

SPECIFICKÉ ASPEKTY DEPRESIVNÍCH PORUCH V DĚTSKÉM A ADOLESCENTNÍM VĚKU

MUDr. Ivo Paclt, CSc.

Psychiatrická klinika, I. LF UK, Praha

Depresivní syndrom u dětí zůstává často neodhalen vzhledem k tomu, že se na tuto možnost nepomýšlí (19, 21), nebo nebyla použita adekvátní diagnostická kritéria (12, 27, 28, 29). Naše předchozí zkušenosti ukázaly, že užití škály Kovacsově (sebeuposuzovací dotazník) přináší možnost podchycení depresivní symptomatiky, sebevražedných tendencí a dalších faktorů závažného rizikového chování i v případě, že lékař není odborníkem v psychologicko-psychiatrických oborech (7, 11). Obtížnost identifikace depresivních příznaků u dětí a dospívajících je zapříčiněna komplikovanými projevy psychopatologie, které nelze odvodit ani od běžné sociální zkušenosti, ani z psychopatologie dospělých. Depresivní porucha u dětí a adolescentů úzce souvisí s depresivní patologií v rodině a s rodinným prostředím vůbec. Sdělení podává přehled uvedené problematiky, zabývá se také prognózou depresivních poruch v dětství a adolescenci, uvádí příslušná diagnostická kritéria použitelná v dětském věku. V závěru článku pak demonstrujeme souvislosti mezi rizikovými faktory suicidálního chování dětí a adolescentů ve vztahu k dalším faktorům, které ovlivňují adaptaci dětí a mládeže (poruchy chování, abúzus alkoholu a návykových látek).
Klíčová slova: deprese u dětí a adolescentů, diagnóza, genetika, rodinná patologie, životní události, komorbidita, suicidalita, identifikace, škálování.

SPECIFIC ASPECTS OF DEPRESSIVE DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

The depressive syndrome in children often remains undetected because this possibility is frequently omitted (19, 21) or proper diagnostic criteria are not applied (12, 27, 28, 29). Our previous experience has shown that with the use of Kovacs scale (a self-assessing questionnaire) it is possible to identify depressive symptoms, suicidal inclinations and other signs of serious risky behavior, even if a physician is not a specialist in psychology or psychiatry (7, 11). Difficulties in the identification of depressive symptoms in children and adolescents are caused by very complicated psychopathologic features and neither common social experience nor experience from psychopathology of adults can help in this identification. The depressive disorder in children and adolescents correlates significantly with the depressive psychopathology in a family and home circumstances in general. The article offers a survey of the given problem and deals with the prognosis of depressive disorders of childhood and youth. It also provides proper diagnostic criteria which may be applied to children. At the end of the article the author discusses the relationship between suicidal behavior in children and adolescents and other factors influencing the adaptation of children and youth (behavioral disturbances, abuse of alcohol and drugs).

Key words: depression in children and adolescents, diagnosis, genetics, family pathology, life events, comorbidities, suicide rates, identification, scaling.

Výskyt depresivních poruch v dětském věku byl zpochybnován ještě v letech 1960–1965 (25, 40, 47). Depresivní poruchy v dětském věku se vyskytují u dětí v 1–2 %, u adolescentů ve 3–4 % (19), dystymie se vyskytuje u dětí v 1 % a u dospívajících ve 2–8 % (21). Nespecifikované depresivní syndromy se vyskytují u 5 % předškolních dětí, u 6 % dětí I. stupně základní školy a u 9 % dětí ze škol II. stupně.

Poznatky vývojové psychologie ukazují, že dítě je schopno rozpoznávat správné emoční determinanty již od 2–3 let, tedy podstatně dříve, než se dosud předpokládalo (34, 42). Od 3–4 let ovládá dítě základní normy chování, v 6–8 letech je již řada dětí schopna introspektivního poznání. Po 5. roce se objevuje pojem osobní zodpovědnosti, mezi 4.–6. rokem se diferencují první sebehodnotící výrazy, mohou se objevit pocity bezmoci, beznaděje, ztráty sebedůvěry, pocity viny a hanby, které jsou charakteristické pro deprese, tak jak ji chápeme v psychiatrii dospělých (23, 29, 30, 36). Výskyt deprese v dětském věku se mění s věkem. U dětí do 12 let se deprese vyskytuje u chlapců stejně často jako u dívek. Mezi 12–17 lety je depresivní porucha častější u dívek v poměru 2:1 (21). *Není dosud zřejmé, proč začátek afektivních poruch je diagnostikován u dětí a adolescentů stále časněji (15, 33).*

Thapar et al. (44) sledovali výskyt deprese a anxiety u 411 párů jednovaječných dvojčat a zjistili heritabilitu pro deprese 0,79 a pro anxiety 0,59. *Riziko depresivních poruch u dětí rodičů trpících afektivními poruchami kolísá mezi 9 a 47 %, průměr je 25 %. U dětí zdravých osob z kontrolní skupiny se deprese vyskytuje od 0–24 %, průměr je 7 % (44). Trpěli rodiče úzkostnou poruchou, pohybuje se výskyt depresivního syndromu u jejich dětí od 12–48 % (45). U rodičů trpících jinou duševní poruchou byl počet depresivních dětí dokonce nižší než u skupiny rodičů zdravých (4–17 %, průměr 5 %). Bipolární porucha vykazuje rodinný výskyt. U příbuzných dětských a adolescentních pacientů s bipolární poruchou I. stupně je výskyt bipolárních poruch 15 % (39). Dystymie je u dětských pacientů s afektivními poruchami asi 7násobně častější než v běžné populaci (10). *Souhrnně lze říci, že výskyt deprese u dětí depresivních rodičů je 3–4 násobně vyšší než v běžné populaci. Mezi dětmi afektivně nemocných rodičů je ve srovnání s dětmi zdravých rodičů kontrolní skupiny vyšší výskyt neafektivních psychických poruch. Raný počátek depresivní poruchy do 20 let je spojen s dvojnásobně vyšším rizikem afektivní poruchy u příbuzných oproti probandům s pozdějším nástupem choroby. Weissmanová (46) ve svém výzkumu uvádí, že děti a dospívající**

ve věku od 6–23 let, kteří se narodili depresivním rodičům s počátkem choroby před 20. rokem, jsou vystaveni 1,5–1,7× vyššímu riziku deprese oproti dětem depresivních rodičů s pozdějším nástupem choroby a dokonce až 14 násobně zvýšenému riziku prepubertálního nástupu deprese. Vzájemná podmíněnost depresivních poruch není však zapříčiněna pouze geneticky.

Vlivy genetické a vlivy rodinného prostředí se vzájemně potencují (26, 38). *Temperament dítěte je považován za dědičný, přinejmenším mírná dědičnost se projevuje v takových rysech, jako je úroveň aktivity, útlum chování, projevená nesmělost či vyjadřování negativních emocí, zatímco projevy pozitivních emocí bývají více podmíněné okolím. Pokud se rodiče chovají k dítěti negativně, dítě se naučí vyhýbat se vyjadřování svých potřeb. Později se může začít vyhýbat blízkým vztahům všeobecně. Souvislost s pozdějším rozvojem depresivní poruchy u části těchto dětí je zřejmá (16). Velice důležitá je otázka kognitivního stylu. Depresivní jedinci, jak děti, tak dospělí, popisují negativní události a jevy jako stabilní, integrální součást vlastního života, a to jen přispívá k pocitům bezmoci, beznaděje, eventuálně potencuje depresivní prožívání (2). Děti a dospívající jsou vystaveni nežádoucím stresogenním životním událostem stejně jako dospělí a je prokázáno, že ty děti, které byly jimi ovlivněny, mají statisticky významně zvýšené riziko nejen deprese, ale i dalších typů psychopatologie (8). Souhrnně lze konstatovat, že zhruba 50 % depresivních epizod u dětí a mladých lidí prokazatelně souvisí s nežádoucí životní událostí (8). Zdá se, že nástup deprese u dospělých bývá nejčastěji spjat s takovými událostmi, jejichž dopad je vnímán jako osobní neúspěch, nikoli selhání někoho jiného (3). Naproti tomu na děti a adolescenty působí negativní události stejně, ať je považují za své osobní selhání nebo ne (9). Z uvedeného je zřejmé, že diagnostický zájem lékaře musí být zaměřen nejen k dítěti, ale také k jeho rodičům.*

Projevy depresivního syndromu v dětském a adolescentním věku se vyznačují některými odlišnostmi od symptomatiky depresí dospělých (1, 27, 28, 31, 37). Často se hovoří o maskované depresi. Objevují se symptomy jako hyperaktivita nebo naopak nápadný útlum, zhoršení v učení či chování, negativismus, četné somatické příznaky jako např. noční pomočování, bolesti hlavy, ranní zvracení, bolesti na hrudníku, únavnost. Velmi časté jsou úzkosti a fobie. Problémy v chování (poruchy chování) a úzkostnost (fobie, separační úzkost) jsou nejčastější u dětí, méně časté u adolescentů a statisticky nejméně významné u dospělých. Nejčastějším jevem je, že depresivní syndrom u dítěte zůstává neodhalen vzhledem k tomu, že se na tuto možnost nepomýšlí, nebo nebyla použita adekvátní diagnostická kritéria (27, 28, 29).

Clusterová analýza depresivního syndromu je založena na diagnostickém algoritmu Kiddie-SADS, který je modifikován pro dětský a adolescentní věk ze Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (43) co je validní pro děti ve věku od 6–11 let, zahrnuje jak problematiku depresí, tak i poruch chování, částečně i anxiety. Tato clusterová analýza diferencuje dvě výrazné skupiny depresivních syndromů u dětí a adolescentů, a to depresi útlumovou a kognitivní.

Deprese útlumová

- depresivní nálada
- anhedonie
- únavnost
- snížená psychomotorická aktivita.

Deprese kognitivní

- depresivní nálada
- pocity viny
- beznaděj
- podrážděnost
- suicidální úvahy.

Pro diagnózu středně těžké deprese jsou vždy nutné čtyři příznaky na binární škále ano-ne a u výrazného depresivního syndromu 5 ze 13 níže uvedených příznaků:

- dysforická či depresivní nálada
- anhedonie
- pocit, že je subjekt nemilován
- pláč
- ztráta nebo úbytek energie
- ztráta nebo úbytek zájmů
- ztráta nebo úbytek chuti k jídlu
- nedostatečná koncentrace
- pocit prázdnoty
- depersonalizace
- myšlenky na sebevraždu
- depresivní myšlenky
- pocit beznaděje.

Z dotazníkových vyšetření se jako optimální jeví užití škály Kovacové, která byla validizována na americké a západoevropské populaci (5, 18, 31).

Komorbidita: Třetina depresivních chlapců trpí zároveň poruchami chování, 50 % dětí a adolescentů trpících afektivními poruchami spadá zároveň i pod jiné diagnózy. Z nich se nejčastěji objevuje anxiózní porucha (40 %), ADHD (25 %) a poruchy příjmu potravy (11 %).

Konvin (17) dokonce uvádí, že samotná deprese se objevuje u pouhých 11 % depresivních pacientů. Pokud má dětský či adolescentní pacient jiné nedeprativní příznaky, bývá deprese často přehlédnuta. U dětí a adolescentů, na rozdíl od dospělých, často chybí váhový pokles v průběhu depresivní poruchy. Často chybí rovněž i denní kolísání nálady. Psychomotorická retardace je přítomná, avšak je většinou podstatně méně výrazná. *Časné poruchy usínání jsou časté, terminální insomnie chybí nebo je nezřetelná, somatické příznaky jsou často dominantní, zejména u mladších dětí (17, 41).* Nosografická jednotka depresivní poruchy dle MKN 10, DSMIII, DSMIV musí být charakterizována dle Carlssona a Cantvela (4) na základě popisu environmentálních vlivů významných z hlediska depresivního syndromu, rodinné a osobní anamnézy a biologických faktorů, eventuálně i na základě odpovědi na specifickou léčbu. Z toho je zřejmé, že jako nezbytné se jeví doplnění diagnostických dovedností a možností praktického lékaře pro děti a dorost formou postgraduálního vzdělávání. Tento postup se osvědčil nejen v zahraničí, ale také v našich podmínkách u praktických lékařů pro dospělé (13, 14). Ja-

ko optimální se jeví vedle obvyklých forem doškolení (přednášky, demonstrace pacientů) také forma tištěného manuálu (13) a výuka užití vhodných posuzovacích škál, jak se osvědčilo již dříve (13, 14).

Průměrně trvá neléčená depresivní epizoda v dětském a adolescentním věku 79 měsíců (18). Spontánně po 1,5-2 letech se upravuje 90 % depresivních epizod, 10 % depresivních poruch u dětí je protrahovaných. U 40 % dětí a adolescentů se objeví další depresivní fáze do 2 let, u 70 % do 5 let a u 70 % depresivních poruch se objeví další fáze v dospělosti. Uvedené údaje ilustrují závažnost poruchy a důležitost včasné detekce. Užití léků typu selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) představuje účinnou léčbu ověřenou dvojité slepými kontrolovanými studii u dětí a adolescentů příslušného věku (31). Riziko rekurence je potencováno konfliktním rodinným prostředím. Riziko rozvoje bipolární poruchy je výrazně zvýšeno. *Prospektivní studie prokázaly, že 20-40 % dětí a adolescentů s periodickou depresivní poruchou prožije do 5 let epizodu bipolární poruchy (6).* Toto riziko je zvýšeno časným začátkem, nápadnou psychomotorickou retardací, psychotickými symptomy, rodinou anamnézou bipolární poruchy a farmakologicky indukovanou hypománií (6). *Je důležité poznamenat, že bipolární porucha, její manická či hypomanická fáze, je u dětí a adolescentů relativně často zaměněna za poruchy chování (20, 25, 26).* Depresivní poruchy u dětí a adolescentů *obecně vedou často k symptomatickému abúzu alkoholu a drog, který může mít rekurentní průběh.* Rekurentní depresivní poruchy zhoršují prognózu sociální adaptace velmi nápadně ve srovnání s dětmi a adolescenty, kteří prožili pouze jednu depresivní fázi. To ukazuje na nezbytnost farmakologické a psychoterapeutické léčby u dětí a adolescentů, resp. na význam léčby

profylaktické (11, 26, 35). Vhodná antidepresivní léčba u symptomatického abúzu alkoholu nebo drog může mít u adolescentů rozhodující význam.

Sebevražedné pokusy se vyskytují u 7,1 % adolescentů. Predisponující faktory pro suicidální aktivitu (22, 32) u adolescentů jsou vedle deprese a anxiety abúzus drog a alkoholu, osobnostní poruchy, poruchy chování, výskyt sebevražedných pokusů v rodině, rodinné násilí a projevy impulzivní jako součást osobnostní patologie. **Riziko sebevražedného jednání je u depresivních subjektů 30 krát vyšší než v běžné populaci. Sebevražedné jednání má zejména u adolescentů velmi závažný charakter a je jednou ze tří nejčastějších příčin úmrtí v tomto věkovém období (24). Primární a sekundární prevence sebevražedného chování a jednání u svých pacientů je jedním ze základních úkolů každého lékaře.**

Tabulky 1 a 2 shrnují nejdůležitější výsledky z naší předchozí studie (7). U 296 probandů běžné populace ve věku 13-15 let jsme zjistili dotazníkem Kovacsové vážné suicidální tendence u 3,2 % chlapců a u 1,4 % dívek. U těchto probandů byly zjištěny korelace s otázkami z baterie Mládež a návykové látky.

Z výsledků je zřejmé, že byla zjištěna úzká korelace mezi vážnými suicidálními tendencemi a výraznou rodinnou patologií, zejména pokud jde o vztah k matce a kvalitu rodinné emoční atmosféry. Dále pak také mezi vážnými suicidálními tendencemi a abúzem alkoholu a drog u mladších adolescentů.

Závěr

Závěrem lze konstatovat, že depresivní poruchy v dětství a adolescenci představují závažný lékařský a sociální problém. Nízká úspěšnost diagnostiky je dána některými specifickými obtížemi v identifikaci depresivního syndro-

Tabulka 1. Odpovědi na otázku č. 9 CDI (škála Kovacsové)

Odpověď	Chlapci		Dívky		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
1. Nemyslím na to, že bych se zabil(a).	108	68,8	87	62,6	195	65,9
2. Přemýšlím o tom, že bych se zabil(a), ale neudělal(a) bych to.	42	26,8	48	34,5	90	30,4
3. Chci se zabít.	5	3,2	2	1,4	7	2,4
Neodpověděli	2	1,3	2	1,4	4	1,4
Celkem	157	100 %	139	100 %	296	100 %

Tabulka 2. Otázky z baterie dotazníků „Mládež a návykové látky“, korelace k otázce č. 9 dotazníku CDI Kovacsové (statisticky významné korelace jsou vytištěny tučně)

Otázky	P – level	R
8. Zařazení se do skupiny podle intenzity kouření tabáku	0,0032	0,1726
9. Kvantifikace vykouřených cigaret za den, resp. týden	0,0007	0,1989
15. b. Kolikrát za poslední rok se vyskytla nevolnost a zvracení jako následek pití alkoholu	0,0006	0,2081
15. d. Kolikrát za poslední rok se vyskytl výpadek paměti jako následek pití alkoholu	0,0004	0,2149
16. a. Počet zkušeností s hašišem či marihuanou	0,0100	0,1513
16. e. Počet zkušeností s LSD nebo jiným halucinogenem	0,0015	0,1874
16. g. Počet zkušeností s kombinací alkoholu s léky	0,0032	0,1745
26. Nedostatek pocitu vzájemné důvěry, vstřícnosti a pochopení v rodině	0,0003	0,2128
27. Narušený vztah k matce	0,0000	0,2762
27. Narušený vztah k otci	0,0013	0,1899

mu, včasná léčba depresi je stejně významná u dětí, adolescentů a dospělých. Do dospělosti přechází 70 % depresivních poruch dětského a adolescentního věku. Komorbidita poruch chování a impulzivitu zvyšuje riziko suicidálního chování v tomto věku, které je u depresivních jedinců vždy vysoké. Zlepšení diagnostiky depresivních poruch v dět-

ství a adolescenci může být dosaženo nejen rozšiřováním znalostí psychopatologie u psychiatrů i ostatních lékařů, ale také používáním jednoduchých sebesposuzovacích dotazníků, ke kterým patří například dotazník Kvacsové.

*Práce vznikla s podporou výzkumného záměru
MSM 111100001.*

Literatura

- Barden, R. C., Zelko, F. A., Duncan, S. W., Masters, J. C. (1980): Children's consensual knowledge about the experimental determinants of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 368-376.
- Bowlby, J. (1980): Attachment and loss, Vol. 111: Loss, sadness and depressions. Basic Books, New York.
- Brown, G. W., Adler, Z., Bifulco, A. (1988): Life events, difficulties and recovery from chronic depression. *British Journal of Psychiatry*, 152, 487-498.
- Carlson, G. A. & Cantwell D. P. (1980): A survey of depressive symptoms and disorder in a child psychiatric population. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 21, 19-25.
- Filip, V., Sikora, J., Maršálek, M., Jirák, R., Paclt, I. (1997): Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic. Praha, Psychiatrické centrum, 75 pp.
- Geller, B., Fox, L.W., Clark, K.A. (1994): Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow-up of 6 - to 12year-old depressed children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 461-168.
- Gláslová, K., Paclt, I., Morcinek, T., Šedivá, S., Heller, J. (2000): Rizika rozvoje drogové závislosti, poruch chování a depresivní symptomatika adolescentní populace ve věku 13-15 let. In: *Psychiatrie pro XXI. století*. Raboch, J., Zrzavecká, I., Uhrová, T., Galén. 34 s. (abstr.).
- Goodyer, I.M., Germany E., Gowrusankur, J. & Altham, P. M. E. (1991): Social influences on the course of anxious and depressive disorders in course-age children. *British Journal of Psychiatry*, 158, 676-684.
- Goodyer, I.M., Wright, C., Altham, P.M.E. (1990): Recent friendships in anxious and depressed school age children. *British Journal of Psychiatry*, 156, 689-698.
- Hammen, C., Burge D., Bumej, E., Adrian, C. (1990): Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1112-1117.
- Hellerová, P., Paclt, I., Heller, J., Czemy, L., Glasková, K. (1999): Pilotní studie rizikového chování starších školních dětí rodičů závislých alkoholu a nealkoholových drogách. *Neurobiologie duševních poruch*, Galén, 67-68.
- Heneghan, A. M., Silver, E. J., Bauman, L.J., Stein, R.E.K. (2000): Do Pediatricians Recognize Mothers With Depressive Symptoms? *Pediatrics*, 106, 6, 1367-1374.
- Kebza, V., Paclt, I. (1999): Strukturovaný vyšetřovací a intervenční postup depresivních poruch v primární lékařské péči: detekce, diagnóza a léčba, SZÚ, Praha, 70 s.
- Kebza, V., Paclt, I. (1997-2000): Screening, terapie a prevence deprese, Závěrečná zpráva projektu podpory zdraví.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M. (1989): Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association*, 261, 2229-2235.
- Kobak, R., Seery, A. (1988): Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representation of self and others. *Child Development*, 59, 135-206.
- Kolvin, I., Barrett, L.M., Bhate, S.R. et al. (1991): Issues in the diagnosis and classification of childhood depression. *British Journal of Psychiatry*, 159 (suppl. II), 9-21.
- Kovacz, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, M.A., Paulauskas, S.L., Finkelshteyn, R., (1984): Depressive disorders in childhood. I. A Longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch Gen Psychiatry* 41: 229-237.
- Lewinsohn, P. M., Ducan, E. M., Stanton, A. K., Hautziner, M. (1986): Age at onset for first unipolar depression I. *Abnorm Psychol*, 95, 378-383.
- Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., Sceley, L. R. (1995): Bipolar disorders in a community sample of older patients: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 454-463.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Sceley J.R., Andrews, L. A. (1993): Adolescent psychopathology I. Prevalence and incidence of depression and other DSM III-R disorders in high school students *J Abnormal Psychol* 102: 133-144.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R. (1936): Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 60-68.
- Moretti, M. M., Higgins, E. T. (1990): The development of self-esteem vulnerabilities. Social and cognitive factors in developmental psychopathology. In: *Competence considered* (ed. R. J. Stemberg and J.Kolligian jr.), Yale University Press, New Haven, LT, 286-314.
- Paclt, I., Florian, J., Hellerová, P., Hamanová, J. (1998): Suicidální chování u dětí a adolescentů. *Česká a Slovenská pediatrie*, 53, 48-52.
- Paclt, I., Florian, J., Malá, E. (1997): Deprese v dětském a adolescentním věku, diagnostika a možnosti léčby. *Remedia*, 7, 213-223.
- Paclt, I., Florian, J., Zvolský, P. (1998): Genetické aspekty poruch chování v dětském a adolescentním věku. *Česká a Slovenská pediatrie. Čs. pediatrie*. 53, 696-701.
- Paclt, I., Florian, J. (1997): Deprese u dětí a dospívajících. *Medica Revue* 4, 17-20.
- Paclt, I., Florian, J. (1997): Deprese u dětí a dospívajících. *Čs. pediatrie*, 52, 206-211.
- Paclt, I., Florian, J. (1999): Diagnostics of depressive disorders in the practice of a general practitioner and of a pediatrician. *Homeostasis* (in press.).
- Paclt, I., Florian, J. (1999): Diagnostika deprese v primární praxi. *Postgraduální medicína*. 48-51.
- Paclt, I., Florian, J. (1998): Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku. *Grada*, s. 400.
- Paclt, I., Florian, J. (1999): Suicidia u dětí a adolescentů. *Postgraduální medicína*. 44-47.
- Paclt, I., Florian, J. (1999): Vývojové aspekty deprese. In *Neurobiologie duševních poruch*, Galén, 1999, 165-168.
- Paclt, I., Pišvejcová, K., Slaviček, J. (1999): Panické poruchy a kardiovaskulární systém. In *Neurobiologie duševních poruch*, Galén, 169-171.
- Paclt, I., Hellerová, P., Florian, J. (1996): Deprese v dětství, dospívání a dospělosti. *Přednáška v rámci doškolení WPA (Světová psychiatrická asociace)*. Praha.
- Paclt, I. (1996): Algoritmy moderní léčby deprese. *Vondráčkův večer, Spolek lékařů českých*, (přednáška).
- Paclt, I. (1998): Úskali psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku. 18. sympozium Duševní zdraví mládeže. Brno, 13.-14. 11., 30 pp (abstr.).
- Plomin, R. (1994), The Emanuel Miller Memorial Lecture. Genetic research and identification of environmental influences. *Child Psychol Psychiatry* 35: 817-834.
- Remschmidt, H. (1998): Bipolar disorders in children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 11, 4: 379-383.
- Rie, H. E. (1966): Depression in childhood. A survey of some pertinent contributions. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 695-707.
- Ryan, N. D., Puig-Antich, J., Ambrosini, P. et al. (1987): The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 44: 441-450.
- Smiley, P., Huttenlocher, J. (1989): Young children's acquisition of emotion concept. In: *Children's understanding of emotion* (ed. C. Saami and P.L. Harris), Cambridge University Press, New York, 27-49.
- Spitzer, T., Endicott, L., Robins, E. (1978): Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35: 773-782.
- Thapar, A., McGuffin, P. (1994): A twin study of depressive symptoms in childhood. *Br. J. Psychiatry* 165: 259-265.
- Weissman, M. M., Gammon, G. D., John, K., et al. (1987): Children of depressed parents: Increased psychopathology and early onset of depression. *Archives of General Psychiatry*, 44: 847-853.
- Weissman, M. M., Wamer, V., Wicktamaratne, P., Prusoff, B. A. (1988): Early-onset major depression in parents and their children. *Journal of Affective Disorders*, 15: 269-278.
- Wolfenstein, M. (1966): How is mourning possible? *Psychoanalytic Study of the Child*, 21: 93-123.