rodičů vůči terapii a léčbě jejich dítěte, aby nedošlo ke zkreslování údajů.

Jako další problematický bod se jeví spolupráce s institucemi či soukromými psychology a psychiatry. Je možné, že se nepodaří vyjednat spolupráci a nábor respondentů do výzkumného souboru bude komplikovanější (skrže inzerci). V takovém případě je možné přistoupit na nižší počet požadovaných respondentů, než bylo stanoveno a prodloužit dobu sběru dat. Další možností je sjednat si s institucemi či odborníky se soukromou praxí alespoň možnost inzerce výzkumu v jejich ordinacích či na jejich webech apod.

Limitující je i věkové rozmezí výzkumného souboru. Výzkum jsem zaměřila na dospívající, jelikož v tomto věku je riziko vzniku deprese vyšší. Prevalence deprese v tomto věku je také vyšší než u mladších dětí, což by mohlo usnadnit naplnění minimálního požadovaného počtu respondentů. Pokud bych zvolila širší věkové rozmezí (např.: 6 až 16 let) sběr dat i analýza by byla mnohem více časově náročná. V takovém případě bych si stanovila i kvóty respondentů pro jednotlivé věkové kategorie (např.: 6-8 let, 8-10 let atp.), což by sběr dat opět činilo složitějším (nerovnoměrný počet respondentů pro jednotlivé skupiny, časová i energetická náročnost). Respondentů by také pravděpodobně bylo pro každou věkovou kategorii méně než 25 osob, což by samo o sobě mohlo snížit reliabilitu a validitu výzkumu. Celkově i zvolený výzkumný vzorek může být nereprezentativní a může tak mít nežádoucí vliv na výsledky výzkumu.

Vzhledem k tomu, že v rámci výzkumného projektu bude vytvořen a užíván polostrukturovaný rozhovor, nežádoucí proměnná se může objevit i v něm. Špatná volba slov, nepochopení otázky, příliš náročné otázky, pořadí otázek aj. mohou způsobit zkreslení získaných výsledků. Zároveň mohou být položky rozhovoru málo validní. Této intervenující proměnné se výzkumník bude snažit vyvarovat skrže pilotáž a kvalitativní položkovou analýzu před oficiálním začátkem sběru dat. Pilotáž by měla odhalit možná úskalí otázek v rozhovoru,

zároveň pomůže vytvořit představu, na co se v dalších rozhovorech více zaměřit a kolik zhruba rozhovor zabere času. V rámci pilotáže by bylo vhodné provést rozhovory alespoň s pěti rodiči.

Výzkumný projekt je koncipován jako kvalitativní výzkum. Tento typ výzkumu s sebou sám nese určité nevýhody. Například je výzkum časově náročný, a to jak z hlediska sběru dat, tak i analýzy dat, ve které může také dojít k chybnému vyhodnocení. Na základně výsledků nebude možné vytvářet žádné predikce ani nebude možné výsledky více generalizovat. Výzkum by ale mohl přinést poznatky na základě, kterých by bylo možné vytvořit testovatelné hypotézy a umožnit tak vytvoření čistě kvantitativního výzkumu této problematiky.

Intervenující proměnou by mohly být i očekávání ze strany výzkumníka. Tato očekávání se mohou promítnout do vedení rozhovorů s respondenty, ale také během obsahové analýzy dat. Této nežádoucí proměnné by šlo zamezit tak, že by byly rozhovory vedeny pomocníky výzkumníka, kteří by ale také měli být dobře proškolení ohledně záměru výzkumu a měli by být schopni samostatně vést výzkumný rozhovor. Obsahovou analýzu formou kódování by také mohl provést externí odborník, u kterého by tato projekce nehrozila. Opět by ale tento člověk musel mít odborné znalosti a zkušenosti ve vyhodnocování kvalitativních výzkumů. Osobně si myslím, že provedení výzkumu s výše zmíněnými pomocníky a jinými osobami by samo o sobě mohlo hrát roli. Výzkumník vedoucí rozhovor s respondentem by se měl také vyvarovat jakýchkoliv soudů a dojmů o zúčastněném (z hlediska prvního dojmu, vzhledu apod.). I tímto způsobem může výzkumník negativně ovlivnit sběr dat.

Roli může hrát i denní doba, během které rozhovor proběhl. Zřejmě nebude možné provést všechny rozhovory v obdobnou denní dobu, a to z důvodu, že se výzkumný tým bude snažit časově co nejvíce vyjít vstříc rodičům. Také vybrané prostředí (kavárna, domácí prostředí aj.) může být rušivé pro sběr dat, například hluk, teplota prostředí aj. Bude preferováno, aby rozhovory probíhaly během terapeutických sezení dospívajících v některé další místnosti v blízkém okolí nebo v kanceláři vytvořené přímo pro tento výzkum. Hrát roli může i samotná motivace účastníků, kteří by primárně měli být motivováni tím, že se účastní výzkumu pro zlepšení práce a komunikace s rodiči i jejich dětmi s depresí. Očekávání účastníků je také jednou z nežádoucích proměnných, kterou se snažím eliminovat informacemi před zahájením sběru dat a samotného rozhovoru. V neposlední řadě mohou hrát roli i osobnostní charakteristiky (např.: inteligence, temperament aj.) výzkumníků i respondentů, které mohou vést například k problematické komunikaci, nepochopení apod.

Důležitý je i aktuální fyzický a duševní stav respondenta i výzkumníka vedoucího rozhovor. Zejména únava na obou stranách může být výraznou intervenující proměnnou.

Rozhovor je sám o sobě náročný časově, i z hlediska energie člověka. Bylo by tedy vhodné prokládat výzkumné otázky i otázkami, které přímo nesouvisí s výzkumem, také se zbytečně nezabývat již zmíněnými informacemi a celý rozhovor zbytečně neprodlovat. Rozhovor bude možné rozložit do dvou setkání, pokud to bude nutné. I toto rozdělení na více částí by mohlo hrát nežádoucí roli. Vhodné je také neprovádět rozhovor v pozdních večerních hodinách, kdy přichází únava po celém dni přirozeně. Aby mohl rozhovor proběhnout odpoledne (i dopoledne) bude možné využít hlídání dětí. V případě onemocnění bude rozhovor odložen do doby, kdy dotyčný bude opět zdrav. Zároveň pokud si bude rodina či rodič procházet stresovým obdobím, bude rozhovor opět odložen, aby nedocházelo ke zbytečnému přetěžování respondenta či výzkumníka.

Svou roli může sehrát i náhoda a další intervenující proměnné.

7. Diskuse

Literárně přehledovou část začínám vymezením pojmů, což by se mohlo jevit jako zbytečné. Osobně ale shledávám vymezení klíčových pojmů za velmi důležité pro orientaci v celé práci. Pojem deprese lze chápat různě, a i z hlediska diagnostických označení má deprese velké množství pojmů. Za klíčové považuji definování terapie a léčby z mého vlastního pohledu, jelikož s těmito pojmy dále pracuji v návaznosti na toto vymezení.

Druhá kapitola zahrnuje oblasti velmi obsáhlé, které vzhledem k tématu a rozsahu této práce uvádím pouze okrajově. Jsem si vědoma, že poznatků v těchto oblastech je mnoho a lze je rozvést více do hloubky. Na druhou stranu si myslím, že se mi dobře podařilo obsáhnout specifické symptomy deprese u dětí a dospívajících a ukázat různá diagnostická kritéria, která lze v praxi využít. Během vyhledávání zdrojů k této kapitole jsem měla problém dohledat hlavně literární zdroje zabývající se prognózou dětí s depresí. Podařilo se mi najít pouze několik zdrojů, ze kterých čerpám. Obdobný problém jsem měla i s komorbidními diagnózami v další kapitole. Při psaní této kapitoly jsem dohledala informace z devadesátých let, které se mi nejevily příliš aktuální. Z tohoto důvodu nerozvádím některé zmíněné komorbidní diagnózy více do detailu. Studie, které se mi na téma deprese a komorbidních diagnóz podařilo dohledat, byly zaměřené především na chronická somatická onemocnění, případně na populaci dospělých a nikoliv dětí.

V literárně přehledové části se také věnuji diagnostice deprese u dětí a dospívajících. Přestože by se tato kapitola mohla jevit jako nadbytečná, osobně ji považuji za důležitou, jelikož diagnostika musí proběhnout před nastavením léčby a terapie. Je klíčová pro zhodnocení psychického i fyzického stavu dítěte a důležitá pro správnou volbu farmak i psychoterapie. Zároveň se diagnostický proces u dětí a dospívajících výrazně liší od diagnostiky dospělých. V kapitole stručně uvádím, jakým způsobem diagnostika probíhá, kdy dětem věnuji větší pozornost než dospívajícím, a to proto, že s dospívajícími lze jednat již na úrovni dospělého jedince.

Poslední kapitolu literárně přehledové části vnímám jako jádro celé práce. Rozebírám v ní pouze nejefektivnější psychoterapie z pohledu aktuálních studií. Velmi málo literatury se věnuje například psychodynamickým směrům v rámci terapie deprese u dětí, nebo i jiným druhům terapie, což vnímám jako prostor pro další možný výzkum. Dále v kapitole na velmi obecné rovině rozvádím i farmakoterapii, a to hlavně proto, že tato práce není lékařsky ani farmaceuticky zaměřená. Považovala jsem ale za důležité farmakoterapii zmínit a věnovat jí

dostatečnou pozornost, jelikož v rámci léčby deprese sehrává důležitou roli. Co mě osobně přišlo zajímavé, byl nízký počet povolených antidepresiv pro dětskou populaci. Domnívala jsem se, že možností je mnohem více a že jsou tato léčiva předepisována nad potřebnou míru.

Závěrem k literárně přehledové části bych chtěla dodat, že jsem nemohla všechny aspekty deprese u dětí rozvést v patřičné míře, a to hlavně kvůli rozsahu této práce. Jsem si také vědoma, že některé literárně přehledové zdroje, které uvádím by se daly označit za zastaralé. Na druhou stranu jsou některé informace v této problematice již zažity a ověřeny mnoha letou zkušeností a v posledních několika letech nevznikly zcela nové terapie, diagnostická kritéria apod.

Návrh výzkumného designu jsem směřovala na dospívající, a to z toho důvodu, že prevalence deprese je u dospívajících vyšší než u dětí školních a mladších. Zároveň i riziko deprese se během dospívání zvyšuje. Výzkum jsem nasměřovala přímo na dospívající, protože stejně jako mladší děti nemají možnost rozhodnout o způsobu léčby a terapie. Přišlo mi zajímavé zaměřit se spíše na rodiče těchto dětí, na jejich postoje vůči psychofarmakoterpi. Výsledky výzkumu by mohly pomoci nahlédnout do psychiky rodičů, kteří se rozhodují ohledně léčby a terapie deprese u jejich dítěte. Poznatky mohou sloužit k lepší psychoedukaci rodičů ohledně farmak i psychoterapie. Tato oblast je také poměrně neprobádaná. Osobně se mi nepodařilo dohledat velké množství výzkumu zaměřených přímo na tuto problematiku. Výzkum by tedy mohl přispět i tímto způsobem. Zároveň by výzkum mohl na velmi malém vzorku zmapovat četnost indikace farmak i psychoterapie u depresivních dětí a tím poukázat na možná problematická místa.

Závěr

Tato bakalářská práce pojednávala o depresivních poruchách u dětí a dospívajících. V literárně přehledové části byly uvedeny modely a teorie, které se snaží vysvětlit vznik deprese u člověka jako takového. Zároveň byly představeny symptomy deprese, které jsou specifické pro dětství a dospívání a v dospělém věku se již většinou neobjevují. Zmíněny byly i možné přidružené diagnózy, které se u depresivních dětí objevují a diagnostický proces, který je celkově u dětí a dospívajících odlišný než u dospělých. Klíčová kapitola zabývající se terapií a léčbou deprese v tomto období, byla zaměřena na tři druhy psychoterapie, které se dle výzkumu jeví jako nejefektivnější. V této kapitole je popsána kognitivně-behaviorální terapie, která se využívá u dětí i dospělých s depresí, interpersonální psychoterapie zaměřená na dospívající a rodinná terapie, která je u dětí velmi důležitá. Dále byly v této kapitole rozebrány antidepresiva, ze kterých se pro děti nejčastěji užívají novější SSRI antidepresiva. Čtenáři byli seznámeni i s jinými typy antidepresiv, dávkování, průběhem léčby a jinými aspekty těchto farmak.

Cílem literárně přehledové části bylo shrnout poznatky o depresivní poruše u dětí a dospívajících především v oblasti psychoterapie a farmakoterapie a také poukázat na specifika této poruchy u dětí a dospívajících v různých oblastech. Dle mého názoru se mi výše uvedené cíle podařilo dosáhnout, avšak určitá témata práce by šlo dále rozvést více do hloubky.

Součástí práce bylo i představení návrhu výzkumného projektu, který je zaměřen na rodiče depresivních dětí z hlediska jejich postojů ohledně psychoterapie a farmakoterapie. Po prostudování studií na toto téma jsem dospěla k názoru, že nebylo provedeno dostatečné množství výzkumů a je třeba se této problematice věnovat. Výzkum byl navržen jako kvalitativní projekt, který se skrze polostrukturovaný rozhovor snaží získat odpovědi na výzkumné otázky. Získané informace by mohly odborníkům pomoci více nahlédnout do psychiky rodičů depresivních dětí během rozhodování o léčbě a terapii jejich dítěte a tím jim umožnit více se zaměřit na konkrétní oblasti v rámci psychoedukace apod. Stanovený cíl pro tuto část práce je těžké hodnotit, jelikož se jedná pouze o návrh výzkumného projektu. I tak věřím, že se mi podařilo vytvořit funkční a smysluplný projekt, který je možné realizovat a získat kvalitní data.

Problematika deprese u dětí a dospívajících je velmi rozsáhlá, jsem si vědoma toho, že určitá témata práce nejsou popsána dostatečně. Čtenářům proto doporučuji prostudování další literatury.

Seznam použité literatury

- American Psychiatric Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Axelson, D. A., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety, 14*(2), 67-78. doi:10.1002/da.1048
- Birmaher, B., Williamson, D. E., Dahl, R. E., Axelson, D. A., Kaufman, J., Dorn, L. D., & Ryan, N. D. (2004). Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescence?. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescents Psychiatry, 43*(1), 63-70. doi: 10.1097/00004583-200401000-00015
- Bockting, C. H., ten Doesschate, M. C., Spijker, J., Spinhoven, P., Koeter, M. J., & Schene, A. H. (2008). Continuation and maintenance use of antidepressants in recurrent depression. *Psychotherapy And Psychosomatics, 77*(1), 17-26. doi: 10.1159/000110056
- Bolton, P., Bass, J., Betancourt, T., Speelman, L., Onyango, G., Clougherty, K. F., et al. (2007). Interventions for depression symptoms among adolescent survivors of war and displacement in northern Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry, 298*(5), 519–527. doi: 10.1001/jama.298.5.519
- Broderick, P., & Weston, C. (2009). Family therapy with a depressed adolescents. *Psychiatry (Edgmont), 6*(1), 32–37. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719446/>
- Campo, J.V., Edwards, M.C., Fan, L., Gardner, W., Stevens, J., & Wang, W. (2009). Parental attitudes toward children's use of antidepressants and psychotherapy. *Journal of child and adolescents psychopharmacology, 19*(3), 289-96. doi: 10.1089/cap.2008.0129

- Canavera, K. E., Ollendick, T. H., Ehrenreich May, J. T., & Pincus, D. B. (2010). Clinical correlates of comorbid obsessive-compulsive disorder and depression in youth. *Child Psychiatry And Human Development, 41*(6), 583-594. doi: 10.1007/s10578-010-0189-y
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescents psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescents Psychiatry, 44*(10), 972-986. doi: 10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry, 60*(8), 837–844. doi:10.1001/archpsyc.60.8.837
- Cox, G.R., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, S.N., Parker, A.G., & Hetrick, S.E. (2014). Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Review, (11)*. doi: 10.1002/14651858.CD008324.pub3
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T. & Reynolds, C. F. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry, 13*(1), 56–67. doi:10.1002/wps.20089
- David-Ferdon, C., & Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescence depression. *Journal Of Clinical Child And Adolescents Psychology, 37*(1), 62-104. doi: 10.1080/15374410701817865
- Di Trani, M., Di Roma, F., Elda, A., Daniela, L., Pasquale, P., Silvia, M., & Renato, D. (2014). Comorbid Depressive Disorders in ADHD: The Role of ADHD Severity, Subtypes and Familial Psychiatric Disorders. *Psychiatry Investigation, 11*(2), 137-142. <https://doi.org/10.4306/pi.2014.11.2.137>
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). New research: Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescents Psychiatry, 49*(2), 122-131. doi:10.1016/j.jaac.2009.11.002

- Dietz, L. J., Mufson, L., Irvine, H., & Brent, D. A. (2008). Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: an open-treatment trial. *Early Intervention In Psychiatry*, 2(3), 154-161. doi:10.1111/j.1751-7893.2008.00077.x
- Dietz, L. J., Weinberg, R. J., Brent, D. A., & Mufson, L. (2015). Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: examining efficacy and potential treatment mechanisms. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 54(3), 191-199. doi: 10.1016/j.jaac.2014.12.011
- Dindo, L., Recober, A., Haddad, R., & Calarge, C. (2017). Comorbidity of migraine, major depressive disorder, and generalized anxiety disorder in adolescents and young adults. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 24(4), 528-534. doi:10.1007/s12529-016-9620-5
- Domènech-Llaberia, E., Viñas, F., Pla, E., Jané, M. C., Mitjavila, M., Corbella, T., & Canals, J. (2009). Prevalence of major depression in preschool children. *European child & adolescents psychiatry*, 18(10), 597-604. doi:10.1007/s00787-009-0019-6
- Dreher, J. (2016). *Psychofarmakoterapie: stručně, jasně, přehledně*. (2.vyd.). Praha: Grada Publishing.
- Drtílková, I. (2008). Prozac (fluoxetin) – nová, schválená indikace pro dětskou psychiatrii v ČR. *Psychiatrie pro Praxi*; 9(2), 89–90. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/02/10.pdf>
- Dudová, I. (2007). Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi. *Psychiatrie pro Praxi*, 8(1), 29-31. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/01/07.pdf>
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2.vyd.). Praha: Grada Publishing.
- Forti-Buratti, M., Saikia, R., Wilkinson, E., & Ramchandani, P. (2016). Psychological treatments for depression in pre-adolescents children (12 years and younger): systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *European Child & Adolescents Psychiatry*, 25(10), 1045-1054. doi:10.1007/s00787-016-0834-5

- Fuhrmann, P., Equit, M., Schmidt, K., & von Gontard, A. (2014). Prevalence of depressive symptoms and associated developmental disorders in preschool children: a population-based study. *European Child & Adolescents Psychiatry*, 23(4), 219-224. doi:10.1007/s00787-013-0452-4
- Goetz, M. (2005). Deprese u dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi*, 5, 271-272. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2005/06/03.pdf>
- Guilherme, V., P., Giovanni, A., S., Luisa, S., S., Arthur, C., & Luis A., R. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 56(3), 345-65. doi:10.1111/jcpp.12381
- Hollon, S.D., Garber, J., & Shelton, R.C. (2005). Treatment of depression in adolescents with cognitive behavior therapy and medications: A commentary on the TADS project. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(2), 149-155. doi: 10.1016/S1077-7229(05)80019-7
- Hong, J. P., Samuels, J., Bienvenu, O. J., Cannistraro, P., Grados, M., Riddle, M. A., & Nestadt, G. (2004). Clinical correlates of recurrent major depression in obsessive-compulsive disorder. *Depression And Anxiety*, 20(2), 86-91. doi: 10.1002/da.20024
- Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., & Malá, E. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie* (2. vyd.). Praha: Portál.
- Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum.
- Charkhandeh, M., Talib, M. A., & Hunt, C. J. (2016). The clinical effectiveness of cognitive behavior therapy and an alternative medicine approach in reducing symptoms of depression in adolescents. *Psychiatry Research*, 239, 325-330. doi:10.1016/j.psychres.2016.03.044
- Ládová, K., Malý, J., Vegerbauer, M. & Thomson, P. (2017). Použití neregistrovaných léčiv na příkladech v pediatrii. *Pediatric pro praxi*, 18(1), 22-26. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2017/01/05.pdf>
- Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (2000). *Dětská psychoterapie* (2.vyd.). Praha: Portál.

- Locher, C., Koechlin, H., Zion, S. R., Werner, C., Pine, D. S., Kirsch, I., & Kossowsky, J. (2017). Efficacy and safety of selective serotonin reuptake inhibitors, serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, and placebo for common psychiatric disorders among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *74*(10), 1011-1020. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2432
- Ma, D., Zhang, Z., Zhang, X., & Li, L. (2014). Comparative efficacy, acceptability, and safety of medicinal, cognitive-behavioral therapy, and placebo treatments for acute major depressive disorder in children and adolescents: a multiple-treatments meta-analysis. *Current Medical Research And Opinion*, *30*(6), 971-995. doi: 10.1185/03007995.2013.860020
- Malá, E. (2013). Psychofarmaka v pedopsychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*, *14*(3), 106-110. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/03/03.pdf>
- March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., et al. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry*, *292*(7), 807–20. doi: 10.1001/jama.292.7.807
- Maughan, B., Collishaw, S., & Stringaris, A. (2013). Depression in childhood and adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, *22*(1), 35–40. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3565713/>
- Melton, T., Croarkin, P., Strawn, J., & McClintock, S. (2016). Comorbid anxiety and depressive symptoms in children and adolescents: A systematic review and analysis. *Journal Of Psychiatric Practice*, *22*(2), 84-98. doi:10.1097/PRA.000000000000132
- Mufson, L., & Sills, R. (2006). Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A): An overview. *Nord J Psychiatry*, *60*(6), 431-437. doi: 10.1080/08039480601022397
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2001). Parent expectancies for child therapy: Assessment and relation to participation in treatment. *Journal of Child and Family Studies*, *10*(2), 155-180. doi: 10.1023/A:1016699424731

- O'Shea, G., Spence, S. H., & Donovan, C. L. (2015). Group versus individual interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 43(1), 1-19. doi:10.1017/S1352465814000216
- Oar, E. L., Johnco, C., & Ollendick, T. H. (2017). Cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in children and adolescents. *Psychiatric Clinics Of North America*, 40(4), 661-674. doi:10.1016/j.psc.2017.08.002
- O'Reilly, M. (2015). 'We're here to get you sorted': Parental perceptions of the purpose, progression and outcomes of family therapy. *Journal Of Family Therapy*, 37(3), 322-342. doi:10.1111/1467-6427.12004
- Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (2. akt. a dop. vyd.). Praha: Grada Publishing.
- Orchard, F., Pass, L., Marshall, T., & Reynolds, S. (2017). Clinical characteristics of adolescents referred for treatment of depressive disorders. *Child Adolesc Ment Health*, 22(2), 61-68. doi:10.1111/camh.12178
- Park, R. J., & Goodyer, I. M. (2000). Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(3), 147-161. Dostupné z: <https://msrc.fsu.edu/system/files/Park%20RM%20et%20al%202000%20Clinical%20guidelines%20for%20depressive%20disorders%20in%20childhood%20and%20adolescence.pdf>
- Pedrini, L., Desideri, L., Calati, R., Serretti, A., De Girolamo, G., & Riboni, V. (2011). Is cognitive behavioural therapy an effective complement to antidepressants in adolescents? A meta-analysis. *Acta Neuropsychiatrica*, 23(6), 263-271. doi: 10.1111/j.1601-5215.2011.00595.x
- Peris, T. S., Bergman, R. L., Asarnow, J. R., Langley, A., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2010). Clinical and cognitive correlates of depressive symptoms among youth with obsessive compulsive disorder. *Journal Of Clinical Child And Adolescents Psychology*, 39(5), 616-626. doi: 10.1080/15374416.2010.501285
- Pešek, R., Praško, J., & Šípek, P. (2013). *Kognitivně-behaviorální terapie v praxi: pro terapeutu, studenty a poučené laiky*. Praha: Portál.

- Pidrman, V. (2004). Antidepressiva SSRI v léčbě deprese a úzkostných poruch. *Interní Medicína*, 6(4), 200-204. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2004/04/08.pdf>
- Praško, J. (2003). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál.
- Pu, J., Zhou, X., Liu, L., Zhang, Y., Yang, L., Zhang, H., & Yuan, S. (2017). Efficacy and acceptability of interpersonal psychotherapy for depression in adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Research*, 253, 226-232. doi: 10.1016/j.psychres.2017.03.023
- Qin, B., Zhang, Y., Zhou, X., Cheng, P., Liu, Y., Chen, J., & Luo, Q. (2014). Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants in young patients: a meta-analysis of efficacy and acceptability. *Clinical Therapeutics*, 36(7), 1087-1095. doi: 10.1016/j.clinthera.2014.06.001
- Qualter, P., Brown, S. L., Munn, P., & Rotenberg, K. J. (2010). Childhood loneliness as a predictor of adolescents depressive symptoms: an 8-year longitudinal study. *European Child & Adolescents Psychiatry*, 19(6), 493-501. doi:10.1007/s00787-009-0059-y
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.
- Raboch, J., Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- Racková, S., Janů, L. (2012). Farmakoterapie úzkosti. Máme jiné možnosti než SSRI? *Psychiatrie pro Praxi*, 13(4), 152-155. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/04/03.pdf>
- Radovic, A., Reynolds, K., McCauley, H. L., Sucato, G. S., Stein, B. D., & Miller, E. (2015). Parents' role in adolescents depression care: primary care provider perspectives. *The Journal Of Pediatrics*, 167(4), 911-918. doi:10.1016/j.jpeds.2015.05.049
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783-822. doi:10.1037/bul0000102

- Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. (2009). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (2.vyd.). Praha: Portál.
- Tang, T., Jou, S., Ko, C., Huang, S. & Yen, C. (2009). Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(4), 463-470. doi:10.1111/j.1440-1819.2009.01991.x
- Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M., & Tsiantis, J. (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European Child & Adolescents Psychiatry*, 16(3), 157-167. doi: 10.1007/s00787-006-0584-x
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání* (2. vyd.). Praha: Nakladatelství Karolinum.
- Varley, C. K. (2006). Treating depression in children and adolescents: what options now?. *CNS Drugs*, 20(1), 1-13. doi: 10.2165/00023210-200620010-00001
- Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie* (3. vyd.). Praha: Grada Publishing.
- Wagner, K.D., Ambrosini, P., Rynn, M., Wohlberg, Ch., Yang, R., Greenbaum, M.S., et al. (2003). Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder: two randomized controlled trials. *JAMA Psychiatry*, 290(8), 1033–1041. doi: 10.1001/jama.290.8.1033
- Wagner, K.D., Robb, A.S., Findling, R.L., Jin, J., Gutierrez, M.M., & Heydorn, W.E. (2004). A randomized placebo-controlled trial of citalopram for the treatment of major depression in children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 161(6), 107–1083. doi: 10.1176/appi.ajp.161.6.1079
- Weersing, V.R., Bolano, C.R., Do, M.T., Jeffreys, M., & Schwartz, K.T. (2017). Evidence base update of psychosocial treatments for child and adolescents depression. *Journal of clinical child and adolescents psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescents Psychology*, American Psychological Association, Division 53, 46(1), 11-43. doi: 10.1080/15374416.2016.1220310

Weinberg, W.A., Rutman, J., Sullivan, L., Penick, E. C., & Dietz, S. G. (1973). Depression in children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis and treatment. *The Journal of Pediatrics*, 83(6),1065-72.

Weissman, M.M., Markowitz, J.C., & Klerman, G.L. (2007) *Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.

WHO. (2013). *Mezinárodní klasifikace nemocí: Instrukční příručka [online]*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_1-1-2013.pdf

Xia, W., Zhang, J., & Shen, L. (2015). Comorbid anxiety and depression in school-aged children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and selfreported symptoms of ADHD, anxiety, and depression among parents of school-aged children with and without ADHD. *Shanghai Archives Of Psychiatry*, 27(6), 356-367. doi:10.11919/j.issn.1002-0829.215115

Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C. J., & Xie, P. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescence: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 14(2), 207–222. doi: 10.1002/wps.20217