



Názov:

**Diagnostické a terapeutické postupy
s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu
(Psychologická liečba v druhom stupni starostlivosti)**

Autori:

**Martin Polák, MSc
PhDr. Viera Páleníková
doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.
PhDr. Katarína Jandová, PhD.**

Špecializačný odbor:

Klinická psychológia

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

Diagnostické a terapeutické postupy s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu
(Psychologická liečba v druhom stupni starostlivosti)

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0265	25. október 2022	<i>schválený</i>	15. november 2022

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

Martin Polák, MSc; PhDr. Viera Páleníková; doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.; PhDr. Katarína Jandová, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

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

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

Recenzenti

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

Technická a administratívna podpora

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

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

Kľúčové slová

diagnostika, liečba, manažment, nižšia miera intenzity, prevencia, terapia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ANS	Autonómny nervový systém
APA	American Psychological Association (Americká psychologická asociácia)
DSM-5	Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch, 5. vydanie (2013)
DSM-5-TR	Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch, 5. vydanie (revidované, rok 2022)
EBM	Evidence-based medicine (medicína založená na dôkazoch)
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Desenzitizácia a prepracovanie pomocou očných pohybov)
ETVR	Expozičná terapia vo virtuálnej realite
GÚP	Generalizovaná úzkostná porucha
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation (Inštitút pre meranie a určovanie zdravia, Spojené kráľovstvo)
IKBT	Kognitívno-behaviorálna terapia prostredníctvom internetu
IPDT	Psychodynamická terapia prostredníctvom internetu
IPT	Interpersonálna terapia
KBT	Kognitívno-behaviorálna terapia
KPP	Krátkodobá psychodynamická psychoterapia
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10. vydanie (1993)
MKCH-11	Medzinárodná klasifikácia chorôb, 11. vydanie (2022)
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence (Národný inštitút pre zdravie a kvalitnú starostlivosť)
OCD	Obsedatno-kompuzívna porucha
PDSS	Panic disorder severity scale (Škály závažnosti panickej poruchy)
PTSP	Post-traumatická stresová porucha
RCT	Randomized-controlled trial (randomizovaná kontrolovaná štúdia)
SAD	Social anxiety disorder (sociálna fóbia)
ŠPDTP	Štandardný preventívny, diagnostický a terapeutický postup
ÚD I	Úroveň dôkazov typu I (systematický prehľad výsledkov meta-analýz)
ÚD II	Úroveň dôkazov typu II (na základe výsledkov z RCT)

Kompetencie

- Všeobecný lekár pre deti a dorast – prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu odstupňovanú liečbu, manažment liečby.
- Všeobecný lekár pre dospelých – prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu, manažment liečby.
- Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria (psychiater) – psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, podporná psychoterapia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, supervízia. Po absolvovaní vzdelávania

v diagnostických a terapeutických postupoch s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu možnosť príslušnej intervencie.

- d) Lekár bez špecializácie v atestačnej príprave (odbor psychiatria) – psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Povinnosť vykonať minimálne 50 hodín suportívnej psychoterapie pod supervíziou. Po absolvovaní vzdelávania v diagnostických a terapeutických postupoch s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu možnosť príslušnej intervencie.
- e) Lekár s certifikátom pre certifikovanú pracovnú činnosť Psychoterapia pre špecifickú psychoterapiu vychádzajúcu z EBM – diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, lekár so špecializáciou v psychiatrii + s certifikátom pre certifikovanú pracovnú činnosť Psychoterapia.
- f) Psychológ – realizácia psychodiagnostiky, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v diagnostických a terapeutických postupoch s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu možnosť príslušnej intervencie.
- g) Psychológ v špecializačnom odbore klinická psychológia, poradenská psychológia, pracovná a organizačná psychológia s certifikátom pre certifikovanú pracovnú činnosť Psychoterapia v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM – diagnostika, psychodiagnostika, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, psychológ v zdravotníctve špecialista s certifikátom pre certifikovanú pracovnú činnosť Psychoterapia.
- h) Poradenský psychológ – prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v diagnostických a terapeutických postupoch s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu možnosť príslušnej intervencie.
- i) Sestra s vysokoškolským vzdelaním prvého stupňa v odbore ošetrovatelstvo, pôrodná asistencia alebo fyzioterapia, sestra s ukončeným špecializačným štúdiom v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra. Podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po absolvovaní vzdelávania v diagnostických a terapeutických postupoch s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu možnosť príslušnej intervencie.
- j) Liečebný pedagóg – prvotné posúdenie, prevencia, liečebno-pedagogická diagnostika a terapia. Po absolvovaní vzdelávania v diagnostických a terapeutických postupoch s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu možnosť príslušnej intervencie.
- k) Špeciálny pedagóg – prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v diagnostických a terapeutických postupoch s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu možnosť príslušnej intervencie.
- l) Logopéd – prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v diagnostických a terapeutických postupoch s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu možnosť príslušnej intervencie.
- m) Logopéd špecialista – s certifikátom pre certifikovanú pracovnú činnosť Psychoterapia v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM – diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

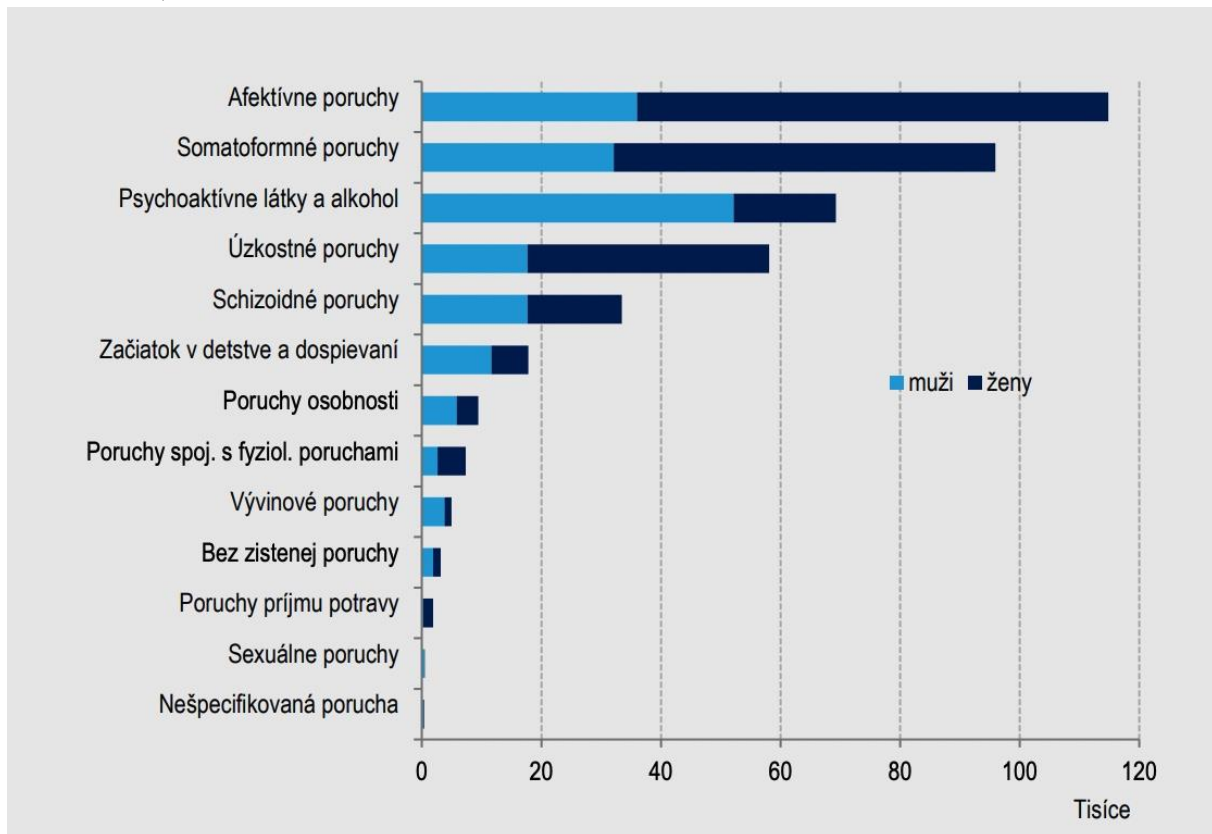
- n) Sociálny pracovník – prvotné posúdenie, prevencia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora. Po absolvovaní vzdelávania v diagnostických a terapeutických postupoch s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu možnosť príslušnej intervencie.

Úvod

Cieľom tohto Štandardného preventívneho, diagnostického a terapeutického postupu (ŠPDTP) je zodpovedať otázku zefektívnenia liečby ľahších foriem psychických porúch. Jeho účelom je tiež poukázať na možnosť zlepšenia dostupnosti a kvality zdravotnej starostlivosti u pacientov trpiacich ľahšími formami psychických porúch. Je určený lekárom so špecializáciou v odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých, všeobecným lekárom pre deti a dorast, klinickým psychológom a poradenským psychológom, lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria, ako aj iným odborníkom v oblasti duševného zdravia a inštitúciám podieľajúcim sa na vzdelávanom a implementačnom procese najnovších liečebných intervencií. Jeho cieľom je pomôcť v prevencii, diagnostike a liečbe ľahších foriem duševných porúch podľa medicíny založenej na vedeckých dôkazoch (evidence-based medicine; EBM), a tým prispieť k zlepšeniu kvality života trpiacich jednotlivcov.

Diagnostické a terapeutické postupy s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu predstavujú medzistupeň medzi *primárnou* a *špecializovanou* starostlivosťou o duševné zdravie. Medzi odborníkov v primárnej starostlivosti o duševné zdravie sa môžu zaradiť všeobecní lekári pre dospelých a všeobecní lekári pre deti a dorast, zdravotné sestry a v špecifických prípadoch napr. aj zdravotnícki asistenti a sociálni pracovníci. K odborníkom poskytujúcim špecializovanú starostlivosť o duševné zdravie spadajú napr. príslušní lekári-špecialisti (najmä v odbore psychiatria a neurológia), psychológovia so špecializáciou Klinická psychológia, a vo väčšine krajín sveta aj psychoterapeuti. Diagnostické a terapeutické postupy s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu sledujú princíp *parsimony*, ktorý je všeobecne platný v medicíne, ako aj v iných vedných odboroch a uprednostňuje čo najjednoduchšie vysvetlenie javu alebo čo najjednoduchšie riešenie problému (Kees, 2007). V kontexte medicíny sa podľa tohto princípu majú použiť čo najjednoduchšie terapeutické zásahy namiesto zásahov komplikovaných, pokiaľ je nimi možné dosiahnuť ekvivalentné terapeutické výsledky (Kelly, 2021). Tieto postupy obsahujú menej priameho kontaktu s pacientom, predstavujú menšiu záťaž pre zdravotné poisťovne a menšie náklady pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Zároveň však zabezpečujú zvýšenie dostupnosti a kvality psychologickéj starostlivosti o ľudí so psychickými poruchami (Clark et al., 2009; NICE, 2011; Seekles et al., 2009). Medzistupeň medzi primárnou a špecializovanou starostlivosťou o duševné zdravie sa ukazuje byť nedostatočne zastúpený v globálnom kontexte (Amaral et al., 2018; dos Santos Treichel, Bakolis, & Onocko-Campos, 2021; Gater et al., 1991; Global Burden of Disease Study, 2016; Kates et al., 2018; WHO, 2017).

Obrázok č. 1 Počet liečených pacientov na duševné poruchy v SR, podľa pohlavia (Zdroj: NCZI, 2017)



Tento dokument sa pritom skôr ako na *najťažšie* alebo *najzávažnejšie* psychické poruchy, zameriava na *najčastejšie* psychické problémy, medzi ktoré patria hlavne depresívne poruchy a úzkostné poruchy. Na Slovensku sa totiž podľa výskumných zistení nachádza minimálne 851 029 obyvateľov, ktorí potrebujú liečbu pre najčastejšie duševné poruchy, pričom v našej populácii jasne dominujú úzkostné a depresívne poruchy. Lieči sa však len 201 241 pacientov (Brazinova, Hasto, Levav, & Pathare, 2019). V praxi to znamená, že v slovenskej populácii existuje 4-násobne vyšší dopyt po poskytovateľoch starostlivosti o duševné zdravie. Zistenia štátnych analytických útvarov ukazujú, že v roku 2017 malo na Slovensku len 669 zdravotníckych ambulancií (448 psychiatrických ambulancií a 221 pracovísk klinickej psychológie) zmluvu so zdravotnými poisťovňami. Znamená to, že len v roku 2017 chýbalo na Slovensku približne 2007 ambulancií, ktoré by zabezpečili trpiacim adekvátnu psychologickú liečbu, čo predstavuje medzeru vo výške 67 % (Analytický útvar MZ, 2017). Absencia poskytovateľov starostlivosti o duševné zdravie sa tiež ukazuje ako mimoriadne problematická, zvlášť mimo väčších miest, a to v oblasti vidieka. Je dôležité zdôrazniť, že tento údaj sa týka len najčastejších psychických porúch v populácii, ktorými sú depresívne a úzkostné poruchy. Pri liečbe vážnych psychiatrických diagnóz, ako napr. schizofrénia, vykazujeme rovnaké výsledky ako zvyšok EÚ (Brazinova, Hasto, Levav, & Pathare, 2019).

Obrázok č. 2 Liečebná medzera vybraných duševných porúch v SR podľa Bražinová et al. (2019)

Disorder	Slovak Republic 2015 ^a % of population treated	EU-27 mean ^a population prevalence rates "Best estimate"% (range)	Estimated treatment gap in the SR ^b % (range)
Affective	2.6	7.8 (0.2–10.1)	67 (0–73.6)
Anxiety	2.2	14.0 (9.2–29.8)	84 (76.3–92.7)
Alcohol dependence	0.65	3.4 (0.0–9.3)	80 (0–88.1)
Schizophrenia	1.4	1.2 (0.2–2.6)	0 (0–44.4)

Existujúce tradičné psychologické intervencie sú takmer výlučne zamerané na intervenčnú liečbu a väčšina pacientov k nim získa prístup až dlhé roky po vzniku ich problémov. Preventívne psychologické služby zamerané na zabránenie nástupu klinických epizód sú dostupné len okrajovo (Brazinova, Hasto, Levav, & Pathare, 2019). Taktiež je pozorovateľná výrazná medzera medzi poznatkami vychádzajúcimi z najnovšieho vedeckého výskumu a praxou. Ukazuje sa, že terapeutické prístupy podporené dôkazmi z vedeckého výskumu nie sú na Slovensku široko dostupné, a aj napriek odporúčaniam etablovaných svetových a európskych zdravotníckych inštitúcií si v našej odbornej spoločnosti stále nezískali významné postavenie. Napriek existujúcim vzdelávacím inštitúciám, ktoré si uvedomujú aktuálny stav a potrebu inovácií v systéme poskytovania starostlivosti o duševné zdravie, na Slovensku stále nie je dostatok odborníkov, ktorí by mohli uspokojiť dopyt populácie po efektívnych psychologických intervenciách pre najčastejšie duševné poruchy (Brazinova, Hasto, Levav, & Pathare, 2019).

Dôsledkom tohto sú, okrem iného, významné ekonomické straty spôsobené dlhodobou práceneschopnosťou (PN), zníženou výkonnosťou v práci, invalidizácia a pretrvávajúce utrpenie v podobe symptómov, ktoré ovplyvňujú tak postihnutých, ako aj ich okolie. Nedostatky tradičného systému poskytovania starostlivosti o duševné zdravie na Slovensku vytvárajú výraznú ekonomickú záťaž. Podľa štátneho analytického inštitútu Útvar hodnoty za peniaze (ÚHP) dosahujú štátne náklady vyplývajúce z dôsledkov psychických ochorení v slovenskej populácii približne 2,1 miliardy EUR ročne, čo za rok 2019 predstavovalo 2,4 percenta hrubého domáceho produktu (HDP). Vo všeobecnosti duševné problémy skracujú život postihnutých obyvateľov na Slovensku v priemere až o sedem a pol roka, pričom jednotlivci so závažnými formami duševných porúch zomierajú v priemere až o 20 rokov skôr (ÚHP, 2020). Je zrejmé, že starostlivosť o ľudí trpiacich duševnými ochoreniami je na Slovensku nedostatočne účinná a málo dostupná.

Prevenia

Potrebu reformy a transformácie systému starostlivosti o duševné zdravie indikujú viaceré všeobecne známe nedostatky a obmedzenia súčasného systému osobnej starostlivosti o duševné zdravie. Starostlivosť o duševné zdravie v SR je naďalej poskytovaná s dôrazom na psychiatrickú liečbu, pričom prevencia a sociálna starostlivosť zostáva absolútne nerozvinutá (Brazinova, Hasto, Levav, & Pathare, 2019). Starostlivosť o duševné zdravie sa

v SR naďalej poskytuje v historickom, dlhodobo zastaralom nastavení. Všetky pokusy o reformu starostlivosti o duševné zdravie, vrátane komplexnej reformy, ktorú navrhla vláda SR v roku 1991, doteraz zlyhali (Hašto et al., 1999).

Do zdravotného systému je málo integrovaná podpora preventívneho správania priamo súvisiaca s duševným zdravím populácie. Súčasťou komplexného preventívneho prístupu je odstupňovaná prevencia, ktorá môže byť rozdelená na:

- 1) primárnu prevenciu – zastavenie problémov duševného zdravia skôr, ako začnú,
- 2) sekundárnu prevenciu – podpora osôb s vyšším rizikom problémov duševného zdravia,
- 3) terciárna prevencia – pomoc ľuďom s problémami duševného zdravia zostať zdravotne zastabilizovaný.

Do primárnej prevencie britský systém NICE (2011) zaraďuje odporúčanie zásad zdravej životosprávy, ako je dostatok odpočinku, spánková hygiena, plánovanie aktivít, telesné cvičenie, udržiavanie sociálnych vzťahov, či vyvážená strava. Na celospoločenskej úrovni je dôležité pomáhať rodičom pri výchove svojich detí; chrániť deti pred traumatizáciou a násilím; vzdelávať mladých ľudí, aby rozumeli svojim emóciám a zvládali ich; podporovať ľudí, ktorí sú vo veľkom strese v práci; prispievať k zníženiu osamelosti starších ľudí; budovať vzťahy a spájanie v komunitách; starostlivosť o ľudí so samovražednými myšlienkami, či pomoc ľuďom zotaviť sa a starať sa o seba (NICE, 2011). Zásady zdravej životosprávy a psychohygieny sa tak týkajú nielen rodín, ale aj vzdelávacích inštitúcií, súkromného sektora a ďalších zložiek občianskej spoločnosti. Mimoriadne dôležitá je edukácia o psychických poruchách a ich destigmatizácia. Túto úlohu môžu veľmi dobre zastávať médiá, pričom sa ukazuje, že potrebnú edukáciu vedia veľmi účinne plniť odborníci z oblasti duševného zdravia (Ahn, Brincks, & Brown, 2014; Colizzi, Lasalvia, & Ruggeri, 2020; Cuijpers et al., 2021).

Špeciálne digitalizované terapeutické postupy s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu majú jednoznačný potenciál zvýšiť prístup k vzdelávacím programom v oblasti duševného zdravia, zvýšiť dosah na nedostatočne podchytené populácie obyvateľov trpiacich duševnými poruchami, a v konečnom dôsledku zmenšiť rozdiely v prístupe k odbornej podpore (čo platí napr. pre populácie žijúce v oblastiach mimo mesta) (Andersson & Titov, 2014; Cuijpers, van Straten, & Andersson, 2008; Lin et al., 2018). Terapeutické postupy s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu zamerané na jednotlivcov s miernymi až stredne závažnými príznakmi tak môžu výrazne pomôcť pri znižovaní nákladov na zdravotnú starostlivosť spojenú s touto problematikou a významne odbremeniť už beztak preťažený systém (ÚHP, 2020). So vznikom takýchto vysoko inovatívnych programov, ktoré sú schopné generovať údaje od pacientov pomocou digitálnych technológií, môže systém starostlivosti o duševné zdravie výrazne urýchliť prechod k zdravotnej starostlivosti založenej na exaktných meraniach a dátach (*measurement-based care*) (Hedman, Ljotsson, & Lindefors, 2012).

Súčasne, práve digitálne psychologické intervencie odstraňujú faktor tzv. sociálnej stigmy spojenej s vyhľadávaním pomoci pri psychických problémoch výhradne prostredníctvom služieb tradičného face-to-face kontaktu. Práve digitálne psychologické intervencie taktiež zabezpečujú všeobecnú dostupnosť, flexibilitu liečebného postupu, výrazne skrátený čas

na začiatok liečby a výrazne znížené náklady spojené s cestovaním do miesta liečby (Andersson & Titov, 2014; Cuijpers, van Straten, & Andersson, 2008).

Vo všeobecnosti tak podpora duševného zdravia obyvateľstva prináša výrazné benefity pre spoločnosť a úspory tým, že:

- (a) znižuje výskyt fyzických ochorení, a tým aj počet odvrátiteľných úmrtí,
- (b) zvyšuje vzdelanosť občianskej spoločnosti,
- (c) zvyšuje zamestnanosť a produktivitu,
- (d) znižuje chudobu,
- (e) znižuje kriminalitu,
- (f) znižuje počet samovrážd,
- (g) znižuje záťaž na rodiny a zvyšuje ich stabilitu (ÚHP, 2020).

Podľa Svetovej banky významne narastá podiel zdravotných problémov v dôsledku duševných porúch, neurologických ochorení a závislostí (Patel et al., 2015). Dopad fyzických ochorení v dôsledku duševných porúch tak tvorí prevažnú časť nákladov v európskom zdravotníctve vo výške 740 mil. EUR (Gustavsson et al., 2019). Pacienti podstupujúci psychoterapiu majú však až 50 % pravdepodobnosť vyliečenia (Layard & Clark, 2015). Prevencia duševných porúch sa tak ukazuje ako kľúčová, a podľa skúseností zo zahraničia by sa aj na Slovensku mala stať neoddeliteľnou súčasťou zdravotníckeho systému.

Pre detailné preštudovanie prevencie depresie odkazujeme na Komplexný psychologický manažment dospelého pacienta s depresívnou poruchou a recidivujúcou depresívnou poruchou (Praško Pavlov, Kotianová, & Kotian, 2021). Pri panickej poruche čitateľ nájde relevantné informácie v Komplexnom psychologickom manažmente adolescentného a dospelého pacienta s panickou poruchou (Šlepecký, Petříková, Šefarová, & Zaťková, 2020). Prevenciu GÚP je možné nájsť v Komplexnom psychologickom manažmente adolescentného a dospelého pacienta s generalizovanou úzkostnou poruchou (Šlepecký, Praško Pavlov, Grendelová, & Jandová, 2020). Prevencia sociálnej fóbie je detailne popísaná v Komplexnom manažmente detského, adolescentného a dospelého pacienta s diagnózou sociálna fóbia (Šlepecký, Praško Pavlov, Breznoščáková, & Jandová, 2020). Tiež odkazujeme na Komplexný manažment dospelého pacienta, dieťaťa od 8. rokov a adolescentného pacienta s obsedantno-kompulzívnou poruchou (Šlepecký et al., 2020), Komplexný psychologický manažment posttraumatickej stresovej poruchy (Šlepecký, Praško Pavlov, Jandová, & Jurišová, 2021), Komplexný psychologický manažment insomnie (Hupková, & Šlepecký, 2021), Komplexný psychiatrický manažment pre špecifické fóbie (Ferenčáková, Kubašovská, Breznoščáková, & Pečeňák, 2020), Komplexný psychologický manažment dospelého pacienta so somatickou poruchou (Lebedová, Chudovská, & Jandová, 2021), Komplexný manažment pacienta so závislosťou od alkoholu (Turček et al., 2021). Pri prevencii závislosti od tabaku odporúčame diagnostický a liečebný postup pre všeobecných praktických lekárov (Kavcová et al., 2007).

Epidemiológia

Podľa dát získaných počas desiatich rokov epidemiologického výskumu psychických porúch na Slovensku je 6-mesačná prevalencia depresie 40,9 % (z toho veľká depresia 12,8 %, malá

depresia 5,1 % a depresívne symptómy 23,0 %), pričom aktuálnou depresiou trpí 22,6 % participantov (Heretik et al., 2003; Novotný et al., 2006).

Medzi študentmi sú nadprahové hodnoty depresie u 35,5 % a úzkosti u 25,5 %. Obe psychické poruchy sa naraz vyskytujú u 6,8 % študentov (Hajduk et al., 2019).

Z vybraných úzkostných porúch je polročná prevalencia generalizovanej úzkostnej poruchy v populácii 4 %, sociálnej fóbie 1,7 % a až 51,6 % obyvateľstva trpí špecifickými fóbiami. Takmer pätina participantov (18,4 %) mala problémový konzum alkoholu (abúzus 7,4 % a závislosť 11,0 %) a 28 % participantov sa označilo za denných fajčiarov. Z konzumentov tabaku je v populácii 28,1 % závislých, z toho 13,4 % sú silne závislí.

Pri odhade prevalencie duševných porúch, ako sú OCD, panická porucha s alebo bez agorafóbie, alebo PTSP, v slovenskej populácii sa z dôvodu absencie národných dát aktuálne musíme odvolávať na zistenia výskumov európskych kolegov. Podľa epidemiologických štúdií sa 12-mesačná prevalencia OCD u obyvateľov Európskej únie pohybuje na úrovni 0,1 – 2,3 %, pri panickej poruche 0,6 – 3,1 %, agorafóbie 0,1 – 3,1 % a pri PTSP 0,6 – 6,7 % (Wittchen et al., 2011). Konzervatívne odhady naznačujú, že špecifické fóbie sú v globálnej populácii zastúpené v rozptyle 1,3 – 3,6 %, kedy vo svetovej populácii trpí nadmerným strachom zo zvierat 3,8 % obyvateľstva, nadmerným strachom z krvi a injekcií 3 %, nadmerným strachom z výšok 2,8 %, nadmerným strachom z vody alebo zlých poveternostných podmienok 2,3 %, nadmerným strachom z uzavretých priestorov 2,2 % a nadmerným strachom z lietania 1,3 % (Wardenaar et al., 2017). Ako výrazne prevalentnejší sa ukazuje strach z rozprávania na verejnosti, ktorým podľa Pull (2012) trpí aspoň raz za život 15 – 30 % svetovej populácie. V slovenskej populácii sa tak špecifické fóbie javia byť vysoko nadpriemerne zastúpené.

Výrazne problematickým sa však javí percento postihnutých jednotlivcov, ktorí sa v SR dostanú k zdravotnej starostlivosti. Brazinova, Hasto, Levav, & Pathare (2019) zistili, že podiel ľudí vo vekovej skupine 15 – 64 rokov, ktorí trpia niektorou zo skúmaných psychiatrických porúch a nepodstupujú liečbu je 67 % u ľudí trpiacimi afektívnymi poruchami, 84 % s úzkostnými poruchami a 80 % s poruchami závislosti od alkoholu. Nakoľko v SR aktuálne neexistuje výskum reflektujúci podiel pacientov nachádzajúcich odbornú pomoc v liečbe špecifických porúch, vychádzame z dát amerického výskumu, kde podľa odhadov iba 8 % populácie vyhľadalo pomoc pri riešení špecifických fóbií (Stinson et al., 2007).

Patofyziológia

Patofyziológia úzkostných porúch, OCD, PTSP a insomnie predpokladá multifaktoriálny podklad pre vznik a udržiavanie symptómov. Od biologických faktorov, kde hrá veľkú rolu dedičnosť, cez výchovu, vplyv životných udalostí, maladaptívneho správania, až po kognitívne a osobnostné faktory, všetky tieto zložky sa podieľajú na vzniku patofyziológie vyššie uvedených porúch. Konkrétnym spoločným biologickým menovateľom je vysoká miera stresovej rezpozivity v podobe nadmerného bazálneho nabudenia (*arousal*) a dysfunkcie autonómneho nervového systému (ANS) (Friedman, 2007). ANS patrí medzi základné regulačné systémy stresovej odpovede, v podobe aktivácie a deaktivácie sympatického

nervového systému (SNS) a parasympatikového nervového systému (PNS), ako aj osi hypotalamus-hypofýza-nadoblička (HPA). Rovnako, výskumy ukazujú, že znížená variabilita srdcovej frekvencie môže prispievať k horšej emocionálnej a kognitívnej sebaregulácii, k nedostatočnej behaviorálnej inhibícii a prítomnosti kognitívnych perseverácií v podobe obáv (Friedman, 2007; Blechert et al., 2007). Tieto faktory dopĺňa zrýchlenie činnosti srdca, čo môže prispievať k zvýšenej aktivite sympatiku, zníženej aktivite parasympatiku, alebo obidvoch týchto zmien (Chalmers et al., 2014; Pole, 2007). Model adaptívnej kalibrácie stresovej rezpozitivity (*adaptive calibration model*; ACM) predstavuje nový pohľad na stresovú odpoveď, ktorý predpokladá, že individuálne rozdiely v stresovej rezpozitive sú výsledkom tzv. podmienovacej adaptácie, čiže schopnosti prispôbovať vývin čo najlepšiemu vyrovnaníu sa s danými podmienkami fyzického a sociálneho prostredia (Del Giudice, Ellis, & Shirtcliff, 2011). Inými slovami, ACM zahrňuje schopnosť organizmu využiť získané informácie zo stresových situácií na adaptáciu vývinových zmien s cieľom maximálnej adaptability a flexibility fyziologických, behaviorálnych, kognitívnych a emočných odpovedí organizmu na podmienky prostredia (Del Giudice, Ellis, & Shirtcliff, 2011). ACM reflektuje poznatky polyvagovej teórie (Porges, 2007), neurobiologického modelu antisociálneho správania (van Goozen, Fairchild, Snoek, & Harold, 2007), teórie starostlivosti a spriatelenia („*tend-and-befriend*“, Taylor et al., 2000), evolučného modelu („*jastrab vs. holubica*“, Korte, Koolhaas, Wingfield, & McEwen, 2005) a teórie alostázy (McEwen & Wingfield, 2003).

Medicínske chápanie depresie vychádza z poznatkov, ktoré medzi hlavné príčiny patofyziológie zaraďujú biologické faktory (dedičnosť, účinky stresu atď.), imunoneuroendokrinné faktory (zmeny aktivity osi hypotalamus – adenohipofýza – kôra nadobličiek) a neurochemické faktory (narušenie synaptického prenosu signálu atď.). Uvedené oblasti sú navzájom prepojené a vzájomne sa ovplyvňujú. Veľká pozornosť je zameraná práve na neurochemické hypotézy afektívnych porúch, umožňujúce pochopenie významu a funkcie základných neurotransmitterových systémov (serotonín, noradrenalín, dopamín), ktorých dysregulácia sa podieľa na vzniku depresívnej poruchy a vysvetľujú mechanizmus účinku antidepresív, ktoré tieto abnormity normalizujú (Bares et al., 2008).

Najznámejším modelom, ktorý sa snaží objasniť vznik porúch príjmu potravy je neurovývinový multifaktoriálny prahový model, ktorý zdôrazňuje spolupôsobenie vývinových faktorov mozgu, raných vzťahov (*attachment* alebo vzťahová väzba) a stresu ako spúšťačov ochorenia počas adolescencie. Kľúčovú úlohu tu zohráva CRH systém a serotonínový (5-HT) systém, ktorý reguluje chuť do jedla a odpoveď na stres. 5-HT systém sa podieľa na náchylnosti k rozvoju následkov hladovania a vzniku ochorenia. Postupne klesá hladina estrogénov, zvyšuje sa hladina kortizolu, a môžu sa objaviť poruchy nálady, depresia. Uvedený model vysvetľuje etiopatogézu anorexie ako maladaptívnu reakciu na stres v adolescencii u geneticky predisponovaných jedincov. Ku vzniku ochorenia tiež prispievajú zmeny počas puberty, keď sa u dievčat mení percento tuku v tele na 17 – 25 % telesnej hmotnosti, hladina estrogénu a aktivita nadobličiek (Connan et al., 2003).

Rovnako poruchy v dôsledku užívania alkoholu a tabaku sa rozvíjajú na genetickom, psychosociálnom a environmentálnom pozadí. Odhaduje sa pritom, že až 40 – 60 % náchylnosti na zneužívanie psychoaktívnych látok sa dá vysvetliť dedičnosťou. Chronické užívanie

psychoaktívnych látok vedie k zmenám neuroadaptácie v mozgu, ktoré s najvyššou pravdepodobnosťou tvoria podstatu závislosti. Súčasný výskum poukazuje na niekoľko patofyziologických mechanizmov, ktoré sa podieľajú na vývoji a udržiavaní závislosti od psychoaktívnych látok, ako je alkohol alebo tabak (Koob, Kandel, Baler, & Volkow, 2015).

Klasifikácia

1) Depresia

Od bežného smútku či rozladenosti sa depresia líši hlavne v tom, že je intenzívnejšia, trvá dlhší čas (aspoň 2 týždne), a bráni adaptácii na životné okolnosti (APA, 2013). Podľa Bares et al. (2008) je základnou črtou depresívnej poruchy patologicky zhoršená nálada, ďalej smútok či strata záujmov alebo potešenia takmer zo všetkých zvyčajných činností a zábav. Táto porucha je v popredí, pretrváva a je spojená s inými príznakmi depresívneho syndrómu, napr. zmenou hmotnosti, poruchou spánku, bolesťami hlavy, psychomotorickým útlmom či agitovanosťou, poruchou vôle, nesústredenosťou, suicidálnou aktivitou, úzkosťou či inými príznakmi.

Pre detailne rozpracovanú klasifikáciu depresívnej poruchy odkazujeme na štandardný postup Komplexný psychologický manažment dospelého pacienta s depresívnou poruchou a recidivujúcou depresívnou poruchou (Praško Pavlov, Kotianová, & Kotian, 2021).

2) Panická porucha

Pre panickú poruchu sú príznačné recidivujúce nápor veľkej úzkosti (paniky), ktoré sa neobmedzujú na nijakú osobitnú situáciu alebo okolnosti, a preto sú nepredvídateľné. Ako pri iných úzkostných poruchách sú hlavné príznaky: náhly začiatok palpitácií, bolesť na hrudníku, pocity dusenia, ošial' a pocit neskutočnosti (depersonalizácia alebo derealizácia). Častý je aj sekundárny strach zo smrti, zo straty sebaovládania alebo zo zošalenia. Panická porucha sa nemá uvádzať ako hlavná diagnóza, ak v čase vzniku záchvatu má pacient depresívnu poruchu, lebo vtedy sú panické ataky pravdepodobne sekundárne pri depresii (MKCH-10, 1993).

Pre detailne rozpracovanú klasifikáciu panickej poruchy odkazujeme na štandardný postup Komplexný psychologický manažment adolescentného a dospelého pacienta s panickou poruchou (Šlepecký, Petříková, Šefárová, & Zaťková, 2020).

3) Generalizovaná úzkostná porucha

Diagnostické kritériá pre generalizovanú úzkostnú poruchu podľa DSM-5 (APA, 2013):

- A.** Nadmerná úzkosť a strach (očakávané obavy) z každodenných aktivít a udalostí (pracovné, školské), vyskytujúce sa väčšinu dňa v priebehu obdobia aspoň 6 mesiacov.
- B.** Pre jedinca je veľmi ťažké tieto obavy ovládať.
- C.** Úzkosť a obavy majú spojitosť s tromi (alebo viacerými) z nasledujúcich šiestich symptómov (kedy aspoň jeden z nich musí byť prítomný väčšinu dní v období aspoň 6 mesiacov): Poznámka: U detí stačí len jeden zo symptómov.
 - 1) Nepokoj alebo pocit napätia.
 - 2) Ľahká unaviteľnosť.
 - 3) Ťažkosti s koncentráciou alebo pocit „prázdnoty mysle“.
 - 4) Podráždenosť.
 - 5) Svalové napätie.

- 6) Ťažkosti so zaspávaním (sťažené zaspávanie, udržanie spánku alebo nedostatočný spánok).
- D.** Úzkosť, obavy alebo somatické symptómy sú príčinami klinicky významnej nepohody alebo funkčného narušenia v sociálnej, pracovnej alebo inej dôležitej oblasti.
- E.** Porucha nie je spôsobená fyziologickým účinkom látky (abúzus drogy alebo lieku), ani iným somatickým ochorením (napr. hypertyreóza).
- F.** Porucha sa nedá lepšie vysvetliť inou psychickou poruchou, ako je napr. úzkosť alebo obavy z panických atakov (panická porucha), negatívne hodnotenie pri sociálnej úzkostnej poruche (sociálna fóbia), znečistenie alebo iná obsesia (pri obsedantno-kompulzívnej poruche), odlúčenie od osôb, ku ktorým si jedinec vytvoril citovú väzbu (separačná úzkosť), pripomínanie traumatických udalostí (posttraumatická stresová porucha), zvyšovanie hmotnosti (poruchy príjmu potravy), somatické problémy (porucha so somatickými symptómami), domnelé telesné nedostatky (dysmorfofóbia), obavy z vážneho ochorenia (pri nozofóbií) alebo obsah bludných presvedčení pri schizofrénii, či poruchy s bludmi.

Pre detailne rozpracovanú klasifikáciu generalizovanej úzkostnej poruchy odkazujeme na štandardný postup Komplexný psychologický manažment adolescentného a dospelého pacienta s generalizovanou úzkostnou poruchou (Šlepecký, Praško Pavlov, Grendelová, & Jandová, 2020).

4) Sociálna fóbia

Diagnostické kritériá MKCH-10 pre sociálnu fóbiu (MKCH-10, 1996):

- A.** Musí byť prítomný jeden z nasledujúcich znakov:
- 1) pacient má výrazný strach, aby nebol v centre pozornosti, alebo aby sa nesprával trápny alebo ponížujúcim spôsobom,
 - 2) nápadne sa vyhýba situáciám, kde by bol v centre pozornosti, alebo kde by mal strach z trápneho alebo ponížujúceho správania. Tieto strachy sa prejavujú v sociálnych situáciách, ako je napr. jedlo alebo hovorenie na verejnosti, stretávanie známych ľudí na verejnosti alebo účasť v malých skupinách (napr. večierky, schôdze, trieda).
- B.** Od začiatku poruchy sa musia niekedy prejaviť v obávanej situácii aspoň dva symptómy úzkosti, ako sú definované pod F 40.0, kritérium B, a to spoločne s aspoň jedným z nasledujúcich symptómov:
- 1) červenanie sa alebo tras,
 - 2) strach zo zvracania,
 - 3) potreba alebo strach z močenia alebo defekácie.
- C.** Závažná emocionálna úzkosť je vyvolaná symptómami alebo vyhýbaním sa týmto symptómom, a jedinec si je vedomý, že tieto sú prehnane a nezmyselné.
- D.** Symptómy sa obmedzujú na obávané situácie alebo na ich očakávanie, alebo v týchto situáciách prevažujú.
- E.** Najčastejšie používané vylučovacie kritériá: symptómy uvedené pod kritériom A a B nevyplývajú z bludov, halucinácií ani iných porúch, ako sú napr. organické psychické poruchy, schizofrénia alebo príbuzné poruchy, poruchy nálady alebo obsedantno-kompulzívnej poruchy, a nie sú sekundárnym prejavom kultúrnych povier.

Pre detailne rozpracovanú klasifikáciu sociálnej fóbie odkazujeme na štandardný postup Komplexný psychologický manažment detského, adolescentného a dospelého pacienta s diagnózou sociálna fóbia (Šlepecký, Praško Pavlov, Breznoščáková, & Jandová, 2020).

5) Obsedantno-kompulzívna porucha

V DSM-5 sa OCD už nepovažuje za „úzkostnú poruchu“. OCD tak patrí do novo vytvorenej diagnostickej kategórie nazvanej „obsedantno-kompulzívne a súvisiace poruchy“. Okrem OCD zahŕňajú aj dysmorfofóbiu, zhromažďovaciu poruchu, trichotilomániu (poruchu vytrhávania vlasov), exkoriáciu (poruchu narušovania kože), obsedantno-kompulzívne poruchy vyvolané látkami/liekmi a súvisiace poruchy, obsedantno-kompulzívne a súvisiace poruchy spôsobené iným somatickým ochorením, iné špecifikované obsedantno-kompulzívne a súvisiace poruchy, a nešpecifikované obsedantno-kompulzívne a súvisiace poruchy, napr. stereotypne opakované správanie zamerané na telo, obsesívna žiarlivosť (DSM-5, 2015).

Pre detailne rozpracovanú klasifikáciu obsedantno-kompulzívnej poruchy odkazujeme na štandardný postup Komplexný psychologický manažment dospelého pacienta, dieťaťa od 8. rokov a adolescentného pacienta s obsedantno-kompulzívnu poruchou (Šlepecký et al., 2020).

6) Posttraumatická stresová porucha

Diagnostické kritériá pre PTSP vychádzajú z MKCH-10, avšak v novej verzii MKCH-11 sa pridáva kategória komplexná postraumatická stresová porucha a bude patriť medzi poruchy špecificky spojené so stresom.

Pre detailne rozpracovanú klasifikáciu posttraumatickej stresovej poruchy odkazujeme na štandardný postup Komplexný psychologický manažment posttraumatickej stresovej poruchy (Šlepecký, Praško Pavlov, Jandová, & Jurišová, 2021).

7) Insomnia

Historicky sa poruchy spánku delia podľa trvania a predpokladanej psychopatológie. Podľa MKCH-10 sa insomnie delia na „neorganické“ (primárne) a „organické“ (sekundárne). Primárna insomnia je porucha spánku u pacienta bez akéhokoľvek somatického či psychiatrického ochorenia, ktoré by mohli viesť k rozvoju insomnie. Sekundárna insomnia vzniká ako dôsledok iného ochorenia či ako nežiaduci účinok medikácie. V rámci primárnej insomnie MKCH-10 ďalej rozlišuje jednotlivé podtypy insomnie, ktoré sú zadelené do psychiatrických a neurologických diagnostických jednotiek (Hupková, & Šlepecký, 2021). Pre detailne rozpracovanú klasifikáciu insomnie odkazujeme na štandardný postup Komplexný psychologický manažment insomnie (Hupková, & Šlepecký, 2021).

8) Špecifické fóbie

Diagnostické kritériá pre špecifickú fóbiu F40.2 podľa MKCH 10:

A. Musia byť prítomné obidva nasledujúce príznaky:

- 1) Výrazný strach z určitého objektu alebo situácie, ktorá nie je zahrnutá do agorafóbie (F 40.0) alebo do sociálnej fóbie (F 40.1).
- 2) Nápadné vyhybanie sa určitým objektom alebo situáciám, ktoré nie sú zahrnuté do agorafóbie (F 40.0) alebo do sociálnej fóbie (F 40.1). Medzi najčastejšie objekty a situácie patria zvieratá (psy, hady, myši, hmyz), strach z výšok, strach z uzavretých

priestorov, z búrky, tmy, cestovania lietadlom, strach z ostrých predmetov, strach z lekárov, stomatologického ošetrenia alebo z pohľadu na krv.

- B.** Od začiatku poruchy sa musia občas vyskytnúť príznaky úzkosti v obávanej situácii ako sú definované v F 40.0 v kritériu B.

Príznaky vegetatívneho podráždenia:

1. palpitácie alebo búšenie srdca alebo zrýchlený pulz,
2. potenie,
3. chvenie alebo tras,
4. sucho v ústach,

Príznaky týkajúce sa hrudníka a brucha:

5. obtiažne dýchanie,
6. pocit dusenia sa,
7. bolesti alebo nepríjemné pocity na hrudníku,
8. nauzea alebo brušná nevoľnosť,

Príznaky týkajúce sa duševného stavu:

9. pocit závratu, nepokoja, mdloby, točenia hlavy,
10. pocit, že objekty nie sú reálne (derealizácia) alebo, že jedinec je mimo "nie je tu skutočne", (depersonalizácia),
11. strach zo straty kontroly, "zbláznenia sa", straty vedomia,
12. strach, že zomrie,

Celkové príznaky:

13. návaly tepla alebo chladu,
14. pocity znecitlivenia alebo mravenčenia.

- C.** Vyhýbavé alebo úzkostné príznaky spôsobujú výraznú emočnú nepohodu a jedinec si uvedomuje, že sú prehnane a nezmyselné.

- D.** Príznaky sa obmedzujú na obávané situácie alebo sa prevažne vyskytujú pri nich alebo pri ich očakávaní.

- E.** Strach, alebo vyhýbanie sa (kritérium A) nie sú následkom bludov, halucinácií alebo iných porúch (organické duševné poruchy, schizofrénia a príbuzné poruchy, poruchy nálady, obsedantne-kompulzívna porucha) ani dôsledkom všeobecne rozšírených povier.

Detailne rozpracovanú klasifikáciu špecifických fóbií čitateľ nájde v štandardnom postupe Komplexný psychiatrický manažment pre špecifické fóbie (Ferenčáková, Kubašovská, Breznoščáková, & Pečeňák, 2020).

9) Somatické ochorenia

Popri klasifikácii somatických ochorení je potrebná aj klasifikácia depresie. Ak pretrvávajú depresívne symptómy pod prahovými (subklinickými) kritériami depresívnej poruchy, môžu byť nepríjemné a deaktivujúce. Symptómy sa považujú za pretrvávajúce, ak pretrvávajú aj napriek aktívnemu monitorovaniu a/alebo intervencii s nízkou intenzitou (viď v kapitole Zabezpečenie a organizácia starostlivosti), alebo ak boli prítomné značnú dobu, zvyčajne niekoľko mesiacov. Na diagnostiku dystýmie by príznaky mali byť prítomné najmenej 2 roky (NICE, 2009).

Detailne rozpracovanú klasifikáciu somatických ochorení čitateľ nájde v pripravovanom štandardnom postupe Komplexný psychologický manažment dospelého pacienta so somatickým ochorením (Lebedová, Chudovská, & Jandová, 2021).

10) Závislosť od alkoholu

Pre diagnostické kritériá závislosti od alkoholu podľa MKCH-10 (1996) platí, že aspoň tri zo šiestich nižšie popísaných prejavov boli súčasne prítomné u pacienta niekedy v priebehu predchádzajúcich 12 mesiacov:

1. Silná túžba alebo nutkanie piť (craving).
2. Narušená schopnosť kontrolovať užívanie alkoholu v zmysle začatia, ukončenia alebo množstva. Alkohol je užívaný vo väčších množstvách alebo počas dlhšieho obdobia než bolo zamýšľané, či akákoľvek neúspešná snaha alebo pretrvávajúca túžba ukončiť, či kontrolovať pitie.
3. Stav nedostatku (syndróm z odňatia) pri redukcii, či ukončení pitia manifestovaný typickým obrazom abstinenčného syndrómu, alebo užívanie alkoholu či príbuzných látok s cieľom zmierniť abstinenčné prejavy alebo predchádzať im.
4. Dôkaz tolerancie voči účinkom alkoholu, prejavujúci sa potrebou zreteľne väčšieho množstva vypitého alkoholu potrebného na to, aby sa dosiahol stav opitosti alebo požadovaný účinok, alebo zreteľný pokles jeho účinku v prípade pokračujúceho pitia toho istého množstva alkoholu.
5. Zaneprázdnenosť alkoholom prejavujúca sa strácaním sa pôžitkov alebo záujmov, či trávením veľkého podielu času v prospech zaobstarávania si alkoholu, jeho pitia, alebo zotavovania sa z opitosti.
6. Pokračovanie v pití alkoholu napriek preukázateľnej vedomosti o jednoznačných škodlivých zdravotných dôsledkoch nadmerného pitia, akými sú napríklad poškodenie pečene, či depresívne stavy.

Detailne rozpracovanú klasifikáciu závislosti na alkohole čitateľ nájde v štandardnom postupe Komplexný manažment pacienta so závislosťou od alkoholu (Turček et al., 2021).

11) Závislosť od tabaku

Tabaková závislosť je uvedená ako samostatný stav v Diagnostickom a štatistickom manuáli APA, DSM-V (APA, 2013). Tabaková závislosť je chronické, recidivujúce (chronicky relapsujúce) ochorenie, ktoré skracaje život približne 50 % fajčiarom.

Štandardný postup Komplexný manažment pacienta so závislosťou od tabaku je aktuálne v príprave.

Klinický obraz, diagnostika a postup určenia diagnózy

Pre účely tohto štandardu sa úmyselne primárne koncentrujeme na mierne a stredne ťažké symptómy vybraných diagnostických kategórií, ktoré zároveň aj definujeme. Pri popise klinického obrazu daných duševných porúch vychádzame z predošlých detailných prehľadov v už publikovaných štandardoch.

Detailne rozpracovaný klinický obraz, diagnostiku a postup určenia diagnózy depresívnej poruchy čitateľ nájde v Komplexnom psychologickom manažmente dospelého pacienta s depresívnou poruchou a recidivujúcou depresívnou poruchou (Praško Pavlov, Kotianová,

& Kotian, 2021). Pre detailné naštudovanie klinického obrazu panickej poruchy odporúčame už publikovaný štandardný diagnostický a terapeutický postup Komplexný manažment adolescentného a dospelého pacienta s panickou poruchou (Šlepecký, Petriková, Šefarová, & Zaťková, 2020). Klinický obraz generalizovanej úzkostnej poruchy je detailne popísaný v štandardnom diagnostickom a terapeutickom postupe Komplexný manažment adolescentného a dospelého pacienta s generalizovanou úzkostnou poruchou (Šlepecký, Praško Pavlov, Grendelová, & Jandová, 2020). Pre detailné naštudovanie klinického obrazu sociálnej fóbie odkazujeme na už publikovaný štandardný diagnostický a terapeutický postup Komplexný psychologický manažment detského, adolescentného a dospelého pacienta s diagnózou sociálna fóbia (Šlepecký, Praško Pavlov, Breznoščáková, & Jandová, 2020). Podrobne rozpracovaný klinický obraz obsedantno-kompulzívnej poruchy odkazujeme na štandardný postup Komplexný psychologický manažment dospelého pacienta, dieťaťa od 8 rokov a adolescentného pacienta s obsedantno-kompulzívnou poruchou (Šlepecký et al., 2020). Pre detailne rozpracovaný klinický obraz posttraumatickej stresovej poruchy odkazujeme na štandardný postup Komplexný psychologický manažment posttraumatickej stresovej poruchy (Šlepecký, Praško Pavlov, Jandová, & Jurišová, 2021). Pre detailne rozpracovaný klinický obraz insomnie odkazujeme na štandardný postup Komplexný psychologický manažment insomnie (Hupková, & Šlepecký, 2021). Rozpracovaný klinický obraz, diagnostiku a postup určenia diagnózy špecifických fobií čitateľ nájde v štandardnom postupe pre komplexný psychiatrický manažment pre Špecifické fóbie (Ferenčáková, Kubašovská, Breznoščáková, & Pečeňák, 2020). Rovnako, detailne rozpracovaný klinický obraz, diagnostiku a postup určenia diagnózy somatických ochorení čitateľ nájde v štandardnom postupe Komplexný psychologický manažment dospelého pacienta so somatickou poruchou (Lebedová, Chudovská, & Jandová, 2021). Klinický obraz, diagnostika a postup určenia diagnózy závislosti od alkoholu sú detailne rozpracované v štandardnom postupe Komplexný manažment pacienta so závislosťou od alkoholu (Turček et al., 2021). Detailne rozpracovaný klinický obraz, diagnostiku, ako aj postup určenia diagnózy závislosti na tabaku čitateľ nájde v Odporúčanom diagnostickom a liečebnom postupe pre všeobecných praktických lekárov (Kavcová et al., 2007).

Liečba

Všeobecná zdravotná starostlivosť v SR je postupná. Zjednodušene to znamená, že pacient pri riešení svojich zdravotných problémov by mal prechádzať postupne od kontaktu so všeobecným lekárom do starostlivosti lekára špecialistu, podľa intenzity klinickej symptomatiky a indikácie pre ďalšiu liečbu. Nakoľko sú v SR odborníci na duševné zdravie aktuálne braní ako špecialisti (t.j. 3. stupeň), psychologická starostlivosť v oblasti s potrebou nižšej miery intenzity terapeutického kontaktu je vynechaná. Tým sa vytvára neúmerný tlak na špecialistov 3. stupňa, z čoho vzniká výrazný deficit v liečbe jednotlivcov s menej intenzívnymi symptómami. Zdravotnícky pracovník je však aj psychológ, ktorý pracuje v zdravotníckom zariadení, avšak ešte nemá ukončené špecializačné štúdium v odbore klinická psychológia, alebo ukončené vzdelávanie potrebné pre vykonávanie certifikovanej pracovnej činnosti (CPC) psychoterapia. Podľa katalógu zdravotných výkonov však môže vykonávať tzv. racionálnu terapiu. Vykonávanie tohto výkonu teda predstavuje medzistupeň medzi primárnou a špecializovanou starostlivosťou, a predpokladá nižšie kompetencie ako má

špecialista v CPC psychoterapia. Tento výkon je teda možné hneď uviesť do platnosti v novom Katalógu zdravotníckych výkonov.

Systém odstupňovanej starostlivosti, vychádzajúci zo psychologickéj liečby založenej na dôkazoch, je znázornený v nižšie uvedenej tabuľke (viď *Tabuľka č. 1*). Tento systém predstavuje medzistupeň medzi primárnou a špecializovanou starostlivosťou o duševné zdravie. Je založený na psychologických metódach, ktorých efektivita je priamo podporená dôkazmi z vedeckého výskumu (NICE, 2011).

Základnou charakteristikou týchto postupov je, že sú menej časovo a finančne náročné pre pacienta, znamenajú menšiu záťaž pre zdravotné poisťovne a vyžadujú si menšie náklady pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Nižšia náročnosť je dôsledkom menej intenzívneho terapeutického kontaktu, pretože pacient je v styku s terapeutom prevažne prostredníctvom telefónu, mailu, či internetu, v čase ktorý mu vyhovuje. Nemusí pritom osobne dochádzať na terapiu, liečba trvá obvykle kratší čas a môže sa vykonávať aj skupinovo, a to aj online spôsobom (Andersson & Titov, 2014; Cuijpers et al., 2008; Hedman et al., 2012; Richards et al., 2012).

Psychologické liečby druhého stupňa sú pritom rozdelené do rôznych krokov (Espie, 2009). Tieto postupy začínajú menej intenzívnou liečbou, napr. od svojpomocnej liečby poskytovanej prostredníctvom internetu (Spek et al., 2010), cez biblioterapiu (Andersson et al., 2012), skupinovú terapiu (Kunik et al., 2008), až po intenzívnejšiu liečbu zahŕňajúcu individuálnu terapiu poskytovanú odborníkmi s dlhoročnou praxou (Stikkelbroek, Bodden, Deković, & van Baar, 2013), prípadne následnú psychofarmakologickú liečbu (Baldessarini, 2006; NICE, 2009).

Základné prvky Systému odstupňovanej starostlivosti spočívajú v nízko-intenzívnej, nákladovo efektívnej a časovo-ohraničenej liečbe, ktorá sa má použiť ako liečba prvej línie. Tento medzistupeň v sebe zahŕňa možnosť tzv. „korekcie“, ktorá priamo reflektuje výsledky predchádzajúcej liečby. Pacienti v tomto medzistupni sú systematicky monitorovaní, a ak významne nereagujú na predchádzajúce kroky v modeli, sú v systéme zdravotnej starostlivosti odkázaní na ďalší krok. Zaškolený zdravotnícky pracovník, pričom môže ísť aj o manažérsku funkciu, je v tomto systéme pridelený na to, aby koordinoval zaradenie do daného liečebného programu, monitoroval progres a pomáhal pacientovi pri rozhodovaní o úrovni liečby, pričom pri všetkom sa zohľadňuje závažnosť jeho symptómov (Muntingh et al., 2014). A tak absolútnou výhodou Systému odstupňovanej starostlivosti je, že maximalizuje účinnosť a efektívnosť liečby optimalizáciou pridelovania dostupných zdrojov (Layard & Clark, 2015).

V prípade opodstatnenej indikácie je však nutné prejsť k špecializovanej liečbe „tretieho stupňa“, vyžadujúcej si certifikovanú terapeutickú intervenciu s väčšou intenzitou. Potreba preskočiť 2. stupeň a začať dlhodobú psychoterapiu môže byť indikovaná aj pri niektorých psychických poruchách s ľahšou, resp. stredne silnou symptomatikou.

Zo skúsenosti západných krajín vyplýva, že je to práve druhý stupeň starostlivosti o duševné zdravie, ktorý efektívne lieči pretrvávajúce podprahové depresívne symptómy, miernu až stredne ťažkú depresiu, generalizovanú úzkostnú poruchu, miernu až stredne ťažkú panickú poruchu, miernu až stredne ťažkú OCD a PTSP, insomniu, somatické poruchy, špecifické fóbie. Pri týchto poruchách je totiž psychologická liečba metódou prvej voľby, a je možné ju poskytovať jednoduchšími a finančne efektívnejšími psychologickými postupmi (Clark, 2017).

V nasledujúcom texte je zosumarizovaný *najnovší* vedecký stav liečebných intervencií s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu pri konkrétnych typoch psychických porúch s nižšou mierou symptomatiky. Ako indikátor efektivity danej terapeutickej intervencie využívame silu efektu podľa hodnoty g (Hedges, & Olkin, 1985) alebo d (Cohen, 1988) s 95 % intervalom spoľahlivosti, ktoré naznačujú nadradenosť liečebných podmienok nad kontrolnými podmienkami. Postupujeme pri tom podľa zaužívaného pravidla, kedy je veľkosť účinku 0,2, 0,5 a 0,8 považovaná za malú, strednú alebo veľkú (Cohen, 1988). Dôraz sa pritom kladie na meta-analýzy s hodnotou sily efektu g , ktorý predstavuje odhad štandardizovaného rozdielu upravený o štandardizovanú odchýlku, a je zvlášť vhodný pre štúdie s malými vzorkami probandov, ktoré bývajú vo výskume často zastúpené (Hedges, & Olkin, 1985). Do predmetného štandardu sú zaradené výsledky z meta-analýz, ktoré predstavujú najvyššiu úroveň dôkazov (ÚD I), ako aj RCT, ktoré predstavujú menej spoľahlivú úroveň dôkazov (ÚD II). Pre zachovanie vysokého odborného štandardu tohto manuálu pritom oveľa väčší dôraz kladieme na výsledky z meta-analýz, ktoré predstavujú syntézu viacerých výskumných štúdií (RCT) z danej oblasti (ÚD I). Detailný prehľad je uvedený v *Tabuľke č. 1*.

a) Svojpomocná alebo terapeutom moderovaná kognitívno-behaviorálna terapia prostredníctvom internetu (IKBT)

V liečbe psychických porúch a ochorení s miernejšou symptomatikou pomocou svojpomocnej alebo terapeutom sprevádzanej KBT prostredníctvom internetu (IKBT) a počítačových programov výsledky meta-analýz potvrdzujú stredne vysokú až vysokú efektivitu v liečbe:

- (a) depresie (Andersson et al., 2014; Carlbring et al., 2018; Karyotaki et al., 2021; Richards, & Richardson, 2012),
- (b) panickej poruchy s alebo bez agorafóbie (Andersson et al., 2014; Carlbring et al., 2018; Polak, Tanzer, Bauernhofer, & Andersson, 2021; Stech, Lim, Upton, & Newby, 2019),
- (c) GÚP (Eilert et al., 2021),
- (d) OCD (Hoppen et al., 2021),
- (e) PTSP (Kuester, Niemeyer, & Knaevelsrud, 2016; Lewis et al., 2019),
- (f) SAD (Andersson et al., 2014; Carlbring et al., 2018; Guo et al., 2021; Kampmann, Emmelkamp, & Morina, 2016),
- (g) insomnie (Andersson et al., 2014; Carlbring et al., 2018; Ye et al., 2016),
- (h) somatických ochorení (Andersson et al., 2014; Carlbring et al., 2018),
- (i) špecifických fóbií (Andersson et al., 2014; Carlbring et al., 2018),
- (j) odvykanie od fajčenia (Kant, Yadav, & Bairwa, 2021),
- (k) odvykanie od alkoholu (Johansson et al., 2021).

b) *Terapeutom moderovaná psychodynamická terapia prostredníctvom internetu (IPDT)*

V liečbe psychických porúch a ochorení s miernejšou symptomatikou pomocou svojpomocnej alebo terapeutom sprevádzanej IPDT randomizované-kontrolované štúdie potvrdzujú stredne vysokú až vysokú efektívitu v liečbe:

- (a) depresie (Mechler et al., 2022),
- (b) GÚP (Andersson et al., 2012),
- (c) SAD (Bögels, Wijts, Oort, & Sallaerts, 2014; Guo et al., 2021; Kampmann, Emmelkamp, & Morina, 2016; Leichsenring et al., 2013).

c) *Expozičná terapia vo virtuálnej realite*

V liečbe psychických porúch a ochorení pomocou Expozičnej terapie vo virtuálnej realite výsledky meta-analýz a RCT potvrdzujú vysokú efektívitu v liečbe:

- (a) akrofóbie (Donker et al., 2019; Krijn et al., 2004),
- (b) sociálnej fóbie (Carl et al., 2019; Kampmann, Emmelkamp, & Morina, 2016),
- (c) zoofóbie (Minns et al., 2018),
- (d) aviofóbie (Rothbaum et al., 2006).

d) *Svojpomocné skupiny*

V liečbe psychických porúch a ochorení pomocou svojpomocných skupín meta-analýzy potvrdzujú stredne vysokú efektívitu v liečbe:

- (a) depresie (Pfeiffer et al., 2011).

e) *Behaviorálna aktivácia*

V liečbe psychických porúch a ochorení pomocou behaviorálnej aktivácie meta-analýzy potvrdzujú vysokú efektívitu v liečbe:

- (a) depresie (Cuijpers, van Straten, Warmerdam, 2007; Ekers et al., 2014; Stein et al., 2021).

f) *Nedirektívne podporné poradenstvo*

V liečbe psychických porúch a ochorení pomocou nedirektívneho podporného poradenstva meta-analýzy potvrdzujú stredne silnú efektívitu v liečbe:

- (a) depresie (Cuijpers et al., 2012).

g) *Psychoedukačné skupiny*

V liečbe psychických porúch a ochorení pomocou psychoedukácie meta-analýzy potvrdzujú stredne silnú efektívitu v liečbe:

- (a) depresie (Katsuki, Watanabe, Yamada, & Hasegawa, 2022),
- (b) somatických ochorení (Johnson, Bennett, & Rochani, 2022).

h) *KBT s prvkami expozície a prevencie reakcie*

V liečbe psychických porúch a ochorení pomocou kognitívno-behaviorálnej terapie s prvkami expozície a prevencie reakcie meta-analýzy potvrdzujú stredne silnú efektívitu v liečbe:

- (a) OCD (Ferrando, & Selai, 2021; Reid et al., 2021).

i) EMDR

V liečbe psychických porúch a ochorení pomocou EMDR meta-analýzy potvrdzujú stredne silnú efektivitu v liečbe:

- (a) PTSP (Cuijpers et al., 2020),
- (b) SAD (Cuijpers et al., 2020),
- (c) špecifických fóbií (*test-anxiety*) (Cuijpers et al., 2020).

j) Krátkodobá kognitívno-behaviorálna terapia (KKBT)

V liečbe psychických porúch a ochorení pomocou KKBT meta-analýzy a RCT potvrdzujú stredne silnú až vysokú efektivitu v liečbe:

- (a) depresie (Andersson et al., 2014; Carlbring et al., 2018),
- (b) panickej poruchy s alebo bez agorafóbie (Andersson et al., 2014; Carlbring et al., 2018),
- (c) GÚP (Dugas et al., 2010),
- (d) OCD (Hofmann, & Smits, 2008),
- (e) PTSP (Ehlers et al., 2003),
- (f) SAD (Andersson et al., 2014; Carlbring et al., 2018),
- (g) insomnie (Andersson et al., 2014; Carlbring et al., 2018),
- (h) somatických ochorení (Andersson et al., 2014; Carlbring et al., 2018),
- (i) špecifických fóbií (Andersson et al., 2014; Carlbring et al., 2018),
- (j) odvykania od fajčenia (Kant, Yadav, & Bairwa, 2021),
- (k) odvykania od alkoholu (Johansson et al., 2021).

k) Krátkodobá psychodynamická psychoterapia (KPP)

V liečbe psychických porúch a ochorení pomocou KPP meta-analýzy a RCT potvrdzujú stredne silnú až vysokú efektivitu v liečbe:

- (a) depresie (Leichsenring, Rabung, & Leibing, 2004),
- (b) posttraumatickej stresovej poruchy (Leichsenring, Rabung, & Leibing, 2004),
- (c) sociálnej fóbie (Leichsenring, Rabung, & Leibing, 2004),
- (d) somatických ochorení (Abbass, Kisely, & Kroenke, 2009; Kleinstauber, Witthoft, Hiller, 2011; Kroenke, 2011; Leichsenring, Rabung, & Leibing, 2004).

Princíp terapeutických postupov s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu (Psychologická liečba v druhom stupni starostlivosti) sa spolieha tiež na moderované svojpomocné skupiny. Týmto prístupom je podľa najnovších výskumov možné mierne zredukovať symptómy PTSP u dospelých, mierne zlepšiť symptómy ľudí s demenciou, mierne zlepšiť duševnú pohodu, zredukovať záťaž a psychický stres opatrovateľov ľudí s demenciou, zredukovať množstvo konzumovaného alkoholu u ľudí s poruchami užívania alkoholu, ako aj zvýšiť počet dospelých, ktorí sa zotavia z depresie alebo úzkosti, alebo z oboch, pričom výsledky sa udržiavajú aj po 2 až 6 mesiacoch po liečbe. Rovnako môžu moderované svojpomocné skupiny zmierniť symptómy depresie u matiek s perinatálnou depresiou (van Ginneken et al., 2013).


Tieto postupy je možné poskytovať efektívnejším spôsobom, vo väčšine prípadoch aj bez nutnosti osobného kontaktu s terapeutom, prostredníctvom online diskusného fóra, ktoré slúži na výmenu informácií. Tento spôsob je zároveň lacnejší, a to tak pre pacienta,

ako aj pre poisťovne (používajú sa výkony s nižšou bodovou hodnotou), aj pre terapeuta (Hedman et al., 2011; Watson et al., 2018).

Rovnako ako nesporné výhody, ktoré meta-analýzy ako metódy zisťovania dôkazov v oblasti starostlivosti o duševné zdravie ponúkajú, je dôležité uviesť aj ich limitácie. Napriek tomu, že meta-analýzy poskytujú jeden z najexaktnejších a vedecky najrelevantnejších postupov, že pri ich vytváraní sa dodržiavajú prísne kritériá, že väčšinou obsahujú komplexný súbor výsledkov k danej problematike a sú založené na kvantitatívnej analýze, meta-analýzy majú svoje limitácie (Chan & Arvey, 2012). Medzi najčastejšie limitácie meta-analýz patria:

- a. malé výskumné vzorky, pričom štúdie s väčšími vzorkami disponujú väčšou štatistickou silou, a v nich zistené sily daného liečebného efektu bývajú väčšinou menšie,
- b. meta-analýzy zahŕňajúce RCT s vysokým alebo neznámym riskom zaujatosti (*risk of bias*), čo prispieva k nejednoznačnosti interpretácie výsledkov,
- c. nejednoznačné výsledky v rámci viacerých meta-analýz k tej istej problematike. Napriek týmto limitáciám sú meta-analýzy aktuálne považované za najrelevantnejší zdroj zisťovania sily efektu daných intervencií (Cuijpers, Karyotaki, Reijnders, & Ebert, 2019).

Tabuľka č. 1

 Aktualizovaný Systém odstupňovanej starostlivosti podľa Národného inštitútu pre zdravie a kvalitnú starostlivosť (NICE)			
Úroveň symptómov	Indikovaná liečba	Úroveň dôkazov	Zdroje
1. STUPEŇ STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ PORUCHY			
<ul style="list-style-type: none"> Prípady, kde je podozrenie na najčastejšie psychické poruchy Ostatné psychické poruchy 	<ul style="list-style-type: none"> Primárna lekárska starostlivosť, obvodní lekári, identifikácia a posúdenie, psychoedukácia, aktívne odporúčanie na ďalšie posúdenie a liečebné zásahy. 	ÚD I	<ul style="list-style-type: none"> Cuijpers, van Straten, van Schaik, Andersson (2009), Donker et al. (2009), Katsuki, Watanabe, Yamada, & Hasegawa, (2022), Rigabert et al. (2020).
2. STUPEŇ STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ PORUCHY			
<ul style="list-style-type: none"> Pretrvávajúce podprahové depresívne symptómy Mierna až stredne ťažká depresia 	<ul style="list-style-type: none"> svojpomocná alebo terapeutom moderovaná IKBT, svojpomocná alebo terapeutom moderovaná IPDT, behaviorálna aktivácia, KKBT, KPP, svojpomocné skupiny, nedirektívne podporné poradenstvo, psychoedukačné skupiny, antidepresíva. 	ÚD I	<ul style="list-style-type: none"> Andersson et al. (2014), Carlbring et al. (2018), Cipriani et al. (2018), Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, (2007), Cuijpers et al. (2012), Ekers et al., (2014), Katsuki, Watanabe, Yamada, & Hasegawa, (2022), Karyotaki et al. (2021), Leichsenring, Rabung, & Leibing (2004), Pfeiffer et al. (2011), Richards, & Richardson, (2012), Stein et al., (2021),
		ÚD II	<ul style="list-style-type: none"> Mechler et al. (2022),
<ul style="list-style-type: none"> GÚP 	<ul style="list-style-type: none"> Svojpomocná alebo terapeutom moderovaná IKBT, terapeutom moderovaná IPDT, antidepresíva. 	ÚD I	<ul style="list-style-type: none"> Andersson et al. (2012),
		ÚD II	<ul style="list-style-type: none"> Eilert et al. (2021), Stein et al. (2021).

<ul style="list-style-type: none"> • Panická porucha (mierne až stredne ťažká symptomatika) 	<ul style="list-style-type: none"> • svojpomocná alebo terapeutom moderovaná IKBT, • antidepresíva. 	ÚD I	<ul style="list-style-type: none"> • Andersson et al. (2014), • Carlbring et al. (2018), • Du et al. (2021), • Polak, Tanzer, Bauernhofer, & Andersson (2021), • Stech, Lim, Upton, & Newby (2019).
<ul style="list-style-type: none"> • Sociálna fóbia 	<ul style="list-style-type: none"> • Svojpomocná alebo terapeutom moderovaná IKBT, • terapeutom moderovaná IPDT, • krátkodobá psychodynamická psychoterapia, • ETVR, • antidepresíva. 	ÚD I	<ul style="list-style-type: none"> • Andersson et al. (2014), • Baldwin et al. (2016), • Carlbring et al. (2018), • Carl et al. (2019), • Cuijpers et al. (2020), • Guo et al. (2021), • Hedges et al. (2007), • Kampmann, Emmelkamp, & Morina (2016).
		ÚD II	<ul style="list-style-type: none"> • Bögels, Wijts, Oort, & Sallaerts (2014), • Leichsenring et al. (2013).
<ul style="list-style-type: none"> • OCD (mierne až stredne ťažká symptomatika) 	<ul style="list-style-type: none"> • Svojpomocná alebo terapeutom moderovaná IKBT, • KBT s prvkami expozície a prevencie reakcie, • antidepresíva. 	ÚD I	<ul style="list-style-type: none"> • Ferrando, & Selai (2021), • Hoppen et al. (2021), • Kotapati et al. (2019), • Reid et al. (2021).
<ul style="list-style-type: none"> • PTSP (mierne až stredne ťažká symptomatika) 	<ul style="list-style-type: none"> • Na traumy zameraná IKBT, • KKBT, • KPP, • psychofarmakologická liečba. 	ÚD I	<ul style="list-style-type: none"> • Cuijpers et al., (2020), • de Moraes Costa et al. (2020), • Kuester, Niemeyer, & Knaevelsrud (2016), • Leichsenring, Rabung, & Leibing (2004), • Lewis et al. (2019).
<ul style="list-style-type: none"> • Insomnia 	<ul style="list-style-type: none"> • Svojpomocná alebo terapeutom moderovaná IKBT, • psychofarmakologická liečba. 	ÚD I	<ul style="list-style-type: none"> • Andersson et al. (2014), • Carlbring et al. (2018), • De Crescenzo et al. (2022), • Liu et al. (2017), • Ye et al. (2016).

<ul style="list-style-type: none"> Somatické ochorenia 	<ul style="list-style-type: none"> Svojpomocná alebo terapeutom moderovaná IKBT, krátkodobá psychodynamická psychoterapia, psychoedukácia, psychofarmakoterapia. 	ÚD I	<ul style="list-style-type: none"> Andersson et al. (2014), Carlbring et al. (2018), Fishbain, Cutler, Rosomoff, & Steele-Rosomoff (1998), Häuser, Bernardy, Uceyler, & Sommer (2009), Jackson et al. (2000), Kleinstauber, Witthoft, & Hiller (2011), Kroenke (2011), O'Malley et al. (2000).
		ÚD II	<ul style="list-style-type: none"> Abbass, Kisely, & Kroenke (2009); Johnson, Bennett, & Rochani (2022).
<ul style="list-style-type: none"> Špecifické fóbie 	<ul style="list-style-type: none"> EMDR, ETVR, svojpomocná alebo terapeutom moderovaná IKBT. 	ÚD I	<ul style="list-style-type: none"> Andersson et al. (2014), Carlbring et al. (2018), Cuijpers et al. (2020), Carl et al. (2019), Kampmann, Emmelkamp, & Morina (2016).
		ÚD II	<ul style="list-style-type: none"> Donker et al. (2019), Krijn et al. (2004), Minns et al., (2018), Rothbaum et al. (2006).
<ul style="list-style-type: none"> Odvýkanie od fajčenia 	<ul style="list-style-type: none"> IKBT, KKBT. 	ÚD I	<ul style="list-style-type: none"> Kant, Yadav, & Bairwa (2021).
<ul style="list-style-type: none"> Odvýkanie od alkoholu 	<ul style="list-style-type: none"> IKBT, KKBT. 	ÚD II	<ul style="list-style-type: none"> Johansson et al. (2021).
<ul style="list-style-type: none"> Ostatné poruchy: 	<ul style="list-style-type: none"> Odoslanie na ďalšie diagnostické posúdenie a intenzívnejšie liečebné zásahy. 		<ul style="list-style-type: none"> Vid'. Príručka na zlepšenie prístupu k psychologickým terapiám (IAPT; 2008).

3. STUPEŇ STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE

<ul style="list-style-type: none"> Pretrvávajúce a opakujúce sa depresívne symptómy Komplexná traumatizácia Poruchy osobnosti Všetky ostatné poruchy, ktoré nereagovali na doterajšie postupy nižšej intenzity 	<ul style="list-style-type: none"> KBT, IPT, behaviorálna aktivácia, psychofarmakoterapia, kombinácia intervencií. 	ÚD I	<ul style="list-style-type: none"> Arnberg & Ost (2014), Cuijpers et al. (2011), Cuijpers et al. (2013), Cuijpers et al. (2014), Cuijpers et al. (2017), Cuijpers, van Straten, & Warmerdam (2007), Hollon et al. (2014), Hollon et al. (2005),
--	---	------	---

			<ul style="list-style-type: none"> • Jakobsen et al. (2012), • Linde et al. (2015), • Mazzucchelli, Kane, & Rees (2010), • Pu et al. (2017), • Singh & Reece (2014), • Tolin (2010), • van Broswijk (2019), • Yang et al. (2017), • Zhou. et al. (2015).
<ul style="list-style-type: none"> • GÚP so značným narušením fungovania, resp. bez reakcie na nízko intenzívne liečebné postupy 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuálna alebo skupinová KBT, • psychofarmakoterapia, • kombinácia intervencií. 	ÚD I	<ul style="list-style-type: none"> • Carpenter, et al. (2018), • Hofmann et al. (2009), • Katzman et al. (2014).
<ul style="list-style-type: none"> • Stredne ťažká až ťažká panická porucha 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuálna alebo skupinová KBT, • psychofarmakoterapia, • kombinácia intervencií. 	ÚD I	<ul style="list-style-type: none"> • Clum & Surls (1993), • Gould, Otto, & Pollack, (1995), • Hofmann et al. (2009), • Sanchez-Meca et al. (2010).
<ul style="list-style-type: none"> • OCD so stredným až ťažkým narušením fungovania 	<ul style="list-style-type: none"> • KBT (zahrňujúce expozíciu a zábranu rituálom), • psychofarmakoterapia, • kombinácia intervencií. 	ÚD I	<ul style="list-style-type: none"> • Katzman et al. (2014), • Lambert (2008), • Rosa-Alcazar et al. (2008).
<ul style="list-style-type: none"> • PTSP 	<ul style="list-style-type: none"> • Na traumy zameraná KBT, • EMDR, • ETVR, • psychofarmakoterapia, • kombinácia intervencií. 	ÚD I	<ul style="list-style-type: none"> • Deng et al. (2019), • Katzman (2014), • Kothgassner et al. (2019), • Van Etten & Taylor (1998),
		ÚD II	<ul style="list-style-type: none"> • Edmond, & Rubin (2004), • Hogberg et al. (2008), • Knaevelsrud, & Maercker (2010), • Resick et al. (2012), • Wilson, Becker, & Tinker (1997).
<ul style="list-style-type: none"> • Ostatné poruchy 	<ul style="list-style-type: none"> • Kombinácia intervencií. 		<ul style="list-style-type: none"> • Vid'. Príručka na zlepšenie prístupu k psychologickým terapiám (IAPT; 2008).

Poznámka: Pre detailné preskúmanie intervencií v kontexte **3. stupňa** zdravotnej starostlivosti vid' príslušné štandardy: <https://www.standardnepostupy.sk/>

Je dôležité zdôrazniť, že Systém odstupňovanej starostlivosti podľa britského vzoru aktuálny slovenský systém zdravotnej starostlivosti v žiadnom prípade nenahrádza, ale nevyhnutne dopĺňa.

Prognóza

Podľa výskumných zistení až polovica všetkých duševných porúch začína vo veku adolescencie a zvyčajne im predchádzajú nešpecifické psychosociálne poruchy, ktoré potenciálne vyústia do akejkoľvek závažnej duševnej poruchy, a predstavujú 45 % globálnej záťaže chorobami vo veku 0 až 25 rokov. Hoci sa na globálnej úrovni neustále prijímajú opatrenia na podporu implementácie služieb starostlivosti o duševné zdravie venovaných mladým ľuďom, potreby duševného zdravia počas tohto kritického obdobia stále nie sú z veľkej časti splnené. Ako žiaduce sa tak ukazuje prepracovanie preventívnych stratégií v multidisciplinárnom a transdiagnostickom rámci zameranom na mládež, ktorý by mohol včas zmeniť možné psychopatologické trajektórie (Colizzi, Lasalvia, & Ruggeri, 2020).

Skúsenosti z iných krajín ukazujú, že včasná intervencia môže mať významný pozitívny vplyv na prognózu psychického stavu jednotlivcov. Pri ovplyvňovaní zdravotného stavu detí a mladých ľudí sa ukazuje ako zvlášť dôležitá včasná intervencia. Práve všeobecní lekári sú ideálnym miestom, kde sa má včasná intervencia začať, ak existujú obavy o vývin alebo správanie dieťaťa. Rýchla diagnostika a včasná intervencia v počiatočných štádiách duševnej poruchy môžu mať významné a život meniace dôsledky na duševné zdravie človeka. Včasná odborná intervencia môže viesť nielen k zlepšeniu diagnostiky a liečby, ale aj k včasným a cieleným odporúčaniam k špecializovaným službám, k zvýšenej dôvere a ku komplexnému zapojeniu poskytovateľov odstupňovanej zdravotnej starostlivosti (Correll et al., 2018).

Na základe týchto údajov dôvodne predpokladáme, že aj keď včasná intervencia psychických problémov a porúch môže byť dostatočne dostupná, existujúca medzera medzi primárnou zdravotnou starostlivosťou a špecializovanou starostlivosťou o duševné zdravie slovenskej populácie produkuje stav, kedy postihnutí jednotlivci začínajú s liečbou psychických porúch až v ich chronickom štádiu, zvyčajne až po vylúčení všetkých fyziologických ukazovateľov novej maladaptívnej symptomatiky, čo zvyšuje náklady na ich liečbu a znižuje jej efektivitu (Clark et al., 2009). Je pritom zrejmé, že liečba rozvinutých psychických porúch je z aspektu spoločnosti veľmi drahá. Ako už bolo spomenuté, náklady štátu vyplývajúce z dôsledkov psychických porúch v slovenskej populácii dosahujú ročne približne 2,1 miliardy EUR, čo za rok 2019 predstavovalo 2,4 percenta hrubého domáceho produktu (ÚHP, 2020). Podľa Layard & Clark (2015) v rozvinutých krajinách predstavujú psychické poruchy 38 % všetkých chorôb, pričom postihujú ľudí prevažne v produktívnom veku. Tieto čísla však môžu byť do veľkej miery skreslené skrytou prevalenciou. Výskum IHME (2017) totiž ukazuje, že v roku 2017 trpel každý deviaty obyvateľ Slovenska jednou alebo viacerými duševnými poruchami, a to najmä úzkostnými poruchami. Navyše, v rámci krajín EÚ zažije až jeden človek zo siedmich aspoň raz za život epizódu duševnej poruchy. Výskyt je vyšší, ak sa prirátajú poruchy spojené s užívaním psychoaktívnych látok a sebaopoškodzovanie. Tieto údaje odrážajú najmä oficiálne štatistiky, ktoré sú s veľkou pravdepodobnosťou podhodnotené (IHME, 2017). Podľa epidemiologických výskumov v USA má človek až 50 % šancu,

že dostane duševnú poruchu aspoň raz za život, kým pri rakovine alebo cukrovke je to 40 % (Kessler et al., 2005; ACS, 2018; CDC, 2014). Zároveň hrozí, že duševné zdravie bude do roku 2030 hlavnou príčinou zdravotných postihnutí v bohatých krajinách (Roberts & Grimes, 2011).

Dôsledky reformy systému starostlivosti o duševné zdravie z Veľkej Británie pritom ukazujú, že za posledné roky došlo k obrovskému pokroku v psychologických terapiách založených na dôkazoch, a to najmä u KBT (Layard & Clark, 2015). U jednotlivcov s klinickou depresiou alebo s chronickými úzkostnými poruchami liečba týmto spôsobom viedla k 50 % miere zotavenia, pričom dlhodobé výsledky naďalej potvrdzujú tento pozitívny trend. Tiež sa ukazuje, že KBT o polovicu znižuje pravdepodobnosť recidívy, a v dlhodobom meradle je účinnejšia ako psychofarmakoterapia. KBT je tiež metódou, ktorú vo Veľkej Británii uprednostnila veľká väčšina pacientov (Mchugh et al., 2013). Okrem KBT však zistenia meta-analýz potvrdzujú efektivitu krátkodobej psychodynamickej psychoterapie, a to primárne v liečbe úzkostných porúch, sociálnej fóbie a PTSP. Výsledky z RCT štúdií naznačujú stredne silnú až vysokú efektivitu PDP v liečbe depresie, panickej poruchy a somatických ochorení.

Z vyššie uvedeného usudzujeme, že celoštátna plošná podpora preventívnych a intervenčných metód založených na princípoch terapeutických postupov s nižšou mierou terapeutického kontaktu môže významne pozitívne ovplyvniť stav duševného zdravia obyvateľov SR, a v neposlednom rade tak zvýši produktivitu v ekonomike a podporí v priebehu času jej rast.

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

Je zrejmé, že v rámci skvalitňovania výsledkov diagnostických a terapeutických postupov s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu (Psychologická liečba v druhom stupni starostlivosti) je naďalej potrebný výskum zameraný na potvrdenie účinnosti v primárnej starostlivosti (*effectiveness studies*) ako aj v inom prostredí s obmedzenými zdrojmi starostlivosti o duševné zdravie. Kontrolované prostredie, v ktorom sa štúdie účinnosti (*efficacy studies*) často vykonávajú, sa vyznačujú inštitucionálnymi zariadeniami terciárnej starostlivosti, ktoré majú tendenciu disponovať vysoko špecializovaným personálom, a v neposlednom rade tiež lepším technickým vybavením, než zariadenia primárnej starostlivosti. Subjekty v takýchto štúdiách zvyčajne žijú v oblastiach s ľahším prístupom k takýmto zdravotným strediskám, a čo sa javí ako dôležité, vykazujú vysokú ochotu spolupracovať na výskume (*compliance*). Pacienti účasní v *efficacy studies* (RCT) bývajú tiež často vzdelanejší a majú lepšie poisťné krytie ako priemerní pacienti v primárnej starostlivosti (*effectiveness studies*) (Gartlehner et al., 2006). Je preto dôležité skúmať efektivitu daných terapeutických postupov s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu (Psychologická liečba v druhom stupni starostlivosti) priamo „v teréne“.

Celkovo odporúčame výrazné zvýšenie štátnych investícií do výskumu diagnostických a terapeutických postupov s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu, keďže sa ukazuje, že duševné zdravie obyvateľstva priamo súvisí s finančnými nákladmi na liečbu a s prípadnými stratami v HDP danej ekonomiky (ÚHP, 2020).

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Zo skúseností štátov, v ktorých sa zaviedli diagnostické a terapeutické postupy s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu, sa ako zásadné ukazuje:

1. **spolupráca medzi klinickými pracovníkmi v primárnej, sekundárnej a terciárnej špecializovanej starostlivosti, ako aj riadiacimi zložkami zdravotnej starostlivosti a úradmi tak, aby mohla prebiehať efektívna výmena informácií za účelom zlepšenia starostlivosti o koncového užívateľa/pacienta,**
2. prepojenie medzi klinickými pracovníkmi, riadiacimi zložkami a príslušnými úradmi s pacientmi a ich rodinnými príslušníkmi za účelom efektívnej výmeny informácií, a to aj v rôznych jazykoch, čo môže zapojenie bilingválnych terapeutov alebo tlmočníkov,
3. **zvýšenie dostupnosti pre celý rad sociálne vylúčených skupín vrátane minoritných etnických skupín, starých ľudí, alebo osôb inak znevýhodnených, pričom bude zabezpečené rešpektovanie kultúrnych, náboženských a etnických rozdielov, ktoré sa v populácii prirodzene vyskytujú,**
4. pravidelné monitorovanie účinku intervencií založené na evidence-based princípoch.

Ďalšie odporúčania

Sme presvedčení, že ak má nastať zásadná zmena v prístupe k liečbe najčastejších duševných porúch a ochorení v slovenskej populácii, sú to v prvom rade politici, ktorí disponujú finančnými zdrojmi na potrebné zmeny. Cieľom tohto štandardu je zdôraznenie nutnosti vyššie popísaných postupov v kontexte poskytovania diagnostických a terapeutických postupov s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu zameraných na duševné zdravie obyvateľov Slovenska. Zároveň chceme upozorniť na potrebu rozšírenia aktuálnych reformných snáh o problematiku digitalizácie systému starostlivosti o duševné zdravie. Apelujeme na príslušné orgány Ministerstva zdravotníctva SR, Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR, ako aj Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR a odporúčame:

- (a) akreditovať vzdelávací program v Diagnostických a terapeutických postupoch s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu (Psychologická liečba v druhom stupni starostlivosti),
- (b) začať intenzívne vzdelávanie v Diagnostických a terapeutických postupoch s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu (Psychologická liečba v druhom stupni starostlivosti),
- (c) zabezpečiť kontinuálne financovanie novovytvorených služieb prostredníctvom bezlimitného prostredia zdravotných poisťovní pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v inovatívnej liečbe duševných porúch,
- (d) vytvoriť pracovnú skupinu so zameraním na digitalizáciu systému poskytovania starostlivosti o duševné zdravie obyvateľov SR v kontexte diagnostických a terapeutických postupov s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu (Psychologická liečba v druhom stupni starostlivosti).
- (e) v neposlednom rade navýšiť limitáciu hradenej zdravotnej starostlivosti už existujúcich prístupov a rozšíriť sieť poskytovanej starostlivosti cez dostupné a existujúce zdroje.

Úlohou iniciačnej skupiny so zameraním na digitalizáciu systému poskytovania starostlivosti o duševné zdravie obyvateľov SR v kontexte diagnostických a terapeutických postupov s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu (Psychologická liečba v druhom stupni

starostlivosti) má byť (1) vytvorenie potrebných liečebných programov, ako aj (2) identifikácia aktuálnych potrieb užívateľov spojená s (3) implementáciou a monitorovaním efektívnosti digitálneho systému starostlivosti o duševné zdravie populácie, ako aj (4) snaha o neustále zlepšovanie týchto intervencií v takej miere, aby sa dostali ku všetkým potenciálnym užívateľom, vrátane rizikových populácií s vážnymi duševnými ochoreniami, populácií žijúcich pod hranicou chudoby a populácií trpiacich zneužívaním návykových látok. Ako zásadné považujeme doplnenie spomenutých vzdelávacích programov do postgraduálneho vzdelávania. Za esenciálne považujeme tiež vytvorenie edukačného programu o Diagnostických a terapeutických postupoch s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu (Psychologická liečba v druhom stupni starostlivosti) a umožnenie jeho absolvovania odborným pracovníkom v rezorte Ministerstva zdravotníctva SR, Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR a Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR kvôli zvýšeniu dostupnosti a kvality starostlivosti.

Ďalšou možnosťou je zaradiť tieto nižšie stupne psychoterapeutického výcviku už do osnov špecializačného štúdia lekárov – špecialistov a do osnov pregraduálneho štúdia všeobecného lekárstva a psychológie, čo môže byť časovou aj finančnou úsporou. Počas vysokoškolského štúdia je v súčasnosti psychoterapii v medicíne venovaná nedostatočná pozornosť, rovnako psychológom chýba nutná klinicko-psychoterapeutická prax a styk s klientom. Skúsenosti z iných krajín (UK) ukazujú, že vzdelávanie v diagnostických a terapeutických postupoch s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu (Psychologická liečba v druhom stupni starostlivosti) je odpoveďou aj na tieto deficity (Layard, & Clark, 2015).

Ako vysoko ambiciózný sa ukazuje reformný počín nemeckého Bundestagu, kedy v roku 2020 bolo vzdelávanie psychoterapeutov postavené na novom právnom základe, a umožnilo paušálne skvalitnenie a urýchlenie psychoterapeutickej starostlivosti. Licencia na výkon psychoterapeutickej praxe sa tak podľa nových pravidiel v Nemecku udeľuje po piatich rokoch vysokoškolského štúdia psychoterapie, bez nároku na predchádzajúce štúdium prerekvizitórnych odborov (ktoré sú v Nemecku doposiaľ len psychológia a medicína). Od roku 2020 tak môžu nemecké univerzity priamo ponúkať magisterské štúdium psychoterapie. Toto štúdium sa delí na 3-ročné bakalárske a 2-ročné magisterské štúdium, a je ukončené štátnou psychoterapeutickou skúškou. Certifikačný súhlas, ktorý zároveň predstavuje povolenie na liečbu, sa absolventom udeľuje v prípade, že zložia požadovanú skúšku (Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, 2020).

Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Na komunikačnej úrovni považujeme za významne prínosné prepojenie všetkých úrovní odstupňovanej zdravotnej starostlivosti, počnúc zdravotnou starostlivosťou v ambulanciách všeobecných lekárov, v spádových nemocniciach, v špecializovaných psychiatrických ambulanciách, na pracoviskách klinickej psychológie, ako aj v súkromných ambulanciách klinickej psychológie a psychoterapie. Väčšina nákladov v zdravotníctve je spojená s liečbou somatických ochorení, ktoré sú dôsledkom alebo sprievodným faktorom veľkej časti duševných porúch. Časť týchto nákladov vzniká kvôli stigme a nevedomosti pacientov, ale aj lekárov.

Podľa Slovenskej psychoterapeutickej spoločnosti (SPS) mnohí pacienti nevedia napríklad rozoznať panický záchvat od infarktu, a na základe toho volajú finančne nákladnú záchrannú službu namiesto toho, aby zvolili lacnejší a účinnejší spôsob riešenia aktuálneho problému (ÚHP, 2020). Na druhej strane, pacientov s fyziologicky nevysvetliteľnými ťažkosťami, z ktorých mnohé sú psychicky podmienené, lekári odosielajú na drahé vyšetrenia k rôznym špecialistom, pričom psychológ, či psychiater je často až poslednou voľbou (ÚHP, 2020). V Spojenom kráľovstve sa náklady na zbytočnú somatickú liečbu pacientov so psychickou poruchou odhadujú na 1 % HDP (Layard & Clark, 2014). Jednotlivci trpiaci duševnými poruchami sa často obávajú o svoje fyzické zdravie, a preto majú tendenciu navštevovať špecializovaných lekárov častejšie.

Ako významne prínosné považujeme zapojiť do legislatívneho procesu aj priamo tých jednotlivcov, ktorých sa vyššie načrtnutá reforma najviac týka. Práve spätná väzba zo strany užívateľov/pacientov dáva možnosť poukázať na úskalia zo strany prijímateľov daných intervencií, a tak zlepšovať reformovaný systém priamo zvnútra. Vo viacerých krajinách sa práve vďaka zapojeniu trpiacich pacientov darí lepšie presadzovať potrebnú legislatívu (Goodrich, Kilbourne, Nord, & Bauer, 2013). Sme presvedčení, že reforma zavedením Diagnostických a terapeutických postupov s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu (Psychologická liečba v druhom stupni starostlivosti) by z tohto konceptu nemala byť vynechaná.

Rovnako bude potrebné pomôcť pri reorganizácii poskytovania súčasných intervencií na individuálnej úrovni, úrovni organizácií, ale aj na úrovni celého systému poskytovania starostlivosti o duševné zdravie v populácii. Výber spomínaných intervencií sa musí riadiť dátami a všetky výsledky musia byť vyhodnocované. Skúsenosti partnerských štátov tiež ukazujú dôležitosť vytvorenia interdisciplinárnej platformy prístupnej pre odborníkov v oblasti zdravotníctva, ktorá bude podporovať efektívne poskytovanie digitálnych intervenčných programov v oblasti duševného zdravia tak, aby odborníci z oblasti duševného zdravia, ako aj pomocné profesie, výskumní pracovníci a v neposlednom rade aj samotní užívatelia mohli využívať, hodnotiť a zlepšovať existujúce systémy a nástroje digitálnej verzie systému starostlivosti o duševné zdravie.

Úhrada nákladov spojených so zdravím obyvateľstva prostredníctvom poisťovní je kľúčovou výzvou pre mnohé nové riešenia v oblasti digitálneho zdravia, ktorých dôležitosť a hodnotu súčasná pandémia COVID-19 priamo zdôraznila a rozšírila. Ako inšpirácia pre slovenskú reformu systému starostlivosti o duševné zdravie obyvateľstva môže slúžiť nemecký reformný počin, ktorý nadobudol definitívnu platnosť v roku 2020 (Gerke, Stern, & Minssen, 2020). Z dostupných štatistických údajov vyplýva, že nemecký systém zákonného zdravotného poistenia je jedným z najväčších na svete (GermanyHIS, 2020). Vo všeobecnosti majú poisťenci v Nemecku nárok na finančné krytie digitálnych terapeutických intervencií, ak takéto žiadosti spĺňajú (jedno z nasledujúcich kritérií): (5) Používajú sa buď so súhlasom zdravotnej poisťovne alebo na predpis ošetrojúceho lekára alebo psychoterapeuta (SGB V, § 33a ods. 1). Zatiaľ čo lekári môžu od roku 2020 flexibilne využívať video-konzultáciu vo všetkých terapeuticky relevantných prípadoch, psychoterapeuti sú pri digitalizovaných službách obmedzení na video-konzultáciu a tele-psychologické výkony až po osobnej konzultácii s pacientom, ktorá zahŕňa

stanovenie prvej diagnózy, indikáciu a poskytnutie relevantných informácií (National Association of Statutory Health Insurance Physicians, 2020). Toto rozhodnutie sa môže do istej miery javiť ako zbytočné, nakoľko výskumy ukazujú, že cez internet administrované diagnostické škály majú vyššiu alebo podobnú vnútornú konzistenciu ako tzv. „papier a ceruzka“ dotazníky, a navzájom vysoko korelujú, bez ohľadu na to, či sú administrované cez internet, alebo v osobnom styku pomocou „papiera a ceruzky“ (Zeiler et al., 2020).

Alternatívne odporúčania

Je zrejmé, že adekvátne rozšírenie Diagnostických a terapeutických postupov s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu (Psychologická liečba v druhom stupni starostlivosti) do systému starostlivosti o duševné zdravie na národnej úrovni bude musieť čeliť viacerým výzvam, tak ako aj ostatné inovatívne terapeutické postupy v medicíne, vrátane problémov týkajúcich sa ochrany súkromia a dôvernosti, zberu a vlastníctva osobných údajov, zapojenia vyškolených profesionálov do používania nových metód, informovania a zapojenia užívateľov do využívania takýchto metód, zapojenia profesionálov z oboru do spoločného návrhu preventívnych a intervenčných stratégií, integrácie komerčných, akademických a štátnych snáh do celostného štátneho poskytovania takýchto intervencií a nepretržitého úsilia financovať aktivity potrebné na dosiahnutie digitalizovaného systému prevencie a intervencie v oblasti duševného zdravia občanov Slovenska. Aj tieto kompetencie by podľa nášho názoru mali byť zverené do rúk odborníkom s potrebnými skúsenosťami, ktorí disponujú možnosťou aktívnej výmeny informácií a skúseností od kolegov zo zahraničia, kde dané reformné zmeny už prebehli, alebo aktuálne prebiehajú.

Špeciálny doplnok štandardu

Diagnostické škály na zachytenie symptomatiky u pacienta podľa konkrétnych diagnostických kategórií sú prístupné v zozname schválených štandardných postupov, napr. na stránke: <https://www.standardnepostupy.sk/sdtp-nove/>.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Najbližší audit a revíziu súčasného manuálu odporúčame o 1 rok. Nevyhnutný a bezodkladný audit a revízia musí nastať v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb. Zásadné rozdiely medzi MKCH-10 a MKCH-11 budú zohľadnené v najbližšej revízii.

Literatúra

1. Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Psychother Psychosom*; 78: 265–274
2. Ahn, S., Brincks, A., Brown, C.H. (2014). Overview of meta-analyses of the prevention of mental health, substance use, and conduct problems. *Annu Rev Clin Psychol*, 10:243-73. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185524
3. Amaral, C., Onocko-Campos, R., de Oliveira, P., Pereira, M., Ricci, E., Pequeno, M., et al. (2018). Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *Int J Ment Health Syst*. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0237-8>.
4. American Academy of Sleep Medicine. (2014). *The International Classification of Sleep Disorders*. Third edition. Darien: American Academy of Sleep Medicine, 377 p. ISBN 0-9915434-0-8
5. American Cancer Society (ACS). (2018). Lifetime Risk of Developing or Dying From Cancer. Dostupné na: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/lifetime-probability-of-developing-or-dying-from-cancer.html>
6. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
7. Analytický útvar Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (2017). Štatistické údaje týkajúce sa poskytovania zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria a klinická psychológia. M. Smatana

8. Anderson, L. et al. (2012). Self-help books for depression: How can practitioners and patients make the right choice. *Br. J. Gen. Pract.* 55, 387–392
9. Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry* 13, 4–11.
10. Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3):288-95. doi: 10.1002/wps.20151
11. Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Östman, G., Norgren, A., Almlöv, J., Georén, L., Breitholtz, E., Dahlin, M., Cuijpers, P., Carlbring, P., Silverberg, F. (2012). Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral guided self-help for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, 81(6), 344-355. Doi: 10.1159/000339371
12. Arnberg, A., & Ost, L.G. (2014). CBT for children with depressive symptoms: A meta-analysis. In *Cognitive Behaviour Therapy*. ISSN 1651-2316, 43, 4, 275–288
13. Baldessarini, R.J. (2006). Drug therapy of depression and anxiety disorders in Goodman and Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics (eds Brunton L. L. et al.) 429–460 (McGraw-Hill, 2006).
14. Baldwin, D.S., Asakura, S., Koyama, T., Hayano, T., Hagino, A., Reines, E., Larsen, K. (2016). Efficacy of escitalopram in the treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis versus placebo. *Eur Neuropsychopharmacol*, 26(6):1062-9. doi: 10.1016/j.euroneuro.2016.02.013
15. Bares, M., Brunovsky, M., Kopecek, M., Novak, T., Stopkova, P., Kozeny, J., Sos, P., Krajca, V., & Höschl, C. (2008). Early reduction in prefrontal theta QEEG cordance value predicts response to venlafaxine treatment in patients with resistant depressive disorder. *Eur Psychiatry*, 23(5):350-5. doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.03.001
16. Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
17. Bieščad, M. (2009). Slovenská verzia dotazníka CORE-OM: kompletný manuál pre použitie dotazníka v klinickej praxi. Trnava: Trnavská univerzita.
18. Blechert, J., Michael, T., Grossman, P., Lajtman, M., & Wilhelm, F.H. (2007). Autonomic and respiratory characteristics of posttraumatic stress disorder and panic disorder. *Psychosomatic Medicine*, 69, 935–943.
19. Blevins, C.A., Weathers, F.W., Davis, M.T., Witte, T.K., & Domino, J.L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
20. Bögels, S.M., Wijts P., Oort F.J., & Sallaerts S.J. (2014). Psychodynamic psychotherapy versus cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: an efficacy and partial effectiveness trial. *Depression and Anxiety*, 31:363–373
21. Brazinova, A., Hasto, J., Levav, I., Pathare, S. (2019). Mental Health Care Gap: The Case of the Slovak Republic. *Adm Policy Ment Health*, 46(6):753-759. doi: 10.1007/s10488-019-00952-z
22. Buysse, D.J. et al. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. In *Psychiatry Research*. ISSN 0165-1781, 28, 2, 193-213.
23. Carl, E., Stein, A.T., Levihn-Coon, A., Pogue, J.R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., Asmundson, G.J.G., Carlbring, P., & Powers, M.B. (2019). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Anxiety Disord*, 61:27-36. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.08.003
24. Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther*, 47(1):1-18. doi: 10.1080/16506073.2017.1401115
25. Carpenter, J.K. et al. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trial. In *Depression and Anxiety*. ISSN 1520-6394, 35, 6, 502-514.
26. Centre for Disease Control and Prevention (CDC). (2014). Now, 2 Out of Every 5 Americans Expected to Develop Type 2 Diabetes During Their Lifetime. Dostupné na: <https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/newsroom/now-2-out-of-every-5-americans-expected-to-develop-type-2-diabetes-during-their-lifetime.pdf>
27. Cipriani, A., Furukawa, T.A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L.Z., Ogawa, Y., Leucht, S., Ruhe, H.G., Turner, E.H., Higgins, J.P.T., Egger, M., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Imai, H., Shinohara, K., Tajika, A., Ioannidis, J.P.A., & Geddes, J.R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*, 7:391(10128):1357-1366. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32802-7
28. Clark, D.M. Developing and disseminating effective psychological therapies for common mental health problems. Science, economic and politics. Presentation on the 9th International congress of cognitive psychotherapy – Cluj-Napoca, 2017.
29. Clark, D.M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D.A., Suckling, R., Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behav Res Ther*, 47(11):910-20. doi: 10.1016/j.brat.2009.07.010
30. Clum, G.A., & Surls, R. (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. ISSN 0022-006X, 61, 2, 317-326.
31. Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd ed. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hillsdale, NJ.
32. Colizzi, M., Lasalvia, A. & Ruggeri, M. (2020). Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? *Int J Ment Health Syst* 14, 23. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00356-9>
33. Connan, F., Campbell, I.C., Katzman, M., Lightman, S.L., Treasure, J. (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiol Behav*, 79(1), 13-24. doi: 10.1016/s0031-9384(03)00101-x
34. Connor, K.M., Davidson, J.R., Churchill, L.E., Sherwood, A., Foa, E., Weisler, R.H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *New self-rating scale*. *Br J Psychiatry*, 176:379-86. doi: 10.1192/bjp.176.4.379
35. Correll, C.U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Craig, T.J., Nordentoft, M., Srihari, V.H., Guloksuz, S., Hui, C.L.M., Chen, E.Y.H., Valencia, M., Juarez, F., Robinson, D.G., Schooler, N.R., Brunette, M.F., Mueser, K.T., Rosenheck, R.A., Marcy, P., Addington, J., Estroff, S.E., Robinson, J., Penn, D., Severe, J.B., Kane, J.M. (2018). Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*, 1;75(6):555-565. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0623

36. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.*, 27(3):318-26. doi: 10.1016/j.cpr.2006.11.001
37. Cuijpers P. et al. (2013). A meta-analysis of cognitive-behaviouralDS vol. 159, p. 118–126
38. Cuijpers, P. et al. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: A meta-analysis. In *American Journal of Psychiatry*. ISSN 1535-722, 168, 6, 581–592
39. Cuijpers, P. et al. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. In *World Psychiatry*. ISSN 2051-5545, 13, 1, 56–67
40. Cuijpers, P. et al. (2017). Four Decades of Outcome Research on Psychotherapies for Adult Depression: An Overview of a Series of Meta-Analyses, *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*. ISSN 0708-5591, 58, 1, 7–19.
41. Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychol Med.* 40(12):1943-57. doi: 10.1017/S0033291710000772
42. Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S.D., van Oppen, P., Barth, J., & Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 32(4):280-91. doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.003
43. Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., Ebert, D.D., (2019). Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 28, 21–30.
44. Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Aalten, P., Batelaan, N., Salemink, E., Spinhoven, P., Struijs, S., de Wit, L., Gentili, C., Ebert, D., Harter, M., Bruffaerts, R., Kessler, R. C., & Karyotaki, E. (2021). Prevention and treatment of mental health and psychosocial problems in college students: An umbrella review of meta-analyses. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(3), 229–244. <https://doi.org/10.1037/cps0000030>
45. Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *J. Behav. Med.* 2, 169–177
46. Cuijpers, P., van Straten, A., van Schaik, A., Andersson, G. (2009). Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract*, 59 (559): e51-60. doi: 10.3399/bjgp09X395139
47. Cuijpers, P., Veen, S.C.V., Sijbrandij, M., Yoder, W., Cristea, I.A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther*, 49(3):165-180. doi: 10.1080/16506073
48. De Crescenzo, F., D'Alò, G.L., Ostinelli, E.G., Ciabattini, M., Di Franco, V., Watanabe, N., Kurtulmus, A., Tomlinson, A., Mitrova, Z., Foti, F., Del Giovane, C., Quedsted, D.J., Cowen, P.J., Barbui, C., Amato, L., Efthimiou, O., Cipriani, A. (2022). Comparative effects of pharmacological interventions for the acute and long-term management of insomnia disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*, 16;400(10347):170-184. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00878-9
49. de Moraes Costa, G., Zanatta, F.B., Ziegelmann, P.K., Soares Barros, A.J., Mello, C.F. (2020). Pharmacological treatments for adults with post-traumatic stress disorder: A network meta-analysis of comparative efficacy and acceptability. *J Psychiatr Res*, 130:412-420. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.07.046
50. Del Giudice, M., Ellis, B.J., Shirtcliff, E.A. (2011). The Adaptive Calibration Model of stress responsivity. *Neurosci Biobehav Rev*, 35(7):1562-92. doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.11.007
51. Deng, W., Hu, D., Xu, S., Liu, X., Zhao, J., Chen, Q., Liu, J., Zhang, Z., Jiang, W., Ma, L., Hong, X., Cheng, S., Liu, B., Li, X. (2019). The efficacy of virtual reality exposure therapy for PTSD symptoms: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 1, 257:698-709. doi: 10.1016/j.jad.2019.07.086
52. Derogatis, L.R., & Spavitz, K.L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 679–724). Lawrence Erlbaum Associates Publishers
53. Donker, T., Cornelisz, I., van Klaveren, C., et al. (2019). Effectiveness of Self-guided App-Based Virtual Reality Cognitive Behavior Therapy for Acrophobia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 76(7):682–690. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0219
54. Donker, T., Griffiths, K.M., Cuijpers, P. et al. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med* 7, 79, <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-79>
55. dos Santos Treichel, C.A., Bakolis, I. & Onocko-Campos, R.T. (2021). Determinants of timely access to Specialized Mental Health Services and maintenance of a link with primary care: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst*, 15, 84. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00507-6>
56. Du, Y., Du, B., Diao, Y., Yin, Z., Li, J., Shu, Y., Zhang, Z., Chen, L. (2021). Comparative efficacy and acceptability of antidepressants and benzodiazepines for the treatment of panic disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Asian J Psychiatry*, 60:102664. doi: 10.1016/j.ajp.2021.102664
57. Dugas, M.J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., Leblanc, R., Gervais, N.J. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behav Ther*, 41(1):46-58. doi: 10.1016/j.beth.2008.12.004
58. Eaton, W.W., Bienvenu, O.J., Miloyan, B. (2018). Specific phobias. *Lancet Psychiatry*, 5(8):678-686. doi:10.1016/S2215-0366(18)30169-X
59. Edmond, T., & Rubin, A. (2004). Assessing the long-term effects of EMDR: results from an 18-month follow-up study with adult female survivors of CSA. *J Child Sex Abus*, 13, 69-86.
60. Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., Mayou, R. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 60(10):1024-32. doi: 10.1001/archpsyc.60.10.1024
61. Eilert, N., Enrique, A., Wogan, R., Mooney, O., Timulak, L., Richards, D. (2021). The effectiveness of Internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*, 38(2):196-219. doi: 10.1002/da.23115
62. Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS One*, 7;9(6):e100100. doi: 10.1371/journal.pone.0100100
63. Espa-Červená, K., Praško, J., Závěšická, L. (2004). *Nespavost: Zvládání nespavosti*. Praha: Portál, 102 s. ISBN 8071789194
64. Espie, C.A. (2009). Stepped care”: A health technology solution for delivering cognitive behavioral therapy as a first line insomnia treatment. *Sleep*, 32, 1549–1558

65. Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., & McGrath, G. (2000). CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health*, 9(3), 247–255. <http://doi.org/10.1080/jmh.9.3.247.255>
66. Ferencáková, L., Kubašová, K., Breznoščáková, D., & Pečeňák, J. (2020). Špecifické fóbie. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-psychiatria/>
67. Ferrando, C., & Selai, C. (2021). A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of exposure and response prevention therapy in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 31, 100684. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100684>
68. Fishbain, D.A., Cutler, R.B., Rosomoff, H.L., Steele-Rosomoff, R.S. (1998). Do antidepressants have an analgesic effect in psychogenic pain and somatoform pain disorder? A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 60(4):503-9.
69. Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485–496. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
70. Fox, N.A., Pine, D.S. (2012). Temperament and the emergence of anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51(2):125-128. doi:10.1016/j.jaac.2011.10.006
71. Friedman, B.H. (2007). An autonomic flexibility-neurovisceral integration model of anxiety and cardiac vagal tone. *Biological Psychology*, Vol.74, No.2, 185-199.
72. Furukawa, T.A., Katherine, Shear, M., Barlow, D.H., Gorman, J.M., Woods, S.W., Money, R., Etschel, E., Engel, R.R., Leucht, S. (2009). Evidence-based guidelines for interpretation of the Panic Disorder Severity Scale. *Depress Anxiety*, 26(10):922-9. doi: 10.1002/da.20532
73. Gartlehner, G., Hansen, R.A., Nissman, D., Lohr, K.N., Carey, T.S. (2006). *Criteria for Distinguishing Effectiveness From Efficacy Trials in Systematic Reviews*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Report No.: 06-0046. PMID: 20734508.
74. Gater, R., Almeida, E., Sousa, D., Barrientos, G., Caraveo, J., Chandrashekar, C., Dhadphale, M., et al. (1991). The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychol Med*, 21(3):761–74. <https://doi.org/10.1017/s003329170002239x>
75. Gerke, S., Stern, A.D., & Minssen, T. (2020). Germany's digital health reforms in the COVID-19 era: lessons and opportunities for other countries. *NPJ Digit Med*, 3:94. doi: 10.1038/s41746-020-0306-7
76. GermanyHIS. (2020). German healthcare statistics. Dostupné na: <https://www.germanyhis.com/german-healthcare-statistics>
77. Global Burden of Disease Collaborative Network. (2016). *Global Burden of Disease Study (G2016). Results*. Dostupné na: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
78. Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46(11):1006-11. doi: 10.1001/archpsyc.1989.01810110048007
79. Goodrich, D.E., Kilbourne, A.M., Nord, K.M., Bauer, M.S. (2013). Mental health collaborative care and its role in primary care settings. *Curr Psychiatry Rep*, 15(8):383. doi: 10.1007/s11920-013-0383-2
80. Gould R., Otto, M., & Pollack, M. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. In *Clinical Psychology and Psychotherapy*. ISSN1063-3995, 15, 819-844.
81. Guo, S., Deng, W., Wang, H., Liu, J., Liu, X., Yang, X., He, C., Zhang, Q., Liu, B., Dong, X., Yang, Z., Li, Z., Li, X. (2021). The efficacy of internet-based cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Psychother*, 28(3):656-668. doi: 10.1002/cpp.2528
82. Gupta, R. et al. (2017). *Clinical Practice Guidelines for Sleep Disorders*. In *Indian Journal of Psychiatry*, 116–138.
83. Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., ... & Gannon, B. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, 21(10), 718-779
84. Guy, W. (2000). *Clinical Global Impressions Scale (CGI)*, In *Handbook of Psychiatric Measures*, Edited by: Rush AJ, Washington DC: American Psychiatric Association, 100-102
85. Hajduk, M., Heretik, A. Jr, Vaseckova, B., Forgacova, L., Pecenek, J. (2019). Prevalence and correlations of depression and anxiety among Slovak college students. *Bratisl Lek Listy*, 120(9):695-698. doi: 10.4149/BLL_2019_117
86. Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23:56–62.
87. Hašto, J., Breier, P., Černák, P., & Rakús, A. (1999). *Reforma psychiatrickej starostlivosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F
88. Häuser, W., Bernardy, K., Uceyler, N., Sommer, C. (2009). Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 301:198-209
89. Hedges, D.W., Brown, B.L., Shwalb, D.A., Godfrey, K., Larcher, A.M. (2007). The efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in adult social anxiety disorder: a meta-analysis of double-blind, placebo-controlled trials. *J Psychopharmacol* 1(1):102-11. doi: 10.1177/0269881106065102
90. Hedges, L.V., & Olkin, I. (1985). *Statistical Methods for Meta-analysis*. Academic Press, Orlando
91. Hedman, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Andersson, G., Rück, C., Lindefors, N. (2011). Cost-effectiveness of Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: results from a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*, 49(11):729-36. doi: 10.1016/j.brat.2011.07.009
92. Hedman, E., Ljótsson, B., Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* 12, 745–764.
93. Heretik, A., Sr, Heretik, A., Jr, Novotný, V., et al (2003) EPID – Epidemiológia depresii na Slovensku. [Epidemiology of Depression in Slovakia.] *Psychoprof*.
94. Hewlett, E., & Moran, V. (2014). *Making Mental Health Count*. Focus on Health, OECD. Dostupné na: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Focus-on-Health-Making-Mental-Health-Count.pdf>
95. Hofmann, S.G. et al. (2009). Is it beneficial to add pharmacotherapy to cognitive-behavioral therapy when treating anxiety disorders? A meta-analytic review. In *International Journal of Cognitive Therapy*. ISSN 1937-1217, 2, 2, 160-175.
96. Hofmann, S.G., & Smits, J.A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*, 69(4):621-32. doi: 10.4088/jcp.v69n0415
97. Hogberg, G., Pagani, M., Sundin, O., Soares, J., Aberg-Wistedt, A., Tarnell, B., Hallstrom, T. (2008). Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing: outcome is stable in 35-month follow-up. *Psychiatry Res*, 159, 101-108.

98. Hollon, S.D. et al. (2005). Prevention of Relapse Following Cognitive Therapy vs Medications in Moderate to Severe Depression. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 62, 417-422.
99. Hollon, S.D. et al. (2014). Effect of Cognitive Therapy With Antidepressant Medications vs Antidepressants Alone on the Rate of Recovery in Major Depressive Disorder A Randomized Clinical Trial. In *JAMA Psychiatry*. ISSN 2168-6238, 71, 10, 1157–1164
100. Hoppen, L.M., Kuck, N., Bürkner, P.C. et al. (2021). Low intensity technology-delivered cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 21, 322. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03272-5>
101. Hou, T., Zhang, T., Cai, W., Song, X., Chen, A., Deng, G., Ni, C. (2019). Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *PLoS One*, 15(5):e0233831. doi: 10.1371/journal.pone.0233831.
102. Hupková, Z., & Šlepecký, M. (2021). Insomnia. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-klinicka-psychologia-pre-dospelych/>
103. Huppert, D., Grill, E., & Brandt, T. (2017). A New Questionnaire for Estimating the Severity of Visual Height Intolerance and Acrophobia by a Metric Interval Scale. *Front Neurol* 1;8:211. doi: 10.3389/fneur.2017.00211
104. Chalmers, J.A., Quintana, D.S., Abbott, M.J.-A., & Kemp, A.H. (2014). Anxiety disorders are associated with reduced heart rate variability: a metaanalysis. *Front. Psychiatry* 5:80. doi:10.3389/fpsy.2014.00080
105. Chan, M.E., & Arvey, R.D. (2012). Meta-analysis and the development of knowledge. *Perspect Psychol Sci*, 7(1):79-92. doi:10.1177/1745691611429355
106. Jackson, J.L., O'Malley, P.G., Tomkins, G., Balden, E., Santoro, J., Kroenke, K. (2000). Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis. *American Journal of Medicine*, 108, 65-72.
107. Jakobsen, J.C. et al. (2012). Effects of cognitive therapy versus interpersonal psychotherapy in patients with major depressive disorder: A systematic review of randomized clinical trials with metaanalyses and trial sequential analyses. In *Psychological Medicine*. ISSN 1469-8978, 42, 7, 1343–1357.
108. Johansson, M., Berman, A.H., Sinadinovic, K., Lindner, P., Hermansson, U., Andréasson, S. (2021). Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Harmful Alcohol Use and Alcohol Dependence as Self-help or With Therapist Guidance: Three-Armed Randomized Trial. *J Med Internet Res*, 23(11):e29666. doi: 10.2196/29666
109. Johansson, R., Hesslow, T., Ljótsson, B., Jansson, A., Jonsson, L., Färdig, S., Karlsson, J., Hesser, H., Frederick, R.J., Lillengren, P., Carlbring, P., Andersson, G. (2017). Internet- based affect-focused psychodynamic therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial with 2-year follow-up. *Psychotherapy (Chic)*, 54(4), 351-360. Doi: 10.1037/pst0000147
110. Johns, M.W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. In *Sleep*. ISSN 0161-8105, 14, 6, 540-545.
111. Johnson, K.K., Bennett, C., & Rochani, H. (2022). Significant Improvement of Somatic Symptom Disorder With Brief Psychoeducational Intervention by PMHNP in Primary Care. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 28(2):171-180. doi:10.1177/1078390320960524
112. Kampmann, I.L., Emmelkamp, P.M., Morina, N. (2016). Meta-analysis of technology-assisted interventions for social anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 42:71-84. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.06.007
113. Kant, R., Yadav, P., Bairwa, M. (2021). Effectiveness of the Internet-Based Versus Face-to-Face Interaction on Reduction of Tobacco Use Among Adults: A Meta-Analysis. *Cureus*, 13(11):e19380. doi: 10.7759/cureus.19380
114. Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., et al. (2021). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression: A Systematic Review and Individual Patient Data Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(4):361–371. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4364
115. Kates, N., Arroll, B., Currie, E., Hanlon, C., Gask, L., Klasen, H., Meadows, G., Rukundo, R., Sunderji, N., Ruud, T. & Williams, M. (2018): Improving collaboration between primary care and mental health services, *The World Journal of Biological Psychiatry*, DOI: 10.1080/15622975.2018.1471218
116. Katsuki, F., Watanabe, N., Yamada, A., & Hasegawa, T. (2022). Effectiveness of family psychoeducation for major depressive disorder: Systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 8(5), E148. doi:10.1192/bjo.2022.543
117. Katzman, M.A. et al. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. In *BMC Psychiatry*. ISSN , 14, 1. Dostupné na: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/S1/>
118. Kavcová, E., Lipták, P., Ondrejka, I., Baška, T., Rozborilová, E., Krištúfek, P., Ochaba, R., Szárazová, M., & Maďar, R. (2007). Intervencia tabakovej závislosti v ordinácii všeobecného lekára. Odporúčaný diagnostický a liečebný postup pre všeobecných praktických lekárov. Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva. Slovenská lekárska spoločnosť. Dostupné na: <https://ssvpl.sk/wp-content/uploads/2019/08/Intervencia-tabakovej-z%C3%A1vislosti-v-ordin%C3%A1cii-v%C5%A1eobecn%C3%A9ho-praktick%C3%A9ho-lek%C3%A1ra-2007.pdf>
119. Kees, A. (2007). Parsimonious Methodology. *Methodological Innovations Online*, 2(1): 2-10. DOI: 10.4256/mio.2007.0002
120. Kelly, J. (2021). The Diagnostic Approach in Complex Patients: Parsimony or Plenitude? *Am J Med*, 134(1):11-12. doi: 10.1016/j.amjmed.2020.08.027
121. Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602
122. Kleinstaub, M., Witthoft, M., & Hiller, W. (2011). Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 31: 146–160
123. Knaevelsrud, C., Maercker, A. (2010) Long-term effects of an internet-based treatment for posttraumatic stress. *Cogn Behav Ther*, 39, 72-77.
124. Koob, G.F., Kandel, D.B., Baler, R.D., & Volkow, N.D. (2015). Pathophysiology of Addiction. In *Psychiatry*, 4th. edition, Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118753378.ch22>
125. Korte, S.M., Koolhaas, J.M., Wingfield, J.C., McEwen, B.S. (2005). The Darwinian concept of stress: benefits of allostasis and costs of allostatic load and the trade-offs in health and disease. *Neurosci Biobehav Rev*, 29(1), 3-38. doi: 10.1016/j.neubiorev.2004.08.009
126. Kotapati, V.P., Khan, A.M., Dar, S., Begum, G., Bachu, R., Adnan, M., Zubair, A., Ahmed, R.A. (2019). The Effectiveness of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in Adolescents and Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry*, 6:10:523. doi: 10.3389/fpsy.2019.00523

127. Kothgassner, O.D., Goreis, A., Kafka, J.X., Van Eickels, R.L., Plener, P.L., & Felthofer, A. (2019). Virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder (PTSD): A meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), Article 1654782. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1654782>
128. Krijn, M., Emmelkamp, P.M.G., Biemond, R., de Wilde de Ligny, C., Schuemie, M.J., & van der Mast, C.A.P.G. (2004). Treatment of acrophobia in virtual reality: The role of immersion and presence. *Behavior Research and Therapy*, 42(2), 229–239
129. Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med*, 69: 881–888
130. Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 16(9):606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
131. Kuester, A., Niemeyer, H., & Knaevelsrud, C. (2016). Internet-based interventions for posttraumatic stress: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev*, 43:1-16. doi: 10.1016/j.cpr.2015.11.004
132. Kunik, M.E., Veazey, C., Cully, J.A., Souček, J., Graham, D.P., Hopko, D., Carter, R., Sharafkhaneh, A., Goepfert, E.J., Wray, N., Stanley, M.A. (2008). COPD education and cognitive behavioral therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients: a randomized controlled trial. *Psychol Med*, 38(3):385-96. doi: 10.1017/S0033291707001687
133. Lambert, M. (2008). APA Releases Guidelines on Treating Obsessive-Compulsive Disorder. In *Am Fam Physician*, 78, 1, 131–135. Dostupné na internete: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm
134. Layard, R., & Clark, D.M. (2015). Why more psychological therapy would cost nothing. *Frontiers in Psychology*, 6. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01713
135. Layard, R., Clark, D.M. (2014): *Thrive. The power of psychological therapy*, Penguin books UK, pp. 374.
136. Lebedová, T., Chudovská, T., & Jandová, K. (2021). Komplexný psychologický manažment pacienta so somatickým ochorením. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-klinicka-psychologia-pre-dospelych/>
137. Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders: A Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 61(12):1208–1216. doi:10.1001/archpsyc.61.12.1208
138. Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M.E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., Huesing, J., Joraschky, P., Nolting, B., Poehlmann, K., Ritter, V., Stangier, U., Strauss, B., Stuhldreher, N., Tefikow, S., Teismann, T., Willutzki, U., Wiltink, J., Leibing, E. (2013). Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: a multicenter randomized controlled trial. *Am. J. Psychiatr*, 170:759–767
139. Lewis, C., Roberts, N.P., Simon, N., Bethell, A., Bisson, J.I. (2019). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 140(6):508-521. doi: 10.1111/acps.13079
140. Liebowitz, M.R. (1987). "Social Phobia". *Anxiety. Modern Problems of Pharmacopsychiatry. Modern Trends in Pharmacopsychiatry*. Vol. 22. pp. 141–73. doi:10.1159/000414022
141. Lin, J., Faust, B., Ebert, D.D., Kramer, L., Baumeister, H. (2018). A web-based acceptance-facilitating intervention for identifying patients' acceptance, uptake, and adherence of internet- and mobile-based pain interventions: randomized controlled trial. *J. Med. Internet Res.* 20, 1–18.
142. Linde, K. et al. (2015). Comparative effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: Network meta-analysis. In *BMC Family Practice*. ISSN 1471-2296, 16, 103, 1-14.
143. Liu, Y., Xu, X., Dong, M., Jia, S., & Wei, Y. (2017). Treatment of insomnia with tricyclic antidepressants: a meta-analysis of polysomnographic controlled trials. *Sleep Med*, 34:126-133. doi: 10.1016/j.sleep.2017.03.007
144. Lyons, N., Cooper, C., & Lloyd-Evans, B. (2021). A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions. *BMC Psychiatry*, 315, <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03321-z>
145. Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ*, 21;184(3):E191-6. doi: 10.1503/cmaj.110829
146. Mazzucchelli, T.G., Kane, R.T., & Rees, C.S. (2010). Behavioral activation interventions for well-being: A meta-analysis. In *The journal of positive psychology*. ISSN 1743-9760, 5, 2, 105–121.
147. McEwen, B.S., & Wingfield, J.C. (2003). The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones and Behavior*, 43(1), 2–15. [https://doi.org/10.1016/S0018-506X\(02\)00024-7](https://doi.org/10.1016/S0018-506X(02)00024-7)
148. Mechler, J., Lindqvist, K., Carlbring, P., Topooco, N., Falkenström, F., Lillengren, P., Andersson, G., Johansson, R., Midgley, N., Edbrooke-Childs, J., Dahl, H.J., Sandell, R., Thorén, A., Ulberg, R., Bergsten, K.L., & Philips, B. (2022). Therapist-guided internet-based psychodynamic therapy versus cognitive behavioural therapy for adolescent depression in Sweden: a randomised, clinical, non-inferiority trial. *Lancet Digit Health*, 4(8):e594-e603. doi: 10.1016/S2589-7500(22)00095-4
149. Mennin, D.S., Fresco, D.M., Heimberg, R.G., Schneier, F.R., Davies, S.O., Liebowitz, M.R. (2002). Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 661-73. doi: 10.1016/s0887-6185(02)00134-2
150. Mchugh, R.K., Whitton, S.W., Peckham, A.D., Welge, J.A., & Otto, M.W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J. Clin. Psychiatry* 74, 595–602. doi: 10.4088/JCP.12r07757
151. Minns, S., Leivhn-Coon, A., Carl, E., Smits, J.A.J., Miller, W., Howard, D., et al. (2018). Immersive 3d exposure-based treatment for spider fear: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 58, 1–7
152. MKCH-10. (1996). *Medzinárodná klasifikácia chorôb. Diagnostické kritériá pre výskum*. Geneva: World Health Organization
153. MKCH-11. (2022) *Medzinárodná klasifikácia chorôb*. Geneva: Svetová zdravotnícka organizácia. Dostupné na: <https://icd.who.int/browse11>
154. Morin, C.M. (1996). *Insomnia Psychological Assessment and Management*. New York: The Guilford Press, 238 p. ISBN 9781572301207.
155. Mořovský, B. (2004). Poruchy spánku z pohľadu psychiatra - neorganická insomnia. In *Via practica* [online]. Dostupné na internete: <http://www.solen.sk/pdf/ca226315112beb2dbc1ee853d77f6587.pdf>
156. Muntingh, A., van der Feltz-Cornelis, C., van Marwijk, H., Spinhoven, P., Assendelft, W., de Waal, M., Adèr, H., van Balkom, A. (2014). Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial. *Psychother Psychosom*, 83(1):37-44. doi: 10.1159/000353682

157. National Association of Statutory Health Insurance Physicians. (2020). Coronavirus: videosprechstunden unbegrenzt möglich. Dostupné na: https://www.kbv.de/html/1150_44943
158. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). Depression in adults: the treatment and management of depression in adults (Clinical Guideline 90). London: National institute for Health and Clinical Excellence, 2018. [cit.23.8.2022]. Dostupné na internete: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng90>
159. National Institute for Health and Care Excellence. (2009). Depression: the treatment and management of depression in adults (update). Clinical Guideline 90. London, NICE. Dostupné na: www.nice.org.uk/guidance/CG90
160. Novotný, V., Heretik, A., Sr, Heretik, A., Jr, et al (2006) EPIA – Epidemiológia Vybraných Úzkostných Porúch na Slovensku. [Epidemiology of Selected Anxiety Disorders in Slovakia.] Psychoprof.
161. O'Malley, P.G., Balden, E., Tomkins, G., Santoro, J., Kroenke, K., Jackson, J.L. (2000). Treatment of fibromyalgia with antidepressants: a meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 659-66.
162. Ost, L.G. (2007). The claustrophobia scale: a psychometric evaluation. *Behav Res Ther*, 45(5):1053-64. doi: 10.1016/j.brat.2004.10.004
163. Pálová, E. (2008). Liečba obsedantne-kompulzívnej poruchy. In *Psychiatria pre prax*. ISSN 1335-9584, 9, 3, 112–116
164. Patel, V., Chisholm, D., Dua, T., Laxminarayan, R., & Medina-Mora, M.E. (2016). Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, (Volume 4). The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank
165. Pfeiffer, P.N., Heisler, M., Piette, J.D., Rogers, M.A., Valenstein, M. (2011). Efficacy of peer support interventions for depression: a meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*, 33(1):29-36. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2010.10.002
166. Polak, M., Tanzer, N.K., Bauernhofer, K., & Andersson, G. (2021). Disorder-specific internet-based cognitive-behavioral therapy in treating panic disorder, comorbid symptoms and improving quality of life: A meta-analytic evaluation of randomized controlled trials. *Internet Intervention*, 7;24:100364. doi: 10.1016/j.invent.2021.100364
167. Pole, N. (2007). The psychophysiology of posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 133, 725–746.
168. Porges, S.W. (2007). The polyvagal perspective. *Biol Psychol*, 74(2), 116-43. doi: 10.1016/j.biopsycho.2006.06.009
169. Praško Pavlov, J., & Prašková, H. Sociální fobie. In SEIFERTOVÁ D., PRAŠKO J., HORÁČEK J., HÖSCHL C. *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2008, p. 257- 274. ISBN 978-80-87135-10-5.
170. Praško Pavlov, J., Kotianová, A., & Kotian, M. (2021). Komplexný psychologický manažment dospelého pacienta s depresívnou poruchou a recidivujúcou depresívnou poruchou. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-klinicka-psychologia-pre-dospelych/>
171. Praško, J. et al. (2009). Predicting the therapeutic response to cognitive behavioral therapy in patients with pharmaco-resistant obsessive-compulsive disorder. In *Neuroendocrinology Letters*. ISSN 0172-780X, 2009, 30, 5, 615–623
172. Priručka na zlepšenie prístupu k psychologickým terapiám (2009) (IAPT; The Improving Access to Psychological Therapies Manual). Dostupné na: <https://www.england.nhs.uk/publication/the-improving-access-to-psychological-therapies-manual/>
173. Pu, J. et al. (2017). Efficacy and acceptability of interpersonal psychotherapy for depression in adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials. In *Psychiatry Research*. ISSN 0165-1781, 253, 226–232.
174. Pull, C.B. (2012). Current status of knowledge on public-speaking anxiety. *Curr Opin Psychiatry*, 25(1):32–38.
175. Rehm, L.P. (2010). *Depression: Advances in Psychotherapy – Evidence-Based Practice*. Cambridge: Hogrefe Publishing, 19 p. ISBN 9781616763268.
176. Reid, J.E., Laws, K.R., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mpavaenda, D., Fineberg, N.A. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Compr Psychiatry*, 106:152223. doi: 10.1016/j.comppsy.2021
177. Resick, P.A., Williams, L.F., Suvak, M.K., Monson, C.M., Gradus, J.L. (2012). Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *J Consult Clin Psychol*, 80, 201-210
178. Rigabert, A., Motrico, E., Moreno-Peral, P., Resurrección, D.M., Conejo-Cerón, S., Cuijpers, P., Martín-Gómez, C., López-Del-Hoyo, Y., Bellón, J.Á. (2020). Effectiveness of online psychological and psychoeducational interventions to prevent depression: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev*, 101, 931. doi: 10.1016/j.cpr.2020.101931
179. Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 32(4):329-42. doi: 10.1016/j.cpr.2012.02.004
180. Richards, D.A., Bower, P., Pagel, C., Weaver, A., Utley, M., Cape, J., Pilling, S., Lovell, K., Gilbody, S., Liebowitz, J., Owens, L., Paxton, R., Hennessy, S., Simpson, A., Gollivan, S., Tomson, D., Vasilakis, C. (2012). Delivering stepped care: an analysis of implementation in routine practice. *Implement Sci*, 7:3. doi: 10.1186/1748-5908-7-3
181. Rosa-Alcazar, A.I. et al. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a metaanalysis. In *Clinical Psychology Review*. ISSN 0272-7358, 28, 8, 1310–1325.
182. Rothbaum, B.O., Anderson, P., Zimand, E., Hodges, L., Lang, D., & Wilson, J. (2006). Virtual reality exposure therapy and standard (in vivo) exposure therapy in the treatment of fear of flying. *Behavior Therapy*, 37(1), 80–90
183. Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry*, 177:149-55. doi: 10.1192/bjp.177.2.149.
184. Ruiz-García, A., Valero-Aguayo, L., & Hurtado-Melero, F. (2019). Creating a Computerized Instrument for the Assessment of Blood-Injury-Injection Phobia. *The Spanish Journal of Psychology*, 22, E44. doi:10.1017/sjp.2019.38
185. Salkovskis, P.M., Rimes, K.A., Warwick, H.M.C., & Clark, D.M. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(5), 843–853. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005822>
186. Sanchez-Meca, J. et al. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis. In *Clinical Psychology Review*. ISSN 0272- 7358, 30, 1, 37-50.
187. Seekles, W., van Straten, A., Beekman, A., van Marwijk, H., Cuijpers, P. (2009). Stepped care for depression and anxiety: from primary care to specialized mental health care: a randomised controlled trial testing the effectiveness of a stepped care program among primary care patients with mood or anxiety disorders. *BMC Health Serv Res*, 9, 90. doi: 10.1186/1472-6963-9-90
188. Shear, M.K., Rucci, P., Williams, J., Frank, E., Grochocinski, V., & Vander Bilt, J. (2001). Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. *J. Psychiatry Res*, 35, 293–296.

189. Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J. Clin. Psychiatry* 20, 22–33.
190. Singh, N., & Reece, J. (2014). Psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination for adolescents with major depressive disorder: A meta-analysis. In *The Educational and Developmental Psychologist*. ISSN 2059-0784, 31, 1, 47–65.
191. Slovenská psychiatrická spoločnosť (2022). Dostupné na: <http://www.psychiatriy.sk/uems/dokumenty-sekcie>
192. Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med*, 37(3):319-28. doi: 10.1017/S0033291706008944
193. Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.W., & Löwe, B. (2006). Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7), APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t02591-000>
194. Stech, E.P., Lim, J., Upton, E.L., Newby, J.M. (2019). Internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder with or without agoraphobia: a systematic review and meta-analysis. *Cogn. Behav. Ther.* 15, 1–24
195. Stein, A.T., Carl, E., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Smits, J.A.J. (2021). Looking beyond depression: a meta-analysis of the effect of behavioral activation on depression, anxiety, and activation. *Psychol Med*, 51(9):1491-1504. doi: 10.1017/S0033291720000239
196. Stein, D.J., Khoo, J.P., Picarel-Blanchot, F. et al. (2021). Efficacy of Agomelatine 25–50 mg for the Treatment of Anxious Symptoms and Functional Impairment in Generalized Anxiety Disorder: A Meta-Analysis of Three Placebo-Controlled Studies. *Adv Ther* 38, 1567–1583. <https://doi.org/10.1007/s12325-020-01583-9>
197. Stikkelbroek, Y., Bodden, D.H., Deković, M., van Baar, A.L. (2013). Effectiveness and cost effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) in clinically depressed adolescents: individual CBT versus treatment as usual (TAU). *BMC Psychiatry*, 13:314. doi: 10.1186/1471-244X-13-314
198. Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Smith, S., Goldstein, R.B., Ruan, W.J., & Grant, B.F. (2007). The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 37(7):1047–59
199. Swift, J.K., & Greenberg, R.P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 80(4):547-59. doi: 10.1037/a0028226
200. Šlepecký, M., Petriková, D., Šefarová, L., & Zaťková, M. (2020). Komplexný manažment adolescentného a dospelého pacienta s panickou poruchou. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-klinicka-psychologia/>
201. Šlepecký, M., Praško Pavlov, J., Breznoščáková, D., Jandová, K. (2020). Komplexný manažment detského, adolescentného a dospelého pacienta s diagnózou sociálna fóbia (klinická psychológia). Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-klinicka-psychologia/>
202. Šlepecký, M., Praško Pavlov, J., Breznoščáková, D., Popelková, M., & Jandová, K. (2020). Komplexný manažment dospelého pacienta, dieťaťa od 8. rokov a adolescentného pacienta s obsedantno-kompulzívnou poruchou. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-klinicka-psychologia/>
203. Šlepecký, M., Praško Pavlov, J., Grendelová, M., & Jandová, K. (2020). Komplexný manažment adolescentného a dospelého pacienta s generalizovanou úzkostnou poruchou. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-klinicka-psychologia/>
204. Šlepecký, M., Praško Pavlov, J., Jandová, K., Jurišová, E. (2021). Posttraumatická stresová porucha. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-klinicka-psychologia-pre-dospelych/>
205. Taylor, J.H., Landeros-Weisenberger, A., Coughlin, C., Mulqueen, J., Johnson, J.A., Gabriel, D., Reed, M.O., Jakubovski, E., Bloch, M.H. (2018). Ketamine for Social Anxiety Disorder: A Randomized, Placebo-Controlled Crossover Trial. *Neuropsychopharmacology*, 43, 325-333. doi: 10.1038/npp.2017.194
206. Taylor, S.E., Klein, L.C., Lewis, B.P., Gruenewald, T.L., Gurung, R.A., & Updegraff, J.A. (2007). Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychol Rev*, 107(3), 411-29. doi: 10.1037/0033-295x.107.3.411
207. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2011). Common mental health problems: identification and pathways to care. Dostupné na internete: < <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123> >
208. Tolin, D.F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. In *Clinical Psychology Review*. ISSN 0272-7358, 30, 6, 710–720.
209. Turček, M., Kamendy, Z., Grohol, M., Višňovský, E., Bodnár, B., Somora, M., & Okruhlica, L. (2021). Komplexný manažment pacienta so závislosťou od alkoholu. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-mediciny-drogovych-zavislosti/>
210. Útvar hodnoty za peniaze, Duševné zdravie a verejné financie, Diskusná štúdia Máj 2020. Dostupné na: https://www.mfsr.sk/files/archiv/9/Dusevne_zdravie_verejne_finance_UHP.pdf
211. Van Bronswijk, S. et al. (2019). Effectiveness of psychotherapy fortreatment-resistant depression: a meta-analysisand meta-regression. In *Psychological Medicine*. ISSN 0033-2917, 49, 3, 1–14.
212. Van Etten, M., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Psychother*, 5:126-144.
213. Van Gerwen, L.J., Spinhoven, P., Van Dyck, R., & Diekstra, R.F.W. (1999). Construction and psychometric characteristics of two self-report questionnaires for the assessment of fear of flying. *Psychological Assessment*, 11(2), 146–158. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.11.2.146>
214. van Ginneken, N., Tharyan, P., Lewin, S., Rao, G.N., Meera, S.M., Pian, J., Chandrashekar, S., Patel, V. (2013). Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev* (11):CD009149. doi: 10.1002/14651858.CD009149.pub2
215. van Goozen, S.H., Fairchild, G., Snoek, H., Harold, G.T. (2007). The evidence for a neurobiological model of childhood antisocial behavior. *Psychol Bull*, 133(1), 149-82. doi: 10.1037/0033-2909.133.1.149
216. Vestník Ministerstva zdravotníctva SR. (2019). Osobitné vydanie. Dostupné na: https://www.health.gov.sk/Zdroje?Sources/dokumenty/vestniky_mz_sr/2019/vestnik-2019-osobitne-vydanie.pdf
217. Wardenar, K.J., Lim, C.C.W., Al-Hamzawi, A.O., Alonso, J., Andrade, L.H., Benjet, C., et al. (2017). The cross-national epidemiology of specific phobia in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*, 47(10):1744-1760. doi: 10.1017/S0033291717000174

218. Watson, H.J., McLagan, N., Zerwas, S.C., Crosby, R.D., Levine, M.D., Runfola, C.D., Peat, C.M., Moessner, M., Zimmer, B., Hofmeier, S.M., Hamer, R.M., Marcus, M.D., Bulik, C.M., Crow, S.J. (2018). Cost-Effectiveness of Internet-Based Cognitive-Behavioral Treatment for Bulimia Nervosa: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychiatry*, 79(1):16m11314. doi: 10.4088/JCP.16m11314
219. Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Dostupné na: www.ptsd.va.gov
220. Whetstone, J.P., Cernovsky, Z., Tenenbaum, S., Poggi, G., Sidhu, A., Istasy, M., Dreer, M. (2020). Validation of James Whetstone's Measure of Amaxophobia. *Archives of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 3(1):23-33.
221. Wilson, S.A., Becker, L.A., & Tinker, R.H. (1997). Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for posttraumatic stress disorder and psychological trauma. *J Consult Clin Psychol*, 65, 1047-1056.
222. Winkelman, J.W. (2019). Overview of the treatment of insomnia in adults [online]. Dostupné na internete: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-insomnia-in-adults>
223. Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H.C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe, *Eur Neuropsychopharmacol*, (9):655-79. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
224. World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: WHO
225. Yang, L. (2017). Efficacy and acceptability of cognitive behavioral therapy for depression in children: A systematic review and meta-analysis. In *Academic Pediatrics*. ISSN 1876-2859, 17, 1, 9–16.
226. Ye, Y.Y., Chen, N.K., Chen, J., Liu, J., Lin, L., Liu, Y.Z., Lang, Y., Li, X.J., Yang, X.J., & Jiang, X.J. (2016). Internet-based cognitive-behavioural therapy for insomnia (ICBT-i): a meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*, 30;6(11):e010707. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010707
227. Yunitri, N., Kao, C.C., Chu, H., Voss, J., Chiu, H.L., Liu, D., Shen, S.H., Chang, P.C., Kang, X.L., Chou, K.R. (2020). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing toward anxiety disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychiatr Res* 123:102-113. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020
228. Zaider, T. I., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2003). Evaluation of the Clinical Global Impression Scale among individuals with social anxiety disorder. *Psychological Medicine*, 33, 611–622. doi:10.1017/S0033291703007414
229. Zeiler, M., Peer, S., Philipp, J., Truttmann, S., Wagner, G., Karwautz, A. & Waldherr, K. (2020). Web-Based Versus Paper-Pencil Assessment of Behavioral Problems Using the Youth Self-Report, *European Journal of Psychological Assessment*, 37, 2, <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000585>
230. Zhou, X. et al. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. In *World Psychiatry*. ISSN 2051-5545, 14, 2, 207–222.
231. Zimmerman, M., Morgan, T.A., & Stanton, K. (2018). The severity of psychiatric disorders. *World Psychiatry*, 17(3):258-275. doi: 10.1002/wps.20569.
232. Zissi, A. (2022). Social stigma in mental illness: A review of concepts, methods and empirical evidence. *Psychiatriki*, 10;33(2):149-156. Greek, Modern. doi: 10.22365/jpsych.2021.039
233. Zung, W.W.K. (1965). A Self-Rating Depression Scale. 12: *Arch Gen Psychiatry* 63-70.

Poznámka:

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

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 15. novembra 2022.

Vladimír Lengvarský
minister zdravotníctva