

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona č. 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:

Depresívna epizóda – diagnosticko-liečebný štandard

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0092	10. decembra 2019	schválené	1. mája 2020

Autori

Mária Kráľová; Katarína Kubašovská; Lívia Vavrušová

Konzultantka: Dagmar Breznoščáková

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR, hodnotitelia AGREE II, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; PharmDr. Míriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Miroslav Halecký; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof.

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Hruzíková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová

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

Kľúčové slová

depresívna epizóda, diagnostika, liečba, antidepresíva, psychoterapia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

BDI	Beckov dotazník depresie (Beck Depression Inventory)
DALY	Disability Adjusted Life Years (produktívne roky stratené kvôli poruche)
DSM 5	Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch, 5.revízia
EKT	Elektrokonvulzívna liečba
EPID	štúdia „Epidemiológia depresie na Slovensku”
HAM-D	Hamiltonova hodnotiaci škála depresie (Hamilton Rating Scale for Depression)
IPT	Interpersonálna psychoterapia
KBT	Kognitívno behaviorálna terapia
MADRS	Montgomeryho a Asbergovej hodnotiaci škála depresie (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale)
MASSA	agonisty melatonínu a selektívne antagonisty sérotonínu (Melatonine Agonists and Selective Serotonine Antagonists)
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10.revízia (ICD-10)
NaSSA	noradrenergické a špecificky sérotonérgické antidepresíva (Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressants)
NDRI	inhibítory spätného vychytávania noradrenalinu a dopamínu (Norepinephrine and Dopamine Reuptake Inhibitors)

RIMA	reverzibilné inhibítory monoamínoxidázy A
SARI	sérotonínové antagonisty a inhibítory spätného vychytávania (Serotonine Antagonists and Reuptake Inhibitors)
SMS	modulátor a stimulátor sérotonínu (Serotonine Modulator and Stimulator)
SRE	posilňovač spätného vychytávania sérotonínu (Serotonine Reuptake Enhancer)
SSRI	selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu (Selective Serotonine Reuptake Inhibitors)
SNRI	inhibítory spätného vychytávania sérotonínu a noradrenalínu (Serotonine and Norepinephrine Reuptake Inhibitors)
PHQ-9	Pacientský dotazník zdravia, modul pre depresiu (The Patient Health Questionnaire)
rTMS	repetitívna transkraniálna magnetická stimulácia
TCA	tricyklické antidepresíva
VNS	Stimulácia n. vagus

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, administrácia krokov pri nedobrovoľnej hospitalizácii, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie, indikácia a realizácia ECT (v spolupráci s anesteziológom), prepustenie pacienta z hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, realizácia ECT (po zaškolení), psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, psychoterapia.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo (všeobecný lekár) – 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 (ev. iniciálnej v prípade nekomplikovanej ľahšej depresie) fáze možná liečba a celkový manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychologom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník- sociálno právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Anesteziológ a intenzivista (lekár so špecializáciou v odbore anesteziológia a intenzívna medicína) - podávanie celkovej anestézie pri realizácii ECT.

Úvod

Depresia je závažné psychické ochorenie, ktoré zaraďujeme medzi afektívne poruchy, teda také, kde v popredí klinického obrazu je porucha nálady. Depresia predstavuje nielen dôležitý medicínsky, ale aj spoločenský a ekonomický problém. Ide o jedno z najčastejších psychických ochorení (nejakú formu depresívnej poruchy zažije celoživotne takmer 15 % obyvateľstva celosvetovo), ktoré prináša chorému mimoriadne psychické utrpenie a má tendenciu vracat' sa či prebiehať chronicky (až u 13 % pacientov). Depresia prináša so sebou riziko suicídia, riziko zhoršenia či dokonca vzniku závažných telesných ochorení (napr.kardiovaskulárnych), ale aj významné riziko zhoršenia funkčnosti pacienta v jeho každodennom živote. Depresia na rozdiel od ostatných závažných porúch zdravia sa okrem absentizmu vyznačuje aj fenoménom prezentizmu, kedy je chorý v práci prítomný, ale jeho produktivita je minimálna. Ekonomické dôsledky depresie vyjadrené pomocou DALY (Disability Adjusted Life Years, teda produktívnych rokov stratených kvôli depresii) celosvetovo narástli medzi rokmi 1990 a 2016 o takmer 50 %, čo depresiu zaraďuje do prvej desiatky ochorení, ktoré zaťažujú spoločnosť. Pritom ide o ochorenie, ktoré dnes vieme spoľahlivo diagnostikovať a úspešne liečiť, predpokladom však je včasná diagnostika a vhodne zvolená liečba na základe overených, dôkazmi podložených medicínskych poznatkov. Závažným problémom zostáva pomerne časté nerozpoznanie, respektíve neskorá diagnostika a liečba depresie. Účelom tohto textu je preto stanovenie štandardov pre diagnostické a terapeutické postupy v oblasti depresívnych porúch na základe najnovších medicínskych poznatkov.

Prevenencia

Primárnou prevenciou depresie vo všeobecnosti sú postupy zamerané na zvyšovanie odolnosti a psychického zdravia, ako je zdravá životospráva s dostatkom odpočinku a relaxácie, eliminácia stresu a posilňovanie životných postojov, ktorými sú ľudia schopní lepšie zvládať záťažové situácie.

Sekundárna prevencia zahŕňa psychoedukáciu zameranú na dodržiavanie zdravého a vyváženého životného štýlu, podporu adherencie k liečbe vrátane manažmentu potenciálnych nežiaducich účinkov liečby.

Terciárna prevencia zahŕňa psychiatrické rehabilitačné postupy u pacientov po prekonaní akútnej fázy s narušením sociálnej adaptácie.

Epidemiológia

Nejakú formu depresívnej poruchy zažije celosvetovo asi 15 % ľudí (teda každý 7. - 8.človek na svete) (Alonso, Lépine a kol., 2007). Ak zúžime problém na depresívnu epizódu podľa štandardných diagnostických kritérií, je jej celoživotná prevalencia 4 - 6 %. Na Slovensku sa podľa štúdie EPID zistila 6-mesačná prevalencia depresie v širšom chápaní u 12,8 % dospelého obyvateľstva (Heretik a kol., 2003). Depresívne poruchy sú častejšie u žien ako u mužov (v pomere približne 2 : 1). Najvyššia prevalencia je vo vekovej skupine 40 – 55 rokov. Depresia je porucha spojená s vysokým suicidálnym rizikom (až do 15 % chorých) a napriek všetkým súčasným terapeutickým možnostiam takmer tretina pacientov nedosiahne v akútnej liečbe kompletnú remisiu. Predpokladá sa, že výskyt depresii sa bude zvyšovať s rýchlymi civilizačnými zmenami, s predlžovaním ľudského veku, zvýšeným výskytom chronických chorôb a častejším užívaním látok s depresogénnymi účinkami.

Patofyziológia

Etiológia a patogenéza depresie doposiaľ nie je úplne objasnená. Nepochybne ide o multifaktoriálne podmienené ochorenie, celkom určite jedno z tých, na ktoré možno v celosti aplikovať tzv. bio-psycho-sociálny model vzniku. Úlohu hrajú biologické faktory (vrátane genetických, nededí sa však porucha ako taká, ale tzv. dispozícia, teda vyššia náchylnosť k nej, v prípade depresie ide napríklad o polymorfizmy génu pre sérotonínový transportér a ďalšie). Vo všeobecnosti sa vznik poruchy pri depresii dá pripísať genetickým príčinám v oveľa menšej miere, ako je tomu pri bipolárnej afektívnej poruche či pri schizofrénii. Tieto genetické „danosti“ sa kombinujú s inými neurobiologickými abnormalitami, ako sú zmeny aktivity osi hypotalamus-hypofýza-nadobličky, dysregulácia autonómneho nervového systému s prevahou sympatika, či dysregulácia neurotransmitterových systémov v CNS (v prípade depresie najmä systému sérotonínergického, noradrenergického a dopamínergického). V ostatných rokoch je mimoriadna pozornosť venovaná úlohe chronického mierneho aseptického zápalu. Najväčšie praktické uplatnenie dosiahli neurochemické hypotézy patofyziológie depresie, pretože sa nimi vysvetľuje mechanizmus účinku antidepressív. Ďalšími, „nebiologickými“ teóriami vzniku depresie sú napr. kognitívno behaviorálne, interpersonálne

a psychoanalytické teórie depresie a koncept naučenej bezmocnosti. Veľmi pravdepodobne ide o rôznu mieru kombinácie viacerých rizikových faktorov či mechanizmov, kde sa na biologicky zmenenom - predisponovanom - teréne uplatňujú psychologické a sociálne faktory. Dôležité sú tiež vlastnosti osobnosti chorého, napr. miera jeho odolnosti voči stresu, vzorce zvládania záťažových situácií a ďalšie.

Klasifikácia

V diagnostike depresívnej epizódy je pre nás záväzná Medzinárodná klasifikácia chorôb – 10.decenálna revízia (MKCH-10, WHO, 1992). Poruchy nálady (afektívne poruchy) sú združené v sekcii F30 - F39, ktorá

obsahuje tak jednotlivé kategórie unipolárnej depresie, ako aj bipolárnu afektívnu poruchu. Na rozdiel od MKCH-10 v klasifikácii Americkej psychiatrickej asociácie, čiže v 5. revízii Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch (DSM-5), sú bipolárna afektívna porucha a unipolárna depresia, v DSM-5 nazývaná „Veľká depresívna porucha“, rozdelené do samostatných podkapitol.

Depresívna epizóda (F32) v MKCH-10 obsahuje tieto kategórie:

- **F32.0 Mierna depresívna epizóda**
- F32.00 bez somatických príznakov
- F32.01 so somatickými príznakmi
- **F32.1 Stredne ťažká depresívna epizóda**
 - o F32.10 bez somatických príznakov
 - o F32.11 so somatickými príznakmi
- **F32.2 Ťažká depresívna epizóda bez psychotických príznakov**
- **F32.3 Ťažká depresívna epizóda so psychotickými príznakmi**
- **F32.8 Iné depresívne epizódy**
- **F32.9 Depresívna epizóda nešpecifikovaná**

Klinický obraz


Základným prejavom afektívnych porúch je patologická nálada. V prípade depresívnej epizódy ide najmä o náladu patologicky smutnú, ale pacient ju môže opisovať aj ako prázdnu, nijakú, skl'účenú, niekedy s prímiesou úzkosti či mrzutosti. Od normálneho smútku sa táto chorobne smutná nálada odlišuje neprimeranou intenzitou a trvaním, ale najmä neprimeranosťou vzhľadom k podnetu. Okrem toho patologická depresívna nálada je spojená s anhedóniou, neschopnosťou prežívať radosť či akékoľvek potešenie z aktivít, ktoré sú normálne prežívané príjemne, a v mnohých prípadoch aj diurnálnym kolísaním, typicky sa pacient najhoršie cíti ráno. Je ovládaný depresívnymi myšlienkami, ktoré v prípade ťažkej depresie s psychotickými príznakmi nadobúdajú hĺbku bludov (typické depresívne bludy autoakuzачné, insuficienčné, ruinačné, nihilistické, hypochondrické a ďalšie). Pri všetkých stupňoch závažnosti depresie je vždy riziko, že sa objavia suicídálne myšlienky a rozvinie sa suicídálny syndróm. Pri ťažších stupňoch depresie býva myslenie aj bradypsychické. Pacient sa nevie sústrediť a bývajú prítomné aj ďalšie kognitívne príznaky, napr. porucha exekutívnych funkcií. Psychomotorika býva obvykle inhibovaná, pri ťažkej psychotickej depresii sa môže vyskytnúť až stupor. Existujú však aj prípady agitovanej depresie s výrazným psychomotorickým nepokojom. Ďalšími typickými príznakmi depresívneho syndrómu sú poruchy chuti do jedla (obvykle zníženie apetítu, menej často naopak zvýšenie) so zodpovedajúcimi zmenami hmotnosti (obvykle chudnutie), poruchy spánku (najtypickejšie príliš skoré ranné prebúdzanie), pokles libida, pocity nedostatku energie a patickej unaviteľnosti, hypobúlia s pocitmi, že do akejkoľvek činnosti sa pacient musí nútiť, ktorá sa pri ťažšej depresii prejaví aj objektívne hypoaktivitou.

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Diagnostika depresívnej epizódy je založená v prvom rade na podrobnom klinickom psychiatrickom vyšetrení, anamnestických údajoch (niekedy aj s potrebou heteroanamnézy) a starostlivom vyhodnotení klinickej symptomatiky (psychopatologických symptómov a priebehových charakteristík).


V nasledujúcom texte uvádzame **diagnostické kritériá pre depresívnu epizódu podľa MKCH-10. Diagnóza F32 sa stanovuje v prípadoch, že u pacienta ide o prvú depresívnu epizódu v živote.**

Tabuľka č. 1

Diagnostické kritériá pre F32 Depresívnu epizódu	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEPRESÍVNA EPIZÓDA
G1. Depresívna epizóda by mala trvať aspoň dva týždne	
G2. V priebehu života jedinca sa nikdy nevyskytli príznaky, ktoré by stačili na naplnenie kritérií pre hypomanickú alebo manickú epizódu (F30.-)	
G3. Epizóda nie je spôsobená užívaním psychoaktívnych látok (F10-F19) ani organickou duševnou poruchou (F00-F09)	

Niektoré príznaky depresie sú všeobecne považované za klinicky zvlášť významné a v klasifikácii MKCH-10 sa nazývajú „somatické“. V iných klasifikáciách sa pre ne používajú názvy „biologické“, „vitálne“, „melancholické“, „endogenomorfné“ a ďalšie. Piate kódovacie číslo sa používa na určenie prítomnosti či neprítomnosti tohto „somatického syndrómu“. Pre definovanie **somatického syndrómu** by mali byť prítomné **štyri z nasledujúcich príznakov**:


Tabuľka č. 2

Somatický syndróm	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEPRESÍVNA EPIZÓDA
1.	Zreteľná strata záujmu alebo potešenia pri aktivitách, ktoré sú normálne príjemné
2.	Nedostatok emočných reakcií na udalosti alebo aktivity, ktoré normálne vyvolávajú emočnú odpoveď
3.	Ranné prebúdzenie sa o dve alebo viac hodín pred obvyklou dobou
4.	Depresia je ťažšia ráno
5.	Objektívny dôkaz výraznej psychomotorickej retardácie alebo agitovanosti (označené takto alebo opísané inými osobami)
6.	Výrazná strata chuti do jedla
7.	Pokles hmotnosti (o 5% alebo viac za ostatný mesiac)
8.	Zreteľná strata libida

Pri ťažkej depresívnej epizóde sa predpokladá, že somatický syndróm je vždy (vo veľkej väčšine prípadov) prítomný.

Ak sú splnené všeobecné kritériá pre depresívnu epizódu, stanovujeme stupeň jej závažnosti (ľahká, stredne ťažká a ťažká depresívna epizóda).

Tabuľka č. 3


Diagnostické kritériá pre F32.0 Ľahkú depresívnu epizódu	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEPRESÍVNA EPIZÓDA
A. Musia byť splnené hlavné kritériá pre depresívnu epizódu (F 32)	
B. Musia byť prítomné aspoň dva z nasledujúcich troch príznakov: a) Depresívna nálada v miere jednoznačne abnormálnej pre daného jedinca, prítomná po väčšinu dňa a takmer každý deň, značne ovplyvnená okolnosťami a trvajúca aspoň dva týždne; b) Strata záujmu alebo potešenia pri aktivitách, ktoré sú normálne príjemné c) Pokles energie alebo zvýšená unaviteľnosť;	
C. Z nasledujúceho zoznamu prídavných symptómov by mal byť prítomný jeden alebo viac: a) Strata sebadôvery alebo sebaúcty; b) Bezpredmetné prežívanie výčitiek voči sebe samému alebo pocitov nadmernej a bezdôvodnej viny; c) Opakované myšlienky na smrť alebo samovraždu alebo akékoľvek suicidálne správanie; d) Ťažnosti na alebo dôkazy svedčiacie o zníženej schopnosti myslieť alebo sústrediť sa, o nerozhodnosti alebo váhavosti; e) Zmena psychomotorickej aktivity s agitovanosťou alebo spomalením (hodnotené subjektívne alebo objektívne); f) Poruchy spánku akéhokoľvek typu; g) Zmena chuti do jedla (zníženie alebo zvýšenie) so zodpovedajúcimi zmenami hmotnosti	
Pre diagnózu je potrebné, aby boli celkovo prítomné štyri príznaky zo skupín B a C.	

Piate kódovacie číslo určuje **prítomnosť alebo neprítomnosť somatického syndrómu**:

F 32.00 Bez somatického syndrómu

F 32.01 So somatickým syndrómom

Tabuľka č. 4


Diagnostické kritériá pre F32.1 Stredne ťažkú depresívnu epizódu	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEPRESÍVNA EPIZÓDA
A. Musia byť splnené hlavné kritériá pre depresívnu epizódu (F 32)	
B. Musia byť prítomné aspoň dva z nasledujúcich troch príznakov:	
a) Depresívna nálada v miere jednoznačne abnormálnej pre daného jedinca, prítomná po väčšinu dňa a takmer každý deň, značne ovplyvnená okolnosťami a trvajúca aspoň dva týždne;	
b) Strata záujmu alebo potešenia pri aktivitách, ktoré sú normálne príjemné;	
c) Pokles energie alebo zvýšená unaviteľnosť	
C. Musí byť prítomný taký počet prídavných symptómov z F32.0, kritéria C, aby celkový počet príznakov bol aspoň šesť	

Piate kódovacie číslo určuje opäť **prítomnosť alebo neprítomnosť somatického syndrómu**:


F 32.10 Bez somatického syndrómu

F 32.11 So somatickým syndrómom

Tabuľka č. 5

Diagnostické kritériá pre F 32.2 Ťažkú depresívnu epizódu bez psychotických príznakov	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEPRESÍVNA EPIZÓDA
A. Musia byť splnené hlavné kritériá pre depresívnu epizódu (F32)	
B. Musia byť prítomné všetky tri príznaky z kritéria B pre depresívnu epizódu (F 32)	
C. Musí byť prítomný taký počet prídavných symptómov z F 32.0, kritéria C, aby celkový počet bol aspoň osem	
D. Nesmú byť prítomné halucinácie, bludy alebo depresívny stupor	

Tabuľka č. 6

Diagnostické kritériá pre F 32.3 Ťažkú depresívnu epizódu so psychotickými príznakmi	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEPRESÍVNA EPIZÓDA
A. Musia byť splnené hlavné kritériá pre depresívnu epizódu (F 32)	
B. Musia byť splnené kritériá pre ťažkú depresívnu epizódu bez psychotických príznakov (F 32.2), s výnimkou kritéria D	
C. Nie sú splnené kritériá pre schizofréniu (F 20.0-F20.3) alebo schizoafektívnu poruchu, depresívny typ (F 25.1)	
D. Musí byť prítomný ktorýkoľvek z nasledujúcich okruhov:	
a) Bludy alebo halucinácie, iné ako uvádzané ako typicky schizofrénné v rámci kritéria G1 (1) b, c a d pre F20.0-F20.3 (teda bludy iné ako úplne absurdné alebo kultúrne nepatričné a nie halucinácie, ktoré sú v tretej osobe alebo ktoré neustále komentujú); najčastejšie majú depresívny, sebaobviňujúci, hypochondrický, nihilistický, paranoidný alebo perzekučný obsah	
b) Depresívny stupor	

Piate kódovacie číslo určuje, či **psychotické príznaky zodpovedajú alebo nezodpovedajú nálade**:


F32.30 S psychotickými príznakmi zodpovedajúcimi nálade, teda bludy previnenia, menejcennosti, telesného ochorenia alebo hroziaceho nešťastia, výsmešné alebo odsudzujúce sluchové halucinácie.

F32.31 S psychotickými príznakmi nezodpovedajúcimi nálade, teda perzekučné alebo paranoidné bludy a halucinácie s obsahom nezodpovedajúcim nálade.

F 32.8 Iné depresívne epizódy

Do tejto kategórie by mali byť zahrnuté epizódy, ktoré nezodpovedajú opisom F32.0 - F32.3, ale ich celkový klinický dojem svedčí o tom, že sú vo svojej podstate depresívne. Ide napríklad o premenlivé zmesi depresívnych príznakov, najmä z okruhu somatického syndrómu, s príznakmi, ktoré nie sú charakteristické pre diagnostiku, ako je napätie, nahnevanosť, nespokojnosť alebo zmes somatických depresívnych príznakov s trvalými bolesťami alebo únavou, ktoré nie sú spôsobené organickými príčinami (často sa vyskytujú u pacientov pri vyšetreniach v rámci primárnej starostlivosti).

Pri klinickom vyšetrení pacienta s depresiou je veľmi dôležité starostlivo zhodnotiť mieru suicidálneho rizika. V nasledujúcej tabuľke uvádzame demografické, anamnestické a klinické rizikové faktory suicidality (Bauer a kol., 2013).

Rizikové faktory suicidality pri depresii	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEPRESÍVNA EPIZÓDA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vekové obdobie a pohlavie (muži vo veku 20-30 rokov a nad 50 rokov, ženy vo veku 40-60 rokov) ▪ Rodinný stav (slobodní, rozvedení alebo vdovci/vdovy) ▪ Náhla zmena socio-ekonomického statusu (strata zamestnania, finančné problémy, neželaný dôchodok) ▪ Nedostatočná podpora okolia ▪ Abúzus návykových látok (najmä alkoholu) ▪ Anamnéza suicidálneho pokusu (najrelevantnejší rizikový faktor) ▪ Anamnéza suicidálneho pokusu v rodine ▪ Anamnéza afektívnej poruchy v rodine ▪ Pocity beznádeje a bezvýhodiskovosti ▪ Impulzivita ▪ Psychotická hĺbka depresie 	

Pri prvotnom záchyte depresívneho syndrómu, najmä v ambulancii lekára prvého kontaktu, je možné využiť **sebaposudzovacie škály – dotazníky** – ktoré prinášajú časovú aj personálnu úsporu, v žiadnom prípade však nejde o diagnostické nástroje, teda stanovenie diagnózy sa musí opierať o klinické vyšetrenie. Takýmito škálami sú napr. Beckov dotazník depresie (Beck Depression Inventory, BDI) alebo Pacientsky dotazník zdravia, modul pre depresiu (The Patient Health Questionnaire, PHQ-9). Úplné znenie týchto dvoch dotazníkov vid' Prílohy.

Na posúdenie závažnosti depresie a jej zmien v priebehu liečby môže psychiater využiť **objektívne hodnotiace inštrumenty**, ako je Montgomeryho a Asbergovej hodnotiace škála depresie (Montgomery Asberg Depression Rating Scale, MADRS) alebo Hamiltonova hodnotiace škála depresie (Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D). Opäť nejde o diagnostické nástroje, ale o škály na posúdenie hĺbky depresie, na základe nich je však napr. „technicky“ definovaná terapeutická odpoveď a remisia.

Ďalším vyšetrením v diagnostike depresívnej epizódy je **psychodiagnostické vyšetrenie** (najmä projektívne metódy), ktoré realizuje klinický psychológ.

Na vylúčenie organickej etiológie poruchy, resp. určenie prípadného somatogénneho podielu na nej, realizujeme v prípade potreby **laboratórne a neurozobrazovacie vyšetrenia**, prípadne žiadame **konziliárne vyšetrenie** lekárom inej špecializácie prekračujúce kompetencie psychiatra.

V **diferenciálnej diagnostike depresívnej epizódy** musíme uvažovať najmä o iných psychických poruchách, pri ktorých je v popredí klinického obrazu depresívny syndróm:

- Bipolárna depresia (F31.3, F31.4 alebo F31.5),
- Schizoafektívna porucha, depresívny typ (F25.1),
- Organická depresívna porucha (F06.3),
- Zmiešaná úzkostná a depresívna porucha (F41.2),
- Depresívna porucha pri závislostiach, najmä v rámci odvykacích stavov (F10-F19).


Ďalšou možnosťou je vznik depresívneho syndrómu na podklade somatického ochorenia. Najčastejšie sa s depresiou stretávame pri neurologických poruchách (cievne mozgové príhody, úrazy hlavy, nádory mozgu, zápalové ochorenia CNS, sclerosis multiplex a ďalšie) a pri endokrinologických poruchách (hypotyreóza, hypertyreóza, Addisonova a Cushingova choroba a ďalšie). Depresia sa môže vyskytnúť aj pri hypovitaminóze B₁₂ alebo deficite kyseliny listovej. Imitovať depresiou môže exhaustívny syndróm napr. pri závažných anémiách, kardiálnom zlyhávaní, onkologických a ďalších závažných ochoreniach. Dôležité je myslieť na možnosť farmakogénnej depresie pri hormonálnej a imunomodulačnej liečbe, liečbe antihypertenzívami, antipsychotikami, benzodiazepínmi a ďalšími liečivami (Seifertová a kol., 2008).

Liečba

Vzhľadom na to, že na vzniku depresie sa podieľajú v rôznej miere biologické, psychologické aj sociálne faktory, jej liečba by mala byť vždy komplexná, v rôznych fázach liečby s rôznou účasťou biologických aj nebiologických terapeutických postupov.

Základným pilierom biologickej liečby depresie je farmakoterapia, v indikovaných prípadoch sa využívajú aj elektrokonvulzívna liečba (EKT), repetitívna transkraniálna magnetická stimulácia (rTMS), stimulácia nervus vagus (VNS), fototerapia a niektoré ďalšie postupy. Vo farmakoterapii jednoznačne prvé miesto zaujímajú antidepresíva, psychofarmaká pôsobiace primárne na paticky zmenenú depresívnu náladu a ďalšie súčasti depresívneho syndrómu. Všetky v súčasnosti registrované antidepresíva ovplyvňujú nejakým spôsobom jeden alebo viaceré z trojice monoamínov – sérotonín, noradrenalín a dopamín. Prevažujúcim mechanizmom účinku antidepresív je rôzne selektívna blokáda transportérov pre tieto monoamíny, inými sú napr. zásahy do ich biodegradácie (inhibícia degradačných enzýmov) alebo priame ovplyvnenie receptorov. V nasledujúcej tabuľke uvádzame prehľad antidepresív (len tých, ktoré sú v SR v súčasnosti registrované) podľa prevažujúceho mechanizmu účinku.

Tabuľka č. 8

Prehľad antidepresív podľa prevažujúceho mechanizmu účinku	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEPRESÍVNA EPIZÓDA
Skupina / mechanizmus účinku	Liečivá
Inhibítory spätného vychytávania monoamínov	
TCA: I.generácia tricyklické	Amitriptylín, klomipramín, imipramín, dozulepín
TCA: II.generácia tetra- a heterocyklické	maprotilín
SSRI (selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu)	fluoxetín, fluvoxamín, sertralín, paroxetín, citalopram a escitalopram (ASRI)
SARI (sérotonínový antagonista a inhibítor spätného vychytávania, multimodálne antidepresívum)	trazodón
NDRI (inhibítory spätného vychytávania noradrenalínu a dopamínu)	bupropión
SNRI (inhibítory spätného vychytávania sérotonínu a noradrenalínu)	venlafaxín, duloxetín
Priame ovplyvnenie receptorov	
NaSSA (noradrenergické a špecificky sérotonínergické antidepresíva, α_2 blokátory)	mirtazapín
MaSSA (melatonínový agonista a selektívny sérotonínový antagonista - agonista MT1 a MT2 receptorov a antagonista 5HT2C)	agomelatín
Inhibítory biodegradácie	
RIMA (reverzibilný inhibítor monoamínoxidázy A)	moklobemid
Iné	
SRE (posilňovač spätného vychytávania sérotonínu)	tianeptín
SMS (sérotonínový modulátor a stimulátor, multimodálne antidepresívum)	vortioxetín

Vo všeobecnosti je v liečbe ľahkej depresívnej epizódy liečbou prvej voľby psychoterapia, v liečbe stredne ťažkej a ťažkej epizódy farmakoterapia, teda **antidepresíva**. Preferujeme podľa možnosti monoterapiu antidepresívom, plánovanú terapeutickú dávku dosahujeme obvykle titráciou nahor v priebehu týždňa, u viacerých antidepresív je však úvodná dávka aj dostatočnou terapeutickou dávkou. Pacienta vždy informujeme o možnom zhoršení príznakov v úvode liečby (napr. zvýraznenie úzkosti pri sérotonínergických antidepresívach), dohodíme častejšie kontroly počas prvých týždňov liečby, pričom starostlivo monitorujeme prípadné nežiaduce účinky. Pacienta informujeme tiež o tom, že účinok antidepresíva nastupuje s latenciou (zvyčajne najmenej 10-dňovou). Terapeutický účinok hodnotíme po minimálne 2 - 3 týždňovom trvaní liečby terapeutickými dávkami antidepresíva. V prípade tzv. Sezónnej afektívnej /depresívnej/ poruchy (SAD- Seasonal affective disorder) patrí okrem antidepresív skupiny SSRI medzi metódy prvej voľby i liečba pomocou fototerapie.

Pri výbere konkrétneho antidepresíva s ohľadom na predpokladanú účinnosť berieme do úvahy farmakologické vlastnosti liečiva (teoreticky veľmi zjednodušené: ak je cieľom antidepresíva najmä sérotonín,

má výraznejší účinok na náladu a anxiolytický efekt, zlepšuje spánok a apetít, impulzivitu a obsedantné príznaky, ak je cieľom noradrenalín, antidepressívum má aktivačný efekt a zlepšuje čulosť a ak je to dopamín, pravdepodobne salepší najmä dynamogénia, psychomotorika a hedónia antidepressíva, ktoré výrazne duálne ovplyvňujú sérotonínergický aj noradrenergický systém, majú výraznejší nezávislý analgetický efekt) a klinické (psychopatologické a priebehové) charakteristiky depresie. Klasický koncept „cieľového príznaku“, teda klinickej formy „agitovanej“ vs. „inhibovanej“ depresie sa dnes chápe zložitejšie, zdôrazňujú sa individuálne vlastnosti a odlišnosti antidepressív, pretože rozsiahle kontrolované klinické štúdie a ich metaanalýzy významné rozdiely medzi jednotlivými antidepressívami nepotvrdzujú. Ostatná veľká metaanalýza, ktorá porovnávala účinnosť a prijateľnosť 21 v súčasnosti najpoužívanejších antidepressív (boli zahrnuté agomelátín, amitriptylín, bupropión, citalopram, klomipramín, desvenlafaxín, duloxetín, escitalopram, fluoxetín, fluvoxamín, levomilnacipran, milnacipran, mirtazapín, nefazodón, paroxetín, reboxetín, sertralín, trazodón, venlafaxín, vilazodón a vortioxetín – nie všetky sú u nás registrované), zistila, že všetky tieto antidepressíva sú v akútnej liečbe depresívnej epizódy u dospelých pacientov účinnejšie ako placebo. Menšie rozdiely medzi jednotlivými liečivami sa zistili, ak boli do analýzy zahrnuté placebo kontrolované štúdie, kým väčšia variabilita v účinnosti, ale najmä v prijateľnosti liečby bola prítomná v štúdiách, ktoré priamo porovnávali antidepressíva navzájom (Cipriani a kol., 2018).

Keďže veľmi dôležitým kritériom výberu antidepressíva je jeho dobrá **znášanlivosť a bezpečnosť**, pretože liečba depresie netrvá krátko, vždy berieme do úvahy potenciálne nežiaduce účinky liečiva, vek pacienta, všetky jeho komorbídne ochorenia a jeho somatický stav, jeho ďalšiu nevyhnutnú medikáciu, ale aj preferencie samotného pacienta.

Napriek rozširujúcim sa možnostiam modernej farmakoterapie problémom ostáva nedostatočná účinnosť súčasnej liečby: až u 30 % pacientov v akútnej fáze ochorenia a u 20 % pacientov v dlhodobej liečbe sa remisia príznakov nedosiahne.

Psychoterapia v liečbe depresívnej epizódy

Pre väčšinu depresívnych pacientov s miernou alebo stredne ťažkou depresiou je psychoterapia veľmi účinnou metódou. Pri ľahších formách depresie je rovnako účinná ako farmakoterapia. Pri stredne ťažkých, ťažkých a chronických depresívnych poruchách je kombinácia farmakoterapie a psychoterapie účinnejšia ako každá forma liečby samostatne (Busch, Rudden, Shapiro, 2006). Psychoterapia je tiež účinná v udržiavacej a profylaktickej liečbe depresii.

Podporná terapia

V psychoterapii depresívnych porúch, najmä v akútnej fáze liečby, je dôležitá podporná terapia, ktorá je zameraná na upokojenie pacienta a prijatie liečby.

Podporná psychoterapia môže byť krátkodobá alebo dlhodobá (intermitentná alebo sústavná). Dĺžka podpornej psychoterapie by sa mala riadiť pacientovým stavom. Cieľom je dosiahnutie symptomatického zlepšenia a zmeny pacientovho konania a prevencia relapsov. Na začiatku liečby v rámci podporného vedenia pacienta motivujeme pacienta, aby lieky neprestal užívať, kým ešte nenastúpil ich terapeutický efekt. Je dôležité, aby pacient porozumel dynamike symptómov, získal stratégiu ich zvládania, a tým celkovo zvýšenie sebavedomia. Podporné psychoterapeutické vedenie spolu s poskytovaním informácií je legitímnym postupom aj u pacientov s výrazným narušením nálady pohybujúcim sa v oblasti ťažkej depresívnej epizódy (Kryl, 2007).

Špecifická psychoterapia

Voľba konkrétneho psychoterapeutického postupu vychádza z individuálnej situácie. Je určovaná nielen závažnosťou pacientovej symptomatiky, ale aj jeho preferenciami, s ohľadom na to, či uprednostňuje zlepšenie symptómov alebo riešenie širších psychosociálnych cieľov. Za významný indikačný faktor k psychoterapii sa považuje rovnako vlastné pranie pacienta (Kryl, 2007). Niektorí pacienti môžu mať vyhranene negatívny vzťah k farmakoterapii, ale aj k psychoterapii.

Kognitívno behaviorálna terapia (KBT)

Zo psychoterapeutických metód má dobre preukázanú účinnosť pri liečbe ľahkých a stredne ťažkých depresií. KBT depresívnych porúch je rozložená do postupných krokov : edukácia pacienta, behaviorálna aktivácia - plánovanie aktivít s postupným zvyšovaním aktivity, kognitívne spracovanie a uvedomovanie si stereotypných depresívnych schém a ich zmena, odvádzanie pozornosti od automatických negatívnych myšlienok , kognitívna reštrukturalizácia, riešenie problémov .

Vzhľadom na vysoký svalový tonus a vysokú mieru psychického napätia môžeme do terapie pacientov s miernou alebo stredne ťažkou depresívnou epizódou zaradiť aj relaxačné techniky k navodeniu stavu psychického a telesného uvoľnenia. (Možný, Praško, 1999, Wright, Basco, Thase, 2008).

Interpersonálna terapia (IPT)

Pri depresívnych poruchách s podielom reaktívnej zložky, ak sú narušené interpersonálne vzťahy alebo sa na súčasnom stave podieľali psychosociálne záťažové faktory , vážne somatické ochorenie či interpersonálne deficity, sa uplatňuje interpersonálna terapia (IPT). Základnou ideou IPT je, že psychické syndrómy ako je depresia sa bez ohľadu na rôznorodosť podmienujúcich príčin obyčajne prejavujú v sociálnom a interpersonálnom kontexte. V IPT sa pacienti učia porozumieť vzťahu medzi nástupom a výkyvmi v symptómoch a porozumieť tomu, čo sa deje v ich životoch, pochopiť svoje súčasné interpersonálne problémy a nachádzať spôsoby ich riešenia a tým aj riešenia depresívnych symptómov (Weissman, Markovitz, Klerman, 2010). Cieľom je zmiernenie symptómov a zlepšenie vzťahov s ostatnými ľuďmi. Interpersonálna terapia neovplyvňuje trvalejšie aspekty osobnosti a charakteru (Dušek, Procházková, Večeřová, 2015).

Pre posilnenie interpersonálnych vzťahov možno využiť **párovú prípadne rodinnú terapiu**.

Dynamická psychoterapia

Tento prístup sa odporúča hlavne u pacientov s ľahkou alebo stredne ťažkou depresívnou poruchou alebo dystýmnou poruchou. Odporúča sa, aby pacienti s ťažšou depresívnou poruchou boli liečení psychodynamickou terapiou až potom, ako sú ich symptómy adekvátne stabilizované medikáciou (Busch, Rudden, Shapiro, 2006, Gabbard, 2005).

Psychodynamická psychoterapia exploruje vnútorné konflikty a nevedomé problémy, ktoré často nebývajú predmetom kognitívno-behaviorálnej, interpersonálnej a /alebo medikamentózneho terapie. Nie je zameraná primárne na odstránenie príznakov depresívnej poruchy, ale skôr na ovplyvnenie osobnosti človeka, aby depresiou nemusel trpieť.

Psychoterapia môže byť formátu individuálneho alebo skupinového.

Individuálna psychoterapia - pri výbere plánovanej psychoterapie rozhoduje predovšetkým forma a hĺbka depresie, komorbidita, inteligencia a osobnosť pacienta. Komorbidita spravidla modifikuje terapeutické postupy – napr. pre somatizujúceho či úzkostno-depresívneho pacienta je vhodné zaradiť aj relaxácie, rehabilitačné procedúry a pod. Absolútna kontraindikácia k individuálnej psychoterapii depresívnych pacientov neexistuje.

Vždy má zmysel pokúsiť sa aspoň o citlivé podporné vedenie, aj keď sa priamo nejedná o špecifickú psychoterapiu.

Skupinová terapia - je vhodná u pacientov s miernou depresiou a dystýmiou. Skupinová terapia môže byť prínosná pre pacientov s depresiou tým, že tu získajú emočnú podporu, spätnú väzbu, náhľad, korektívnu emočnú skúsenosť, nové informácie a sociálne zručnosti. Môžu v atmosfére bezpečia a dôvery odreagovať svoje emócie, môžu tu prelomiť svoju izoláciu a znovu nadobudnúť spolubytie s ostatnými ľuďmi (Kryl, 2007).

Liečba ľahkej a stredne ťažkej depresie prebieha spravidla ambulantnou formou, **hospitalizácia** sa odporúča resp. preferuje v prípadoch závažnejšej klinickej symptomatiky, suicidálneho rizika, komplikovaného priebehu, prítomnosti dekompenzovaného telesného ochorenia, u pacientov staršieho veku, polymorbídnych, osamelo žijúcich, bez dostatočnej sociálnej podpory, u pacientov v komplikovanej životnej situácii s prítomnosťou aktuálneho stresora, v prípadoch ťažkej depresie, ak nie je zaručená dostatočná adhérenca k liečbe, dostatočný príjem tekutín a potravy a ďalších situáciách podľa zhodnotenia lekára.

V rámci depresívnej epizódy sa niekedy vyskytnú situácie, kedy sa informovaný súhlas s hospitalizáciou nevyžaduje. Ide predovšetkým o stavy s pretrvávajúcimi naliehavými suicidálnymi tendenciami, stavy po suicidálnom pokuse bez dostatočného kritického náhľadu, stavy psychotickej depresie a niektoré ďalšie. Pravidlá hospitalizácie so súhlasom a bez súhlasu sú podrobnejšie opísané v kapitole 20 Špeciálny doplnok štandardu.

Cieľom liečby depresívnej epizódy je dosiahnutie ústupu a napokon vymiznutia klinických príznakov, dosiahnutie návratu pôvodnej funkčnosti pacienta a predídenie relapsu resp. rekurencii depresie.

Základné pojmy, o ktoré sa kapitola 13 Liečba opiera:

Terapeutická odpoveď (odpoveď na liečbu): zreteľné zmiernenie depresívnych príznakov. Zvyčajne je odpoveď na liečbu definovaná ako ≥ 50 % redukcia symptómov oproti východiskovému stavu, technicky ako 50%-ný pokles východiskového skóre v HAM-D alebo MADRS.

Čiastočná odpoveď na liečbu: redukcia symptómov o 25 až 49 %.

Nedostatočná alebo chýbajúca odpoveď na liečbu: redukcia príznakov o menej ako 25 %.

Remisia: vymiznutie všetkých depresívnych príznakov, alternatívne sa ako kritérium remisie uvádza viac ako 75 % zlepšenie depresívnych príznakov. Technicky pokles skóre v MADRS na 10 alebo menej či pokles skóre v 17-položkovej HAM-D škále na 7 alebo menej. K definícii remisie sa ďalej, zvyčajne, vyžaduje aspoň trojtýždňové bezpríznakové obdobie.

Úzdava: stav dlhodobej remisie, ktorý trvá najmenej štyri mesiace.

Relaps: návrat symptómov v období remisie, t. j. nové vzplanutie príznakov pôvodnej depresívnej epizódy.

Rekurencia: návrat symptómov v období úzdavy, t. j. nová epizóda depresívnej poruchy.

FÁZY LIEČBY DEPRESÍVNEJ PORUCHY:

V liečbe depresívnej poruchy je našim cieľom potlačenie symptómov depresívnej epizódy a dosiahnutie remisie (akútna fáza liečby), ďalej udržanie a prevencia vzniku relapsu (udržiavacia/pokračovacia fáza) a prevencia vzniku rekurencie (profylaktická/dlhodobá liečba).

Akútna fáza liečby v prípade priaznivej odpovede na liečbu trvá 8 - 12 týždňov. Cieľom tejto fázy liečby je dosiahnutie remisie. Odporúča sa titrovať dávku antidepresíva do maximálnej tolerovanej dávky, u respondérov aj u non-respondérov. Maximálna doba liečby jedným antidepresívom bez dosiahnutia aspoň parciálnej odpovede býva štyri až osem týždňov.

Udržiavacia / pokračujúca liečba, ktorej cieľom je prevencia relapsu po dosiahnutí remisie, má trvať aspoň šesť mesiacov, ale v prípade ťažkej depresie, suicidálneho pokusu, komplikovaného telesného stavu či komplikovanej životnej situácie pacienta s neustálou prítomnosťou spúšťacích faktorov depresie je vhodné ju predĺžiť (niekedy až do fázy profylaktickej).


Profylaktická / dlhodobá liečba má zabrániť rekurencii depresívnej poruchy. Profylaktická liečba má svojou dĺžkou presahovať obdobie medzi dvomi epizódami (väčšinou tri až päť rokov) a antidepresívum má byť podávané v dávke, ktorá bola účinná v akútnej fáze liečby. Profylaktická liečba redukuje riziko relapsu o 70 – 80 %.

ODPORÚČANIA PRE LIEČBU DEPRESÍVNEJ EPIZÓDY


(upravené podľa NICE Guideline on the Treatment and Management of Depression in Adults, 2010, updated September 2019, The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th Edition, 2018, WFSBP Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1, 2013, Part 2, 2015, Doporučené postupy psychiatrické péče IV., 2014, 49.metodický list racionálnej farmakoterapie: Racionálna liečba depresie, 2011) (písmeno v zátvorke znamená silu odporúčaní na základe EBM)

Akútna a udržiavacia liečba:


Tabuľka č. 9

Ľahká depresívna epizóda F32	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEPRESÍVNA EPIZÓDA
1.	voľba: psychoterapia (KBT, IPT a iné) (A), psychoedukácia, riešenie konfliktných situácií, v prípade preferencie farmakoterapie pacientom SSRI alebo SNRI alebo NaSSA alebo NDRI alebo SARI alebo agomelatín alebo tianeptín
2.	voľba: vortioxetín alebo SSRI alebo SNRI alebo tianeptín plus psychoterapia


Tabuľka č. 10

Stredne ťažká depresívna epizóda F32	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEPRESÍVNA EPIZÓDA
1. voľba: SSRI (citalopram, escitalopram, sertralín, fluvoxamín, paroxetín, fluoxetín) alebo SNRI (venlafaxín) alebo SARI (trazodón) alebo NaSSA (mirtazapín) alebo agomelatín alebo tianeptín (A) plus psychoterapia	
2. voľba: vortioxetín alebo klomipramín alebo duloxetín alebo bupropión alebo moklobemid (A) plus psychoterapia	
3. voľba: iné TCA (B) alebo kombinácia antidepresív plus psychoterapia	
Býva potreba na začiatku liečby kombinovať antidepresíva s anxiolytikami alebo hypnotikami.	

Tabuľka č. 11

Ťažká depresívna epizóda F32 bez psychotických príznakov	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEPRESÍVNA EPIZÓDA
1. voľba: SSRI (escitalopram, citalopram, paroxetín) alebo SNRI (venlafaxín) alebo NaSSA (mirtazapín) (A) alebo NDRI (bupropión) alebo SARI (trazodón) alebo agomelatín (B) plus psychoterapia	
2. voľba: TCA (klomipramín) (A) alebo SSRI (sertralín) (B) alebo SNRI alebo NaSSA alebo NDRI alebo SARI alebo vortioxetín alebo agomelatín plus psychoterapia	
3. voľba: SSRI (fluoxetín) (B), elektrokonvulzívna liečba - EKT (B), repetitívna transkraniálna magnetická stimulácia - rTMS (B), kombinácie antidepresív plus psychoterapia	
Býva potreba na začiatku liečby kombinovať antidepresíva s anxiolytikami alebo hypnotikami.	

Tabuľka č. 12

Ťažká depresívna epizóda F32 s psychotickými príznakmi	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEPRESÍVNA EPIZÓDA
1. voľba: SSRI alebo SNRI alebo NaSSA alebo NDRI alebo SARI alebo TCA a antipsychotikum, preferenčne atypické (kvetiapín A, olanzapín B, risperidón C), EKT (B) plus psychoterapia	
2. voľba: SSRI alebo SNRI alebo NaSSA alebo NDRI alebo SARI alebo TCA alebo samotné atypické antipsychotikum (off label, ale pri kvetiapíne sila odporúčani A), EKT alebo agomelatín alebo tianeptín alebo moklobemid plus psychoterapia	
Býva potreba na začiatku liečby kombinovať s BZD alebo hypnotikami.	

Parciálna alebo žiadna odpoveď na prvú voľbu liečby:


Bez závislosti od toho, ktoré antidepresívum sa vyberie ako liek prvej voľby, približne u 30 % pacientov depresívna epizóda neodpovie na liečbu dostatočne. U parciálnych respondérov a non-respondérov boli navrhnuté viaceré alternatívne postupy. V prvom rade sa treba opätovne vrátiť k stanoveniu diagnózy depresie, zistiť, či pacient dodržiava dávkovanie a zistiť jeho adhérenciu k liečbe. Potom postupujeme nasledovne:

- zvýšenie (na maximum) dávky úvodného antidepresíva,
- zmena na iné antidepresívum z inej farmakologickej skupiny (napr. z SSRI na duálne pôsobiace antidepresívum),
- zmena na iné antidepresívum z tej istej farmakologickej skupiny (napr.: z jedného SSRI na iné SSRI),
- kombinácia dvoch antidepresív z rozdielnych farmakologických skupín (napr.: SSRI alebo SNRI s mirtazapínom),
- augmentácia liečby antidepresívom inými látkami (napr.: lítiom, hormónmi štítnej žľazy, estrogénmi, betablokátormi, atypickým antipsychotikom, esketamínom) za účelom zvýšenia antidepresívneho účinku,
- kombinácia antidepresíva a psychoterapeutickej intervencie,
- kombinácia antidepresíva s nefarmakologickými biologickými terapeutickými postupmi (napr. spánková deprivácia, liečba svetlom (fototerapia), EKT, rTMS, VNS).

Aj v prípade prvej depresívnej epizódy niekedy uvažujeme o **dlhodobej/profylaktickej liečbe**. V prípade depresívnej epizódy **F32** sú **rizikovými faktormi rekurencie** nasledujúce situácie (Bauer a kol., 2015):

- reziduálne príznaky počas udržiavacej/pokračujúcej fázy liečby,
- reziduálne sub-klinické príznaky počas remisie,
- komorbidita s dystýmnou poruchou (tzv. „dvojitá depresia“),
- závažnosť epizód (vrátane suicidálnych a psychotických príznakov),
- relaps po vysadení liečby,
- komorbidita s abúзом návykových látok,
- komorbidita s úzkostnou poruchou,
- rodinná anamnéza depresívnej poruchy u prvostupňových príbuzných,
- nástup ochorenia pred 30 rokom veku.

Tabuľka č. 13

Indikácie profylaktickej/dlhodobej liečby pri F32	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEPRESÍVNA EPIZÓDA
A. pacienti s vyššie uvedenými rizikovými faktormi	
B. pacient, u ktorého prvá epizóda začala okolo 60. roku života	
C. pranie pacienta dlhodobo pokračovať v liečbe	

V **profylaktickej fáze liečby F32** sa používajú najmä antidepresíva, ale často aj tymoprofylaktiká (lítium a antiepileptiká). Lítium je zvlášť vhodné u pacientov s anamnézou suicidálneho syndrómu. Ukončenie liečby v udržiavacej/pokračujúcej a profylaktickej fáze by malo prebiehať postupne v priebehu niekoľkých týždňov, aby sa predišlo rozvoju syndrómu z vysadenia. Nevyhnutné je poučiť pacienta o včasných príznakoch rekurencie. Odporúča sa redukovať dávku antidepresíva približne o štvrtinu za týždeň. Ukončenie psychoterapie závisí na type aplikovanej metódy, obvykle sa frekvencia psychoterapeutických sedení postupne znižuje.

Súčasťou terapeutického postupu pri depresii je aj **režim vychádzok počas dočasnej pracovnej neschopnosti**. Odporúčame uplatňovať nasledujúce pravidlá:

- a. vždy umožniť pacientom s epizódami depresie vychádzky štandardne 4 hodiny denne. V odôvodnených prípadoch umožniť vychádzky nadštandardne po dobu 6 – 8 hodín denne. Vo výnimočných prípadoch umožniť vychádzky nadštandardne počas celého dňa (napr. v prípadoch závažných stavov, kedy je pacient neschopný opúšťať domáce prostredie a nie je možné definovať čas, kedy je najvhodnejšie umožniť vychádzky a pod.). Všetky vychádzky umožnené nad štandardný limit (t. j. viac ako 4 hodiny denne) musia byť dôsledne medicínsky zdôvodnené a o výnimke musí byť informovaný všeobecný lekár, ktorý vystavil pacientovi potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti. Pri režime, keď je stanovený presný počet hodín, uvádzať po individuálnom zhodnutí aj časový interval (od – do), pričom v usmernení je potrebné upozorniť lekárov, že nevhodné sú nočné hodiny,
- b. stanoviť účel vychádzok – napr. pohyb a fyzická kondícia ako súčasť liečebného plánu, psychosociálna rehabilitácia, zvýšenie socializácie, udržanie sociálnych zručností, a pod., čo má v medicíne aj evidence-based dôkazy. Všeobecne by aktivity počas vychádzky mali mať liečebný alebo rehabilitačný charakter, pričom nie je žiaduci výkon zárobkovej činnosti,
- c. prehodnocovať plnenie účelu vychádzok pri kontrolnom psychiatrickom vyšetrení (odporúča sa interval 1 mesiac, príp. v závažných a odôvodniteľných prípadoch maximálne 3 mesiace),
- d. poučiť pacienta o liečebnom režime vrátane vychádzok, ich čase a konkrétnom obsahu – napr. pobyt na čerstvom vzduchu, návšteva kultúrnych podujatí (divadelné predstavenie, kino; pod pojmom kultúrne podujatie sa nerozumeje hlučná nočná zábava alebo návšteva pohostinstva), nevykonávať prácu ako zárobkovú činnosť, necestovať do zahraničia bez medicínskeho odborného zdôvodnenia, pri zvážení rizík vyplývajúcich z povahy ochorenia odporúčenie mať počas vychádzky doprovod a pod.,
- e. mať možnosť odporučiť pacientovi odlišný režim vychádzok počas víkendov a pracovných dní.

Prognóza

Depresia je časté, ale aj závažné psychické ochorenie, ktoré so sebou vždy prináša významné utrpenie, obmedzenie funkčnosti v každodennom živote, ale aj riziko suicídia (až do 15 % chorých suiciduje). Neliečená alebo nedostatočne terapeuticky zvládnutá depresia okrem toho predstavuje nezávislý rizikový faktor vzniku a rozvoja kardiovaskulárnych ochorení (asi 2 - 3 násobne zvyšuje morbiditu aj mortalitu na ne), okrem iného z dôvodov spoločných patofyziologických mechanizmov cestou hyperaktivity osi hypotalamus-hypofýza-nadobličky, dysregulácie vegetatívneho nervového systému s prevahou sympatika a ďalších, ktoré prispievajú k rozvoju jednotlivých komponentov metabolického syndrómu, akcelerácii aterosklerózy a ďalším ich komplikáciám. Na rozdiel od schizofrénie a jej príbuzných porúch, kde sa na predčasnej úmrtnosti chorých

z dôvodov metabolických a kardiovaskulárnych dôsledkov podieľa vo väčšej miere farmakoterapia, v prípade depresie ide pravdepodobne v najväčšej miere o vzájomnú, najmä biologicky podmienenú, súvislosť medzi ochoreniami ako takými. Dnes vieme, že depresívna porucha, najmä ak vznikne vo vyššom veku, predstavuje tiež rizikový faktor rozvoja vaskulárnej, ale aj neurodegeneratívnej demencie (Alzheimerovej choroby).

Toto všetko sú dôvody, pre ktoré je enormne dôležité včas depresiu diagnostikovať a včas a správne ju liečiť. Ak sa komplexnou liečbou podarí naplniť všetky terapeutické ciele (teda dosiahnuť kompletnú remisiu epizódy, navrátiť pacientovi jeho plnú funkčnosť, zabrániť relapsu, rekurencii a chronifikácii depresie), je prognóza v zásade priaznivá (zvlášť v porovnaní s inými závažnými duševnými poruchami, ako je schizofrénia, schizoafektívna porucha a bipolárna afektívna porucha).

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

Depresia má u istej časti pacientov (približne 13 %) tendenciu k chronifikácii. V prípade depresívnej epizódy (F32) sa zvyčajne rieši len dočasná pracovná neschopnosť, ale u pacientov s pretrvávajúcimi reziduálnymi príznakmi ide podľa zákona o sociálnom poistení č. 461/2003 Z .z. je v prílohe č. 4 v kapitole V Duševné poruchy a poruchy správania uvedená miera poklesu zárobkovej činnosti v prípade stredne ťažkej formy depresie o 35 - 45 %, pri ťažkej forme depresie o 50 - 80 %. Zároveň sa ako všeobecné pravidlo pre posúdenie miery poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť uvádza, že je potrebné zohľadniť vývoj osobnosti v emocionálnej oblasti, schopnosti adaptácie chorého, vplyvy prostredia a možnosti pracovného a sociálneho zaradenia.

Forenzné posúdenie stavu je individuálne a patrí do kompetencie forenzného psychiatra – psychiatra zapísaného do zoznamu znalcov Ministerstva spravodlivosti SR.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Starostlivosť o pacientov s depresívnou epizódou je v zásade poskytovaná ambulantnou formou, ústavnou formou a v denných psychiatrických stacionároch.

Poskytovatelia ústavnej starostlivosti - psychiatrické kliniky, oddelenia, gerontopsychiatrické oddelenia, psychiatrické nemocnice, liečebne s materiálno-technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy – diagnostika a komplexná liečba, farmakoterapia, ostatná biologická liečba, psychoterapia, psychosociálna rehabilitácia, v spolupráci s inými špecialistami aj starostlivosť o pridružené somatické komplikácie.

Poskytovatelia ambulantnej starostlivosti – psychiatrické ambulancie s materiálno - technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy – diagnostika a komplexná liečba, najmä farmakoterapia a psychoterapia.

Ambulancie všeobecných lekárov – ideálne 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 ľahkej depresívnej epizódy F32.0 podľa kritérií uvedených v Tabuľke č. 3) možná liečba a celkový manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom. Liečbou prvej voľby v prípade ľahkej depresívnej epizódy je psychoterapia, vykonávaná certifikovaným psychoterapeutom, na ktorú všeobecný lekár pacienta odporúča. Samostatne môže zahájiť farmakoterapiu antidepresívami, ktoré nemajú preskripčné obmedzenia. Ich zoznam vid' v prílohe.

Denný psychiatrický stacionár – udržiavacia resp. profylaktická komplexná liečba najmä farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia, psychosociálna rehabilitácia a resocializácia.

Najmä v stacionároch, ale aj v ústavných a v ambulantných zariadeniach sa starostlivosti významným spôsobom zúčastňuje aj **klinický psychológ, sociálny pracovník, prípadne špeciálny pedagóg.**

Komunitná starostlivosť predstavuje ideálny spôsob starostlivosti o pacientov s depresiou, s možnosťou zachovať kontinuum starostlivosti vo všetkých fázach liečby aj pri všetkých stupňoch závažnosti depresie, výrazne redukovať potrebu aj dĺžku hospitalizácie, zlepšiť kvalitu života pacientov a rovnako aj prognózu ochorenia.

Ďalšie odporúčania

Depresívna epizóda je jednou z najčastejších diagnóz v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti, ale je častá aj v starostlivosti praktických lekárov. Prvotnú diagnostiku a liečbu nekomplikovanej depresie ľahších stupňov zabezpečujú v mnohých krajinách všeobecní lekári (až 90 % pacientov), 10 % liečia psychiatri a cca 1 % pacientov je hospitalizovaných. V Slovenskej republike je to v podstate naopak, všeobecní lekári liečia menej ako 10 % pacientov. Závažným problémom stále zostáva (nielen u nás) relatívne časté nerozpoznanie, resp. neskorá diagnostika, a preto aj neskorá liečba depresie. Pri depresii je zvlášť dôležité vytvorenie dobrého a bezpečného terapeutického vzťahu medzi lekárom a pacientom, najmä vzhľadom na to, že porucha je často podmienená, modifikovaná či udržiavaná rôznymi stresormi v živote pacienta. Podporná psychoterapia je nevyhnutná, pretože pacienti mnohokrát riešia v prvom rade svoje vzťahové, pracovné či sociálne problémy.

Vzhľadom na rozsah problému, častosť výskytu depresie, suicidálne riziko a závažnosť dopadu depresie na kvalitu života, funkčnosť pacienta, či potenciálne dôsledky na somatickom zdraví, je mimoriadne dôležité zapojiť do starostlivosti o týchto pacientov vo vyššej miere všeobecných lekárov. Je však potrebné systematicky ich edukovať v problematike depresie a suicidality.

Ako bolo spomenuté vyššie, ideálny spôsob starostlivosti o pacientov s depresiou predstavuje **komunitná starostlivosť** s možnosťou zachovať kontinuum starostlivosti vo všetkých fázach liečby aj pri všetkých stupňoch závažnosti depresie, výrazne redukovať potrebu aj dĺžku hospitalizácie, zlepšiť kvalitu života pacientov a rovnako aj prognózu ochorenia.

Vydanie vodičského preukazu a povolenie nosiť zbraň u osôb s depresiou sa riadi príslušnými zákonnými normami na základe doporučení ošetrojúceho psychiatra.

Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Liečbu depresívnej epizódy (nekomplikovanej a ľahkého stupňa) môže začať **lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo**, pričom je v jeho kompetencii zhodnotiť závažnosť poruchy a suicidálne riziko a rozhodnúť o poukázaní k psychiatrovi.

Lekár **psychiater** zabezpečuje biologickú aj nebiologickú liečbu, najmä psychofarmakologickú a psychoterapeutickú liečbu.

Psychológ a klinický psychológ zabezpečujú psychoterapiu.

Špecifickú psychoterapiu v rámci liečby depresívnej epizódy vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanou odbornou organizáciou v

zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Alternatívne odporúčania

Pre alternatívne postupy v liečbe depresie (napr. rozličné rastlinné liečivá, telesné cvičenie) nie je dostatok EBM dát.

Integrálnou súčasťou komplexného bio-psycho-sociálneho prístupu k liečbe depresie sú (ako doplnok k farmakoterapii a psychoterapii) psychosociálne intervencie najmä v oblasti psychosociálnej rehabilitácie.

Špeciálny doplnok štandardu

Informovaný súhlas a postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti bez súhlasu a návrh prekladového listu medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou.

Informovaný súhlas pri diagnostike a liečbe depresívnej epizódy:

Každý zdravotnícky pracovník je povinný poučiť pacienta pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytovanej zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Túto povinnosť upravuje zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z. z.“). Pri liečbe pacienta s depresiou sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk). Ak je pacient s depresiou obmedzený v spôsobilosti

na právne úkony, informovaný súhlas podpisuje jeho súdom určený zákonný zástupca.

Pri liečbe depresívnej epizódy, najmä pri naliehavom pretrvávajúcom suicidálnom riziku bez dostatočného kritického náhľadu, po aktuálnom suicidálnom pokuse, v prípadoch ťažkej depresie s psychotickými príznakmi sa môže vyskytnúť situácia, kedy sa takýto informovaný súhlas nevyžaduje. Súhlas pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nevyžaduje v prípadoch stanovených v § 6 ods. 9 zákona č. 576/2004 Z. z., čiže v prípade depresie ak ide o osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu (§ 6 ods. 9 písm. d) zákona č. 576/2004 Z. z.)

Postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 6 ods. 9 písm. d) zákona č. 576/2004 Z. z.

Podľa § 253 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilného mimosporového poriadku zdravotnícke zariadenie, v ktorom je osoba umiestnená z dôvodov uvedených v osobitnom predpise, je povinné oznámiť súdu do 24 hodín prevzatie umiestneného bez jeho informovaného súhlasu. Oznamovaciu povinnosť má zdravotnícke zariadenie aj vtedy, ak umiestnený svoj informovaný súhlas odvolá, a to do 24 hodín od odvolania informovaného súhlasu. Ak je umiestnený, ktorý bol prijatý do zdravotníckeho zariadenia s informovaným súhlasom, obmedzený vo voľnom pohybe alebo styku s vonkajším svetom, je toto zdravotnícke zariadenie povinné urobiť oznámenie podľa odseku 1 do 24 hodín od takého obmedzenia.

Návrh prekladového listu medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou

Prekladový list medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou by mal obsahovať informácie o zdravotnom stave v rozsahu:

1. dôvod hospitalizácie
2. popis klinického stavu pri prijatí
3. diagnostické intervencie
4. terapeutické intervencie vrátane nefarmakologických
5. popis klinického stavu pri prepustení
6. diagnostický záver s upresnením závažnosti depresívnej epizódy (ľahká s/bez somatického syndrómu, stredne ťažká s/bez somatického syndrómu, ťažká bez psychotických príznakov, ťažká s psychotickými príznakmi zodpovedajúcimi/nezodpovedajúcimi nálade)
7. odporúčenie diagnostických a terapeutických postupov po prepustení.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov, audit v prípade vydania 11. Revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb, resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro, ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike.

Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1.revízii.

Literatúra

1. ALONSO, J., LÉPINE, J.P. and ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee 2007: Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). The Journal of Clinical Psychiatry, p.3-9, vol. 68, Suppl. 2
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-V), 5th ed. Washington: American Psychiatric Press, 2013. 991 s.
3. BAREŠ M., NOVÁK T.: Depresivní porucha, In: Postupy v léčbě psychických poruch, Academia Medica Pragensis, Praha 2008, ISBN 80-86694-07-0
4. BAUER, M., PFENNIG, A., SEVERUS, S., WHYBROW, P.C., ANGST, J., MÖLLER, H.J.: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1: Update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. The World Journal of Biological Psychiatry, 2013; 14: 334-385
5. BAUER, M., SEVERUS, E., KÖHLER, S., WHYBROW, P.C., ANGST, J., MÖLLER, H.J.: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 2: Maintenance treatment of Major Depressive Disorder – Update 2015. The World Journal of Biological Psychiatry, 2015; 16: 76-95
6. BECK, A.T., STEER, R.A., BROWN, G.K. (1996) Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, Psychological Corporation.
7. BUSCH, F.N., RUDDEN, M., SHAPIRO, T. 2006. Psychodynamická terapia depresie. Vydavateľstvo F, Pro mente sana, s.r.o. Trenčín, 2006, 13-14, 185-199s. ISBN 80-88952-32-8
8. CIPRIANI, A., FURUKAWA, T.A., SALANTI, G., CHAIMANI, A., ATKINSON, L.Z., OGAWA, Y., LEUCHT, S., RUHE, H.G., TURNER, E.H., HIGGINS, J.P.T., EGGER, M., TAKESHIMA, N.,

- HAYASAKA, Y., IMAI, H., SHINOHARA, K., TAJIKA, A., IOANNIDIS, J.P.A., GEDDES, J.R.: Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2018; 391: 1357-66
9. DUŠEK, K., PROCHÁZKOVÁ, VEČEROVÁ, A. 2015. Diagnostika a terapie duševních poruch. GRADA, 2015, 353-368s. ISBN 987-80-247-9855-4
 10. GABBARD, G.O. 2005. Dlhodobá psychodynamická psychoterapia. Vydavateľstvo F, Trenčín, 2005, 49-55s ISBN 80-88952-29-8
 11. GBD 2017 DALYS AND HALE COLLABORATORS 2018 Global, Regional, and National Disability-Adjusted Life-Years (DALYs) for 359 Diseases and Injuries and Healthy Life Expectancy (HALE) for 195 Countries and Territories, 1990-2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* (London, England) 392(10159): 1859–1922.
 12. HERETIK, A. a kol. 2003 EPID - epidemiológia depresie na Slovensku, Psychoprof, Nové Zámky, 200s. ISBN: 80-968798-3-9
 13. HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J.: Psychiatrie a pedopsychiatrie. Univerzita Karlova v Praze, 2015, 648 s., ISBN 978-80-24629-98-8
 14. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J.: Psychiatrie. Druhé, doplněné a opravené vydání. TIGIS, 2004, 883s.
 15. KESSLER, R.C., BERGLUND, P., DEMLER, O., JIN, R., KORETZ, D., MERIKANGAS, K.R. a kol. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS- R). *JAMA* 2003; 289; 3095-3105
 16. KOŘÍNKOVÁ, V. a kol.: Štandardný diagnostický a terapeutický postup, 49. metodický list racionálnej farmakoterapie: Racionálna liečba depresie, Zdravotnícke vydavateľstvo Herba, s.r.o., Ročník 14, Júl 2011, Číslo 1-2.
 17. KROENKE, K., SPITZER, R.L.: PHQ9 - Patient Health Questionnaire 9. *J of Clinical Practice* 2001; 7, 1
 18. KRYL, M. 2007. Psychoterapie deprese. *Psychiatrie pro praxi*. 2007, roč. 1, 42-43s
 19. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J. 1999. Kognitivně behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe. TRITON, 1999, 214-222 s. ISBN 80-7254-038-6
 20. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Depression. The NICE Guideline on the Treatment and Management of Depression in Adults. National Clinical Practice Guideline Number 90. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2010, UPDATED EDITION, last updated in September 2019. ISBN: 978-1-904671-85-5. <http://www.nice.org.uk/guidance/CG90>
 21. PEČEŇÁK, J., KOŘÍNKOVÁ, V., KRÁLOVÁ, M., TURČEK, M.: Antidepresíva. In: PEČEŇÁK, J.; KOŘÍNKOVÁ, V. a kol., 2016. Psychofarmakológia. Bratislava: Wolters Kluwer ISBN 978-80-8168-978-80-8168-542-2.
 22. RABOCH, J., UHLÍKOVÁ, P., HELLEROVÁ, P., ANDERS, M. a ŠUSTA, M. 2014. PSYCHIATRIE: Doporučené postupy psychiatrické péče IV. B.m.: Psychiatrická spoločnosť ČLS JEP. 208 s. ISBN 978-80-260-5792-5.

23. STAHL, S. M., 2008. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. 3rd ed, Fully and expanded. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 2008. 1117 s.
24. TAYLOR, D.M., BARNES, T.R.E., YOUNG, A.H., editors. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 13th edition. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc; 2018, 854 s. ISBN 9781119442608.
25. WEISSMAN, M.M., MARKOVITZ, J.C., KLERMAN, G.L. 2010. Interpersonálna psychoterapia. Vydavateľstvo F, Pro mente sana, s.r.o. Trenčín, 2010, 155-184 s. ISBN 978-80-88952-63-3
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Codification of Diseases, 10th edition (ICD 10). 1992. Medzinárodná klasifikácia chorôb – 10. revízia. 1992. BRATISLAVA: OBZOR, 1992. 171 s.
27. WORLD HEALTH ORGANISATION. 2016. Preventing Depression In the WHO European Region. Geneva: World Health Organisation. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>
28. WRIGHT, J.W., BASCO, M.R., THASE, M.E. 2008. Učenie sa kognitívno-behaviorálnej terapie. F, Pro mente sana, s.r.o., Trenčín, 2008, 139-150, 245-252 s. ISBN 978-80-88952-53-4
29. Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008
30. Zákon č. 161/2015 Z. z. Civilný mimosporový poriadok
31. Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov
32. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

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 1. mája 2020.

Peter Pellegrini, v. r.
predseda vlády
poverený riadením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky