

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA W ZAKRESIE ZAPOBIEGANIA, WYKRYWANIA I LECZENIA DEPRESJI U DZIECI I MŁODZIEŻY

dr hab. Barbara Remberk, dr Anna Z. Antosik-Wójcińska, mgr Marta Baron
INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII
W WARSZAWIE

1. WSTĘP

W ostatnich dekadach rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w populacji rozwojowej Europy gwałtownie wzrasta i tworzy tzw. „nową zachorowalność”, obejmującą zaburzenia emocjonalne, trudności w nauce, problemy w zachowaniu oraz choroby psychiczne. Liczne badania populacyjne potwierdzają alarmujący wzrost rozpowszechnienia się zaburzeń depresyjnych, lękowych oraz zaburzeń zachowania wśród młodzieży (*Policy paper on the health and well-being of young people*, 2008). Wykazano, że ok. 10-20% dzieci i młodzieży cierpi z powodu problemów w obszarze zdrowia psychicznego (Merikangas i wsp., 2009). Światowa Organizacja Zdrowia (dalej WHO) uznała zdrowie psychiczne młodych osób, w tym dzieci i młodzieży, za kluczowy obszar problemów, na który profesjonaliści i politycy powinni zwrócić szczególną uwagę.

W okresie adolescencji mogą wystąpić mniej lub bardziej nasilone zaburzenia zdrowia psychicznego. Szacuje się, że tego rodzaju problemy dotyczą około 1/3, a nawet połowy nastolatków – przy czym u większości dorastających mają one charakter przejściowy (Bomba i wsp., 2002; Bomba, 2011). Pojawienie się symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego – u ogólnie zdrowych nastolatków – związane jest z formowaniem tożsamości i mogącym z niego wynikać kryzysem rozwoju osobowości. Zwrócił już na to uwagę Antoni Kępiński (Kępiński A., 1974), który pisał, że przełomom psychobiologicznym towarzyszą objawy o cechach depresyjności – te zaś, które występują w okresie dorastania, określił mianem depresji młodzieńczej. Charakteryzuje się ona szeregiem symptomów, między innymi obniżeniem nastroju, anhedonią, lękiem, zaburzeniami poznawczymi oraz obniżeniem aktywności bądź agresją i zaburzeniami zachowania.

2. CZYNNIKI RYZYKA DEPRESJI U DZIECI I MŁODZIEŻY

W literaturze wymienia się wiele aspektów składających się na ryzyko zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży (Birmaher i wsp., 2002; Birmaher i wsp., 2007; Richardson i wsp., 2005; Kalinowska i wsp., 2013). Należą do nich czynniki genetyczne, rodzinne, osobowe (psychologiczne) oraz związane z doświadczeniami życiowymi.

- Czynniki genetyczne: występowanie depresji u rodziców (które stanowi obciążenie genetyczne, a zarazem nie sprzyja prawidłowemu wypełnianiu ról rodzicielskich), genetyczna predyspozycja do depresji i lęku, która przejawia się w większej wrażliwości na obciążające stresory.
- Czynniki rodzinne: konflikty i zakłócenia relacji w rodzinie, niski status socjoekonomiczny, śmierć jednego z opiekunów, przemoc i molestowanie seksualne, zaniedbanie, przestępczość, nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodziców, niedostateczna więź z dzieckiem, brak wrażliwości na jego potrzeby, negatywne postawy rodzicielskie (chłód, odrzucenie), brak wsparcia, nieprawidłowy styl wychowania, dezorganizacja życia rodzinnego i niedostępność rodziców z powodu ich depresji lub choroby – także somatycznej.

- Czynniki psychologiczne: silny lęk, niska samoocena, wysoki samokrytycyzm, zniekształcenia poznawcze, negatywny styl atrybucji, trudności w nauce, niedostateczne umiejętności społeczne, wysoki perfekcjonizm, poczucie beznadziei.
- Czynniki związane z doświadczeniem życiowym: śmierć rodzica/przyjaciela, rozwód, żałoba, samobójstwo w bliskim otoczeniu, utrata więzi przyjacielskiej, trudności w kontaktach z rówieśnikami, zawód w związku romantycznym, niepowodzenia szkolne.

Poniżej wymieniono najważniejsze czynniki ryzyka depresji u dorastających i czynniki chroniące.

Tabela 1. Czynniki ryzyka depresji u dorastających i czynniki chroniące (na podstawie Szymańska J., *Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2016, s. 14-16)

Potwierdzone czynniki ryzyka depresji u dorastających:

- symptomy takie jak: lęk, zaburzenia zachowania, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia odżywiania się
- wiek – końcowa faza okresu dojrzewania (15-19 lat)
- płeć żeńska
- posiadanie depresyjnych rodziców
- występowanie epizodów depresji we wcześniejszych fazach rozwoju

Inne czynniki ryzyka, wymieniane przez wielu badaczy i uznawane za wysoce prawdopodobne:

- posiadanie depresyjnych bliskich krewnych
- stresujące wydarzenia życiowe
- niska samoocena związana z negatywnym myśleniem, słaba samokontrola, brak kompetencji społecznych, neurotyzm
- rozwód, separacja lub poważne konflikty pomiędzy rodzicami, styl wychowawczy oparty na kontrolowaniu dziecka
- wykorzystywanie fizyczne i seksualne we wczesnym dzieciństwie
- pochodzenie: z mniejszości etnicznej (wzrastanie w środowisku odmiennym językowo i kulturowo) lub z terenów wiejskich, niski status socjoekonomiczny rodziny, niska sprawność intelektualna
- ubogie relacje z rówieśnikami
- obniżanie się osiągnięć szkolnych, trudności w nauce
- próby samobójcze w przeszłości
- zmiany hormonalne w okresie pokwitania, zaburzenia snu

Czynniki chroniące przed depresją:

- dobre relacje z rówieśnikami
- dobry kontakt z co najmniej jednym z rodziców
- posiadanie jakiegoś zajęcia lub zatrudnienia

3. METODY ZAPOBIEGANIA, WCZESNE WYKRYWANIE I LECZENIE DEPRESJI MŁODZIEŃCZEJ

Kierunki działań profilaktycznych wyznacza wiedza na temat czynników ryzyka zaburzeń zdrowia psychicznego oraz ich specyfiki. Nie wszystkie można skutecznie usunąć lub zredukować. Odpowiedzią na ograniczenia tradycyjnej profilaktyki (koncentrującej się głównie na czynnikach ryzyka) są pozytywne strategie w zapobieganiu chorobom zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Polegają one na kompensowaniu zagrożeń poprzez rozwijanie i wzmacnianie indywidualnych lub środowiskowych czynników chroniących. Pozytywna profilaktyka dąży do wzmocnienia tego, co czyni młodych ludzi bardziej odpornymi na zagrożenia, mianowicie tych aspektów i procesów, które sprzyjają zdrowiu i pozytywnemu rozwojowi oraz stanowią przeciwwagę dla czynników ryzyka, sytuacji kryzysowych, wyzwań i trudności.

Światowa Organizacja Zdrowia dla Europy w zakresie promocji zdrowia psychicznego u młodych ludzi zaleca kompleksowe przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym, polegające nie tylko na ograniczaniu czynników ryzyka rozwoju psychopatologii, lecz także na wzmacnianiu zasobów psychicznych oraz pozytywnego funkcjonowania jednostki (*Mental Health Promotion in Young People-an Investment for the future*, WHO 2010).

Analiza strategii profilaktycznych, metod identyfikacji i leczenia depresji młodzieńczej w Polsce i na świecie, w tym również ocena sytuacji epidemiologicznej dotycząca tej grupy wiekowej została zawarta w raporcie *Analiza dostępnych metod zapobiegania, rozpoznawania i leczenia depresji w Polsce i na świecie, ze szczególnym uwzględnieniem grup ryzyka – raport*. Zbyt mała w stosunku do częstości występowania choroby liczba osób leczonych z powodu depresji młodzieńczej wynika w dużej mierze z niedostatecznej rozpoznawalności i trudności diagnostycznych. Odmienne obrazy depresji u dzieci i młodzieży w odniesieniu do tej występującej u osób dorosłych utrudnia postawienie właściwej diagnozy.

We wspomnianym raporcie zwrócono również uwagę na fakt, że przy ustalaniu farmakoterapii lekarze muszą brać pod uwagę występujące u dzieci i młodzieży różnice w neurobiologii (przede wszystkim niedojrzałość dróg noradrenergicznych), w metabolizmie wątrobowym i stężeniach hormonów płciowych. Przekłada się to na mniejszą skuteczność leków przeciwdepresyjnych, głównie z grupy TLPD (trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne). Za najbardziej skuteczne w leczeniu depresji u dzieci i młodzieży uważa się inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), których dodatkowymi zaletami są: na ogół dobra tolerancja, słabsze działania niepożądane, mniejsze zagrożenie związane z przedawkowaniem leków. Nie oznacza to, że preparaty z innych grup nie są stosowane – w przypadku młodzieży decyzja o włączeniu danego środka leczniczego jest rozważana w kontekście konkretnego przypadku. Kluczowe znaczenie w doborze leku przeciwdepresyjnego ma nie tylko wiek pacjenta, lecz także nasilenie i profil objawów. Istotny jest również bilans potencjalnych korzyści, które mogą wiązać się z zastosowaniem danego preparatu, wobec strat – a więc możliwych dzia-

łań niepożądanych, które mogą wystąpić u pacjenta. Z uwagi na to, że wiele leków jest rejestrowanych dla osób pełnoletnich, przed ich zastosowaniem konieczne jest uzyskanie zgody rodziców.

Zidentyfikowanie osób zagrożonych zachorowaniem na depresję lub już chorujących pozwoli na zapobieganie lub zminimalizowanie potencjalnych skutków tej choroby poprzez odpowiednio wczesne wdrożenie właściwego leczenia przeciwdepresyjnego i oddziaływań psychoterapeutycznych.

4. BARIERY WPŁYWAJĄCE NA NISKĄ ROZPOZNAWALNOŚĆ ORAZ NIEDOSTATECZNE LECZENIE DEPRESJI MŁODZIEŃCZEJ

Wyróżniamy trzy kategorie.

1. Bariery związane z personelem medycznym zaangażowanym w opiekę nad osobami w wieku dojrzewania, tj.: ograniczony czas podczas wizyty, brak odpowiedniej wiedzy i praktycznych umiejętności dotyczących profilaktyki, rozpoznawania i leczenia depresji młodzieńczej.

Rozwiązaniem, które może przynieść poprawę w tym zakresie, jest program edukacyjny skierowany do lekarzy pediatrów, lekarzy POZ, a także pozostałego personelu medycznego sprawującego opiekę nad dziećmi i młodzieżą, obejmujący zapoznanie z profilaktyką depresji, metodami wczesnego rozpoznawania oraz podstawami leczenia choroby w tej populacji wiekowej.

2. Bariery związane z pacjentem, tj.: obawa przed stygmatyzacją, brak wiedzy odnośnie zapobiegania depresji w populacji osób w wieku dorastania, nieznanomość jej objawów, brak wsparcia w rodzinie i w otoczeniu.

Rozwiązaniem, które może przynieść poprawę w tym zakresie, jest edukacja pacjentów oraz ich rodzin i opiekunów. Wskazane są więc oddziaływania psychoedukacyjne prowadzone w szkołach i pozostałych placówkach oświatowych oraz edukacja przez personel medyczny. Równie istotne i bardzo potrzebne jest także podnoszenie świadomości całego społeczeństwa za pomocą odpowiedniej kampanii społecznej o ogólnopolskim zasięgu.

3. Bariery systemowe, tj.: brak wytycznych odnośnie postępowania z pacjentem w wieku młodzieńczym z depresją skierowanych do lekarzy pediatrów czy lekarzy innych specjalności, organizacja systemu opieki zdrowotnej, oddzielenie podstawowej i pediatrycznej od specjalistycznej opieki psychiatrycznej.

Rozwiązaniem, które może przynieść poprawę w tym zakresie, jest opracowanie wytycznych odnośnie rozpoznawania i dalszego postępowania z pacjentem, u którego istnieje podejrzenie występowania depresji młodzieńczej.

5. KRYTERIA KWALIFIKACJI I ZASAD UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W RAMACH PROGRAMU

Opieką i wspieraniem rozwoju dzieci i młodzieży zajmuje się równoległe kilka systemów i każdy z nich może mieć swój wkład w proces zapobiegania zaburzeniom depresyjnym i promocji zdrowia psychicznego. Stworzenie ram prawnych, które umożliwią koordynację działań różnych systemów na rzecz ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, a także objęcie grupy bardziej potrzebujących wielodyscyplinarną opieką z uwzględnieniem psychiatrycznej opieki środowiskowej jest obecnie jednym z głównych zadań dotyczących psychiatrii dziecięcej w Polsce (Zespół ds. aktywnej polityki w sprawie psychiatrii dzieci i młodzieży przy Rzeczniku Praw Dziecka, Sesja *Psychiatria Dzieci i Młodzieży*, I Kongres Zdrowia Psychicznego 2017). Rozwiązaniem istniejących problemów może być zaproponowany program profilaktyczno-edukacyjny.

Zalecanymi oddziaływaniami zawartymi w programie powinni zostać objęci wszyscy pacjenci w wieku dojrzewania oraz ich opiekunowie, nauczyciele, psychologowie, pedagodzy szkolni, jak również personel medyczny sprawujący opiekę nad pacjentami w wieku młodzieńczym (lekarze pediatri, pielęgniarki szkolne). Program ma z założenia charakter ciągły, a przesiewowe badanie pod kątem występowania depresji młodzieńczej powinno stanowić stały element w praktyce lekarza pediatri.

Zalecenia powinny zostać rozpowszechnione we wszystkich szkołach, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, młodzieżowych ośrodkach socjoterapeutycznych i młodzieżowych placówkach wychowawczych, punktach interwencji kryzysowej, placówkach świadczących usługi medyczne w zakresie pediatrii, jak również w poradniach POZ w całej Polsce. W przypadku trudności z szybkim upowszechnieniem poniższych rekomendacji na terenie całego kraju można rozważyć przeprowadzenie programu pilotażowego w jednym, wybranym województwie.

5.1. Profilaktyka uniwersalna i badania przesiewowe

Profilaktyka uniwersalna jest skierowana do populacji ogólnej. Z tego względu szkoła wydaje się odpowiednim miejscem na podjęcie działań mających na celu promocję zdrowia psychicznego. Dostępne są programy propagujące zdrowie psychiczne (np. *Przyjaciele Zippiego*, lekcje o depresji i wiele innych). Do ważnych zadań szkoły związanych z profilaktyką uniwersalną należy również zapobieganie przemocy rówieśniczej, a także troska o przyjazną i sprzyjającą rozwojowi dziecka atmosferę (Lee i wsp., 2015).

5.1.1. Szkoły

Wiele trudności, które są przejawem depresji wieku młodzieńczego, dotyczy nauki i życia społecznego. Pogorszenie wyników w nauce, absencje szkolne, wycofanie z relacji rówieśniczych mogą i powinny zwrócić uwagę pedagogów i psychologów pracujących w szkołach. Przydatne w przesiewowej ocenie depresji narzędzia psychometryczne zostały omówione

w dalszej części rozdziału, podobnie jak proponowane działania z zakresu promocji zdrowia psychicznego.

5.1.2. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne

Najczęstszym powodem zgłaszania dzieci do poradni psychologiczno-pedagogicznych są różnego rodzaju problemy w szkole. W procesie diagnozy psychologicznej ważne jest zwrócenie uwagi na trudności emocjonalne dziecka, w tym na możliwość występowania objawów depresyjnych. Zatrudnione w poradniach osoby z wykształceniem psychologicznym mają dostęp do szerszej gamy narzędzi psychometrycznych służących ocenie stanu psychicznego. Jedno z narzędzi – zestaw kwestionariuszy do diagnozy depresji u dzieci i młodzieży (Kovacs, 2016) – zostało omówione w dalszej części rozdziału.

5.1.3. Młodzieżowe ośrodki socjoterapeutyczne i młodzieżowe ośrodki wychowawcze

Osoby, korzystające z młodzieżowych ośrodków socjoterapeutycznych i wychowawczych możemy uznać za osoby z grupy ryzyka zaburzeń psychicznych – tym bardziej ocena przesiewowa pod kątem depresji w tej grupie jest bardzo ważna.

5.2. Profilaktyka selektywna i profilaktyka wskazująca

5.2.1. Szkoły

Wybrane metody interwencji zostaną przedstawione w osobnej części. Z uwagi na niewystarczającą liczbę pielęgniarek szkolnych, mogących prowadzić działania profilaktyczne, zaleca się rozszerzenie populacji, do której kierowane są zalecenia w zakresie metod zapobiegania depresji i wczesnego wykrywania zaburzeń depresyjnych, oraz opisy wybranych interwencji psychologicznych opartych na zasadach psychoterapii poznawczo-behawioralnej u psychologów i pedagogów szkolnych.

5.2.2. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne

Ponieważ cała Polska jest objęta szczelną siecią poradni psychologiczno-pedagogicznych zatrudniających profesjonalistów, rola tych placówek w działaniach z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia jest nieoceniona i zdecydowanie nie powinna być ograniczona do wydawania opinii i oceny umiejętności szkolnych.

5.2.3. Młodzieżowe ośrodki socjoterapeutyczne i młodzieżowe ośrodki wychowawcze

Osoby, korzystające z młodzieżowych ośrodków socjoterapeutycznych i wychowawczych, możemy uznać za osoby z grupy ryzyka zaburzeń psychicznych, zatem należy zwrócić szczególną uwagę na prowadzenie działań terapeutycznych i profilaktycznych w tej grupie dzieci.

5.2.4. System pomocy społecznej

Dzieci z rodzin objętych opieką można uznać za osoby z grupy ryzyka zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń depresyjnych. Dlatego do ważnych działań systemu pomocy społecznej z ob-

szaru zapobiegania depresji należy profilaktyka uniwersalna dotycząca środowiska rodzinnego w tym przeciwdziałanie przemocy w rodzinie, ocena przesiewowa pod kątem depresji dzieci z rodzin objętych opieką oraz podjęcie działań profilaktycznych w stosunku do zagrożonych depresją dzieci i młodzieży lub skierowanie ich do odpowiednich placówek.

5.2.5. Ośrodki interwencji kryzysowej

Ośrodki interwencji kryzysowej w ramach swoich zadań realizują oczywiście działania mające na celu poprawę stanu zdrowia osób potrzebujących. Podobnie jak w przypadku systemu pomocy społecznej, warto zwrócić uwagę na ryzyko depresji u dzieci osób korzystających ze wsparcia powyższych instytucji.

Dlatego do ważnych działań ośrodków interwencji kryzysowej z obszaru zapobiegania depresji należy:

- a) profilaktyka uniwersalna dotycząca środowiska rodzinnego, w tym przeciwdziałanie przemocy w rodzinie,
- b) ocena przesiewowa pod kątem depresji dzieci z rodzin objętych opieką,
- c) podjęcie działań profilaktycznych w stosunku do zagrożonej depresją młodzieży lub skierowanie ich do odpowiednich placówek.

5.2.6. System sądowniczy

W tym obszarze kluczowa wydaje się koordynacja działań i sprawny przepływ informacji pomiędzy sądami rodzinnymi i nieletnich, służbą kuratorską i innymi systemami sprawującymi opiekę nad dzieckiem. Osoby/rodziny objęte nadzorem kuratora należy uznać za grupę zagrożoną rozwojem zaburzeń psychicznych i zależnie od potrzeb włączyć w program odpowiednich oddziaływań profilaktycznych.

5.2.7. System opieki zastępczej

Osoby/rodziny korzystające z opieki zastępczej należy uznać za grupę zagrożoną rozwojem zaburzeń psychicznych i zależnie od potrzeb objąć programem odpowiednich działań. Równocześnie troska o prawidłowe funkcjonowanie placówek opieki zastępczej jest elementem profilaktyki uniwersalnej.

5.2.8. Rodziny adopcyjne

Elementem profilaktyki uniwersalnej i selektywnej dotyczącej dzieci wychowywanych w rodzinach adopcyjnych jest wsparcie i ewentualna pomoc psychologiczna kierowana do rodziców adopcyjnych od początku objęcia dziecka opieką.

5.2.9. System ogólnopediatrycznej opieki zdrowotnej

Profilaktyka uniwersalna

Troska o prawidłowe funkcjonowanie ogólnopediatrycznego systemu opieki zdrowotnej i unikanie wtórnych urazów psychicznych, jakich mogą doświadczać dzieci w procesie leczenia chorób somatycznych, jest elementem profilaktyki uniwersalnej.

Badania przesiewowe

Każdy lekarz jest w stanie – z wykorzystaniem przedstawionych poniżej narzędzi – dokonać przesiewowego badania pacjenta pod kątem obecności symptomów depresji. W ocenie objawów choroby bezwzględnie należy uwzględnić ryzyko samouszkodzeń i zachowań samobójczych.

Czynniki ryzyka

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej ma również możliwość oceny obecności środowiskowych, rodzinnych i indywidualnych somatycznych oraz intrapsychicznych czynników ryzyka depresji u swojego pacjenta oraz podjęcia odpowiednich działań.

Leczenie

W przypadku niepowikłanych, łagodnych objawów depresyjnych postępowanie terapeutyczne może rozpocząć lekarz pediatra. Szczegóły zostały omówione w dalszej części rozdziału.

System psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Z systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej powinni korzystać pacjenci, u których występują nasilone objawy bezpośrednio zagrażające życiu i/lub u których dotychczasowe postępowanie nie przynosi poprawy.

6. ZASADY WSPÓŁPRACY I WYMIANY INFORMACJI Z PLACÓWKAMI REALIZUJĄCYMI PROGRAM

Konieczna jest taka zmiana regulacji prawnych, która umożliwiłaby wzajemną komunikację i prowadzenie skoordynowanej opieki nad pacjentami w wieku rozwojowym, przy równoczesnym zachowaniu zasad ochrony dóbr osobistych i danych osobowych. Do tego czasu w większości przypadków rodzic musi wyrazić zgodę na kontakt ze sobą specjalistów z poszczególnych służb.

7. PROGRAM PROFILAKTYKI DEPRESJI DLA LEKARZY PEDIATRÓW

a. Rekomendacje dotyczące metod zapobiegania depresji

Zgodnie z zaleceniami National Institute of Health and Care Excellence (NICE, 2015) lekarze pierwszego kontaktu powinni być przeszkoleni w zakresie oceny depresji, a także weryfikacji trudności pacjenta będących czynnikami ryzyka (takich jak rodzinne, rówieśnicze, problemy obszaru psychoseksualnego, używki itp.). Pacjentowi trzeba stworzyć możliwość rozmowy na ten temat w warunkach zapewniających prywatność. Lekarzy należy zaś przeszkolić w zakresie umiejętności komunikacyjnych, takich jak aktywne słuchanie i inne techniki konwersacyjne.

Lekarze pierwszego kontaktu w procesie diagnozy powinni oceniać obecność środowiskowych, rodzinnych i indywidualnych somatycznych i intrapsychicznych czynników ryzyka depresji u swojego pacjenta. Jeśli zostaną stwierdzone, należy podjąć działania (na przykład psychoedukację podopiecznego i rodziców, założenie niebieskiej karty czy inne) lub zachęcić pacjenta

do skorzystania z innych metod profilaktyki (program profilaktyczny w szkołach, aplikacja mobilna). Zalecenia podsumowuje Schemat 2.

b. Rekomendacje dotyczące wczesnego wykrywania depresji

Lekarze pierwszego kontaktu powinni oceniać pacjenta pod kątem możliwości występowania depresji. Aby to było możliwe, muszą posiadać odpowiednią wiedzę i umiejętności komunikacyjne. Dodatkową pomoc mogą stanowić narzędzia psychometryczne, które zostaną omówione w dalszej części rozdziału. Podczas badania objawów depresji bezwzględnie należy ocenić również ryzyko samouszkodzeń i zachowań samobójczych. W trakcie oceny pacjenta pod kątem depresji należy również zapytać, czy w przeszłości występowały symptomy hipomanii lub manii – czyli, w uproszczeniu, nieadekwatnie dobry nastrój równocześnie ze skróceniem snu i zwiększeniem energii. Należy także poruszyć kwestię obciążeń rodzinnych, tj. występowania zaburzeń nastroju u rodziców, dziadków i w dalszej rodzinie.

c. Rekomendacje dotyczące leczenia depresji

Rekomendacje dotyczące postępowania w depresji na podstawie zaleceń NICE (2015) i American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP – Birmaher i wsp., 2007) zostały podsumowane w Tabeli 2.

Zadanie	Działanie	Miejsce udzielania pomocy
wykrywanie	ocena czynników ryzyka	podstawowa opieka zdrowotna
rozpoznanie	identyfikacja choroby u dzieci zgłaszających objawy	system psychiatrycznej opieki zdrowotnej
postępowanie w depresji o nasileniu łagodnym i/lub dystymii	uważna obserwacja terapia wspierająca/grupowa terapia behawioralno-poznawcza/ praca własna pacjenta na podstawie zaleceń lub materiałów	podstawowa opieka zdrowotna system psychiatrycznej opieki zdrowotnej
postępowanie w depresji o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim	psychoterapia krótkoterminowa ewentualnie fluoksetyna	system psychiatrycznej opieki zdrowotnej
depresja niereagująca na leczenie/ nawracające epizody depresyjne/ depresja psychotyczna	intensywna psychoterapia w razie potrzeby fluoksetyna, sertralina, citalopram ewentualnie augmentacja lekami przeciwpsychotycznymi ewentualnie inne leki przeciwdepresyjne inne metody postępowania w wybranych przypadkach	system psychiatrycznej opieki zdrowotnej

W każdej fazie leczenia należy uwzględnić psychoedukację, działania o charakterze wsparcia oraz współpracę ze szkołą i rodziną.

Istotnym elementem sprawowania opieki nad pacjentem z depresją jest omówienie z dzieckiem i rodzicami „planu bezpieczeństwa” – na wypadek wystąpienia lub intensyfikacji myśli samobójczych (NICE CG16 2004, Birmaher i wsp. 2007, Zuckerbrot 2007). Elementy planu bezpieczeństwa zostały przedstawione w Tabeli 3.

Plan bezpieczeństwa: omówienie i zapisanie z pacjentem

Krok 1. Szczegółowe omówienie sygnałów ostrzegawczych świadczących o pogorszeniu stanu psychicznego.

Krok 2. Wskazanie sposobów radzenia sobie z narastaniem myśli samobójczych, które pacjent może sam zastosować (na przykład oglądanie telewizji, słuchanie muzyki, wyjście na spacer).

Krok 3. Propozycje radzenia sobie przy współudziale innych osób (np. gra w ping-ponga z kolegą lub pójście z mamą na zakupy; należy ustalić listę przynajmniej kilku osób, na wypadek gdyby któraś była niedostępna).

Krok 4. Zwrócenie się do bliskich o pomoc w obecnym kryzysie (określenie konkretnie do kogo i w jaki sposób).

Krok 5. Zwrócenie się o pomoc do profesjonalistów (konkretnie gdzie, do kogo i w jaki sposób; należy sporządzić listę telefonów i kontaktów).

Rodzice

Szczegółowe omówienie sygnałów ostrzegawczych świadczących o pogorszeniu stanu psychicznego dziecka.

Ustalenie, w jaki sposób będą uczestniczyć w planie bezpieczeństwa.

Uzgodnienie, kiedy należy zwrócić się po pomoc do profesjonalistów (konkretnie gdzie, do kogo i w jaki sposób; lista telefonów i kontaktów).

Ograniczenie dostępu do niebezpiecznych narzędzi, trzymanie leków rodzinnych w zamkniętej szafce itp.

Z pomocy systemu podstawowej opieki zdrowotnej mogą korzystać dzieci, u których odnotowano:

- a. doświadczenie pojedynczego trudnego wydarzenia życiowego przy braku innych czynników ryzyka depresji
- b. doświadczenie pojedynczego trudnego wydarzenia życiowego, czynniki ryzyka depresji, brak dowodów na występowanie tej choroby i tendencji autoagresywnych u pacjenta
- c. doświadczenie pojedynczego trudnego wydarzenia życiowego, obciążenie rodzinne zaburzeniami nastroju, brak dowodów na występowanie depresji i tendencji autoagresywnych u pacjenta
- d. epizod depresji o nasileniu łagodnym bez zaburzeń współistniejących.

Skierowanie pacjenta do systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest wskazane, gdy u dziecka:

- a. zdiagnozowano depresję i dodatkowo występują obciążenie rodzinne chorobą i/lub inne czynniki ryzyka
- b. stwierdzono epizod depresji łagodny, lecz leczenie w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej w ciągu 1-2 miesięcy nie przyniosło poprawy

- c. występuje epizod depresji umiarkowany lub ciężki albo depresja psychiatryczna
- d. odnotowano kolejny epizod choroby, depresję nawracającą
- e. nastąpił epizod depresyjny w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej
- f. zaobserwowano istotne zaniedbywanie swoich fizycznych potrzeb przez przynajmniej miesiąc, stanowiące zagrożenie dla zdrowia somatycznego
- g. pojawiły się myśli samobójcze
- h. albo gdy taka jest potrzeba pacjenta i/lub rodziców.

Wskazaniami do leczenia szpitalnego są:

- a. poważne ryzyko samookaleczeń i/lub ryzyko samobójstwa
- b. znaczące zaniedbywanie potrzeb fizycznych przez pacjenta
- c. konieczność intensyfikacji leczenia w sposób niemożliwy do zrealizowania w trybie opieki ambulatoryjnej.

Na system psychiatrycznej opieki zdrowotnej składają się: opieka ambulatoryjna, oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego, całodobowe szpitalne oddziały terapeutyczne oraz ostre, zamknięte. W opiekę nad dziećmi i młodzieżą włączają się także różnego rodzaju fundacje i placówki niepubliczne.

W praktyce w Polsce sieć poradni zdrowia psychicznego obejmuje prawie cały kraj, lecz zasoby tego systemu nie są wystarczające, a czas oczekiwania na wizytę bywa kilkumiesięczny. Dostępność do leczenia w oddziałach dziennych jest zróżnicowana w zależności od regionu, generalnie jednak – niewystarczająca. Kluczowym elementem ochrony zdrowia psychicznego jest opieka środowiskowa koordynująca działania różnych systemów (Garland i wsp., 2013; Stephan i wsp., 2007; Vandenbroeck i wsp., 2014), co jednak w Polsce, z wyjątkiem pojedynczych placówek, jest niedostępne. Ze względu na niewydolność opieki pozaszpitalnej oddziały całodobowe są przepełnione i pracują w trudnych warunkach. Należy brać pod uwagę powyższe ograniczenia, planując proces leczenia i przekazania pacjenta pod opiekę specjalisty. Zalecenia podsumowuje Schemat 2.

d. Postępowanie w przypadku myśli samobójczych i zachowań autoagresywnych

Głównym zadaniem pracowników systemu podstawowej opieki zdrowotnej jest ocena zagrożenia dla zdrowia i życia chorego oraz analiza stanu emocjonalnego pacjenta (NICE CG28, NICE CG16). Pomocne w diagnozie narzędzia psychometryczne zostały omówione w dalszej części rozdziału.

W razie stwierdzenia dużego zagrożenia pacjent powinien być skierowany do szpitala. W sytuacji wysokiego ryzyka powtórzenia się niebezpiecznych dla niego zachowań autoagresywnych, należy zapewnić dziecku bezpieczne warunki transportu do miejsca opieki zdrowotnej. W praktyce oznacza to albo wezwanie pogotowia ratunkowego, albo zlecenie rodzicom nadzoru nad młodocianym i bezzwłocznego odwiezienia go do szpitala. W przypadku wielu małoletnich pa-

cientów rodzice są w stanie pełnić funkcję kompetentnych opiekunów. Warto jednak pamiętać, że odpowiedzialność za odstąpienie od wezwania pogotowia ratunkowego ponosi lekarz.

Kolejną możliwością – jeżeli objawy psychopatologiczne są wyraźne, lecz pacjent nie stanowi dla siebie lub otoczenia bezpośredniego zagrożenia – jest skierowanie dziecka do psychiatry w trybie pilnym. Rozwiązanie to (choć logiczne) często trudno zastosować w związku z brakiem wolnych terminów w poradniach zdrowia psychicznego. Niemniej jednak obowiązkiem takiej poradni jest zapewnienie dziecku pilnej konsultacji w sytuacjach nagłych (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Powierzchowne samookaleczenia (np. zadrapania na przedramionach) – bez odnotowania towarzyszących temu myśli i zamiarów samobójczych ani współwystępujących zaburzeń afektywnych lub psychotycznych – zazwyczaj nie są wskazaniem do hospitalizacji. Pacjenta należy skierować planowo do psychologa i/lub psychiatry. Zaś z opiekunami trzeba omówić sposoby udzielenia dziecku wsparcia oraz tryb postępowania w sytuacji pogorszenia stanu psychicznego podopiecznego – włącznie z podaniem danych teleadresowych odpowiednich ośrodków, a także poinformować o możliwościach uzyskania wsparcia przez członków rodziny.

8. PRZYDATNE NARZĘDZIA PRZESIEWOWE

Skala depresji Kutchera dla młodzieży (Kutcher Adolescent Depression Scale)

Skala depresji Kutchera dla młodzieży jest krótką i prostą w użyciu skalą samooceny o potwierdzonej czułości i swoistości (LeBlanc i wsp., 2002). Polska wersja została opracowana w 2015 roku przez prof. Ewę Mojs (Mojs i wsp., 2015). Badanie składa się z sześciu pytań. Za każdą odpowiedź można otrzymać od 0 (prawie nigdy) do 3 (zawsze) punktów. Wskazane jest, aby dziecko lub nastolatek wypełniał kwestionariusz w obecności osoby, która może odpowiedzieć na ewentualne pytania dotyczące skali. Można przyjąć, że wynik równy lub wyższy niż sześć punktów świadczy o ryzyku depresji. Warto zaznaczyć, że punkt odcięcia został określony na podstawie anglojęzycznej wersji badania. Wśród populacji polskiej nie przeprowadzono badań dotyczących trafności określenia punktu odcięcia. Według intencji autorów (prof. S. Kutcher, wersja polska – prof. E. Mojs) opracowany przez nich pomiar depresji może być ogólnie dostępny i powszechnie stosowany.

Tabela 4. Skala depresji Kutchera dla młodzieży (Kutcher Adolescent Depression Scale) (LeBlanc i wsp., 2002; Mojs i wsp., 2015)

Jakie miałeś/miałaś najczęściej odczucia w zeszłym tygodniu?			
1. Smutek, ponury nastrój, przygnębienie, depresję, ogólne zniechęcenie.			
a) prawie nigdy	b) dość często	c) przeważnie	d) zawsze
2. Brak wiary w siebie, złe samopoczucie, poczucie bezużyteczności i beznadziejności; wrażenie, że rozczarowujesz innych lub, że nie jesteś dobrym człowiekiem.			
a) prawie nigdy	b) dość często	c) przeważnie	d) zawsze
3. Wyczerpanie fizyczne, zmęczenie, brak energii, brak motywacji; poczucie, że nie radzisz sobie ze sprawami, które dotąd nie sprawiały ci kłopotów; chęć odpoczynku lub pozostania w łóżku.			
a) prawie nigdy	b) dość często	c) przeważnie	d) zawsze
4. Poczucie, że życie jest ciężkie; brak dobrego samopoczucia w sytuacjach, w których wcześniej zwykle czułeś/ czułaś się dobrze; brak przyjemności w sytuacjach, w których dotąd odczuwałeś/odczuwałaś szczęście.			
a) prawie nigdy	b) dość często	c) przeważnie	d) zawsze
5. Uczucie zmartwienia, zdenerwowania, paniki, napięcia, poirytowania, niepokoju.			
a) prawie nigdy	b) dość często	c) przeważnie	d) zawsze
6. Myśli, plany albo czyny związane z samobójstwem lub samookaleczeniem.			
a) prawie nigdy	b) dość często	c) przeważnie	d) zawsze

Children Depression Inventory CDI 2 – Zestaw kwestionariuszy do diagnozy depresji u dzieci i młodzieży CDI 2 (Kovacs 2016)

Zestaw zawiera kwestionariusze samooceny, także dla nauczycieli i rodziców lub innych opiekunów. Umożliwia ocenę profilu i nasilenia objawów depresyjnych oraz ma zastosowanie jako narzędzie przesiewowe – pozwala odróżnić dzieci i młodzież z zaburzeniami depresyjnymi od osób z innymi problemami. Normy polskie opracowane są dla populacji w wieku od 7 do 18 lat.

Test ten może być stosowany przez psychologów lub przez innych profesjonalistów po przeszkoleniu. Nie jest ogólnie dostępny, można go zakupić w pracowni testów psychologicznych.

Ocena ryzyka samobójstwa

Niezwykle ważnym zagadnieniem powiązanim z depresją, choć dotyczącym również innych zaburzeń psychicznych, jest ocena ryzyka samobójstwa. Wśród licznych narzędzi przesiewowych godna uwagi jest Skala oceny skłonności samobójczych opracowana na Uniwersytecie Columbia (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS). Jej autorzy zapewniają, że jest

przeznaczona dla osób w każdym wieku, natomiast w badaniach walidacyjnych stosowana była u młodzieży powyżej 12 roku życia (Posner i wsp., 2011; Gipson i wsp., 2015).

Wspomniany pomiar oceny ryzyka samobójstwa jest dostępny w kilku wersjach: pełnej i skróconych, zależnie od tego, w jakich okolicznościach i przez kogo ma być wykonany. Wersję anglojęzyczną skali można pobrać ze strony internetowej poświęconej projektowi Columbia Lighthouse (<http://www.cssrs.columbia.edu>). Przed zastosowaniem tego badania wskazane jest skorzystanie z proponowanego przez autorów szkolenia (także opublikowanego na stronie www). Istnieje również polskie tłumaczenie tego narzędzia oraz szkolenia (<http://cssrs.columbia.edu/training/training-options/>).

Skrócona wersja przesiewowa przeznaczona do stosowania w warunkach opieki pierwszego kontaktu zawiera jedynie wybrane pytania i została przedstawiona w Tabeli nr 5 (opracowanie: Barbara Remberk, na podstawie wersji oryginalnej i polskiego tłumaczenia pełnej wersji skali).

Tabela 5. Skala oceny skłonności samobójczych opracowana na Uniwersytecie Columbia (C-SSRS) – dla podstawowej opieki zdrowotnej z wykorzystaniem systemu triage (opracowanie: Barbara Remberk, na podstawie wersji oryginalnej i polskiego tłumaczenia pełnej wersji skali).

Myśli i próby samobójcze	Ostatni miesiąc	
	TAK	NIE
Proszę zadać pytania wytłuszczone i podkreślone		
Proszę zadać pytania 1 i 2		
1. Pragnienie śmierci Respondent/ka potwierdza myśli o tym, że chciałby/chciałaby być martwy/martwa lub chciałby/chciałaby nie żyć lub też, że chciałby/chciałaby zasnąć i już się nie obudzić. <u>Czy pragnął/pragnęła Pan/i nie żyć lub pragnął/pragnęła Pan/i zasnąć i już nigdy się nie obudzić?</u>		
2. Myśli samobójcze Ogólne nieokreślone myśli o chęci zakończenia życia i popełnienia samobójstwa (np. „Myślałem/am o zabiciu się”), bez myśli o sposobie odebrania sobie życia/ związanych z tym metodach, zamiarze lub planie. <u>Czy rzeczywiście myślał/a Pan/i o zabiciu się?</u>		
Jeżeli TAK, proszę zadać pytania 3, 4, 5 i 6. Jeżeli NIE, proszę zadać pytanie 6.		
3. Aktywne myśli samobójcze z uwzględnieniem jakichkolwiek metod, bez planu/zamiaru faktycznego popełnienia samobójstwa Respondent/ka myśli o samobójstwie i w okresie objętym badaniem myślał/a przynajmniej o jednej metodzie. Różni się to od konkretnego planu zawierającego wypracowane szczegóły dotyczące czasu, miejsca lub metody (np. myśli o metodzie zabicia się, ale bez konkretnego planu). Można tu włączyć osobę, która powiedziałaaby: „Myślałem/myślałam o przedawkowaniu tabletek, ale nigdy nie planowałem/planowałam konkretnie, kiedy, gdzie lub jak rzeczywiście to zrobić... i nigdy nie zdołałbym/zdołałabym przez to przejść”. <u>Czy myślał/a Pan/i o tym, jak mógłby/mogłaby Pan/i to zrobić?</u>		

4. Aktywne myśli samobójcze z jakimś zamiarem faktycznego popełnienia samobójstwa, bez konkretnego planu

Aktywne myśli samobójcze o odebraniu sobie życia; respondent/ka potwierdza, że ma w jakimś stopniu zamiar działać zgodnie z tymi myślami, w przeciwieństwie do „Mam takie myśli, ale zdecydowanie nic z nimi nie zrobię”.

Czy miał/a Pan/i takie myśli i miał/a Pan/i zamiar działać zgodnie z nimi?

5. Aktywne myśli samobójcze z konkretnym planem i zamiarem

Myśli o odebraniu sobie życia z całkowicie lub częściowo opracowanym szczegółowym planem. Respondent/ka w jakimś stopniu ma zamiar zrealizować plan.

Czy zaczął/zaczęła Pan/i opracowywać lub opracował/a już Pan/i szczegóły tego, w jaki sposób się zabić? Czy ma Pan/i zamiar zrealizować ten plan?

6. Zachowania samobójcze

Na przykład kupowanie tabletek, zakup broni, rozdawanie rzeczy, pisanie testamentu, listu pożegnalnego, wyjęcie tabletek, lecz bez zażycia żadnej, trzymanie w ręku broni, przy czym respondent/ka zmienił/a zdanie lub broń mu/jej zabrano, wyjście na dach, lecz bez skoku, albo respondent/ka rzeczywiście zażył/a tabletki, próbował/a się zastrzelić, dokonał/a samookaleczeń, próbował/a się powiesić itp.

Czy kiedykolwiek zrobił/a Pan/i coś, zaczął/zaczęła robić coś lub podjął/podjęła przygotowania mające na celu odebranie sobie życia?

Jeżeli TAK, proszę zapytać:

Czy było to w ciągu ostatnich 3 miesięcy?

W ciągu całego życia

--	--

W ciągu ostatnich 3 miesięcy

--	--

Postępowanie (na podstawie ostatniej odpowiedzi TAK)

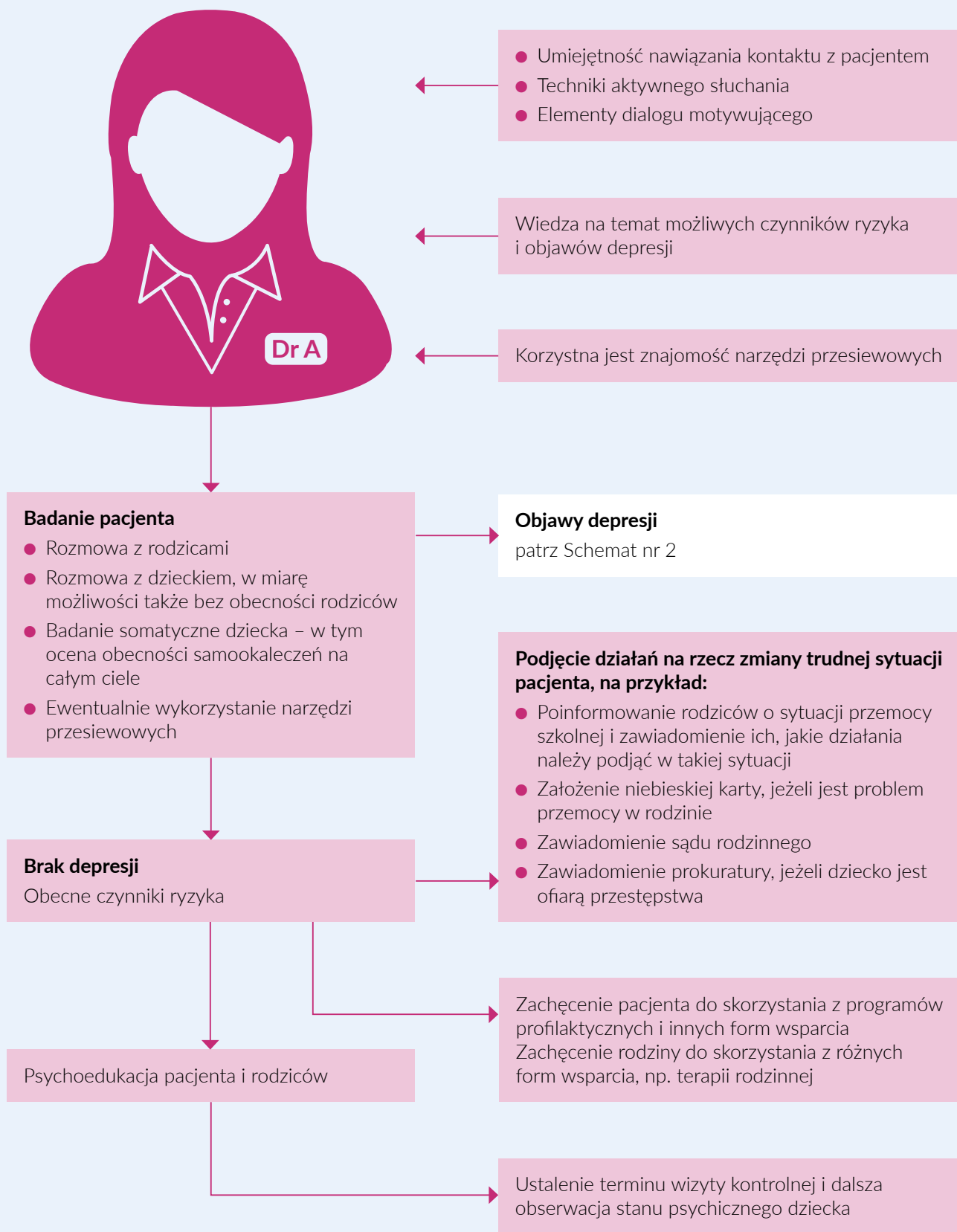
Pytanie 1.	Skierowanie na planową konsultację w zakresie zdrowia psychicznego.
Pytanie 2.	Skierowanie na planową konsultację w zakresie zdrowia psychicznego.
Pytanie 3.	Konsultacja u specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego. Należy rozważyć działania mające na celu zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa do momentu konsultacji.
Pytanie 4.	Konsultacja u specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego. Do momentu konsultacji należy zabezpieczyć pacjenta.
Pytanie 5.	Konsultacja u specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego. Do momentu konsultacji należy zabezpieczyć pacjenta.
Pytanie 6.	Konsultacja u specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego. Należy rozważyć działania mające na celu zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa do momentu konsultacji.
Pytanie 6.	Zachowania samobójcze 3 miesiące temu lub później. Konsultacja u specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego. Do momentu konsultacji należy zabezpieczyć pacjenta.

Zestaw pytań, które należy zadać podczas oceny ryzyka samobójstwa, jest również elementem Narzędzia oceny ryzyka samobójstwa: wersji dla nastolatków (Kutcher i wsp., 2007). W Tabeli 6 przedstawiono polskie tłumaczenie, dostępne na stronie projektu (<http://teenmentalhealth.org>). Badanie to powinno być przeprowadzane przez profesjonalistów. Nie jest narzędziem diagnostycznym i nie zdefiniowano punktów odcięcia związanych z nasileniem ryzyka samobójstwa. Zadaniem tej skali jest uzupełnienie procesu oceny klinicznej pacjenta.

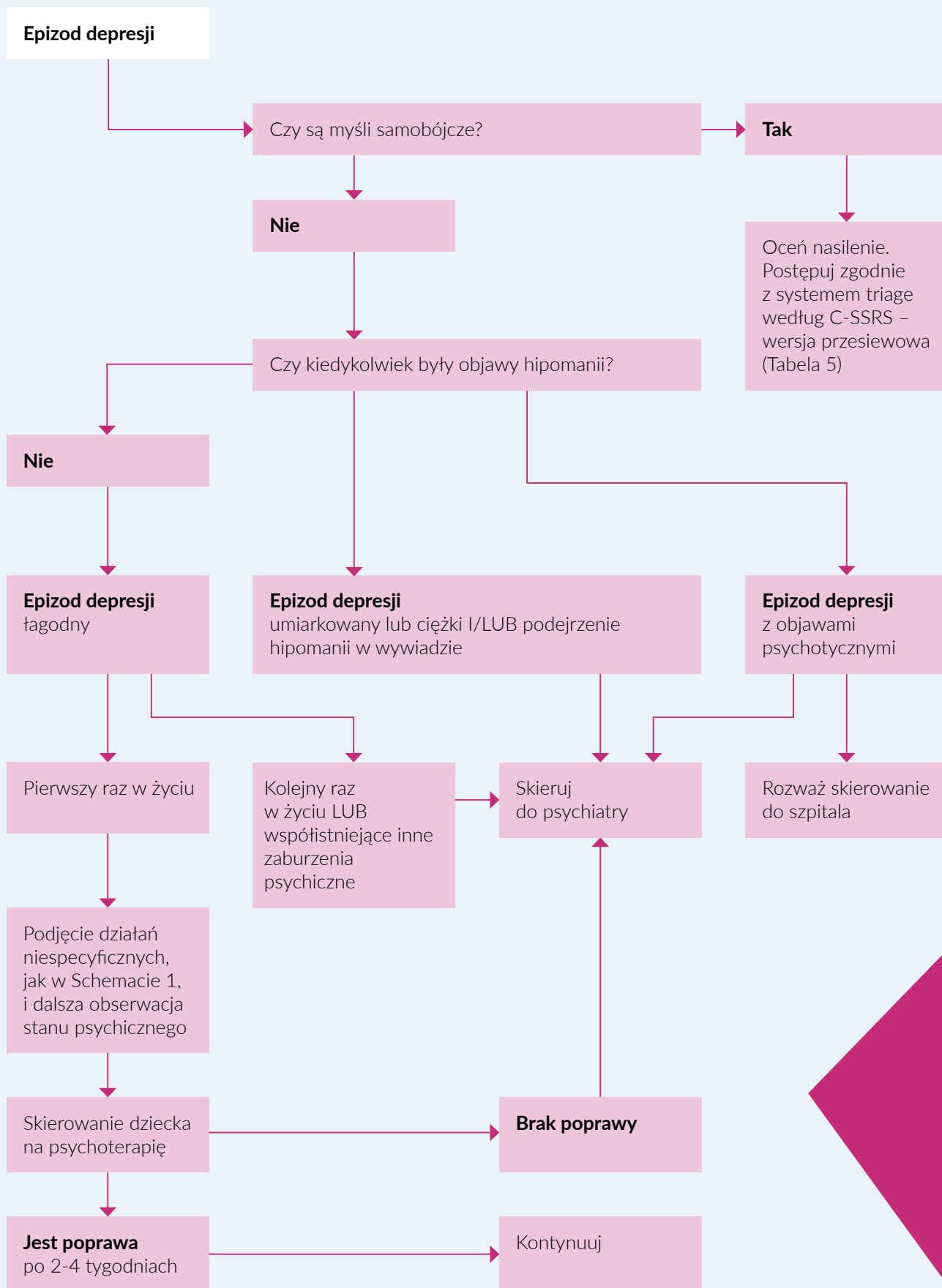
Tabela 6. Narzędzie oceny ryzyka samobójstwa: wersja dla nastolatków (Kutcher i wsp., 2007)

Narzędzie oceny ryzyka samobójstwa: wersja dla nastolatków (Tool for Assessment of Suicide Risk: Adolescent Version, TASR-A)			
Imię i Nazwisko:		Karta pacjenta nr:	
Indywidualny profil ryzyka (proszę zaznaczyć TAK NIE)		TAK	NIE
Mężczyzna		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historia samobójstw w rodzinie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby psychiczne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nadużywanie substancji odurzających		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Słabe wsparcie społeczne/problemowe otoczenie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profil symptomów ryzyka (proszę zaznaczyć TAK NIE)		TAK	NIE
Symptomy depresyjne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptomy psychotyczne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poczucie beznadziejności/bezwartościowości		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anhedonia (brak zdolności odczuwania przyjemności)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gniew/impulsywność		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profil ryzyka z wywiadu (proszę zaznaczyć TAK NIE)		TAK	NIE
Ideacje samobójcze		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zamiar samobójstwa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan samobójstwa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostęp do środków mogących spowodować śmierć		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcześniejsze zachowania samobójcze		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktualne problemy wydają się nierozwiązywalne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halucynacje imperatywne (nakazu) samobójstwa/zabójstwa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedawne zażywanie substancji odurzających		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-punktowa skala KADS, wynik:			
Poziom ryzyka natychmiastowego samobójstwa			
Wysoki		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Średni		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niski		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyspozycja			
Ocena dokonana przez:		Data:	
© Stan Kutcher and Sonia Chehil (2007)			

Schemat 1. Zapobieganie i wczesne wykrywanie depresji w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej



Schemat 2. Postępowanie w przypadku depresji w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej



PIŚMIENNICTWO

Analiza dostępnych metod zapobiegania, rozpoznawania i leczenia depresji w Polsce i na świecie, ze szczególnym uwzględnieniem grup ryzyka – raport. Raport przygotowany przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w ramach „Programu zapobiegania depresji na lata 2016-2020”. Warszawa 2017.

Birmaher B., Arbelaez C., Brent D., *Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2002, 11 (3), 619–637.

Birmaher B., Brent D., AACAP Workgroup on Quality Issues, Bernet W., Bukstein O., Walter H., Benson R.S., Chrisman A., Farchione T., Greenhill L., Hamilton J., Keable H., Kinlan J., Schoettle U., Stock S., Ptakowski K.K., Medicus J., *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007, Nov, 46(11):1503-26.

Bomba J., Namysłowska I., Orwid M., *Zaburzenia zachowania i emocji zaczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym* [w:] Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red), Psychiatria. Urban & Partner, Wrocław 2002.

Bomba J., *Depresja młodzieńcza* [w:] Namysłowska I. (red.), Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

Garland A.F., Haine-Schlagel R., Brookman-Frazee L., Baker-Ericzen M., Trask E., Fawley-King K., *Improving community-based mental health care for children: translating knowledge into action*. Adm Policy Ment Health, 2013, Jan, 40(1):6-22.doi: 10.1007/s10488-012-0450-8.

Gipson P.Y., Agarwala P., Opperman K.J., Horwitz A., King C.A., *Columbia-suicideseverity rating scale: predictive validity with adolescent psychiatric emergency patients*. Pediatr Emerg Care, 2015, Feb, 31(2):88-94. doi:10.1097/PEC.000000000000022.

Kalinowska S., Nitsch K., Duda P., Trzeźniowska-Drukąta B., Samochowiec J., *Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia*. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Szczecin 2013.

Kępiński A., *Melancholia*. PZWL, Warszawa 1974.

Kovacs M., *Children Depression Inventory-2*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2016.

Kutcher S., Chehil S., *Tool for Assessment of Suicide Risk: Adolescent Version*. <http://teenmentalhealth.org>.

Lee S., Kim C.J., Kim D.H., *A meta-analysis of the effect of school-based anti-bullying programs*. J Child HealthCare, 2015, Jun, 19(2):136-53. doi:10.1177/1367493513503581.

LeBlanc J.C., Almudevar A., Brooks S.J., Kutcher S., *Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory*. J. Child Adolesc. Psychopharmacol, 2002, 12:113-126.

Mental Health Promotion in Young People-an Investment for the future. World Health Organization, 2010.

Merikangas K.M., Nakamura E.F., Kessler R.C., *Epidemiology of mental disorders in children and adolescents*. Dialogues Clin Neurosci, 2009, Mar, 11(1):7-20.

Mojs E., Bartkowska W., Kaczmarek Ł.D., Ziarko M., Bujacz A., Warchoń-Biedermann K., *Właściwości psychometryczne polskiej wersji skróconej Skali Depresji Kutchera dla Młodzieży (Kutcher Adolescent Depression Scale) – pomiar depresji w grupie studentów*. Psychiatr. Pol, 2015, 49(1):135-144.

Morgan A., Jorm A., *Awareness of beyondblue: the national depression initiative in Australian young people*. Australas Psychiatry, 2007, Aug, 15(4):329-33.

National Institute of Health and Care Excellence, Guideline CG28, 2015.

National Institute of Health and Care Excellence, Guideline CG16, 2004.

Policy paper on the health and well-being of young people. Jouth Forum Jeunesse, Rotterdam 2008.

Posner K., Brown G.K., Stanley B., Brent D.A., Yershova K.V., Oquendo M.A., Currier G.W., Melvin G.A., Greenhill L., Shen S., Mann J.J., *The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults*. Am J Psychiatry, 2011, Dec, 168(12):1266-77.doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704.

Richardson L.P., Katzenellenbogen R., *Childhood and adolescent depression: the role of primary care providers in diagnosis and treatment*. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 2005, 35 (1), 6-24.

Stephan S.H., Weist M., Kataoka S., Adelsheim S., Mills C., *Transformation of children's mental health services: the role of school mental health*. Psychiatr Serv. 2007, Oct, 58(10):1330-8.

Szymańska J., *Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2016.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135.

Vandenbroeck P., Dechenne R., Becher K., Eyssen M., Van den Heede K., *Recommendations for the organization of mental health services for children and adolescents in Belgium: use of the soft systems methodology*. Health Policy, 2014, Feb, 114(2-3):263-8.

Zespół ds. aktywnej polityki w sprawie psychiatrii dzieci i młodzieży przy Rzeczniku Praw Dziecka, Sesja *Psychiatria Dzieci i Młodzieży*, I Kongres Zdrowia Psychicznego, Warszawa 2017.

Zuckerbrot R.A., Cheung A.H., Jensen P.S., Stein R.E., Laraque D., GLAD-PC Steering Group, Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. *Identification, assessment, and initial management*. *Pediatrics*, 2007, Nov, 120(5):e1299-312.