



Názov:

**Komplexný psychologický manažment
dospelého pacienta s depresívnou poruchou a
recidivujúcou depresívnou poruchou**

Autori:

**prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.
PhDr. Antónia Kotianová, PhD.
PhDr. Michal Kotian**

Špecializovaný odbor:

Klinická psychológia

Odborná pracovná skupina:

Klinická psychológia pre dospelých

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

Komplexný psychologický manažment dospelého pacienta s depresívnou poruchou a recidivujúcou depresívnou poruchou

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0174	15. jún 2021	Schválené	1. júl 2021

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.; PhDr. Antónia Kotianová, PhD.; PhDr. Michal Kotian

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

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

Odborní koordinátori: 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. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim.prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; doc. MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; 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; MUDr. Mária Murgašová; 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; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr. PhDr. Pavol Tománek, PhD., MHA; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

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

Kľúčové slová

Depresívna epizóda, prevencia, manažment, liečba

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ACT	Acceptance and commitment therapy / Terapia prijatia a záväzku
APA	American Psychiatric Association (Americká psychiatrická asociácia)
CPC	Certifikovaná pracovná činnosť
DP	Depresívna porucha
EBM	Evidence Based Medicine (medicína založená na dôkazoch)
ECT	elektrokonvulzívna terapia
IKBT	Internetová kognitívno behaviorálna terapia
IPT	Interpersonálna terapia
MBCT	Mindfulness Based Cognitive Therapy (Na všímavosti založená kognitívna terapia)
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence (Národný inštitút pre zdravie a kvalitnú starostlivosť)
NPT	Nedirektívna podporná terapia
ŠPI	Špecifické psychoterapeutické intervencie (vybrané psychologické intervencie, ktoré využívajú špecifické terapeutické techniky podľa EBM uvedené v časti liečba v druhom stupni starostlivosti, na priamy kontakt menej intenzívne psychologické liečebné postupy)
RANZCP	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (Psychiatrická asociácia Austrálie a Nového Zélandu)
RCT	Randomized Controlled Trial (Randomizovaná kontrolná štúdia - založená na náhodnom výbere)
ŠDTP	Štandardné postupy na výkon prevencie, štandardne diagnostické postupy a štandardné terapeutické postupy
WHO	World health organization (Svetová zdravotnícka organizácia)

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých a všeobecné lekárstvo pre deti a dorast - pri suspektnej poruche prvotný skrining, identifikácia poruchy na úrovni syndrómu, identifikácia rizík (napr. suicídium) a následné odoslanie k špecialistovi (do ambulantnej alebo nemocničnej psychiatrickej starostlivosti), v stabilizačnej fáze (ev. v iniciálnej fáze v prípade nekomplikovanej ľahšej depresie) možná liečba a celkový manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom / psychológom.

Kompetencie lekára bez špecializácie a so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater) popisuje schválený ŠDTP z odboru psychiatria.

Psychológ - psychodiagnostické vyšetrenie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia, podporná psychoterapia pod supervíziou psychológa v zdravotníctve špecialistu. Po získaní certifikátu CPC v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Psychológ v zdravotníctve špecialista (klinický psychológ) - psychodiagnostické vyšetrenie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia, podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. Po absolvovaní vzdelávania v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre dg. periodická depresívna porucha - špecifická psychoterapia, supervízia.

Psychológ v zdravotníctve špecialista – psychodiagnostické vyšetrenie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia, podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. Po absolvovaní vzdelávania v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia v inej ako špecifickej psychoterapii pre dg. periodická depresívna porucha v prípade zdôvodneného individuálneho prístupu, alebo ak nie je psychoterapeut s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre dg. periodická depresívna porucha k dispozícii - psychoterapia.

Poradenský psychológ - prvotné posúdenie, prevencia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Sestra so špecializáciou - podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Sestra s pokročilou praxou s certifikátom v CPČ psychoterapia v psychoterapeutickom smere zodpovedajúcom ŠDTP v liečbe diagnostických kategórií F32., F33., prevencia, psychoterapia pri zohľadnení individuálneho stavu a potrieb pacienta.

Liečebný pedagóg - prvotné posúdenie, prevencia; liečebno-pedagogická diagnostika a terapia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Liečebný pedagóg v zdravotníctve špecialista s certifikátom v CPČ psychoterapia v psychoterapeutickom smere zodpovedajúcom ŠDTP v liečbe diagnostických kategórií F32., F33. Realizácia prevencie a psychoterapie pri zohľadnení individuálneho stavu a potrieb pacienta.

Špeciálny pedagóg - prvotné posúdenie, prevencia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

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

Logopéd v zdravotníctve špecialista s certifikátom v CPČ psychoterapia v psychoterapeutickom smere zodpovedajúcom ŠDTP v liečbe diagnostických kategórií F32., F33. Realizácia prevencie a psychoterapie pri zohľadnení individuálneho stavu a potrieb pacienta.

Sociálny pracovník - prvotné posúdenie, prevencia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Úvod

Tento ŠDTP je určený pre diagnostiku, prevenciu a liečbu dospelých osôb (od 18 rokov vyššie) trpiacich depresívnou epizódou (ďalej len depresia) pre odbor klinická psychológia.

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

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

Aj keď literárne údaje pri depresii podľa EBM jasne definujú účinné liečebné postupy, tieto sa dostatočne nevyužívajú, a porucha sa lieči menej efektívnymi psychoterapeutickými a farmakoterapeutickými postupmi.

Vypracovaný ŠDTP liečby depresie umožňuje spresniť diagnostiku, zavádza nové liečebné postupy psychologickéj liečby v druhom stupni starostlivosti s menej intenzívnym terapeutickým kontaktom (špecifické psychoterapeutické intervencie - ŠPI), ako je napr. IKBT, a odporúča postupy vychádzajúce z EBM, ktoré majú vyššiu účinnosť ako dosiaľ používané psychoterapeutické prístupy. Zavádza efektívne preventívne a monitorovacie postupy a definuje EBM psychoterapeutické postupy, ich intenzitu a trvanie podľa stupňa ochorenia. Definuje špecifiká liečebných postupov u dospelých. Spresňuje sieť poskytovateľov starostlivosti a ich kompetencie. Nadväzuje na ŠDTP v odbore psychiatria a podrobnejšie ho dopĺňa psychologickými preventívnymi, diagnostickými a psychoterapeutickými postupmi. Odporúča používanie dotazníkov na meranie efektu terapie, a to jednak na jej začiatku a konci, a jednak priebežne, čo umožňuje nepretržite monitorovať efekt terapeutických intervencií. Predstavuje tiež postup, ktorý môžu použiť iné odbory, ako je liečebná pedagogika a sestra v psychiatrii.

Jeho cieľom je pozitívne ovplyvniť prejavy poruchy, školské, pracovné a sociálne fungovanie postihnutých osôb a kvalitu ich života.

Tento štandard bol vytvorený na základe hierarchie váhy dôkazov, a to štúdií, svetových a európskych odporúčaní (NICE, Americká psychiatrická asociácia (APA), Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP)) a odborných poznatkov v problematike rešpektovaných a uznávaných autorít (napr. prof. D. Clark, PhD., prof. MUDr. J. Praško, CSc.). Zohľadnili sme potrebné úrovne dôkazov za posledných 20 rokov

v elektronických databázach systematických prehľadov (napr. Cochrane, Pubmed), či elektronických časopisov.

Prevenčia

V rámci prevencie depresie v Slovenskej republike je potrebné implementovať odporúčania stratégie Prevencia depresie v európskom regióne Svetovej zdravotníckej organizácie.

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

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

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

- 1) *Univerzálnu prevenciu*, ktorá sa zameriava na všeobecnú populáciu so zámerom zvyšovania odolnosti a psychického zdravia (napr. všetci žiaci a študenti z vybranej školy; všetci zamestnanci vybranej firmy; všetci klienti domova sociálnych služieb a pod.).
- 2) *Selektívnu prevenciu* zameranú na osoby vystavené rizikovým faktorom (napr. deti rodičov so psychickými poruchami; vojnoví veteráni po misiách; hospitalizovaní pacienti a pod.)
- 3) *Indikovanú prevenciu*, ktorá sa zameriava jednotlivcov so symptómami depresie subklinickej úrovne (napr. pacienti všeobecného lekára, ktorí vykazujú subklinické depresívne symptómy; matky po pôrode, ktoré vykazujú iniciálne znaky popôrodnej depresie a pod.).

Spôsoby poskytovania preventívnych intervencií (WHO, 2016):

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

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

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

WHO (2016) konštatuje, že implementáciou preventívnych programov je možné znížiť výskyt depresie o 15 - 35 %.

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

Epidemiológia

Depresia je jedna z najrozšírenejších psychických porúch. Štúdie jej výskytu v populácii uskutočnené v 14 krajinách odhadujú celoživotnú prevalenciu na 12 % a WHO zaraďuje unipolárnu ťažkú depresiu na 11. miesto v morbidite a mortalite vo svete (Kessler et al., 2011). Prvá epizóda depresie sa objavuje väčšinou vo veku 25 - 33 rokov (Hasin et al., 2018). Celoživotne sú depresiou častejšie postihované ženy (14,5 - 25 %) ako muži (7 - 12 %), pričom sa zdá, že výskyt depresie stúpa. Ročná prevalencia je okolo 5 - 7 % (Praško, Možný, Šlepecký, 2007; Steel et al., 2014; Lim et al., 2018; Hain et al., 2018).

Komorbidity depresie

Depresia vykazuje vysoký stupeň komorbidity s inými psychickými poruchami. Medzi najčastejšie komorbídne poruchy patria poruchy súvisiace s užívaním návykových látok (celoživotne 60 %), úzkostné poruchy (celoživotne 40 - 70 %, predovšetkým generalizovaná úzkostná porucha) a poruchy osobnosti (celoživotne 30 - 80 %, predovšetkým hraničná porucha osobnosti) (Corruble, Ginestet, Guelfi, 1996; Wu, Fang, 2014; Hasin et al., 2018).

Patofyziológia

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

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

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

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

Behaviorálny model predpokladá, že depresia je dôsledkom nedostatku pozitívneho posilnenia v interakcii s prostredím (Lewinson et al., 1982). Kognitívno-behaviorálny model depresívnej poruchy je založený na predpoklade aktivácie dysfunkčných kognitívnych schém vplyvom nezdarov a zvýšených nárokov na jedinca v období 6-12 mesiacov pred začiatkom depresívnej poruchy (Bareš, Novák, 2008).

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

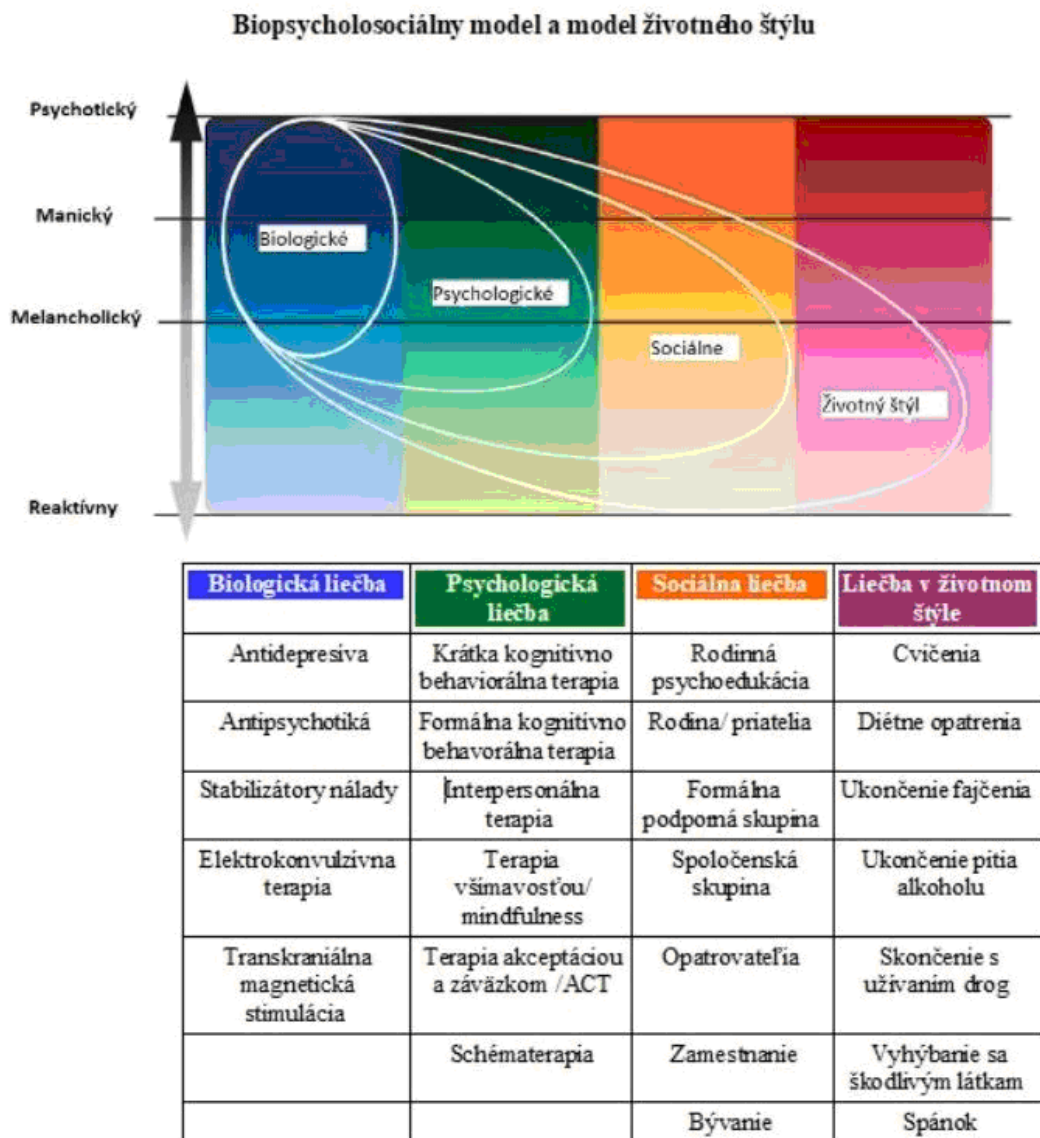
Psychodynamická teória sa snaží prepojiť aktuálne konflikty pacienta s jeho detským vývinom, pretože ich považuje za manifestácie narušenia ranej väzby s blízkymi osobami. Jednotlivé teórie depresívnej poruchy sa navzájom nevyklúčujú, ale skôr sa dopĺňajú, a poskytujú rôzne uhly pohľadu na vznik poruchy,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

Prínosnou sa tiež javí predpoklad o dysregulácii autonómneho nervového systému a jeho prepojenia s centrálnou nervovou sústavou. Pinter et. al. (2019) uvádzajú prehľad 8 výskumných prác skúmajúcich nemedikovaných depresívnych pacientov, u ktorých sedem štúdií (88%) zistilo nerovnováhu autonómneho nervového systému, v porovnaní s kontrolou skupinou. Tieto zistenia sú zhodné s metaanalýzou Kemp at. al. (2010), do ktorej boli zahrnutí depresívni pacienti bez kardiovaskulárneho ochorenia a medikácie, a ktorá zistila zníženie variability srdcovej frekvencie, ktorá sa zhoršovala zvyšovaním depresívnej

symptomatiky. Mešťaníková (2017) zistila u adolescentov so stredne ťažkou a ťažkou depresiou zníženú kardiálnu parasymptatkovú reguláciu a zníženú sympatkovú aktivitu, čo môže poukazovať na abnormality v regulačných mechanizmoch centrálnej autonómnej integrity.

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

Obrázok č. 1: Biopsychosociálny model a model životného štýlu




Klasifikácia

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.


Podľa Bareš, Novák (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. Porucha nálady má trvať aspoň 2 týždne. Diagnostické kritériá depresívnej epizódy (F 32) sú uvedené v **Tabuľke č. 1**.

Tabuľka č. 1

 Všeobecné diagnostické kritériá depresívnej epizódy	
<u>F 32 - Depresívna epizóda</u>	
G 1. Depresívna epizóda by mala trvať aspoň 2 týždne	
G 2. Počas života jedinca sa nikdy nevyskytli žiadne hypomanické ani manické príznaky, ktoré by spĺňali kritériá pre hypomanickú alebo manickú epizódu	
G 3. Najčastejšie používaná vylučovacia doložka: Epizóda nie je spôsobená ani požívaním psychoaktívnej látky, ani žiadnou inou organickou duševnou poruchou	


Podľa Bareš, Novák (2008) niektoré depresívne príznaky majú zvláštny klinický význam, sú to tzv. somatické (biologické, vitálne, endogenomorfné) príznaky. Predchádzajúce diagnostické systémy diferencovali endogénnu depresiú od depresií exogénnych (reaktívnych a neurotických). Súčasná klasifikácia tento súbor nazýva somatickým syndrómom a jeho diagnostické kritériá uvádza **Tabuľka č. 2**. Jeho prítomnosť by mala byť v diagnostickom závere zaznamenaná (napr. depresívna epizóda stredne ťažká so somatickým syndrómom).

Tabuľka č. 2


 Diagnostické kritériá somatického syndrómu	
<u>Diagnóza somatického syndrómu je oprávnená, ak sú prítomné aspoň 4 z nasledujúcich príznakov:</u>	
1. zreteľná strata záujmu a radosti z aktivít, ktoré normálne prinášajú uspokojenie	
2. chýba emočná reaktivita na udalosti alebo aktivity, ktoré normálne vyvolávajú emočnú odozvu	
3. ranné prebúdzanie aspoň o 2 hodiny skôr než zvyčajne	
4. depresia je výraznejšia ráno	
5. objektívny dôkaz zreteľného psychomotorického spomalenia alebo agitovanosti	
6. výrazná strata chuti do jedla	
7. úbytok hmotnosti (5% a viac za posledný mesiac)	
8. strata libida	

Podľa Bareš, Novák (2008) sa epizódy depresívnej poruchy podľa závažnosti delia na mierne (F32.0), stredne ťažké (F32.1), ťažké bez psychotických príznakov (F32.2) a ťažké so psychotickými príznakmi (F32,3). Odlíšenie závažnosti príznakov spočíva v počte prítomných symptómov pri naplnení základných diagnostických kritérií depresívnej epizódy. Psychotické príznaky (halucinácie a bludy) sú klasifikované podľa toho, či zodpovedajú nálade. Diagnostické kritériá depresívnych epizód podľa závažnosti uvádzajú Tabuľky č. 4, 5, 6, 7 a 8.


Tabuľka č. 3

	Diagnostické kritériá epizódy miernej (ľahkej) depresie
<p>F32.0 - Epizóda ľahkej (miernej) depresie</p> <p>A. Musia byť splnené kritériá pre depresívnu poruchu (F32)</p> <p>B. Musia byť prítomné aspoň 2 z nasledujúcich 3 príznakov:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. depresívna nálada je na takom stupni, že je pre jedinca úplne nenormálna, musí byť prítomná väčšinu dňa a takmer každý deň po dobu aspoň 2 týždňov, pričom nie je ovplyvnená okolnosťami 2. strata záujmu a radosti z aktivít, ktoré zvyčajne jedinca tešia 3. znížená energia alebo zvýšená únavnosť <p>C. Mal by byť prítomný ďalší príznak alebo príznaky z nasledujúceho zoznamu, celkovo najmenej 4 príznaky:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. strata sebadôvery alebo sebaúcty 2. neoprávnené seba výčitky alebo pocity viny 3. vracajúce sa myšlienky na smrť či samovraždu alebo akékoľvek samovražedné správanie 4. znížená schopnosť myslieť alebo sa sústrediť 5. zmena psychomotorickej aktivity s agitovanosťou alebo retardáciou poruchy spánku akéhokoľvek druhu 6. poruchy spánku akéhokoľvek druhu 7. zmena chuti do jedla 	


Tabuľka č. 4

	Kritériá epizódy stredne ťažkej depresie
<p>F32.1 Epizóda stredne ťažkej depresie</p> <p>A. Musia byť splnené kritériá pre depresívnu poruchu (F32)</p> <p>B. Musia byť prítomné aspoň 2 z nasledujúcich 3 príznakov:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. depresívna nálada je na takom stupni, že je pre jedinca úplne nenormálna, musí byť prítomná väčšinu dňa a takmer každý deň po dobu aspoň 2 týždňov, pričom nie je ovplyvnená okolnosťami 2. strata záujmu a radosti z aktivít, ktoré zvyčajne jedinca tešia 3. znížená energia alebo zvýšená únavnosť <p>C. Mali by byť prítomné ďalšie príznaky z nasledujúceho zoznamu, celkovo najmenej 6 príznakov:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. strata sebadôvery alebo sebaúcty 2. neoprávnené seba výčitky alebo pocity viny 3. vracajúce sa myšlienky na smrť či samovraždu alebo akékoľvek samovražedné správanie 4. znížená schopnosť myslieť alebo sa sústrediť 5. zmena psychomotorickej aktivity s agitovanosťou alebo retardáciou 6. poruchy spánku akéhokoľvek druhu 7. zmena chuti do jedla 	

Tabuľka č. 5


 Diagnostické kritériá epizódy ťažkej (hlbokej) depresie bez psychotických príznakov
<p>F32.2 - Epizóda ťažkej (hlbokej) depresie bez psychotických príznakov</p> <p>A. Musia byť splnené kritériá pre depresívnu poruchu (F32)</p> <p>B. Musia byť prítomné všetky z nasledujúcich 3 príznakov:</p> <ol style="list-style-type: none">1. depresívna nálada je na takom stupni, že je pre jedinca úplne nenormálna, musí byť prítomná väčšinu dňa a takmer každý deň po dobu aspoň 2 týždňov, pričom nie je ovplyvnená okolnosťami2. strata záujmu a radosti z aktivít, ktoré zvyčajne jedinca tešia3. znížená energia alebo zvýšená únavnosť <p>C. Mali by byť prítomné ďalšie príznaky z nasledujúceho zoznamu, celkom najmenej 8 príznakov:</p> <ol style="list-style-type: none">1. strata sebadôvery alebo sebaúcty2. neoprávnené seba výčitky alebo pocity viny3. vracajúce sa myšlienky na smrť či samovraždu alebo akékoľvek samovražedné jednanie4. znížená schopnosť myslieť alebo sa sústrediť5. zmena psychomotorickej aktivity s agitovanosťou alebo retardáciou6. poruchy spánku akéhokoľvek druhu7. zmena chuti do jedla <p>D. Nesmú byť prítomné ani halucinácie ani bludy</p>

Tabuľka č. 6

 Diagnostické kritériá epizódy ťažkej (hlbokej) depresie so psychotickými príznakmi
<p>F32.3 - Epizóda ťažkej depresie so psychotickými príznakmi</p> <p>Ako F32.2.</p> <p>C. Nie sú splnené kritériá pre schizofréniu ani schizoafektívnu poruchu</p> <p>D. Musí byť prítomný aspoň jeden z nasledujúcich príznakov:</p> <ol style="list-style-type: none">1. bludy alebo halucinácie, iné než typicky schizofrénnne2. depresívny stupor

Pokiaľ pacient v živote prekoná viac než jednu depresívnu epizódu, je potrebné diagnostikovať periodickú depresívnu poruchu (F33) a špecifikovať závažnosť epizódy. Diagnostické kritériá periodickej depresívnej poruchy sú uvedené v **Tabuľke č. 7**.

Tabuľka č. 7


 Všeobecné diagnostické kritériá recidivujúcej depresívnej poruchy
F 33 - Periodická depresívna porucha G 1. V minulosti sa vyskytla aspoň jedna mierna, stredne ťažká alebo ťažká depresívna epizóda, trvajúca minimálne 2 týždne a oddelená od súčasnej epizódy obdobím aspoň 2 mesiacov, kedy sa nevyskytovali žiadne výrazné emočné príznaky G 2. Nikdy v minulosti sa nevyskytla hypomanická či manická epizóda G 3. Najčastejšie používaná vylučovacia doložka: Epizóda nie je spôsobená užívaním psychoaktívnej látky ani žiadnou organickou duševnou poruchou.

Poznámka: Závažnosť aktuálnej epizódy periodickej depresívnej poruchy sa hodnotí podľa rovnakých kritérií ako pri jednotlivých depresívnych epizódach (viď Tabuľka č. 5 - 8) (upravené podľa MKCH-10. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. Bareš, Novák (2008)).

Podľa Rehm (2010) je pri určení diagnózy rozhodujúca anamnéza. Ak je v anamnéze prítomná jedna alebo viac manických epizód, je diagnózou bipolárna porucha.

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

Tabuľka č. 8

 Diagnostické kritériá veľkej depresívnej poruchy podľa DSM-V
A) Je prítomných 5 (alebo viac) nižšie uvedených symptómov v priebehu dvojtýždňového obdobia a došlo k zmene predchádzajúceho funkčného stavu jednotlivca, pričom jedným z príznakov musí byť buď prítomnosť depresívnej nálady (1), alebo strata záujmu alebo radosti:
1. Depresívna nálada vo väčšine takmer každého dňa, vyplývajúca buď zo subjektívneho popisu (napr. pocity smútku, prázdnoty, beznádeje) alebo z pozorovania ostatnými ľuďmi (napr. pôsobí smutne). U detí alebo adolescentov môže ísť o podráždenosť.
2. Zreteľné zníženie záujmu alebo radosti vo všetkých alebo takmer všetkých činnostiach v priebehu dňa, a to takmer každý deň (vyplýva so subjektívneho popisu alebo z pozorovania iných osôb).
3. Významný úbytok hmotnosti (aj bez redukčnej diéty) alebo nárast hmotnosti (napr. zmena hmotnosti o viac ako 5 % za mesiac), alebo znížená či zvýšená chuť do jedla takmer každý deň. U detí sa môže prejaviť tak, že sa nedostaví očakávaný nárast hmotnosti.
4. Takmer každodenná nespavosť alebo zvýšená spavosť.
5. Psychomotorická agitovanosť alebo spomalenie takmer každý deň (pozorovateľná ostatnými, nejeden o subjektívny pocit nepokoja alebo spomalenosti).
6. Takmer každodenná únava alebo strata energie.
7. Pocity márnosti alebo nadmerné či nezodpovedajúce pocity viny (ktoré môžu byť bludné) takmer

každý deň (nejde len o výčitky alebo pocit viny, že sú chorí).
8. Takmer každodenná znížená schopnosť myslenia alebo koncentrácie alebo rozhodovania (buď hodnotená subjektívne, alebo pozorovaná ostatnými).
9. Opakujúce sa myšlienky na smrť (nielen v súvislosti so strachom zo smrti), opakujúce sa samovražedné myšlienky bez konkrétneho plánu, suicidálne pokusy či konkrétny plán na vykonanie samovraždy.
B) Symptómy vyvolávajú klinicky významnú nepohodu alebo funkčné narušenie v sociálnej, pracovnej alebo v iných dôležitých oblastiach.
C) Epizódy sa nemôžu pripísať fyziologickým účinkom látok alebo iným somatickým ochoreniam.
Kritériá A - C reprezentujú depresívnu epizódu.
Reakcia na významnú stratu (napr. trúchlenie, finančný krach, straty spôsobené prírodnou katastrofou, závažné somatické ochorenie alebo postihnutie) môžu zahŕňať pocity intenzívneho smútku, úvahy o strate, nespavosť, nechúť do jedla a úbytok hmotnosti uvedené v kritériu A, a môžu sa podobať depresívnej epizóde. Aj keď tieto symptómy je možné považovať za zodpovedajúce veľkej strate, mala by sa pri tejto normálnej reakcii starostlivo zväziť aj prítomnosť depresívnej epizódy. Toto rozhodnutie nevyhnutne vyžaduje skúsenosť a dobré klinické posúdenie založené na anamnéze jednotlivca a na kultúrnych zvyklostiach v súvislosti s vyjadrovaním nepohody v súvislosti so stratou.
D) Prítomnosť depresívnej epizódy nie je možné vysvetliť prítomnosťou schizoafektívnej poruchy, schizofrénie, schizofreniformnej poruchy, trvalou poruchou s bludmi alebo inou špecifikovanou alebo nešpecifikovanou poruchou schizofrénneho spektra alebo inou psychotickou poruchou.
E) Prítomnosť manickej alebo hypomanickej epizódy nebola nikdy preukázaná.

Klinický obraz

Základnou črtou depresívnej poruchy je patologicky skleslá nálada, smútok alebo strata záujmu či potešenia takmer zo všetkých obvyklých činností. Táto porucha je v popredí, pretrváva a je spojená s inými príznakmi depresívneho syndrómu, napr. zmenou hmotnosti, poruchou spánku, psychomotorickým útlmom či agitovanosťou, poruchou vôle, nesústredenosťou, suicidálnou aktivitou, úzkosťou a pod. Tieto symptómy by mali pretrvávať aspoň 2 týždne (Bareš, Novák, 2008).

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Formálna diagnóza vychádza z aktuálneho klasifikačného systému MKCH-10, prípadne MKCH-11. Pomocou môže byť tiež použitie klasifikačného systému DSM-V (APA, 2015). V diagnostickom procese je potrebné získať všetky dôležité informácie, ktoré môžu byť významné pri následnej starostlivosti. NICE (2018, 2019) odporúča v tomto procese používať viacero postupov. Na určenie diagnózy stačí spravidla rutinné psychiatrické, prípadne klinicko-psychologické vyšetrenie, ktorým je možné určiť typické obavy a starosti a ich kategórie (rodina, financie, práca, zdravie a pod.), emocionálne, vegetatívne a kognitívne reakcie, zabezpečovacie a vyhýbavé správanie.

Ich objektivizácia je možná pomocou cieleného psychologického vyšetrenia, kde je okrem observácie k dispozícii viacero dotazníkov, ako sú PHQ-9 Sk, BDI-II Sk (Beckov dotazník depresie), SCL-90, Zungov dotazník depresie, a pod.), objektívnych škál (HAMD - Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression), prípadne pomocou škál multidimenzionálnych dotazníkov (MMPI, Freiburgský osobnostný dotazník a pod.). Prehľad jednotlivých spôsobov posudzovania depresie udáva Rehm (2010).

Na jednoduchý skrining symptómov depresie v ambulancii všeobecného lekára je možné použiť dotazník PHQ-9 Sk uvedený v časti 20 - Špeciálny doplnok štandardu.

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

Na posúdenie psychofyziologickej reaktivity je potrebné vyšetrenie reaktivity na stres (vytvorenie stresového profilu).

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

Diferenciálna diagnostika

Občasné obdobia zhoršenej nálady nadväzujúce na životné nezdary alebo zármutok po strate blízkej osoby či dôležitých hodnôt, patria k bežnej ľudskej skúsenosti. Nemožno ich považovať za depresívnu poruchu. Zármutok väčšinou odoznieva do 2-3 mesiacov, výnimočne trvá dlhšie. Spravidla vážnejšie nepostihuje pracovné a sociálne fungovanie. Väčšinou si nevyžaduje liečbu, ale je ho možné zmierniť podpornou psychoterapiou.

Hlavné body diferenciálnej diagnostiky depresie (upravené podľa Praško, Možný, Šlepecký, 2007)

V diferenciálnej diagnostike je potrebné zvažovať odlišenie depresívnej poruchy od:

- A) **Poruchy nálady pri somatickom ochorení** - sekundárna depresia (napr. pri nádorových ochoreniach s paraendokrinnou produkciou, ako je bronchogénny karcinóm, lymfóm, hepatóm, karcinóm hlavy pankreasu, diseminovaná karcinomatóza, pri poškodení mozgu tumorom, urémii, hypoxii, roztrúsenej skleróze, traume, mozgovej mŕtvici, Parkinsonovej chorobe, ďalej pri endokrinných poruchách, ako je Cushingova choroba, Addisonova choroba, hypotyreóza, insuficiencia hypofýzy, diabetes mellitus, hyperparatyreóza, deficity niacínu, pyridoxínu, vitamínu B12, kyseliny listovej, tiamínu, pri systémových ochoreniach, ako sú kolagenózy či Wilsonova choroba, pri infekčných ochoreniach, ako je vírusová hepatitída, vnútrolebečná infekcia, mononukleóza, AIDS, tuberkulóza alebo terciárne štádium syfilisu). Vylúčenie somatického ochorenia, ktoré indukuje sekundárny depresívny syndróm, alebo ktorého príznaky môžu pripomínať depresívnu symptomatiku (strata energie, únava, bolesti hlavy, nespavosť a i.), je na mieste vždy pri prvom zachytení depresívnej poruchy. Ani pri recidivujúcom priebehu nie je možné vylúčiť a podceňiť vznik somatickej komorbidity (Tabuľka č. 9).

Tabuľka č. 9

	Somatické poruchy, ktoré môžu byť sprevádzané depresívnymi stavmi
Poškodenie CNS: tumory (najmä frontálne a temporálne laloky), urémia, demyelinizácia, hepatálne encephalopatie, hypoxia, roztrúsená skleróza, Parkinsonova choroba, trauma LBI, mozgová mŕtvica, skoré štádiá demencie, spánkové apnoe.	
Zhubné nádory extrakraniálne: najmä tie, ktoré produkujú paraendokrinné hormóny - bronchogénny karcinóm (ACTH), lymfóm (paratyroidálny hormón, hepatóm (inzulín), karcinóm pľúc (adiuretín), karcinóm hlavy, pankreasu, diseminovaná karcinomatóza.	
Epilepsia	
Lieky: steroidy, narkotiká, antikonvulzíva, cytostatiká, agonisty dopamínu, hormonálne prípravky, kontraceptíva, antihistaminiká, sedatíva, hypnotiká, fenotiazíny, diuretiká, rezerpín, alfametyldopy, inhibitory cholinesterázy, inhibitory prostaglandínov, centrálné pôsobiace antihypertenzíva, insekticídy, indometacín, cykloserín, vinkristín, vinblastín.	
Chemické látky: ťažké kovy (olovo, tálium, ortuť).	
Infekcie: vnútrolebečná, vírusová pneumónia, hepatitída, vírusová mononukleóza, chrípka, AIDS, tuberkulóza, syfilis (terciárne štádium).	
Iné choroby: kolagenózy (systémový lupus erythematosus, reumatoidná artritída), Wilsonova choroba, migréna.	
Deficity: niacín, pyridoxín, elektrolyty, vitamín B12, kyselina listová, tiamín.	
Endokrinné poruchy: insuficiencia hypofýzy, hypotyreóza, diabetes mellitus, hyperparatyroidizmus, hypoglykémia, hyper- alebo hypofunkcia nadobličiek (Cushingova choroba, Addisonova choroba).	
Psychoaktívne látky: alkohol, sedatíva a hypnotiká, antipsychotiká.	
Odvykacie stavy: alkohol, sedatíva a hypnotiká, kokaín, stimulanciá vrátane kofeínu, nikotín.	

B) **Depresívny syndróm navodený psychoaktívnymi látkami** (alkohol, barbituráty, metamfetamín a i.) **alebo inými liekmi** - depresia môže byť navodená psychoaktívnymi látkami, ktoré postihnutý zneužíva a/alebo je na nich závislý, je aktuálne intoxikovaný, alebo prežíva odvykací stav (alkohol, opioidy, sedatíva a hypnotiká, kokaín, organické rozpúšťadlá), ale aj inými liekmi používanými v somatickej medicíne (steroidy, alfa-metyldopa, antikonvulzíva, cytostatiká, kontraceptíva, antihistaminiká, antihypertenzíva) alebo v psychiatrickej liečbe (antipsychotiká, benzodiazepíny, hypnotiká). Pre rozlíšenie slúži preukázanie syndrómu škodlivého užívania či závislosti (vznik tolerancie a abstinčný syndróm). V prípade, že depresívne symptómy sú súčasťou klinického obrazu intoxikácie či

abstinenčného syndrómu, mali by vymiznúť v krátkej dobe po zvládnutí základného stavu či vysadení liekov.

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

D) **Schizofrénia** - problémom môže byť odlišenie od depresie so psychotickými príznakmi. Psychotické príznaky sa pri depresívnej poruche objavujú na vrchole depresívnej symptomatiky, väčšinou nie na začiatku epizódy. Nebývajú prítomné inkoherecie v myslení, amputácie a imputácie myšlienok atď. Pri postschizofrénnej depresii je v anamnéze schizofrénna epizóda.

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

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

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

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

I) **Zármatok** - nekomplikovaný zármatok (napr. zo straty blízkeho) sa často vyskytuje v populácii starších ľudí. Jeho príznaky začínajú a končia spravidla do 3 mesiacov od smrti blízkej osoby či inej straty. Nie sú prítomné autoakuzácie, myšlienky na smrť či samovraždu, psychomotorické spomalenie, halucinácie či patické zaoberanie sa vlastnou bezcennosťou a výrazné a dlhé obdobie narušenia životného fungovania.

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


K) **Poruchy osobnosti** - pri poruchách osobnosti depresívny syndróm neprebíha v epizódach s jasne ohraničenými remisiami, objavuje sa opakujúci maladaptívny vzorec správania (sebapoškodzovanie, užívanie drog, vzťahovacosť, neúspešné spôsoby riešenia záťažových situácií atď.). Depresívne symptómy sú často reakciou na ťažkosti plynúce z neadaptívneho správania.

Liečba

Prehľad podporných výskumných dôkazov je uvedený v Prílohe.

V Tabuľke č. 10 uvádzame hodnotenie úrovne a sily dôkazov pre jednotlivé psychoterapie depresie. Hodnotenie úrovne dôkazov (I - metaanalýzy, II - RCT a pod.) vychádza z odporúčaní MZ SR (Štandardné diagnostické a terapeutické postupy/Úroveň váhy dôkazov pre intervenčné štúdie), hodnotenie sily dôkazov zodpovedá vyhodnoteniu Americkej psychologickéj asociácie (Americká psychologická asociácia, 2020).

Tabuľka č. 10

 Hodnotenie úrovne a sily dôkazov pre jednotlivé psychoterapie depresie (podľa APA, 2020)			
Druh psychoterapie	Sila dôkazov (APA, 2020)	Úroveň dôkazov	Referencie
Kognitívno-behaviorálna terapia	Vysoká	I	Tolin (2010), Howmann et al. (2012), Cuijpers et al. (2013), Arnberg, Ost (2014), Singh, Reece (2014), Linde et al. (2015), Yang et al. (2017), Cuijpers et al. (2017)
Internetová kognitívno-behaviorálna terapia	(bez hodnotenia)	I	Richards, Richardson (2012), Pennant et al. (2015), Ebert et al. (2015), Königbauer et al. (2017)
Interpersonálna psychoterapia	Vysoká	I	Cuijpers et al. (2011), Jakobsen et al. (2012), Zhou et al. (2015), Pu et al. (2017), Cuijpers et al. (2017)
MBCT (Na všímavosti založená kognitívna terapia)	(bez hodnotenia)	I	Piet, Hougaard (2011), Lenz, Hall, Smith (2016)
Krátkodobá psychodynamická terapia	(bez hodnotenia)	I	Driessen et al. (2015), Cuijpers et al. (2017)
Terapia zameraná na riešenie problémov	(bez hodnotenia)	I	Kirkham, Choi, Seitz (2016)
Psychoedukácia	(bez hodnotenia)	I	Moreno-Lacalle (2016)
Behaviorálna aktivácia	Vysoká	I	Cuijpers, van Straten, Warmedam, 2007), Mazzucchelli, Kane, Rees (2010)
Metakognitívna terapia	(bez hodnotenia)	I	Normann, van Emmerik, Morina (2014), Normann, Morina (2018)
Terapia prijatia a záväzku (Acceptance and Commitment Therapy)	Stredná	II	Zhao et al. (2013)
Internetová terapia prijatia a záväzku	(bez hodnotenia)	II	Pots et al. (2016)
Dialekticko behaviorálna terapia	(bez hodnotenia)	II	Harley et al. (2008)
Na emócie zameraná terapia	Stredná	II	Mohr et al. (2005)
Schématapia	(bez hodnotenia)	II	Carter et al. (2013)
Rodinná terapia	(bez hodnotenia)	II	Shimazu et al. (2011)
Krátka terapia orientovaná na riešenie	(bez hodnotenia)	II	Knekt et al. (2013)

Pri rezistentnej depresii a pri ťažkej depresii, pridanie psychoterapeutickej liečby k obvyklej farmakoterapii významne zvyšuje efektivitu liečby (Cuijpers et al., 2014; Hollon et al., 2014; van Broswijk, 2019).

Luo et al., (2020) v systematickom prehľade metaanalýz 17 štúdií zistili, že KBT pomocou internetu vykazuje porovnateľnú účinnosť ako osobná KBT psychoterapia pri znižovaní závažnosti depresívnych symptómov (podľa Grade so strednou kvalitou dôkazov). Metaanalýza nezistila významný rozdiel medzi týmito dvomi typmi terapie v spokojnosti účastníkov. Autori uzatvárajú, že vzhľadom na efektivitu internetovej KBT je namieste zväziť jej rutinné používanie tak u pacientov, ako aj u terapeutov.

V akútnej fáze liečby rezistentnej depresie, ťažkej depresie a depresie so psychotickými symptómami preukázala dobrú úroveň efektivity elektrokonvulzívna terapia (napr. Kho et al., 2003; Khalid et al., 2008; Elias et al., 2018).

Približne polovica pacientov zažije v živote viac ako jednu depresívnu epizódu. Z toho dôvodu je potrebné zohľadniť efektivitu liečebného postupu nielen v akútnej fáze ochorenia, ale aj vo *fáze prevencie relapsu*. Dostatočné dôkazy o efektívite v prevencii relapsu depresívnej epizódy preukázali len KBT, IPT a MBCT, ktoré sa v miere úspešnosti prevencie ďalšej epizódy vzájomne nelíšia (Biesheuvel - Leliefeld et al., 2015; Bockting et al., 2015; Zuojie et al., 2018; Lemmens et al., 2019). Pokiaľ ide o prevenciu relapsu po psychoterapii resp. farmakoterapii, pacienti vyliečení pomocou KBT vykazujú signifikantne nižšiu pravdepodobnosť relapsu po ukončení liečby (30 - 40 %), než pacienti vyliečení farmakoterapiou po ukončení farmakoterapie (76 – 85 %), a dokonca aj než pacienti vyliečení farmakoterapiou, ktorí pokračovali v užívaní antidepresív aj po vyliečení (47 - 50 %) (Hollon et al., 2005). Taktiež, kombinovaná liečba má nižšiu pravdepodobnosť relapsu než samotná farmakoterapia (Baldessarini, 2013; Hollon et al., 2014; Wojnarowski et al., 2019).

Postup liečby depresie podľa zahraničných štandardov je uvedený v prílohe

APA (2010) považuje pri miernej až strednej depresii farmakoterapiu a (časovo ohraničenú) psychoterapiu (KBT, IPT) za rovnocenné, kým pri ťažkej depresii odporúča kombináciu psychoterapie a farmakoterapie.

Špecifická farmakologická liečba je v kompetencii príslušného ošetrojúceho lekára.

Štandard NICE (2018) na základe metaanalýz odporúča u dospelých pacientov postupnú liečbu, ktorá vyžaduje organizáciu liečebnej starostlivosti a podpory pacientov, opatrovateľov a odborných pracovníkov tak, aby vybrali a použili liečebné postupy, ktoré sú pre daného pacienta najefektívnejšie. Na začiatku je potrebné vybrať postupy najmenej zaťažujúce a najúčinnnejšie. V prípade, že tieto nie sú účinné, je potrebné vybrať najvhodnejšie intervencie z ďalšieho stupňa.

Prognóza

Depresívna porucha najčastejšie začína medzi 25. až 35. rokom života. Hoci sa uvádza, že depresívna epizóda spontánne končí aj bez liečby, 12 % pacientov sa nezotaví ani po piatich

rokoch trvania epizódy (Bareš, Novák, 2008). Depresívna porucha má jasnú tendenciu k rekurencii, a to aj pri liečbe. Pravdepodobnosť relapsu po úspešnom ukončení psychoterapeutickej liečby sa pohybuje okolo 30 - 60 % pacientov po prvej epizóde, po druhej epizóde približne 60 %, a po tretej epizóde až 90 % (Eaton et al., 2008; Moffitt et al., 2010; Steinert et al., 2014; Hollon et al., 2014; Bockting et al., 2015; Leichsenring, Steinert, Hoyer, 2016). U 50 % pacientov, ktorí dosiahli remisiu, dochádza k relapsu či rekurencii do dvoch rokov, do šiestich rokov je to dokonca u 90 % pacientov. Priebeh periodickej depresívnej poruchy je charakterizovaný tiež skracovaním intervalov medzi epizódami. Pacienti s reziduálnymi depresívnymi symptómami sú ohrození štyrikrát vyšším rizikom relapsu oproti pacientom, ktorí dosiahli kompletnú remisiu (Bareš, Novák, 2008). Približne polovica depresívnych jednotlivcov myslí na smrť, alebo zvažuje samovraždu. Približne 14 % depresívnych jednotlivcov má za život aspoň 1 suicidálny pokus, ročná prevalencia je približne 5 % (Hasin et al., 2018).

Podľa Rehm (2010) je depresia veľmi časté ochorenie, ktoré má výrazný vplyv na spoločnosť. Výskumné údaje naznačujú celosvetový nárast tak veľkej depresie, ako aj bipolárnej poruchy, hoci dôvody nie sú doteraz známe.

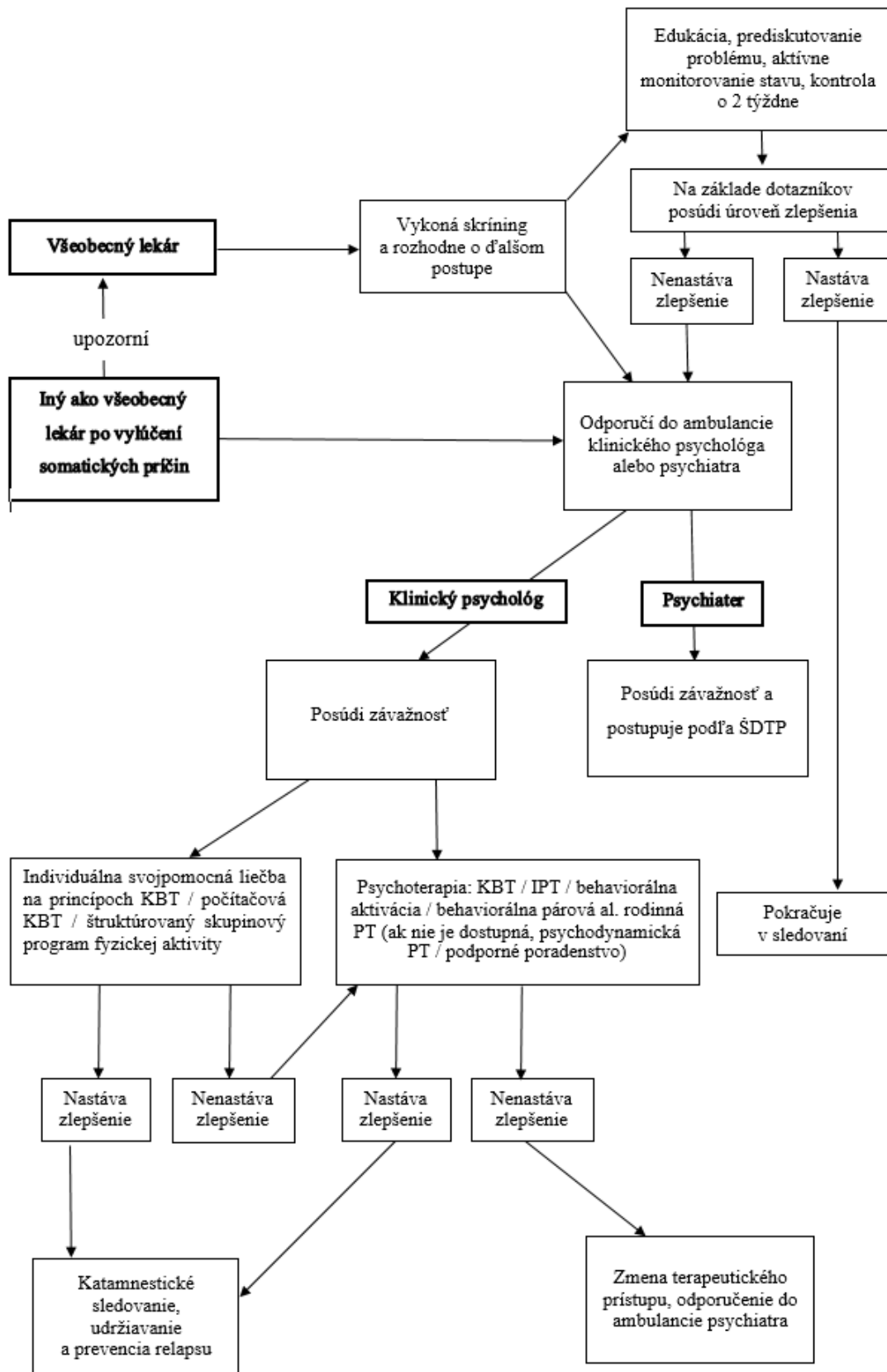
Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízná činnosť, PZS a pod.)

Depresívna porucha môže byť u časti pacientov rezistentná na psychologickú a farmakologickú liečbu a môže mať chronický priebeh. Takéto ťažké formy depresie môžu viesť až k invalidizácii pacienta, a to obzvlášť s komorbiditou s inými psychickými poruchami.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

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

Základný postup pri organizácii starostlivosti o pacienta s depresiou ilustruje nasledovná schéma:



V primárnej starostlivosti by mal všeobecný lekár uvažovať o prítomnosti depresie vtedy, keď pacient kladne odpovie na nasledujúce otázky (NICE 2018):

- Trápili vás počas posledných 4 týždňov väčšinu času pocity smútku, skleslosti alebo beznádeje?
- Mali ste počas posledných 4 týždňov často nízky záujem alebo radosť z vašich aktivít?

Ak v prípade podozrenia na výskyt psychických porúch všeobecný lekár alebo špecialista nie je kompetentný urobiť posúdenie psychického stavu, má odporučiť pacienta k zodpovedajúcemu odborníkovi na duševné zdravie (klinický psychológ, psychiater). Ak pacienta neodporúčal všeobecný lekár, ale iný odborník, mal by tento odborník o odporúčaní informovať všeobecného lekára.

Pacient môže ku klinickému psychológovi prísť v prípade ťažkostí aj bez odporúčania lekára, a to priamo, ako za odborníkom prvého kontaktu.

V prípade podozrenia na psychickú poruchu by mal posúdiť duševný stav pacienta a jeho funkčné, interpersonálne a sociálne problémy odborník špecialista v odbore psychiatria, alebo klinická psychológia, ktorý je na to kompetentný podľa kompetencií ŠDTP z príslušného odboru.

Pri tomto posúdení by mal tento odborník postupovať podľa diagnostického algoritmu, ktorý je uvedený v časti diagnostika.

Na posudzovanie účinku liečby by mal kompetentný odborník používať overené diagnostické metódy (napr. 9-položkový dotazník pacientovho zdravia (PHQ-9 Sk), Beckov dotazník depresie (BDI – II Sk a pod.), ktoré sú uvedené v špeciálnom doplnku tohto štandardu, alebo iný relevantný nástroj).

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

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

Určenie správnych liečebných možností

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

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

- možné suicidálne riziko.


Tieto faktory je potrebné opätovne prehodnocovať počas celého trvania liečby.

Pri preberaní možností liečby u pacienta s depresívnou poruchou je potrebné poskytnúť mu informácie o:

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

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

Pri poskytovaní liečby u pacientov s depresiou je podľa NICE (2018) potrebné riadiť sa zásadami postupnej liečby a používať najmenej obťažujúce a najefektívnejšie intervencie.

 Odstupňovaná liečba depresie (NICE, 2018)	
ZAMERANIE INTERVENCIE	CHARAKTER INTERVENCIE
Stupeň 1: Symptómy depresie alebo podozrenie na depresiú	Identifikácia a hodnotenie; edukácia o depresii a možnostiach liečby; aktívne monitorovanie, resp. odporúčanie pacienta na ďalšie vyšetrenia a intervencie
Stupeň 2: Symptómy depresie, ktoré sa po edukácii a aktívnom monitorovaní v primárnej starostlivosti nezlepšili; perzistentné subklinické depresívne symptómy; mierna až stredne ťažká depresia	Psychosociálne liečba v druhom stupni starostlivosti (t.j. ŠPI), medikácia a odporúčanie na ďalšie vyšetrenie a intervencie
Stupeň 3: perzistentné subklinické depresívne symptómy alebo mierna až stredne ťažká depresia s neadekvátnou odpoveďou na predchádzajúce intervencie; stredne ťažká a ťažká depresia	Medikácia, psychologické intervencie vysokej intenzity, kombinovaná liečba, odporúčanie na ďalšie vyšetrenia a intervencie
Stupeň 4: ťažká depresia; depresia so psychotickými príznakmi; ťažké zanedbávanie osobnej starostlivosti; vysoké riziko suicídia	Medikácia, psychologické intervencie vysokej intenzity, elektrokonvulzívna terapia, krízová intervencia, kombinovaná liečba, hospitalizácia

STUPEŇ 1:

Princípy posudzovania, koordinácie starostlivosti a výberu liečby (NICE, 2018)

Pri posudzovaní depresie je potrebné vykonať relatívne komplexné posúdenie, ktoré presahuje výpočet symptómov pacienta. Je potrebné brať do úvahy aj stupeň funkčného poškodenia a/alebo zníženie spôsobilosti vykonávať nevyhnutné činnosti.

Okrem posúdenia aktuálnych symptómov a funkčného poškodenia zvažte, ako mohli nasledovné faktory ovplyvniť rozvoj, priebeh a závažnosť depresie pacienta:

- história predchádzajúcej depresívnej epizódy a komorbídnych psychických porúch a telesných ochorení,
- história epizód výrazne zlepšenej a povznesenej nálady (naznačujúcu možnú prítomnosť bipolárno afektívnej poruchy),
- predchádzajúce skúsenosti s liečbou depresie a odpoveď na liečbu,
- kvalita medziľudských vzťahov,
- životné podmienky a sociálna izolácia.

Pri posudzovaní psychického stavu pacientov s depresiou je vždy potrebné priamo sa opýtať na suicidálne myšlienky a úmysly. V prípade **rizika sebapoškodzovania alebo suicídia**:

- zistíte, či má pacient adekvátnu sociálnu oporu a pozná dostupné zdroje pomoci,
- uskutočnite vhodné intervencie vzhľadom na stupeň rizika (pozri sekciu Hodnotenie a monitorovanie rizika),
- odporučte pacientovi, aby v prípade zhoršenia stavu neodkladne vyhľadal pomoc.

Hodnotenie a monitorovanie rizika

Ak všeobecný lekár alebo iný špecialista, ktorý nie je odborník na duševné zdravie, zistí, že pacient s depresiou predstavuje dôvodné riziko pre seba alebo iných, má urgentne odporučiť takéhoto pacienta k zodpovedajúcemu odborníkovi na duševné zdravie.

Odporučte osobe s depresiou, jej rodine a blízkym osobám, aby si všímali zmeny nálady, negativizmus, beznádej a suicidálne myšlienky, a aby v prípade ich výskytu kontaktovali odborníka. Je to zvlášť dôležité v rizikových obdobiach, ako je začiatok alebo zmena liečby a obdobia zvýšeného stresu.

Ak je zvýšené riziko suicídia:

- berte do úvahy možnosť predávkovania sa liekmi (antidepresíva resp. iná medikácia), a ak je to potrebné, obmedzte množstvo dostupných liekov.
- zvážte zvýšenie frekvencie (priamych alebo telefonických) kontaktov s pacientom,
- odkážte ho na špecialistu v oblasti duševného zdravia.

STUPEŇ 2:

Rozpoznaná depresia - perzistentné subklinické depresívne symptómy alebo mierna až stredná depresia

Depresia s úzkosťou: ak sa okrem depresie prejavujú u pacienta aj symptómy úzkosti, zvyčajne je potrebné prioritne riešiť depresívnu symptomatiku. V odôvodnených prípadoch je možné zvážiť uprednostnenie úzkostnej symptomatiky (keďže efektívna liečba úzkostnej poruchy môže zmierniť depresiou alebo depresívne symptómy).

Spánková hygiena: ak je to potrebné, navrhnete osobe s depresiou edukáciu o spánkovej hygiene, vrátane pravidelného spánkového režimu, obmedzenia nadmerného jedenia, fajčenia resp. užívania alkoholu pred spánkom, vytvorenia primeraných podmienok pre spánok a význame pravidelného fyzického cvičenia.

Aktívne monitorovanie: U osôb, ktorých stav sa podľa úsudku všeobecného lekára môže zlepšiť aj bez psychosociálnych intervencií, u osôb s miernou depresiou, ktoré intervenciu odmietnu, a u osôb so subklinickou depresiou, ktoré intervenciu požadujú:

- prediskutujte prítomný problém, ktorý pacienta znepokojuje,
- poskytnite informácie a pôvode a priebehu depresie,
- dohodnite ďalšie stretnutie, typicky o 2 týždne,
- dohodnite spôsob kontaktovania pacienta v prípade, že sa na kontrolné stretnutie nedostaví.

V prvej línii liečby subklinickej, miernej až strednej depresie navrhните jeden alebo viac terapeutických postupov psychologickéj liečby na druhom stupni starostlivosti (ŠPI):

- A) individuálna svojpomocná liečba založená na princípoch KBT,
- B) počítačová KBT,
- C) štruktúrovaný skupinový program fyzickej aktivity.

Princípy poskytovania psychologickéj liečby na druhom stupni starostlivosti

Poskytnite **individuálny svojpomocný program** vychádzajúci z princípov KBT, ktorý obsahuje behaviorálnu aktiváciu a techniky riešenia problémov. Program pre pacientov s perzistentnou subklinickou, miernou až strednou depresiou by mal:

- A) obsahovať písomný materiál v primeranom jazyku, vzhľadom na osobu, ktorej je určený,
- B) byť pod dohľadom vyškoleného odborníka, ktorý facilituje a dohliada na priebeh a výsledok svojpomocného programu,
- C) pozostávať zo 6 - 8 sedení (osobne alebo telefonicky) v priebehu 9 - 12 týždňov, vrátane kontrolných sedení a priebežného monitorovania stavu pacienta.

Počítačová KBT pre pacientov s perzistentnou subklinickou alebo miernou až strednou depresiou by mala:

- A) byť poskytovaná formou počítačového alebo online programu,
- B) obsahovať vysvetlenie KBT modelu depresie, viesť k úlohám medzi sedeniami, používať techniky práce s myšlienkami, aktívne monitorovanie správania a myšlienok,
- C) byť pod dohľadom vyškoleného odborníka, ktorý typicky facilituje a dohliada na priebeh a výsledok svojpomocného programu,
- D) trvať 9 - 12 týždňov, vrátane kontrolných sedení.

Skupinové programy so zameraním na zvyšovanie telesnej aktivity pre pacientov s perzistentnou subklinickou alebo miernou až strednou depresiou by mali:

- A) prebiehať skupinovou formou pod dohľadom vyškoleného odborníka,
- B) pozostávať typicky z 3 sedení týždenne v trvaní približne 45 - 60 minút v priebehu 1 - 4 týždňov.

Pokiaľ pacient s perzistentnou subklinickou alebo miernou až strednou depresiou odmietne psychologickú liečbu v druhom stupni starostlivosti (ŠPI), je možné zvážiť KBT liečbu skupinovou formou. Takáto liečba by mala vychádzať zo štruktúrovaného manuálu. Pod vedením dvoch vyškolených a kompetentných terapeutov by mala pozostávať z 10 - 12 sedení v priebehu 10 - 16 týždňov v skupine s typickým počtom 8 - 10 členov. Je možné použiť manuál Predchádzanie depresiám od autorov Kühner, Weber (2003).

U tehotných žien so subklinickými symptómami depresie je možné zvážiť poskytnutie:

- A) krátkej individuálnej psychoterapie (4 - 6 sedení) formou IPT alebo KBT u žien s históriou depresívnej epizódy,
- B) sociálnu podporu počas tehotenstva alebo postpartálneho obdobia u žien bez predchádzajúcej depresívnej epizódy formou pravidelnej neformálnej individuálnej alebo skupinovej podpory,

Vo všeobecnosti pacientom s perzistentnou subklinickou depresiou alebo miernou depresiou nenavrhujeme primárne farmakoterapiu, avšak jej indikácia je kompetencii lekára. Odporúčame zváženie farmakoterapie u pacientov, u ktorých:

- A) je prítomná subklinická depresia po dobu minimálne 2 roky, alebo
- B) subklinická až mierna depresia pretrváva aj po poskytnutí iných terapeutických intervencií, alebo
- C) bola v minulosti preukázateľne minimálne jedna epizóda strednej až ťažkej depresie, alebo
- D) je prítomná mierna depresia, ktorá bráni liečbe významného zdravotného problému.

STUPEŇ 3:

Perzistentné subklinické depresívne symptómy alebo mierna až stredná depresia s nedostatočnou odpoveďou na prvý alebo druhý krok liečby, stredná a ťažká depresia (NICE 2018)

U pacientov s ťažkou depresiou alebo prvou epizódou strednej depresie sa odporúča v prvej línii liečby kombinácia farmakoterapie a psychoterapie vysokej intenzity.

U pacientov s chronickou depresiou NICE (2018) odporúča v prvej línii liečby kombináciu farmakoterapie a psychoterapie vysokej intenzity.

Pokiaľ na liečbu nízkej intenzity subklinickej, miernej až strednej depresie nebola dostatočná odpoveď, nastupuje liečba vysokej intenzity. V rámci nej odporúčame zvážiť:

- psychoterapeutickú liečbu
 - a. KBT alebo
 - b. IPT alebo
 - c. behaviorálnu aktiváciu alebo
 - d. behaviorálnu párovú resp. rodinnú terapiu

- farmakoterapiu

Pri výbere intervencie je potrebné zvažovať trvanie a priebeh (trend symptómov) aktuálnej epizódy, priebeh predchádzajúcich epizód, odpoveď na predchádzajúcu liečbu, pravdepodobnosť adherencie k liečbe, možné vedľajšie účinky liečby a osobné preferencie a priority pacienta. APA (2010) odporúča zvážiť prídanie farmakoterapie ku psychoterapii v prípade, ak po 4 - 8 týždňoch psychoterapie nedošlo k významnému zlepšeniu klinického obrazu pacienta.

U pacientov s depresiou, ktorí odmietnu farmakoterapiu, sa odporúča KBT, IPT, behaviorálna aktivácia aj párová resp. rodinná terapia, prípadne ak tieto spôsoby liečby nie sú pre pacienta dostupné, zvažte:

A) podporné nedirektívne poradenstvo pre pacientov so subklinickou, miernou až strednou depresiou alebo

B) krátkodobú psychodynamickú terapiu u pacientov s miernou až strednou depresiou.

Pri dynamickej psychoterapii je prvou voľbou manualizovaná intenzívna krátkodobá psychodynamická terapia.

Princípy poskytovania liečby vysokej intenzity

Psychoterapeutickú liečbu strednej a vysokej intenzity poskytuje klinický psychológ alebo psychiater s absolvovaným výcvikom v danej psychoterapeutickej metóde založenej na EBM, prípadne účastník takéhoto výcviku pod supervíziou.

Liečba postupuje podľa publikovaného manuálu, má byť prispôbená pacientovi, s adekvátnym dôrazom na terapeutický vzťah, ktorý umožňuje efektívnu spoluprácu.

Cieľom terapie je dosiahnuť úplnú remisiu alebo signifikantné zlepšenie stavu pacienta. V prípade dosiahnutia remisie je možné celkový odporúčaný počet sedení znížiť. V prípade, že bol dosiahnutý pokrok a terapeut s pacientom súhlasia s navýšením počtu sedení, je možné počet sedení zvýšiť.

U pacientov liečených **individuálnou KBT** je typický rozsah terapie 16 - 20 sedení v priebehu 3 až 4 mesiacov. Odporúča sa frekvencia 2 sedenia týždenne v prvých 2 až 3 týždňoch liečby. Na konci liečby sa odporúčajú 3 až 4 kontrolné sedenia počas 3 až 6 mesiacov od ukončenia terapie.

U pacientov liečených **individuálnou IPT** je typický rozsah terapie 16 - 20 sedení v priebehu 3 až 4 mesiacov. Pri ťažkej depresii sa odporúča frekvencia 2 sedenia týždenne v prvých 2 až 3 týždňoch liečby.

Typický KBT program liečby depresie obsahuje nasledujúce fázy (Praško, Možný, Šlepecký, 2007):

- a) psychoedukácia,
- b) behaviorálna aktivácia,
- c) rozvinutie nových sebaopisujúcich vzorcov (sebaodmeňovanie),
- d) odvádzanie pozornosti od automatických negatívnych myšlienok,
- e) kognitívna reštrukturalizácia,
- f) akomodácia dysfunkčných kognitívnych schém,
- g) riešenie problémov,
- h) ukončenie terapie,
- i) program prevencie relapsu depresie založený na nácviku všímavosti (mindfulness).

U pacientov liečených **behaviorálnou aktiváciou** je typický rozsah terapie 16 - 20 sedení v období 3 až 4 mesiacov. Odporúča sa frekvencia 2 sedenia týždenne v prvých 2 až 3 týždňoch

liečby. Na konci liečby sa odporúčajú 3 až 4 kontrolné sedenia v priebehu 3 až 6 mesiacov od ukončenia terapie. Terapeut informuje pacienta, že behaviorálna aktivácia nevykazuje takú efektivitu, ako KBT a IPT.

Párová a rodinná terapia by mala byť postavená na princípoch behaviorálnej terapie a jej adekvátny rozsah je v rozmedzí 15 - 20 sedení v priebehu 5 - 6 mesiacov.

U pacientov liečených **individuálnym podporným poradenstvom** je typický rozsah terapie 6 - 10 sedení v priebehu 8 až 12 týždňov.

U pacientov s miernou až stredne ťažkou depresiou liečených individuálnou krátkodobou psychodynamickou psychoterapiou je typický rozsah terapie 16 - 20 sedení v priebehu 4 - 6 mesiacov.

Súčasťou akejkoľvek liečby vysokej intenzity je pravidelné dotazníkový skrining stavu pacienta (napr. PHQ-9, BDI-II, dotazník pokroku v terapii a pod.).

Neodporúča sa vyberať druh liečby na základne subtypu depresie (napr. atypická depresia alebo sezónna depresia), ani na základe osobnostných charakteristík pacienta, keďže na takúto úvahu neexistuje dostatok dôkazov (NICE, 2018).

Ak pacient so sezónnou depresiou preferuje fototerapiu, upozornite ho, že dôkazy o efektívite fototerapie nie sú dostatočné.

U pacientov s nedostatočnou odpoveďou na farmakologickú alebo psychoterapeutickú liečbu zvážte kombináciu farmakoterapie s KBT.

U pacientov s nedostatočnou odpoveďou na zmenu, resp. na kombináciu liečby, zvážte odporúčenie pacienta k špecialistovi na liečbu depresie.

Udržiavanie a prevencia relapsu (NICE 2018)

U pacientov s významným rizikom relapsu prediskutujte postupy, ktoré môžu riziko relapsu znížiť. **Rizikové faktory** z hľadiska relapsu sú nasledovné:

- perzistencia depresívnych symptómov subklinickej intenzity,
- história relapsu depresie,
- závažnosť predchádzajúcich epizód,
- skorší vek prvej epizódy,
- prítomnosť inej psychickej poruchy,
- prítomnosť chronickej choroby alebo zdravotných ťažkostí,
- prítomnosť porúch nálady u rodinných príslušníkov,
- pretrvávajúce psychosociálne stresory a problémy,
- problémy so spánkom,
- pesimistický kognitívny štýl.

Pacienti s minimálne tromi predchádzajúcimi epizódami depresie a pacienti s chronickou depresiou by mali byť liečení udržiavacou liečbou, ktorú je potrebné zvážiť aj pri výskyte ďalších rizikových faktorov.

Pri výbere udržiavacej liečby zohľadnite odpoveď na predchádzajúce liečebné postupy, prítomnosť reziduálnych symptómov, dôsledky relapsu, symptómy z vysadenia medikácie, a preferencie pacienta. Vo všeobecnosti odporúčame tú formu liečby, ktorá bola efektívna v akútnej fáze liečby. Pri psychoterapii je možné zvážiť zníženie frekvencie sedení. Počas udržiavacej fázy je nevyhnutné systematické posudzovanie závažnosti symptómov, funkčnosti a kvality života pacienta. Toto posudzovanie sa vykonáva pomocou štandardizovaných metód (PHQ-9, BDI-II a pod.).

U pacientov, ktorí profitovali z farmakoterapie, zvážte pokračovanie v užívaní antidepresív minimálne 6 mesiacov od dosiahnutia remisie. Upozornite pacienta, že takýto postup významne znižuje riziko relapsu a že antidepresíva nespôsobujú závislosť.

Prediskutujte s pacientom možnosť pokračujúceho užívania antidepresív aj po 6 mesiacoch od dosiahnutia remisie s prihliadnutím na počet predchádzajúcich depresívnych epizód, prítomnosť reziduálnych symptómov, prípadne zdravotných alebo iných psychosociálnych problémov.

U pacientov s vysokým rizikom relapsu a u pacientov s históriou rekurentnej depresie prediskutujte možnosti liečby, ktoré znižujú riziko rekurentnej epizódy, vrátane pokračujúcej farmakoterapie, augmentácie medikácie a psychoterapeutickej liečby (KBT, IPT, MBCT). Výber liečby závisí od predchádzajúcej skúsenosti s liečbou, vrátane relapsov, reziduálnych symptómov, symptómov s prerušenia farmakoterapie a preferencie pacienta.

Psychologické intervencie pre prevenciu relapsu

Pacientom s depresiou s významným rizikom relapsu (vrátane tých, ktorí mali relaps napriek antidepresívnej medikácii, prípadne ukončili antidepresívnu medikáciu), alebo pacientom s reziduálnymi symptómami, by sa mala navrhnúť niektorá z nasledujúcich psychologických intervencií:

- individuálna KBT alebo IPT pre pacientov, ktorí mali relaps napriek užívaniu antidepresívnej medikácie a u pacientov s významnou históriou depresie a reziduálnych symptómov napriek liečbe,
- individuálna MBCT pre pacientov v remisii s históriou troch a viac depresívnych epizód.

Poskytovanie psychologických intervencií pre prevenciu relapsu

Individuálna KBT alebo IPT zameraná na prevenciu relapsu obyčajne pozostáva zo 16 - 20 sedení v priebehu 3 až 4 mesiacov. Pre potreby dosiahnutia remisie je možné indikovať 2 sedenia týždenne v prvých 2 až 3 týždňoch liečby. Liečba obsahuje 4 - 6 kontrolných sedení v priebehu 4 až 6 mesiacov.

Na všímavosti založená kognitívna terapia (MBCT) má obyčajne skupinovú formu (8 - 15 členov) a pozostáva z dvojhodinových sedení raz týždenne po dobu 8 týždňov, na ktoré nadväzujú 4 kontrolné sedenia počas 12 mesiacov od ukončenia liečby.

STUPEŇ 4:

Komplexná a ťažká depresia

V prípade komplexnej a ťažkej depresie, depresie so psychotickými symptómami a u ľudí s depresiou s vysokým rizikom sebapoškodenia a suicídia je nevyhnutná kompletná a expertná liečba pod vedením špecialistu na takýto typ liečby, obvykle psychiatra v spolupráci s klinickým psychológom.

Vyšetrenie takéhoto pacienta obsahuje:

- popis symptómov, hodnotenie suicidálneho rizika, predchádzajúce skúsenosti s liečbou depresie,
- súvisiace psychosociálne stresory, osobnostné faktory a významné vzťahové problémy, zvlášť pri chronickej alebo rekurentnej depresii,
- komorbídne poruchy, vrátane zneužívania alkoholu alebo iných psychoaktívnych látok, poruchy osobnosti.

Po oboznámení sa s predchádzajúcou liečbou by mal špecialista v oblasti duševného zdravia zvážiť opätovnú indikáciu predchádzajúcej liečby v prípade, že bola neadekvátne vedená, alebo keď pacient nevykazoval dostatočnú adhérenciu.

U pacientov s významným rizikom suicídia, sebapoškodzovania a zanedbávania osobnej starostlivosti je potrebné zvážiť hospitalizáciu.

V rámci hospitalizácie je potrebné navrhnúť pacientovi vysoko intenzívnu psychosociálnu liečbu v plnom rozsahu, pričom je možné zvážiť zvýšenie intenzity, frekvencie a trvania intervencií.

Ukončenie liečby

U stabilizovaných pacientov je vhodné zvážiť ukončenie liečby. Pri rozhodovaní o ukončení liečby zvážte riziko relapsu, frekvenciu a závažnosť predchádzajúcich epizód, pretrvávanie depresívnych symptómov po remisii, prítomnosť iných porúch a preferenciu pacienta. Vo všeobecnosti má ukončenie psychoterapie nižšie riziko relapsu než ukončenie farmakoterapie.

Ďalšie odporúčania

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

V terapii je dôležité vytvorenie kvalitného terapeutického vzťahu s pacientom a jeho psychoterapeutické vedenie podľa EBM. Okrem liečby základnej poruchy pacienti často

riešia svoje vzťahové či pracovné problémy a sociálnu situáciu. Tieto faktory taktiež modifikujú a ovplyvňujú celkový výsledok liečby.

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

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

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Je potrebné prepojiť poradenskú starostlivosť s primárnou starostlivosťou a zdravotnou starostlivosťou na psychiatrických ambulanciách a na pracoviskách klinickej psychológie.

Pri liečbe depresívnych porúch sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk).

Na EBM založená psychologická liečba predstavuje účinnú liečbu depresívnych porúch a odporúča sa ako súčasť liečby prvej línie. Úlohou zdravotníckych pracovníkov je poskytovať, alebo odporučiť najprv najmenej zaťažujúce, najefektívnejšie liečebné postupy v rámci postupnej starostlivosti podľa tohto ŠDTP.

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

Alternatívne odporúčania

Súčasťou komplexného prístupu k liečbe depresie je odporúčanie zásad zdravej životosprávy, t.j. dostatok odpočinku, spánku, plánovanie aktivít, telesné cvičenie, vyvážená strava. Zásady zdravej životosprávy a psychohygieny by mali byť súčasťou výchovy detí v rodinách a školách. Taktiež zamestnávateľia by mali dbať na zabezpečenie takých pracovných podmienok, aby nedochádzalo k preťažovaniu zamestnancov. Dôležitá je aj edukácia o duševných poruchách a ich destigmatizácia. Túto úlohu môžu veľmi dobre zastávať médiá, v ktorých by mali dostávať priestor odborníci z oblasti duševného zdravia.

Špeciálny doplnok štandardu

Dotazníky PHQ-9 a GAD-7 určené na meranie efektivity liečby.

PHQ-9-SK Zoznam deviatich symptómov (Kroenke, Spitze, Williams, 2001)

Meno priezvisko _____ dátum _____

	Ako často Vás v poslednom týždni trápil niektorý z nasledovných problémov?	Vôbec	Niekoľko dní	Viac ako polovicu dní	Skoro každý deň
		0	1	2	3
1	Malý záujem o aktivity, alebo radosť z nich.	0	1	2	3
2	Cítil/a som sa bez nálady, depresívne alebo beznádejne.	0	1	2	3
3	Problém so zaspávaním, prebúdzanie sa v noci, alebo nadmerná spavosť	0	1	2	3
4	Pocit únavy, alebo nedostatku energie	0	1	2	3
5	Nechutenstvo, alebo prejedanie sa.	0	1	2	3
6	Zlý pocit zo seba, že som zlyhal/a alebo sklamal/a seba, či svoju rodinu.	0	1	2	3
7	Problém sústrediť sa na rozličné činnosti ako napr. čítanie novín, alebo pozeranie televízie.	0	1	2	3
8	Spomalenie pohybov alebo reči, ktoré si všimlo aj moje okolie. Alebo naopak nepokoj a nervozita, ktoré ma nútili pohybovať sa viac ako obvykle.	0	1	2	3
9	Myšlienky, že by bolo lepšie zomrieť, alebo si nejako ublížiť.	0	1	2	3
	Spolu				

Sedem položková škála generalizovanej úzkostnej poruchy (GAD-7 Sk) (Spitze 2006)

	Ako často Vás v poslednom týždni trápil niektorý z nasledovných problémov?	Vôbec	Niekoľko dní	Viac ako polovicu dní	Skoro každý deň
		0	1	2	3
1	Pocity nervozity, úzkosti alebo pocit pred zrútením.	0	1	2	3
2	Nemožnosť zastaviť, alebo kontrolovať obavy.	0	1	2	3
3	Prílišné obavy z rôznych vecí.	0	1	2	3
4	Problémy uvoľniť sa .	0	1	2	3
5	Tak výrazný nepokoj, že bolo ťažké ostať pokojne sedieť.	0	1	2	3
6	Ľahko ste sa znechutili alebo nahnevali	0	1	2	3
7	Pocit strachu, ako keby sa mohlo stať niečo hrozné.	0	1	2	3
	Spolu				

Ak ste zaznamenali akékoľvek problémy v dotazníkoch PHQ-9 alebo GAD-7, nakoľko tieto problémy narúšali Vašu prácu, domáce povinnosti alebo vzťahy s inými ľuďmi? Prosím vyznačte v tejto tabuľke.

	Vôbec	Niekedy	Veľmi	Extrémne
PHQ-9				
GAD-7				

Vyhodnotenie

PHQ-9

Ľahká depresia	5 - 9
Mierna depresia, dystýmia	10 - 14
Stredne ťažká depresia	15 - 19
Ťažká depresia	>20

GAD-7

Minimálna úzkosť	0 - 4
Mierna úzkosť	5 - 9
Stredná úzkosť	10 - 14
Vážna úzkosť	15 - 21

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Ďalší audit a revíziu štandardu odporúčame o tri roky.

Literatúra

1. Americká psychiatrická asociácia. 2010. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. 3rd ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2010. 152 p.
2. Americká psychiatrická asociácia. 2015. DSM-5. Diagnostický a statistický manuál duševných poruch. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2015. 1032 p. ISBN 978-80-86471-52-5.
3. Americká psychologická asociácia. 2020. Treatment Target: Depression – Psychological Treatments. Dostupné na internete: <https://www.div12.org/diagnosis/depression/> (22.7.2020).
4. Arnberg, A. - Ost, L.-G. 2014. CBT for children with depressive symptoms: A meta-analysis. In Cognitive Behaviour Therapy. ISSN 1651-2316, 2010, vol. 43, no. 4, pp. 275–288.
5. Baldessarini, R.J. 2013. Chemotherapy in Psychiatry: Pharmacologic Basis of Treatments for Major Mental Illness. 3rd ed. New York: Springer Press. 272 p. ISBN 978-1-4614-3710-9.
6. Bareš, M. – Novák, T. 2008. Depresivní porucha. In Seifertová, D. et al. (Eds). Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti. S. 103 – 130. Praha: Medical Tribune CZ. 2008. ISBN 978-80-87135-10-5.
7. Bhar, S. et al. 2010. Is Longer-Term Psychodynamic Psychotherapy More Effective than Shorter-Term Therapies? Review and Critique of the Evidence. In Psychotherapy and Psychosomatics. ISSN 1423-0348, 2010, vol. 79, no. 4, p. 208–216.
8. Biesheuvel-Leliefeld, K. et al., 2015. Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: Meta-analysis and meta-regression. In Journal of Affective Disorders. ISSN 0165-0327, vol. 174, p. 400-410.
9. Bockting, C.L. et al. 2015. A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. In Clinical Psychology Review. ISSN 0272-7358, 2015, vol. 41, p. 16-26.
10. Bražinová, A. et al. 2019. Men Health Care Gap: The Case of the Slovak Republic. In Administration and Policy in Mental Health Services Research. ISSN 1573-3289, 2019, p. 1-7.
11. Carter, J. D. et al. 2013. Psychotherapy for depression: A randomised clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. In Journal of Affective Disorders. ISSN 0165-0327, 2013, vol. 151, no. 2, pp. 500–505.
12. Cuijpers, P. - van Straten, A. – Warmerdam, L. 2007. Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. In Clinical Psychology Review. ISSN 1873-7811, 2007, vol. 27, no. 3, pp. 318-326.
13. Cuijpers P. et al. 2011a. Psychological treatment of depression: Results of a series of metaanalyses. In Nordic Journal of Psychiatry. ISSN 0803-9488, 2011, vol. 65, no. 6, p. 354–364.
14. Cuijpers, P. et al. 2011. Interpersonal psychotherapy for depression: A meta-analysis. In American Journal of Psychiatry. ISSN 1535-7228, 2011, vol. 168, no. 6, pp. 581–592.

15. Cuijpers P. et al. 2013. A meta-analysis of cognitive-behaviouralDS vol. 159, p. 118–126.
16. Cuijpers, P. et al. 2014b. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. In *World Psychiatry*. ISSN 2051-5545, 2014, vol. 13, no. 1, p. 56–67.
17. 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 2017, vol. 58, no. 1, pp. 7–19.
18. Driessen, E. et al. 2015. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. In *Clinical Psychology Review*. ISSN 0272-7358, 2015, vol. 42, no. 1–15.
19. Eaton, W.W. et al. 2008. Population-Based Study of First Onset and Chronicity in Major Depressive Disorder. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 2008, vol. 65, no. 5, p. 513–520.
20. Ebert, D. et al. 2015. Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: A meta-analysis of randomized controlled outcome trials. In *PLoS ONE*. ISSN 1932-6203, 2015, vol. 10, no. 3, pp. 1 – 15.
21. Elias, A. et al. 2018. Electroconvulsive therapy in the continuation and maintenance treatment of depression: Systematic review and meta-analyses. In *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. ISSN 1440-1614, 2018, vol 52, no. 5, p. 415-424.
22. Harley, R. et al. 2008. Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. In *The Journal of Nervous and Mental Disease*. ISSN 0022-3018, 2008, vol. 196, no. 2, pp. 136–143.
23. Hasin, D.S. et al. 2018. Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. In: *JAMA Psychiatry*. ISSN 2168-6238, 2018, vol. 75, no. 4, p. 336-346.
24. Heretik, A. a kol. 2007. *Klinická psychológia. Nové Zámky: Psychoprof*, 2007. 816 s. ISBN 9788089322008.
25. Hofmann S.G. et al. 2012. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. In *Cognitive Therapy and Research*. ISSN 0147-5916, 2012, vol. 36, no. 5, pp. 427-440.
26. Hofmann, S.G. et al. 2017. Effect of Treatments for Depression on Quality of Life: A Meta-Analysis In *Cognitive Behaviour Therapy*. ISSN 1651-2316, 2017, vol. 46, no. 4, p. 265–286.
27. 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, 2005, vol. 62, p. 417-422.
28. 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, 2014, vol. 71, no. 10, p. 1157–1164.
29. 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, 2012, vol. 42, no.7, pp. 1343–1357.
30. Kamenov, K. et al. 2017. The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. In *Psychological Medicine*. ISSN 0033-2917, 2017, vol. 47, no. 3, p. 414–425.
31. Karyotaki, E. et al. 2016. Combining pharmacotherapy and psychotherapy or monotherapy for major depression? A meta-analysis on the long-term effects. In *Journal of Affective Disorders*. ISSN 0165-0327, 2016, vol. 194, p. 144–152.
32. Khalid, N. et al. 2008. The effectiveness of electroconvulsive therapy in treatment-resistant depression: a naturalistic study. In *Journal of ECT*. ISSN 1533-4112, 2008, vol. 24, no. 2, p. 141-145.
33. Kho, K.H. et al. 2003. A meta-analysis of electroconvulsive therapy efficacy in depression. In *Journal of ECT*. ISSN 1533-4112, 2003, vol.19, no. 3, p. 139-147.
34. Kemp, A.H. et al. 2010. Impact of depression and antidepressant treatment on heart rate variability: a review and meta-analysis. In *Biological Psychiatry*. ISSN 0006-3223, 2010, vol. 67, no. 11, p. 1067 – 1074.
35. Kessler, R.C. et al. 2011. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 2011, vol. 68, no. 1, p. 90-100.
36. Kirkham, J. G. - Choi, N. - Seitz, D. P. 2016. Meta-analysis of problem solving therapy for the treatment of major depressive disorder in older adults. In *International Journal of Geriatric Psychiatry*. ISSN 1099-1166, 2016, vol. 31, no. 5, pp. 526–535.
37. Knekt, P. et al. 2013. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. In *Nordic Journal of Psychiatry*. ISSN 0803-9488, 2013, vol. 67, no. 1, pp. 59–68.
38. Königbauer, J. et al. 2017. Internet- and mobile-based depression interventions for people with diagnosed depression: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of Affective Disorders*. ISSN 0165-0327, 2017, vol. 223, pp. 28–40.
39. Kühner, C. – Weber, I. 2003. *Predchádzanie depresíám: Skupinový program podľa R. F. Munoz*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2003. 206 s. ISBN: 80-88952-09-3.
40. Leichsenring, F. – Steinert, C – Hoyer, J. 2016. Psychotherapy Versus Pharmacotherapy of Depression: What's the Evidence? In *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. ISSN 1438-3608, 2016, vol. 62, no. 2, p. 190-195.
41. Lemmens, L. et al. 2019. Long-term outcomes of acute treatment with cognitive therapy v. interpersonal psychotherapy for adult depression: follow-up of a randomized controlled trial. In *Psychological Medicine*. ISSN 0033-2917, 2019, vol. 49, no. 3, p. 465-473.
42. Lenz, S. - Hall, J. - Smith, L. B. 2016. Meta-analysis of group mindfulness-based cognitive therapy for decreasing symptoms of acute depression. In *The Journal for Specialists in Group Work*. ISSN 0193-3922, 2016, vol. 41, no. 1, 44–70.
43. Lewinson, P.M. et al. 1984. *Coping with depression course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Oregon: University of Oregon, 1984. 160 p. ISBN 978-0916154110.
44. Lim, G.Y. et al. 2018. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. In *Scientific Reports*. ISSN 2045-2322, 2018, vol. 8, no. 1, p. 1-10.
45. 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, vol. 16, no. 103, pp. 1-14.
46. Luo, C. et al. 2020. A comparison of electronically-delivered and face to face cognitive behavioural therapies in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet EClinical Medicine*. ISSN 0140-6736, 2020, vol. 24.
47. Maljanen, T. et al. 2016. The cost-effectiveness of short-term and long-term psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a 5-year follow-up. In *Journal of Affective Disorders*. ISSN 0165-0327, 2016, vol. 190, p. 254-263.

48. Marko, P. 2009. Depresívne poruchy v praxi všeobecného lekára pre dospelých – I. časť In *Via practica*. ISSN 1339-424X, 2009, roč. 6, č. 10, s. 407–413.
49. 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, 2010, vol. 5, no. 2, pp. 105–121.
50. Mešťaniková, A. 2017. Aktivita autonómneho nervového systému pri adolescentnej depresii: Autoreferát dizertačnej práce. Martin: Jesseniova lekárska fakulta v Martine, 2017. 22 s.
51. Ministerstvo zdravotníctva SR. Štandardné diagnostické a terapeutické postupy. ŠDTP tím. Workshop ku ŠDTP projektu.
52. Moffitt, T.E. et al. 2010. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. In *Psychological Medicine*. ISSN 0033-2917, 2010, vol. 40, no. 6, p. 899–909.
53. Mohr, D. C. et al. 2005. Telephone-administered psychotherapy for depression. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 2005, vol. 62, no. 9, pp. 1007–1014.
54. Moreno-Lacalle, R. (2016). The effect of psychoeducation for depression: A meta-analysis 2010–2016. *The Philippine Journal of Nursing*, 86(2), 36–43.
55. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2018. Depression in adults: the treatment and management of depression in adults (Clinical Guideline 90). [online]. London: National institute for Health and Clinical Excellence, 2018. [cit. 12.4.2019]. Dostupné na internete: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng90>
56. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2019. Depression in children and young people: identification and management, (clinical guideline 134). [online]. London: National institute for Health and Clinical Excellence, 2019. [cit. 26.4.2019]. Dostupné na internete: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>
57. Normann, N. - van Emmerik, A. - Morina, N. 2014. The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. In *Depression and Anxiety*. ISSN 1520-6394, 2014, vol. 31, no. 5, pp. 402–411.
58. Normann, N. - Morina, N. 2018. The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *Frontiers in psychology*. ISSN 1664-1078, 2018, vol. 9, no. 2211, pp. 1-14.
59. Pennant, M. E. et al. 2015. Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: A systematic review and meta-analysis. In *Behaviour Research and Therapy*. ISSN 0005-7967, 2015, vol. 67, no. 1, 1–18.
60. Perou, R. et al. 2013. Mental health surveillance among children - United States. In *The Morbidity and Mortality Weekly Report Supplements*. ISSN 2380-8942, 2013, vol. 62, no. 2, p- 1 - 35.
61. Piet, J. - Hougaard, E. 2011. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. In *Clinical Psychology Review*. ISSN 1873-7811, 2011, vol. 31, no. 6, pp. 1032–1040.
62. Pinter, A. 2019. Cardiac dysautonomia in depression - heart rate variability biofeedback as a potential add-on therapy. In *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. ISSN 1178-2021, 2019, vol. 15, p. 1287 – 1310.
63. Pots, W. et al. 2016. Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: randomised controlled trial. In *British Journal of Psychiatry*. ISSN 1472-1465, 2016, vol. 208, no. 1, pp. 69-77.
64. Praško, J. - Možný, P. - Šlepecký, M. 2007. Kognitívne behaviorálna terapie psychických poruch. Praha: Triton, 2007. 1048 s. ISBN 978-80-7254-865-4.
65. 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, vol. 253, pp. 226–232.
66. Rehm, L. P. 2010. *Depression: Advances in Psychotherapy – Evidence-Based Practice*. Cambridge: Hogrefe Publishing, 2010. 19 p. ISBN 9781616763268.
67. Richards, D. - Richardson, T. 2012. Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. In *Clinical Psychology Review*. ISSN 1873-7811, 2012, vol. 32, no. 4, pp. 329–34.
68. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP). 2015. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. In *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. ISSN 1440-1614, 2015, vol. 49, no. 12, p. 1-185.
69. Shimazu, K. et al. 2011. Family psychoeducation for major depression: A randomised controlled trial. In *The British Journal of Psychiatry*. ISSN 1472-1465, 2011, vol. 198, no. 5, pp. 385–390.
70. 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, 2014, vol. 31, no. 1, pp. 47–65.
71. Steel, Z. et al. 2014. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. In *International Journal of Epidemiology*. ISSN 1464-3685, 2014, vol. 43, no. 2, p. 476–493.
72. Steinert, C. et al. 2014. Relapse rates after psychotherapy for depression – stable long-term effects? A meta-analysis. In *Journal of Affective Disorders*. ISSN 0165-0327, 2014, vol. 168, p. 107–118.
73. Tolin, D.F. 2010. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. In *Clinical Psychology Review*. ISSN 0272-7358, 2010, vol. 30, no. 6, p. 710–720.
74. Van Bronswijk, S. et al. 2019. Effectiveness of psychotherapy fortreatment-resistant depression: a meta-analysisand meta-regression. In *Psychological Medicine*. ISSN 0033-2917, 2019, vol. 49, no. 3, p. 1–14.
75. Wojnarowski, C. et al. 2019. Predictors of depression relapse and recurrence after Cognitive Behavioural Therapy: A systematic review and meta-analysis. In *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. ISSN 1352-4658, 2019, vol. 47, no. 5, p. 514-529.
76. World Health Organization. 2011. *International statistical classification of disease and related health problems. Tenth revision*. Geneva: World Health Organization, 2011. 201 p. ISBN 9789241548342.
77. World Health Organization. 2013. *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: World Health Organization, 2013. 50 p. ISBN 9789241506021.
78. World Health Organisation. 2016. *Preventing Depression In the WHO European Region*. Geneva: World Health Organisation. 15 p.
79. Wu, Z. – Fang, Y. 2014. Comorbidity of depressive and anxiety disorders: challenges in diagnosis and assessment. In *Shanghai Archives of Psychiatry*. ISSN 1002-0829, 2014, vol. 26, no. 4, p. 227–231.

80. 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, 2017, vol. 17, no. 1, pp. 9–16.
81. Zafra-Tanaka, J.H. et al. 2019. Characteristics and quality of clinical practice guidelines for depression in adults: a scoping review. In *BMC Psychiatry*. ISSN 1471244X, 2019, vol. 19, no. 1.
82. Zhao, W. et al. 2013. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression. In *Chinese Journal of Clinical Psychology*. ISSN 1005-3611, 2013, vol. 21, pp. 153-157.
83. 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, 2015, vol. 14, no. 2, pp. 207–222.
84. Zuojie, Z. et al. 2018. The effect of CBT and its modifications for relapse prevention in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. In *BMC Psychiatry*. ISSN 1471-244X, 2018, vol. 18, no. 1, p. 1-14.

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 1. júla 2021 .

Vladimír Lengvarský
minister zdravotníctva

Príloha

Prehľad podporných výskumných dôkazov

Metaanalýzy presvedčivo dokazujú efektívnosť psychoterapeutickej liečby depresie s miernym až stredne silným efektom (napr. Cuijpers et al., 2011a; Cuijpers et al., 2014). Podobne, farmakoterapia depresie preukázala dostatočnú efektívnosť s miernym až stredným efektom, pričom v akútnej fáze liečby je efekt psychoterapie a farmakoterapie rovnocenný (napr. Leichsenring, Steinert, Hoyer, 2016; Hofmann et al., 2017, Kamenov et al., 2017). Kombinácia psychoterapie a farmakoterapie je efektívnejšia ako farmakoterapia samotná (napr. Karyotaki et al., 2016).

Medzi jednotlivými druhmi psychoterapie sú v efektívnosti liečby akútnej depresie mierne rozdiely. Kým Cuijpers et al. (2011a) zistil porovnateľné miery efektu pre KBT, IPT, behaviorálnu modifikáciu a krátkodobú psychodynamickú terapiu, naopak, v metaanalýze Tolina (2010) boli KBT a IPT signifikantne efektívnejšie v liečbe depresie oproti psychodynamickej terapii. V novšej metaanalýze Cuijpers et al. (2017) na základe metaanalýzy viac ako 500 RCT skúmali efekt viacerých typov psychoterapií, vrátane KBT, behaviorálnej aktivácie, nedirektívnej podpornej terapie a krátkej psychodynamickej terapie. Zistili, že všetky terapie boli účinné a neboli medzi nimi významné rozdiely. Psychoterapie boli približne rovnako účinné ako farmakoterapia a kombinovaná liečba bola účinnejšia ako liečby samotné. Terapie boli tiež účinné pri rôznych skupinách pacientov, ako boli starší pacienti, univerzitní študenti, či pacienti so somatickými ochoreniami. Nižšia účinnosť sa ukázala pri chronickej depresii a u pacientov s komorbiditou závislosti od psychoaktívnych

látok. Liečby boli účinné tak v individuálnom, skupinovom, ako aj vo svojpomocnom formáte. Cuijpers et al. (2017) pri podrobnejšej analýze zistili, že nedirektívne poradenstvo a krátkodobé psychodynamické terapie sú mierne menej efektívne než iné typy terapie, avšak rozdiely medzi terapiami hodnotí ako malé. Nedirektívne poradenstvo je všeobecný pojem, ktorý môže obsahovať psychodynamické, systemické, alebo behaviorálne časti (NICE, 2018). Podobne, v neskoršej metaanalýze Driessen et al. (2015), sa ukázala krátkodobá psychodynamická liečba signifikantne menej efektívna než KBT. Okrem toho, dôsledné porovnanie krátkodobej a dlhodobej psychodynamickej terapie preukázalo ich rovnakú mieru efektivity (napr. Bhar et al., 2010). Spolu s výrazne vyššou efektivitou nákladov (napr. Maljanen et al., 2016) to jednoznačne zvyhodňuje krátkodobú psychodynamickú psychoterapiu (< 20 sedení) pred jej dlhodobou variantou.

Postup liečby depresie podľa zahraničných štandardov je uvedený v prílohe

APA (2010) uvádza, že najlepšiu efektivitu psychoterapie depresie preukázali kognitívno-behaviorálna terapia (KBT), interpersonálna psychoterapia (IPT) a behaviorálne psychoterapie (napr. behaviorálna aktivácia). Menej dôkazov o efektivite preukázala dynamická psychoterapia, psychoterapia zameraná na riešenie problémov, párová a rodinná psychoterapia a skupinová psychoterapia. Z dlhodobého hľadiska má po ukončení liečby psychoterapia vo všeobecnosti dlhodobejší efekt než farmakoterapia. RANCZP (2015) v rámci psychoterapie odporúča KBT, IPT, terapiu prijatia a záväzku (Acceptance and commitment therapy - ACT) a na všímavosti založenú kognitívnu terapiu (Mindfulness - Based Cognitive Therapy, MBCT). V rámci prevencie relapsu sú najefektívnejšie a navzájom porovnateľné KBT, MBCT a IPT. RANCZP (2015) zdôrazňuje, že malé rozdiely v efektivite nepodporujú používanie eklektických a neštruktúrovaných psychoterapeutických postupov. Existuje široký klinický konsenzus, aby liečba vychádzala z dôkazov v klinických štúdiách, prispôbena pacientovi na mieru a s primeraným dôrazom na kvalitný terapeutický vzťah.

APA (2010) považuje pri miernej až strednej depresii farmakoterapiu a (časovo ohraničenú) psychoterapiu (KBT, IPT) za rovnocenné, kým pri ťažkej depresii odporúča kombináciu psychoterapie a farmakoterapie. Liečebný štandard RANCZP (2015) považuje pri miernej a strednej depresii, obzvlášť v počiatočných štádiách poruchy, za adekvátnu psychoterapeutickú formu liečby. Pri ťažkej a chronickej depresii odporúča zväziť kombináciu psychoterapie a farmakoterapie, v prípade vysokého suicidálneho rizika a v prípade nedostatočného nutričného príjmu elektrokonvulzívnu terapiu (ECT).

Štandard NICE (2018) na základe metaanalýz odporúča u dospelých pacientov postupnú liečbu, ktorá vyžaduje organizáciu liečebnej starostlivosti a podpory pacientov, opatrovateľov a odborných pracovníkov tak, aby vybrali a použili liečebné postupy, ktoré sú pre daného pacienta najefektívnejšie. Na začiatku je potrebné vybrať postupy najmenej zaťažujúce a najúčinnnejšie. V prípade, že tieto nie sú účinné, je potrebné vybrať najvhodnejšie intervencie z ďalšieho stupňa.

Podľa hodnotenia štandardných postupov pre liečbu depresie v jednotlivých krajinách podľa metodiky AGREE-II získal štandard NICE (2018) celosvetovo najlepšie skóre (Zafra-Tanaka et al., 2019), aj z toho dôvodu je časť tohto ŠDTP vytvorená na základe tohto štandardu NICE (2008).