



Názov:

**Štandardný preventívny postup pre
komplexný manažment detského,
adolescentného a dospelého pacienta
s depresívnou poruchou a periodickou
depresívnou poruchou (F32, F33)
v klinickej psychológii**

Autori:

doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.

Mgr. Silvia Aziriová, PhD.

prof. MUDr. Praško Jan, CSc.

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:

Štandardný preventívny postup pre komplexný manažment detského, adolescentného a dospelého pacienta s depresívnou poruchou a periodickou depresívnou poruchou (F32, F33) v klinickej psychológii

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

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.; Mgr. Silvia Aziriová, PhD.; prof. MUDr. Praško Jan, CSc.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných postupov pre výkon prevencie a odporúčaných postupov pre výkon prevencie MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre PpVP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; 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 PpVP: Rastislav Bilík, MSc.; Mgr. Milada Eštoková, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; PhDr. Zuzana Gavalierová, MPH; MUDr. Darina Haščíková, MPH; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; Mgr. Eva Klimová; PhDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD., MPH; PhDr. Mária Lévyová; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; MUDr. František Podivinský, PhD.; Mgr. Iveta Nagyová Rajničová, PhD.; MUDr. Eva Sabolová; Mgr. Henrieta Savinová; Mgr. Robert Ševčík; MUDr. Adriana Šimková, PhD.; Mgr. Gabriela Švecová Cveková; MUDr. Valéria Vasiľová; Mgr. Hana Wijntjes; doc. MUDr. Viliam Žilínek, CSc.

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek, MBA; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Gabriela Tamášová; Mgr. Michaela Čavojská; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Michal Kratochvíla, PhD.; Ing. Martin Malina; PhDr. Dominik Procházka

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: “Tvorba nových a inovovaných postupov pre výkon prevencie a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041R239)

Kľúčové slová

depresia, prevencia, antidepressíva, MBSR, MBCT, KBT

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

BDI-II	Beckova sebaopisová škála depresie
CNS	centrálny nervový systém
EBM	Evidence based medicine (medicína založená na dôkazoch)
HAMD	Hamiltonova škála depresie
HPA	os hypotalamus-hypofýza-nadobličky
KBT	Kognitívno-behaviorálna psychoterapia
MBCT	Mindfulness-based cognitive therapy (Na všímavosti založená kognitívna terapia)
MBSR	Mindfulness-based stress reduction (Na všímavosti založené znižovanie stresu)
MCI	Mierna kognitívna porucha
MDRS	Mongomeryho a Asbergovej objektívna škála depresie
NICE	štandardný postup National Health services
PHQ-9	Patient health questionnaire (dotazník pacientovho zdravia)
PTSP	posttraumatická stresová porucha
WHO	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.

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

Poradenský psychológ – prvotné posúdenie, prevencia.

Sestra so špecializáciou – podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

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.

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.

Logopéd – prvotné posúdenie, prevencia. 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, komunitná sociálna starostlivosť, sociálno-právna podpora.

Úvod

Depresia patrí medzi najčastejšie psychické ochorenia, WHO ju zaraďuje medzi jednu z popredných príčin pracovnej neschopnosti (Kališová a Roth, 2020). Má rôznu mieru závažnosti s tendenciou sa počas života opakovane vracieť. Preto je nevyhnutné venovať pozornosť možnostiam prevencie, či už primárnej alebo sekundárnej.

Prevencia depresie by sa preto mala zameriavať primárne na preventívne podchytenie rizikových skupín už počas detského a adolescentného veku a sekundárne u ľudí, ktorí prekonalí prvú epizódu depresie pomocou psychofarmakologického a súčasne aj psychoterapeutického ovplyvnenia pomocou postupov EBM. Okrem týchto sekundárne preventívnych postupov sú počas remisie vhodné programy zamerané na nácvik všímvosti – mindfulness. Na ich základe boli vytvorené programy na redukciu stresu (MBSR) (Kabat-Zinn, 2016), ako aj postupy špeciálne zamerané na sekundárnu prevenciu depresie (MBCT) (Segal, Williams, Teasdale, 2002). Dôležitú úlohu v prevencii depresívnych porúch majú aj zmeny životného štýlu, redukcia hmotnosti, zaradenie pravidelného kardia ako aj silového tréningu, zdravé stravovanie, či spánková hygiena (RANCZP 2015).

Epidemiológia

Depresia patrí medzi psychické poruchy s najvyššou prevalenciou, ktorá postihuje v priemere 25 % žien a 12 % mužov aspoň jednou depresívnou epizódou v priebehu života. (Haller et al., 2019). Pacienti so somatickým ochorením majú dvojnásobne vyššie riziko vzniku

depresie a samotná depresia je rizikovým faktorom niektorých somatických ochorení ako sú kardiovaskulárne ochorenia, skorší nástup a prevalenciu demencie (Kališová a Roth, 2020; Kelsing, 2012; Baune, Tully, 2016).

Najhorším dôsledkom depresie je suicidálne správanie, ktoré sa vyskytuje u 20 % osôb s depresiou, pričom u žien je viac suicidálnych pokusov u mužov je viac dokonaných suicídií (Kališová a Roth, 2020).

Medzi najčastejšie rizikové faktory, ktoré robia jedincov zraniteľnými pre vznik depresie a jej opakovanému relapsu sú na jednej strane biologické faktory (genetika, špecifická neurobiológia, schopnosť regulovať emócie), a na druhej strane životná história s rannými traumami, naučenými dysfunkčnými kognitívnymi štýlmi, interpersonálnymi problémami (nedostatok zručností pre efektívne fungovanie v medziľudských vzťahoch), životnými udalosťami a socioekonomickým statusom (Gotlib et al., 2009).

Patofyziológia

Etiopatogenéza depresie je multifaktoriálne podmienená. Úlohu pri vzniku môžu zohrávať genetické faktory, hormonálne zmeny, imunita – zápal, chronobiológia – narušenie cirkadiánnych rytmov, stres – závažné životné udalosti, ranné traumy – komplexne traumatizovaní jedinci, psychologické faktory – interpersonálne aspekty, naučená bezmocnosť, negatívne kognitívne schémy (Kališová a Roth, 2020).

Genetika – predispozíciu k depresii majú jedinci, ktorí majú zníženú schopnosť zvládať záťaž a neadekvátne reagujú na stres. Boli objavené polymorfizmy génov pre serotonínový prenášač aj gén pre neurotrofne faktory (napr. pre BDNF). Konkordácia monozygotných dvojčiat je až 60 %, dvojvaječných dvojčiat 15 – 20 % a u príbuzných prvého rádu 12 % pravdepodobnosť vzniku depresie (Kališová a Roth, 2020).

Hormonálne zmeny – u pacientov s depresiou sa opakovane preukázalo narušenie osi hypotalamus-hypofýza-nadobličky (HPA). U depresívnych jedincov sa objavuje hyperkortizolémia, ktorá môže spôsobovať viacero procesov uvedených v cytokínovej hypotéze depresie, ich zvýšenie negatívne ovplyvňuje činnosť CNS, negatívne ovplyvňuje os HPA (Kališová a Roth, 2020).

Úloha zápalu – Leonard (2000) prišiel s hypotézou ovplyvnenia imunitného systému počas depresie. Počas stresu a následne počas depresie dochádza k hyperaktivite kortikoidných receptorov ako v hipokampe, tak aj v imunitných bunkách, čo má za následok aktiváciu imunitných procesov s následnou hypersekréciou prozápalových cytokínov. Aktivácia zápalových procesov ovplyvňuje glutamátergický systém, čo vedie k zníženej odolnosti voči stresu a strate gliových buniek. Samotné cytokíny navyše ovplyvňujú premenu tryptofánu na serotonín, čo vedie k jeho zníženým hladinám v CNS. Tento mechanizmus môže objašňovať zvýšený výskyt depresie pri somatických ochoreniach (Kališová a Roth, 2020).

Chronobiológia – poruchy nálady sú viazané na cirkadiánne a sezónne vplyvy, predpokladá sa dysregulácia funkcie oscilátorov pre spánok a bdenie (Kališová a Roth, 2020).

Neuroanatómia – pri depresii dochádza k zmenám vo viacerých oblastiach mozgu, najmä tých, ktoré ovplyvňujú emócie – limbický systém a kognitívne procesy. Zobrazovacími metódami sú najčastejšie pozorované zmeny v prefrontálnom kortexe (hypofrontalita – znížený metabolizmus v anterolaterálnom kortexe), bazálnych gangliách, amygdale a hipokampe, v thalame (Kališová a Roth, 2020).

Neurochemické zmeny – dochádza k narušeniu synaptických prenosov signálov v mozgu, pričom k narušeniu dochádza na neuromediátorovej, receptorovej a postreceptorovej úrovni. Predpokladá sa chýbanie monoamínov – katecholamínov na synapsách. Na začiatku sa zvažoval nedostatok noradrenalínu (70. roky) neskôr serotonínu (80. roky). Monoaminergné systémy sa nachádzajú v mozgovom kmeni a projikujú sa do celého CNS vrátane limbického systému. Mediátorové systémy nefungujú oddelene, navzájom sa ovplyvňujú. Nemusí teda ísť len o depléciu katecholamínov. Pri dlhodobom strese dochádza k vylučovaniu kortikoidov, ktoré spôsobujú atrofiu vulnerabilných neurónov v hipokampe. Nové typy antidepressív ovplyvňujú mediátorové systémy nepriamo (ovplyvňujú dopamín, systém druhých poslov, intracelulárne prevodné systémy, endorfíny), čím ovplyvňujú dysreguláciu noradrenergného a serotonergného systému a môžu mať neuroplastický efekt (Kališová a Roth, 2020).

Psychologické faktory – traumatizácia počas detstva, schopnosť fungovať v interpersonálnych vzťahoch, naučená bezmocnosť a negatívny kognitívny štýl úzko súvisia s výskytom depresie. Jedinci sú vulnerabilní, horšie zvládajú stres, majú narušenú reguláciu emócií. V dôsledku dlhodobej traumatizácie v rannom období sa môže vyvinúť komplexná PTSP, ktorá môže vyústiť do depresie. Terapeutické ovplyvnenie spracovania traumy, práca s negatívnymi kognitívnymi schémami, zlepšenie interpersonálnych zručností majú významný vplyv na udržaní remisie depresie (Gotlib et al., 2009).

Psychosociálne faktory ako nízky socioekonomický status, nezamestnanosť, závažné životné udalosti bývajú často spájané s výskytom depresie (Kališová a Roth, 2020).

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 depresiú vyvoláva nevyriešený smútok, zmena životných rolí a následné interpersonálne deficity (Heretik a kol., 2007). Smútenie ako aj zmena životných rolí sa radia medzi životné udalosti, ktoré vedú k zvýšenej intenzite prežívaného stresu (Rahe a Holmes, 1967). Podľa viacerých výskumov, epizódam veľkej depresie predchádza v období 6 – 12 mesiacov prežitie týchto závažných životných udalostí, ktoré majú

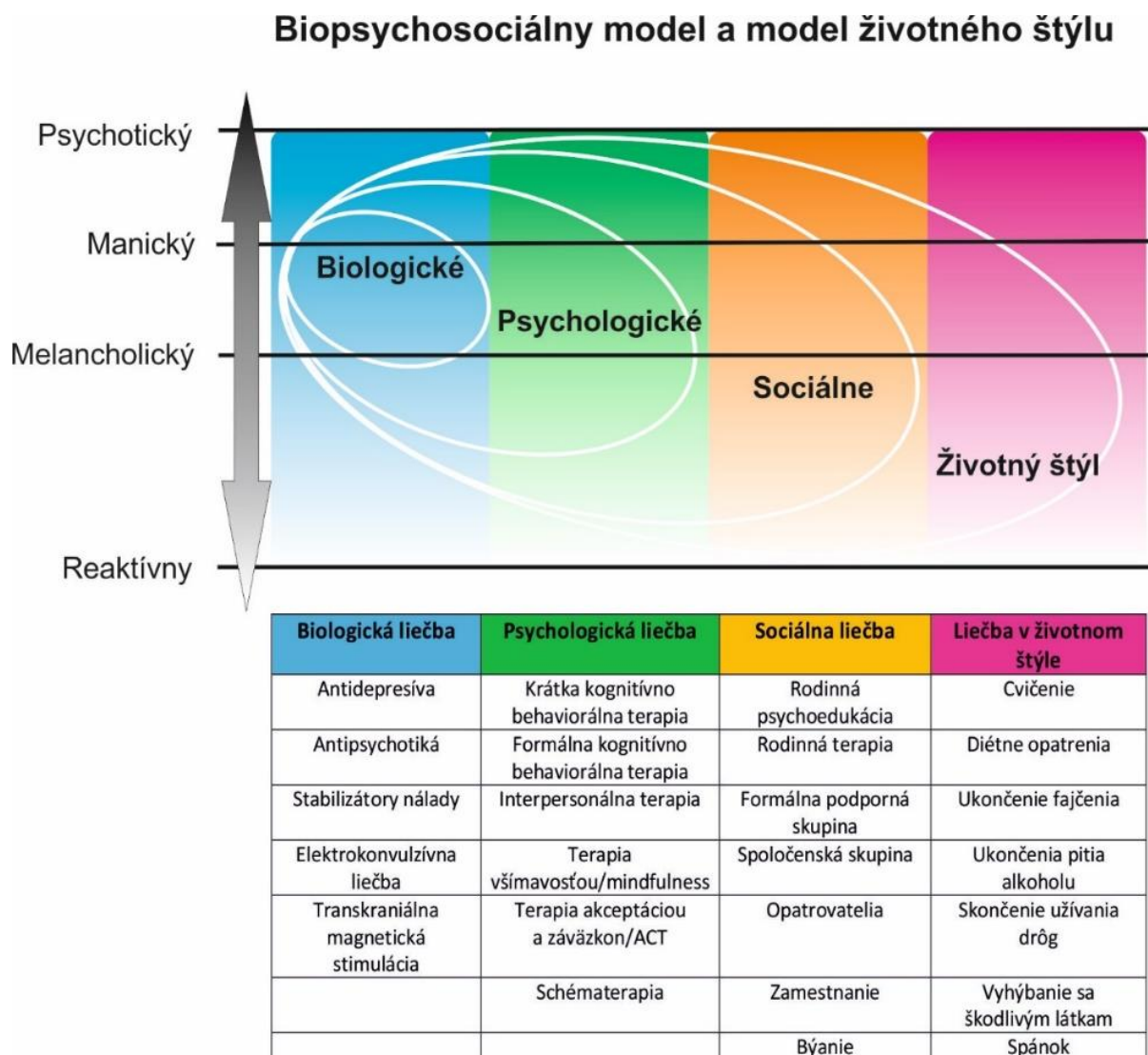
tendenciu vyvolať chronický psychosociálny stres (Penner-Goeke a Binder, 2019; Hammen 2005).

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 nevylučujú, 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 kontrolnou skupinou. Tieto nálezy sú zhodné s metaanalýzou Kemp et 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. Mešťaniková (2017) zistila u adolescentov so stredne ťažkou a ťažkou depresiou zníženú kardiálnu parasympatickú reguláciu a zníženú sympatickú 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 si vyžadujú viaceré liečebné postupy. Je zobrazený na Obrázku č. 1.

Obrázok č. 1 Biopsychosociálny model a model životného štýlu



Tento model je významný pre prevenciu hlavne v tom, že zdôrazňuje okrem psychologických aj sociálne faktory, ktoré môžu významne vplývať na prevenciu tohto ochorenia a zdôrazňujú význam zdravého životného štýlu.

Klasifikácia

Depresia sa podľa závažnosti rozlišuje na ľahkú, stredne ťažkú a ťažkú formu a depresiu so psychotickými príznakmi. Podľa príčiny na primárnu psychiatrickú, sekundárnu, komorbídnu a farmakogénnu. Podľa dominancie klinických príznakov na inhibovanú, agitovanú, larvovanú, s dominantným kognitívnym postihnutím (pseudodemencia). Podľa fázy na unipolárnu (epizóda depresie), rekurentnú (opakovaná depresívna epizóda), bipolárnu (depresívna epizóda po manickej epizóde) a perzistujúcu (pretrvávajúca porucha nálady) (Kališová a Roth, 2020).

Diagnostika/Určenie rizikových faktorov

Prítomnosť depresie sa hodnotí na základe klinického pozorovania a rozhovoru s pacientom. Vítaná je aj heteroanamnéza. Výkyvy nálad sú u zdravej populácie časté, o depresii možno uvažovať, ak nálada pretrváva aspoň 14 dní a je neodkloniteľná. Dôležité je odlíšiť pokles nálady pri smútení. Niekedy depresívna nálada môže byť prítomná aj v rámci psychózy. Pacienti s emočne nestabilnou poruchou osobnosti, ktorí môžu vykazovať známky depresie, majú automutilačné tendencie, sú sociálne stiahnutí, majú pocity prázdnoty a anhedónie (Kališová a Roth, 2020).

Na objektívne posúdenie rizika prepuknutia depresie je vhodné uskutočniť komplexné psychologické vyšetrenie zamerané na všetky rizikové faktory, ktoré k depresii môžu viesť, alebo sa môžu podieľať na jej znovuobjavení. Orientačné posúdenie poskytuje dotazník PHQ-9 (Kroenke, Spitze, Williams, 2001), ktorý uvádzame v doplnku tohto štandardu alebo škála BDI a BDI-II (Beckova sebaopisovacia škála depresie). Klinicky sa používa posudzovacia škála MADRS (Montgomeryho a Asbergovej) alebo HAMD (Hamiltonova škála depresie). V prípade potreby sú vhodné ďalšie klinicko-psychologické metódy (MMPI-II, Rorschach) (Kališová a Roth, 2020).

K psychiatrovi je potrebné odoslať pacienta ak:

- depresia je ťažká a má komplikovaný klinický obraz,
- sú prítomné samovražedné tendencie a myšlienky, pokus,
- prítomná vysoká miera úzkosti a je agitovaný,
- prítomné psychotické príznaky,
- pacient je mutistický, neprijíma potravu a vodu, je prítomný stupor,
- v minulosti vykazoval neznášanlivosť antidepresív,
- lekár si nie je istý, či ide o depresiu alebo iný psychiatrický syndróm.

Prevenca

Preventívne postupy je potrebné uplatniť jednak v rizikovej populácii, ktorá má vysokú pravdepodobnosť rozvoja depresívnej poruchy (chudoba, diskriminácia, sociálne vylúčenie, zneužívanie psychoaktívnych látok, depresívna porucha v rodine, zneužívanie a zanedbávanie v detstve, nepriaznivé životné udalosti a chronické ochorenia (WHO, 2016), a jednak u populácie, ktorá už jednu epizódu depresie mala. Preventívna činnosť by sa teda mala zamerať primárne na ohrozenú populáciu a sekundárne na pacientov s depresiou v remisii.

Primárna prevencia

V rámci prevencie depresie v Slovenskej republike je potrebné implementovať odporúčania stratégie Prevencia depresie v európskom regióne Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO, 2016), ktoré prinášame v skrátenom znení v nasledujúcej časti.

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, cielené 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 cieľi 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 s psychickými poruchami, vojnoví veteráni po misiách, nemocniční pacienti a pod.).
- 3) Indikovanú prevenciu, ktorá sa zameriava na jednotlivcov so symptómami depresie subklinickej úrovne (napr. pacienti všeobecného lekára, ktorí vykazujú subklinické depresívne symptómy, matky po pôrode, ktoré vykazujú iníciaľne 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 možno poskytovať individuálnou alebo skupinovú formou prispôbenu cieľovej populácii ako je trieda žiakov, tím zamestnancov a pod. Typický 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) uzatvára, že implementáciou preventívnych programov možno znížiť výskyt depresie o 15 – 35 %.

V prevencii depresie má významnú úlohu aktivita. Lesnewich et al. (2019) udáva, že kardio cvičenie má výrazný vplyv na redukciu stresu, zvýšenie fyziologickej rezervy, priaznivo ovplyvňuje úroveň HRV a u trénovaných zvyšuje toleranciu voči záťaži, preto pôsobí preventívne nielen pri depresii, ale aj pri kardiovaskulárných ochoreniach.

Choi a Smoller (2020) uvádzajú adolescenciu ako zraniteľné obdobie pre vznik depresie. Rozvojom spoločnosti, novými technológiami sa zredukovali fyzické aktivity aj u mládeže. V priemere mládež presedí počas dňa viac ako 7 – 8 hod., pričom naprieč vekovým obdobiam od 12 – 14 – 16 rokov sa zvyšuje v priemere o 60 – 90 minút, čo zvyšuje úroveň depresie o 8 – 11 %. Preto fyzická aktivita najmä u mládeže zohráva dôležitú úlohu v prevencii. Výsledky výskumov však nie sú jasné čo sa týka typu, frekvencie a intenzity fyzickej aktivity. Športové aktivity, veľmi intenzívne alebo náročné pohybové aktivity pritom nie sú atraktívne pre všetkých. Ukazuje sa, že efekt majú aj menej intenzívne aktivity ako chôdza, alebo aspoň státie, či strečing. Zvýšenie fyzickej aktivity ľahšej intenzity aspoň na 60 minút denne výrazne redukuje mieru depresie u 18 ročných. WHO odporúča, aby sa mládež venovala stredne intenzívnej fyzickej aktivite aspoň 60 minút denne. Stále však účinok fyzickej aktivity na duševné zdravie vnímame skôr intuitívne. Preto je dôležité, aby sa ďalšími výskumami potvrdil efekt aspoň miernych typov aktivít, akými je napríklad chôdza. Kandola et al. (2020) priniesli jasný dôkaz, ktorý fyzickú aktivitu považuje za primárnu a terciárnu prevenciu v oblasti duševného zdravia u adolescentov a mladých dospelých.

Preventívne pôsobia aj viaceré programy zamerané na kognitívnu reštruktúraciu negatívnych kognitívnych schém už u adolescentnej a študentskej populácii, príkladom je Apex program, ktorý vytvoril Gillham et al. (1991) (Gotlib et al., 2009).

Efektívnym sa javí aj edukovanie spoločnosti o duševnom zdraví, profylaktických aspektoch ako je zdravá životospráva, fyzický pohyb, adekvátne výživa, negatívny vplyv užívania alkoholu a fajčenia, dostatok spánku a ich celkový vplyv na zdravie ako somatické, tak aj psychické (Cao et al., 2021).

Dôležitá je aj destigmatizácia duševných porúch v spoločnosti, edukácia o hlavných prejavoch ochorení a možnostiach pomoci (Henderson, Evans-Lacko, a Thornicroft., 2013).

Ďalší výskumne overený a účinný postup je program Mindfulness-based stress reduction, využívajúci nácvik meditačných techník všímavosti – mindfulness, ktorý v bežnej populácii pomáha v rizikových skupinách znížiť prevalenciu prvej epizódy depresie, a má preventívny účinok tiež pred MCI (Marciniak et al., 2020). V primárnej prevencii jeho nácvik môže redukovať riziko rozvoja depresívnych symptómov do depresívnej poruchy pri somatických ochoreniach, u ktorých býva častá komorbidita s depresiou (Alsubaie et al., 2017).

Pri mindfulness postupoch sú ako kľúčové komponenty, monitorovanie pozornosti a akceptácia akéhokoľvek prežívania. Preventívne učenie sa týmto prístupom priaznivo ovplyvňuje psychické a telesné zdravie (Lindsay a Creswell, 2017). Monitorovanie pozornosti sa definuje ako kontinuálne uvedomovanie si senzorických podnetov a vnímanie zvukov z okolia, špecifických telesných pocitov, vnútorného dialógu a predstáv. Kapacita monitorovať aktuálne

skúsenosti závisí od selektívnej a exekutívnej poznostnej siete. Všímavosť si potom vyžaduje vytvorenie odstupku od prežívaného obsahu (Malinowski, 2013). Počas kurzov mindfulness sa trénuje udržiavanie pozornosti a zlepšuje sa jej schopnosť zotrvať v kontakte s prítomnosťou (Chiesa et al., 2011). Dôležitý je nácvik akceptácie, čo bráni zvýrazneniu negatívneho, ako aj pozitívneho prežívania. Akceptáciu možno definovať ako nastavenie mysle na nehodnotenie, otvorenosť, vnímavosť a vyrovnanosť k vnútorným a vonkajším skúsenostiam (Lindsay a Creswell, 2017). Obvyklou reakciou na negatívne skúsenosti a myšlienky je vyhýbanie sa im, alebo snaha ich zmeniť – častokrát neúspešne (Wenzlaff a Wegner, 2000), alebo sa na ne výlučne zamerať a ignorovať pri tom ostatné skúsenosti (Farb et al., 2010) môže zvýšiť depresívne prežívanie. Význam akceptácie a súcitu je v tom, že umožní prijímať aj negatívne myšlienky a pocity, nevyhýbať sa im, prijímať ich a nechať ich rozplynúť ako iné prichádzajúce myšlienky a pocity, ktoré sa dostanú do vedomia. Takisto sa aj pozitívne myšlienky a emócie po vstupe do vedomia iba vnímajú, všímajú a zaregistrujú a nechajú sa voľne odísť. Cvičiaci subjekt sa nesnaží ich vyvolávať alebo udržiavať. Akceptácia pri nácviku všímavosti pozostáva z nereagovania, vyrovnania, neodsudzovania, otvorenosti, neodsudzovania (Lindsay a Creswell, 2017).

MBSR program je 8 týždňový program, v ktorom sa účastníci kurzu učia meditovať pomocou všímavosti. Stretnutie býva 1,5 – 2 hod. týždenne, medzi stretnutiami účastníci pravidelne cvičia všímavosť v dĺžke 45 – 60 minút, pomocou cvičení ako je všímavé jedenie, všímavá bežná aktivita, prechádzky s otvorenou myslou a pod. Tieto postupy vedú účastníkov k vypnutiu „autopilota“ a k lepšiemu vnímaniu toho, čo sa deje „tu a teraz“. Cvičenia prehlbujú akceptáciu prítomného stavu, bez tendencie hodnotiť, so zvýšením súcitu voči sebe a okoliu. V stave bytia pri vypnutí hodnotiaceho módu sa ľahšie prijímajú negatívne telesné aj psychické pocity, človek sa stáva odolnejším (Praško et al., 2007; Santorelli et al., 2017; Kabat-Zinn 2016).

Témy sedení podľa jednotlivých týždňov ako uvádza Santorelli et al. (2017) sú:

- V prvom týždni sa cvičí všímanie dýchania, ukotvenie v dychu a neformálne sa cvičí všímavé jedenie.
- V druhom sa pokračuje telovým skenom, a neformálne sa cvičí všímavosť v bežných činnostiach, ktoré inak robia ľudia „automaticky“.
- V treťom týždni sa všímavosť zameriava na chôdzu, neformálne uvedomovanie si začiatku a konca bežných činností.
- V štvrtom týždni sa zameriava všímavosť na zvuky, neformálne sa cvičiaci všímavovo zameriavajú na prežívanie radosti.
- V piatom týždni sa zameriava všímavosť na myšlienky, neformálne sa všímavovo cvičiaci ďalej zameriavajú na prežívanie radosti.
- V šiestom týždni sa cvičí zameranie na láskavosť a súcit k sebe, neformálne sa všímavovo prežívanie stresu.
- V siedmom týždni sa zameriava všímavosť na akceptáciu formou otvorenej pozornosti, neformálne sa venuje všímavému čakaniu.
- V ôsmom týždni sa zameriava na všímavosť v komunikácii s druhými ľuďmi, neformálne sa cvičí všímavé načúvanie ostatným.

Po absolvovaní programu sa odporúča pravidelne 5x do týždňa meditovať, vhodné je po pár mesiacoch udržiavacie stretnutie.

Predpokladom je, že schopnosť preladit' sa z módu aktivity, ktorý sa spája s hodnotením, do módu bytia je dominantnou zručnosťou, ktorá má význam v redukcii depresívnych symptómov a ich väčšej tolerancii. Nácvik všímavosti je tiež dominantným prvkom aj v programe zameranom na prevenciu depresie Mindfulness-based cognitive therapy MBCT u depresívnych pacientov v remisii (Praško et al., 2007).

Sekundárna prevencia

Významnou zložkou pri ovplyvnení depresie je sekundárna prevencia poskytovaná tým pacientom, u ktorých sa depresia opakuje. Podľa ŠDTP komplexný psychologický manažment dospelého pacienta s depresívnou poruchou a periodickou recidivujúcou depresívnou poruchou (2021) je niekoľko účinných psychoterapeutických liečebných postupov pre pacientov s depresívnou poruchou rôzneho stupňa.

Depresívna porucha má však jasnú tendenciu k rekurencii, a to aj pri liečbe. Pravdepodobnosť relapsu po úspešnom ukončení 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).

Napriek značným pokrokom v liečbe depresie, či už farmakologickou liečbou alebo psychoterapiou, nie sú efekty stále dostatočné. Farmakologická liečba nesie so sebou aj riziko vedľajších účinkov, niektorí pacienti na ňu dostatočne nereagujú, iní sa dokážu zotaviť a spontánne uzdraviť bez zásahu zdravotníkov.

Tieto skutočnosti otvárajú viaceré otázky. Depresia ako ochorenie s multifaktoriálnou etiopatogenezou s výraznou heterogenitou môže rôzne odpovedať na liečbu. Klinickou otázkou v sekundárnej prevencii depresie je, ktorým pacientom indikovať takú liečbu, aby netrpeli nežiadúcimi účinkami, aké sú predpoklady pozitívnej odpovede na liečbu, u ktorých pacientov dochádza k spontánnemu uzdraveniu, a ktorí dokážu lepšie profitovať z psychoterapie? Pri aktuálnej miere poznania nie je jednoduché tieto otázky zodpovedať. Cuijpers, Stringaris a Wolpert (2020) uvádzajú, že 54 % dospelých pacientov s depresiou sa zlepšia užívaním antidepresív, pričom 35 – 40 % pacientov s depresiou sa zlepšia aj po užívaní placeba. Pri psychoterapii dochádza k zlepšeniu u pacientov s depresiou u 62 %, pri KBT o 66 %, pričom 43 % sa zlepšia aj v kontrolnej skupine. Až 53 % dospelých sa zlepšia v priebehu 12 mesiacov bez liečby. V dospelosti ľudia majú v 50 % depresívnu epizódu len raz počas života. U dospelých, ktorí podstúpili liečbu v 25 – 40 % má ďalšiu depresívnu epizódu do 2 rokov, 60 % po 5 rokoch a 85 % po 15 rokoch. U detí a adolescentov v kontrolných skupinách pri výskume psychoterapie až 33 % vykazujú zlepšenie.

Gotlib et al. (2009) považuje liečbu antidepresívami skôr za profilaktickú ako preventívnu, pretože po ich vysadení dochádza k relapsom. Na pretrvávajúcom efekte prevencie sa podstatne podieľa práve KBT. U pacientov so stredne ťažkou a ťažkou depresiou počas udržiavacej farmakologickej liečby, ktorí zároveň podstúpili aj KBT bola výrazne nižšia incidencia relapsov.

Hollon et al. (2005) porovnával účinok antidepresív s KBT v prípade prevencie relapsov. Psychoterapia formou KBT u pacientov s depresiou, ktorí dobre reagovali na takýto typ terapie, pôsobila rovnako preventívne ako udržiavanie pacientov na antidepresívnej liečbe aj 12 mesiacov po skončení terapie. Kognitívno-behaviorálna terapia sa teda ukazuje ako vhodná alternatíva pre pacientov s depresiou, ktorí sú zlepšení, chcú vysadiť medikamentóznú liečbu a dobre reagujú na KBT psychoterapiu. Preventívny účinok pretrváva aj rok po skončení terapie.

Krijnen-de Bruin et al. (2022) vo svojej metaanalýze znáhodnených kontrolovaných štúdií porovnávajúcich psychologické intervencie, ktoré mali zabrániť relapsu voči obvyklej liečbe zistili, že v priebehu 24 mesiacov tieto intervencie významne znížili riziko relapsu/rekurencie u pacientov s opakujúcou sa veľkou depresívnou poruchou (RR 0.76, 95 % CI: 0.68 – 0.86, $p < 0.001$). Účinok týchto postupov v dlhodobom sledovaní pretrvával, hoci rozdiel nebol až taký výrazný. Autori na základe týchto zistení preto odporúčajú ich používanie u pacientov s rekurentnou depresívnou poruchou.

Aké mechanizmy sa podieľajú na udržiavaní depresie?

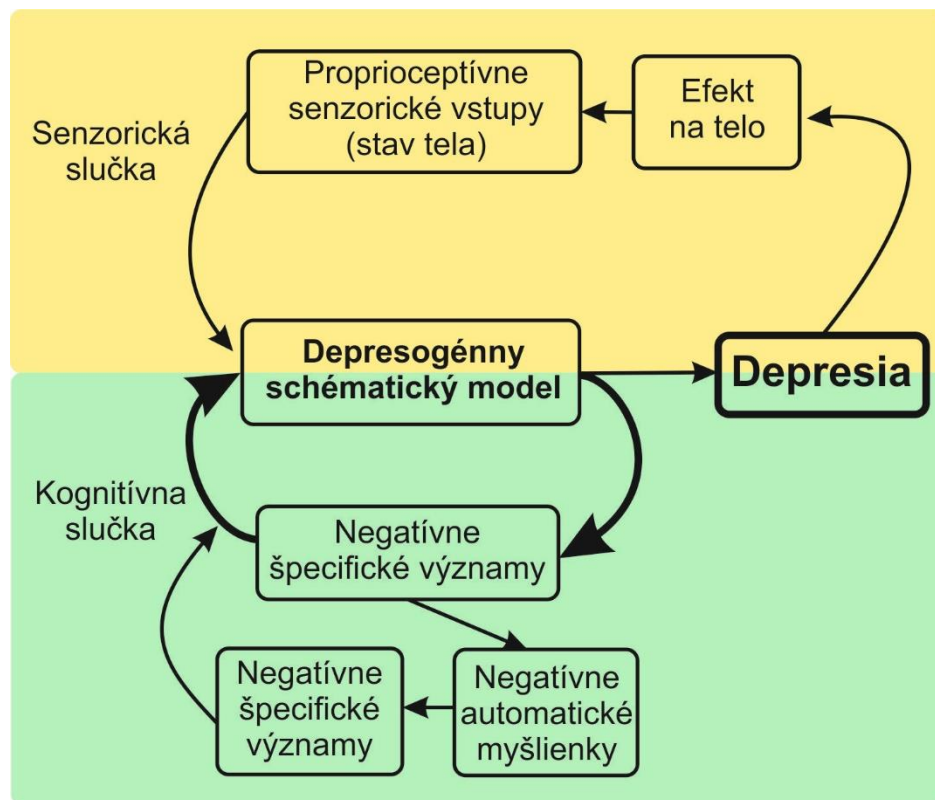
Podľa modelu od Teasdale, Segal a Williams (1995) sa emočné reakcie objavujú po aktivácii emočne-podmienенých schém, ktoré aktivujú informácie a vzorce určitých senzorických výstupov. Depresívna emočná odpoveď sa objavuje po aktivácii depresogénnych schématických modelov. Udržiavanie depresívneho stavu potom závisí od pokračovania tejto aktivácie. Toto je esenciálna dynamika, ktorá pretrváva, kým ju neukončí aktivácia alternatívnych, nedepresogénnych schématických modelov, čo spôsobí zmiernenie depresívnych prejavov.

Depresiu môže udržiavať sled závažných strát, ťažkostí, či problémov z okolia. Je však udržiavaná aj vnútornými procesmi, ktoré opätovne aktivujú depresogénne schématické modely. Výstupy generované z týchto mentálnych modelov spätnoväzobne vytvárajú schématické modely podobné tým, z ktorých vznikli pôvodne. Obrázok č. 2 ukazuje túto kognitívnu slučku, ukazujúcu ako na základe týchto modelov vznikajú negatívne špecifické významy, ako sú napr. negatívne vnímanie budúcnosti, očakávanie zlyhania, pocit osobnej neadekvátnosti, negatívne zhodnotenie medziľudských interakcií, či prepojenie s minulými zlyhaniami a ťažkosťami. Negatívne špecifické významy potom môžu podporiť vznik nových viac depresogénne nastavených modelov. Toto potom aktualizuje a udržiava depresívne prežívanie, myslenie a konanie, čo vytvára zostupujúcu depresívnu špirálu. Riziko depresívnej špirály je výrazne vyššie pri globálnom, negatívnom schématickom modeli týkajúcom sa seba a budúcnosti. Tento model sa potom aktualizuje širokým spektrom negatívnych špecifických významov a čiastočne udržiava vlastnými negatívnymi výstupmi. Negatívne depresívne

„zaseknutie“ sa v prežívaní prejavuje ako negatívne automatické myšlienky (Teasdale, Segal a Williams, 1995).

Senzorická slučka (Obrázok č. 2) ukazuje, ako sa depresívny stav udržuje aj pomocou sensorických výstupov. Depresogénne schématické modely vytvárajú depresívne emočné reakcie, ktoré zahŕňajú aj telesné pocity, ako napr. zmeny v arousale a aktivácii, zmeny v posturike, plačlivosť, smútok, zamračenú mimiku. Tieto reakcie sa dostávajú do proprioreceptívnych sensorických vstupov (telesných stavov), a spoluúčastnia sa so špecifickými negatívnymi významami, ktorými osoba hodnotí čo sa deje, na upevňovaní týchto modelov ako základného vysvetlenia toho čo sa deje. Výsledkom je vznik ďalších depresívnych odpovedí v tele. V tomto zmysle sensorická slučka v súčinnosti s kognitívnou slučkou udržiavajú depresívne prežívanie (Teasdale, Segal a Williams, 1995).

Obrázok č. 2 Model vnútorného udržiavania depresie pomocou samoudržiavacieho mechanizmu depresie. Centrálnym motorom kognície je vyznačená časť hrubými šípkami (Teasdale, Segal a Williams, 1995).



Dôležitý rozdiel medzi jednotlivcami, ktorí sa uzdravili z depresie a tými, ktorí nikdy netrpeli depresiou nie je v tom, ako rozmýšľajú o veciach, keď majú dobrú náladu, ale skôr v tom, čo im prichádza na myseľ, keď sa cítia smutní. Počas epizódy depresie mali ľudia skúsenosť tak s depresívnou náladou, ako aj s negatívnym myslením. Ak sa počas epizódy vyskytne zjavné prepojenie medzi jedným a druhým, tak v budúcnosti by mohol výskyt jedného prvku (nálada) vyvolať objavenie sa druhého (zmena vo vzorcoch myslenia). Preto na ľudí, ktorí trpeli depresiou v minulosti, aj keď sú aktuálne zdraví, by mohol mať každodenný smútok vážne dôsledky.

John Teasdale (1995) to nazval „hypotéza diferenciálnej aktivácie“. Táto hypotéza predpokladá, že smutná nálada s veľkou pravdepodobnosťou opätovne aktivuje spôsoby myslenia, ktoré sú spojené s predchádzajúcou smutnou náladou v závislosti na predchádzajúcich skúsenostiach jednotlivcov. Teasdale (1995) predpokladá, že tento prístup by nám mohol pomôcť pochopiť depresívny relaps. Väčšina ľudí je schopná ignorovať príležitostnú smutnú náladu, no v prípade osôb, ktoré predtým trpeli depresiou, aj slabé zhoršenie nálady môže vyvolať výrazné a potenciálne zničujúce zmeny vo vzorcoch myslenia.

Na základe týchto predpokladov sa ako veľmi efektívny ukazuje byť program na **mindfulness-založenej kognitívnej terapii (MBCT)**. Jedná sa o štrukturovanú, na dôkazoch založenú psychoterapiu, ktorá kombinuje prvky kognitívnej psychoterapie s mindfulness meditáciou (Kurdyak, Newman a Segal, 2014).

Program je tiež efektívny v prevencii relapsu u ľudí s rekurentnou depresiou, ktorí vykazujú reziduálne symptómy (Kuyken et al., 2016).

Štúdiá vykonaná na súbore 1 258 pacientov s priemerným vekom 47,1 (SD=11,9), z čoho 75 % bolo žien ukázala, že MBCT redukoval riziko relapsu depresie počas 60 nasledujúcich týždňov v porovnaní s pacientami, ktorí tento program neabsolvovali (hazard ratio 0,69; 95 % CI, 0,58 – 0,82). Porovnanie s aktívnou liečbou ukázalo v priebehu nasledujúcich 60 týždňov znížené riziko relapsu (hazard ratio, 0,79; 95 % CI, 0,64 – 0,97). Sociodemografické ako aj psychiatrické premenné nemali na výsledok signifikantný vplyv. Ukázalo sa však, že čím väčšia bola závažnosť symptómov depresie, tým väčší bol efekt MBCT v porovnaní s ostatnými preventívnymi postupmi (Kuyken et al., 2016).

Priaznivý účinok na prefrontálny kortex sa ukazuje už po dvoch týždňoch pravidelných mindfulness meditácií (Barnhofer et al., 2021). Pravidelným praktizovaním sa však efekt zvyšuje a pretrváva. Po 8-týždňovom programe MBSR a MBCT dochádza k zmenám amygdale, čo sa prejaví lepšou reguláciou emócií (Gotink et al., 2016).

MBCT program je skupinový a trvá 8 týždňov. Cieľom však nie je skupinová terapia, ani riešenie individuálnych problémov. Program má skôr charakter výukového kurzu, a od účastníkov sa očakáva, že budú medzi sedeniami pravidelne meditovať aspoň 5x do týždňa, ideálne však každý deň v dĺžke 45 – 60 minút. Dostávajú písomné materiály na štúdium, formuláre na zaznamenávanie domácich cvičení a audio nahrávky, ktoré ich sprevádzajú všímavostnou meditáciou (Praško, Možný a Šlepecký, 2007).

Inštruktor robí cvičenia s účastníkmi kurzu. Počas programu si účastníci musia najskôr uvedomiť rozdiel medzi bežnou, bezmyšlienkovitou činnosťou – autopilotom – a naplno uvedomovanou činnosťou. Na demonštráciu týchto rozdielov slúžia cvičenia, pri ktorých sa venujú činnosti pri plnom sústredení sa, a pozorujú a zjedlia hrozienko a potom o svojom prežívaní hovoria. Postupne sú schopní si uvedomiť svoje negatívne automatické myšlienky a emócie, ktoré s nimi súvisia a učia sa „zostať s nimi“, namiesto toho, aby pred nimi utekali alebo s nimi diskutovali. Ide o postoj prijatia a zmierenia, bez hodnotenia či je to dobré alebo zlé. Takýto postoj je pre depresívnych ľudí často zvláštny, preto sa to učia pri všímaní

si dýchania alebo telesných pocitov a zároveň si opakujú, že nech sa deje čokoľvek, je to v poriadku. Postup je náročný a vyžaduje si dlhší tréning. V poslednom sedení si okrem meditačných techník vytvárajú aj plány ako zvládnuť hroziaci relaps a ujasňujú si, ktoré meditačné techniky budú používať aj po skončení programu. Dôležité je pokračovať v pravidelných meditáciách aj po skončení programu, a tak si vytvoriť nový životný štýl (Praško, Možný a Šlepecký, 2007).

Ako by sa malo postupovať v prípade sekundárnej prevencie?

Podľa NICE štandardu liečby a prevencie depresie (2010) sa odporúča u pacientov v remisii, ktorí profitovali z liečby antidepresívami pokračovať v užívaní liekov po dobu aspoň 6 mesiacov. S pacientom je potrebné po prvej epizóde prebrať:

- Ako antidepresíva redujú riziko relapsu.
- Antidepresíva sa nespájajú s rizikom závislosti.

Prebrať s pacientom s depresiou potrebu pokračovať v liečbe antidepresívami po 6 mesiacoch ak:

- Má za sebou viacero epizód depresie.
- Sú prítomné reziduálne symptómy.
- Sú prítomné somatické ťažkosti a psychosociálne rizikové faktory.

Pre pacientov s depresiou, ktorí majú významné riziko relapsu, alebo majú v histórii rekurentnú formu depresie možnosť predísť riziku rekurencie tým, že sa pokračuje v medikácii, prípadne je nutné zvýšenie medikácie a možnosť psychologických intervencií formou Kognitívno-behaviorálne psychoterapie (KBT). Prístup k liečbe by mal zohľadňovať:

- Predošlú formu liečby, dôsledky relapsu, reziduálne symptómy, odpoveď na liečbu a vymiznutie symptómov.
- Preferenciu pacienta.

Medikácia ako prevencia relapsu

NICE (2010) odporúča, aby pacienti s rizikom relapsu depresie pokračovali v liečbe antidepresívami aspoň na dobu 2 rokov. Udržiavanie hladín medikácie na úrovni efektívnej liečby počas akútnej fázy (pokiaľ nie sú prítomné dôvody na jej redukcii, ako prítomnosť nežiadúcich účinkov) sa odporúča:

- Ak počas posledného obdobia mali dve a viac epizód depresie, počas ktorých zažili výrazne horšie fungovanie.
- Pokiaľ sú prítomné rizikové faktory pre relaps ako sú reziduálne symptómy, množstvo depresívnych epizód v minulosti, prítomnosť závažnej a prolongovanej epizódy alebo neadekvátna odpoveď na liečbu.
- Ak dôsledky relapsu majú tendenciu byť závažné ako napr. suicidálne pokusy, strata funkčnosti, závažné narušenie života, neschopnosť pracovať.

Ak sa rozhoduje v pokračovaní medikamentózne liečby po 2 rokoch, je potrebné zvážiť u pacienta s depresiou jeho vek, komorbídne poruchy a ostatné rizikové faktory.

Pacienti s depresiou na dlhodobej udržiavacej farmakologickej liečbe by mali byť častejšie sledovaní a je potrebné zvážiť:

- Komorbídne ochorenia.
- Rizikové faktory relapsu.
- Závažnosť a frekvenciu depresívnych epizód.

Pacienti s depresiou s opakovanými epizódami, ktorí mali dobrú odpoveď na liečbu antidepresívami a augmentáciou inými liekmi a dobre tolerujú vedľajšie účinky terapie, by mali túto liečbu užívať aj po remisii. Lítium by sa nemalo používať samostatne na prevenciu rekurencie.

Psychologické intervencie pre prevenciu relapsu

Podľa NICE (2010) by sa pacientom s depresiou, u ktorých je zvýšené riziko relapsu (aj u tých, u ktorých došlo k relapsu napriek liečbe antidepresívami alebo u tých, u ktorých nie je možné pokračovať s farmakoterapiou, prípadne sa rozhodnú prestať užívať lieky), alebo ak majú reziduálne symptómy, mali odporučiť nasledujúce psychologické intervencie:

- Individuálna KBT.
- MBCT – mindfulness-based cognitive therapy pre pacientov s depresiou, ktorí sa aktuálne cítia dobre, ale v minulosti mali tri a viac epizód depresie.

Psychologické intervencie v prevencii relapsu sa poskytujú nasledovne:

Všetci pacienti s depresiou, ktorí sa zúčastnia individuálnej KBT na prevenciu depresie, by mali absolvovať aspoň 16 – 20 sedení počas 3 – 4 mesiacov. Ak je na dosiahnutie remisie potrebné terapiu predĺžiť malo by sa v terapii pokračovať:

- počas prvých 2 – 3 týždňov vo frekvencii 2 sedení za týždeň,
- nasledovne poskytnúť 4 – 6 udržiavacích sedení v nasledujúcich 6 mesiacoch.

MBCT obyčajne prebieha v skupine 8 – 15 ľudí, ktorí sa s terapeutom stretávajú raz týždenne na 2 hodiny po dobu 8 týždňov, nasledovne sa stretávajú v udržiavacích 4 sedeniach v priebehu nasledujúcich 12 mesiacov.

Preventívne postupy u detí

Klinický obraz ochorenia býva u detí menej vyhranený, niektoré symptómy sú prítomné i pri iných psychických poruchách a deti nedokážu presne popísať prejavy ochorenia v kauzálnej súvislosti s jasnými príčinami, situáciami a determinantami ochorenia. Deti tiež neprichádzajú so svojimi problémami samé od seba, prichádzajú na podnet iných osôb, čo objektivizovanie problémov sťažuje.

U detí vekove mladších ako 1 rok je popisovaná tzv. anaklinická depresia. Tá sa viaže na separáciu od matky, resp. iné náhradné osoby, zabezpečujúce starostlivosť. Deti sa prejavujú pri znemožnení kontaktu s blízkou osobou plačom, následne ak volaná osoba neprichádza, rozvinie sa typický depresívny obraz – dieťa začne byť pasívne, apatické, stráca záujem o okolie, hrové aktivity, môže odmietať jedlo, objavujú sa poruchy spánku alebo vývinový regres.

V období predškolského veku sa prejavujú, tak symptómy poruchy príjmu potravy, poruchy spánku, ale i somatické problémy, ako bolesti bruška, hlavy a pod. Nápadná je strata záujmu

o hrove a pohybové aktivity, deti sa začnú izolovať od vrstovníkov, zaoberajú sa denným snením.

V období mladšieho školského veku depresívne ladenie väčšinou narušuje spôsobilosť primeraného fungovania a podávania výkonu dieťaťa v škole, často sa deti v prospechu náhle zhoršia. Depresívne deti bývajú často sociálne izolované, samotárske, odmietané svojimi spolužiakmi.

V období dospievania dochádza k výkyvom v náladách, depresívne ladenie je v tomto období do určitej miery akceptovateľné a primerané. Klinicky významné depresívne ladenie má však už iné špecifické znaky (podobné dospelým osobám). Býva intenzívnejšie a dlhšie trvajúce ako v predchádzajúcom období, dospievajúci často pod vplyvom emócií nekontrolujú príjem potravy, či nedodržiavajú hygienické zásady. Znížené je sebahodnotenie a je zjavná prítomnosť viacerých somatických – vegetatívnych symptómov. Dospievajúci sa často prikláňajú k užívaniu drog, ku alkoholu, prejavuje sa u nich často tendencia k úniku, miesto zamerania sa na racionálne riešenie daného problému.

V období dospievania sa prejavuje i výrazné riziko suicidálneho reagovania, občasné, alebo častejšie myšlienky suicidálneho charakteru sú popisované až v 60 % prípadov. Dochádza k výrazným depresívnym rozladám, dieťa o svojich suicidálnych úvahách väčšinou nekomunikuje, hoci pocity beznádeje a bezmocnosti sú výrazné. Uvedené prejavy sa často vyskytujú spolu so zvýšenými agresívnymi reakciami, impulzívnym reagovaním, či zneužívaním návykových látok. Adolescenti výrazne prežívajú akútnu alebo dlhodobjšie trvajúcu psychickú záťaž, čo býva spojené s rizikovými prejavmi v ich správaní. V období dospievania sú popisované častejšie reakcie typu suicidálneho konania u dievčat, ale prejavy zrealizovania dokonaného samovražedného konania sú častejšie popisované u chlapcov tohto veku.

Preventívne postupy u seniorov

U seniorov sa využíva sekundárna (včasnú diagnostikovanie a liečba) a terciárna (rehabilitácia) prevencia. Podľa Blazera (2002) pôsobením na pocity osamelosti a smútku na jednej strane a na druhej zvýšením seba-účinnosti sa významne zabráni prepuknutiu depresívnej epizódy. Seba-účinnosť je presvedčenie o sebe, že človek dokáže dostatočne posúdiť situáciu a vyvinúť efektívnu aktivitu na dosiahnutie svojich cieľov (Gotlieb et al., 2009).

Seba-účinnosť sa posilňuje najmä vlastnou skúsenosťou, každú situáciu, ktorú senior úspešne zvládne, alebo vyrieši špecifický problém. Zručnosti, ktoré posilňujú seba-účinnosť sú:

- udržanie a posilnenie telesného zdravia (ako napr. kontrolovanie správnej hladiny glukózy v krvi pri hraničnej cukrovke),
- zlepšenie kognitívneho výkonu (napr. kognitívny tréning),
- zlepšenie fyzického fungovania (napr. veku primerané cvičenie),
- vyvinutie väčšieho pocitu seba-kontroly (rozvoj adaptívnych zvládacích stratégií),
- zlepšenie sociálnych zručností (tréning sociálnych zručností),
- zmenou pocitu osobnostnej a existenčnej integrity (spracovanie minulých traumatických zážitkov) (Gotlib et al., 2009; Miller et al., 2019; Kim a Seo 2022).

Hlavnými prekurzormi depresie vo vyššom veku sú prežívanie smútku a pocit osamelosti. Viacero štúdií overilo úspešnosť terapeutického ovplyvnenia týchto prekurzorov depresie u seniorov, a tým sa zabránilo zhoršeniu stavu do klinicky závažného stavu (Gotlib et al., 2009; Daches et al., 2021).

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Primárne a sekundárne programy prevencie depresívnych porúch by sa mali vzhľadom k ich účinnosti stať integrálnou súčasťou zdravotníckej praxe. Je však potrebné navýšiť počet vzdelaných zdravotníckych pracovníkov, hlavne klinických psychológov. Vzdelávanie je potrebné orientovať na preventívne programy, programy s nižšou mierou terapeutického kontaktu v druhom stupni starostlivosti a vzdelanie v EBM postupoch.

Ďalšie odporúčania

Odporúčame štandard revidovať po dvoch rokoch.

Špeciálny dodatok štandardu

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

Meno a priezvisko: _____ dátum: _____

Ako často Vás v poslednom týždni trápil niektorý z nasledovných problémov?	Vôbec	Niekoľko dní	Viac ako polovicu dní	Skoro každý deň
1. Pocit nervozity, úzkosti alebo pocit pred zrútením.	0	1	2	3
2. Nemožnosť zastaviť, alebo kontrolovať svoje 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 dotazníku 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-SK Zoznam deviatich symptómov (Kroenke, Spitze, Williams, 2001)

Meno a priezvisko: _____ dátum: _____

Ako často Vás v poslednom týždni trápil niektorý z nasledovných problémov?	Vôbec	Niekoľko dní	Viac ako polovicu dní	Skoro každý deň
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, prebúdžanie 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				

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

vôbec	niekedy	veľmi	extrémne
-------	---------	-------	----------

Vyhodnotenie:**PHQ-9 SK**

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

GAD-7 SK

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

Literatúra

1. ALSUBAIE, M., ABBOTT, R., DUNN, B., DICKENS, C., KEIL, T. F., HENLEY, W., a W. KUYKEN, 2017. Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. In: *Clinical psychology review*, 55, 74–91.
2. BAREŠ, M., a T. NOVÁK, 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.
3. BARNHOFER, T., REESS, T. J., FISSLER, M., WINNEBECK, E., GRIMM, S., GÄRTNER, M., FAN, Y., HUNTENBURG, J. M., SCHROETER, T. A., GUMMERSBACH, M., BAJBOUJ, M., a B. K. HÖLZEL, 2021. Effects of Mindfulness Training on Emotion Regulation in Patients With Depression: Reduced Dorsolateral Prefrontal Cortex Activation Indexes Early Beneficial Changes. In: *Psychosomatic medicine*, 83(6), 579–591.
4. BAUNE B., T., a P. J. TULLY, 2016. *Cardiovascular Diseases and Depression, Treatment and Prevention in Psychocardiology*, Springer, Switzerland, 533 s., ISBN 978-3-319-32478-4.
5. BLAZER, D., 2002. Self-efficacy and depression in late life: A primary prevention proposal. *Aging & mental health*, 6, 315–24.
6. 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.
7. CAO, Z., YANG, H., YE, Y., ZHANG, Y., LI, S., ZHAO, H., a Y. WANG, 2021. Polygenic risk score, healthy lifestyles, and risk of incident depression. In: *Translational psychiatry*, 11(1), 189.
8. CUIJPERS, P., STRINGARIS, A., a M. WOLPERT, 2020. Treatment outcomes for depression: challenges and opportunities. In: *The lancet. Psychiatry*, 7(11), 925–927.
9. DACHES, S., VINE, V., GEORGE, C. J., a M., KOVACS. 2021. Age related sex differences in maladaptive regulatory responses to sadness: A study of youths at high and low familial risk for depression. *Journal of affective disorders*, 294, 574–579.
10. *Depression: Evidence Update April 2012*, 2012. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
11. 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, 65(5), p. 513–520.
12. FARB, N. A., ANDERSON, A. K., MAYBERG, H., BEAN, J., MCKEON, D., a Z. V. SEGAL, 2010. Minding one's emotions: mindfulness training alters the neural expression of sadness. In: *Emotion (Washington, D.C.)*, 10(1), 25–33.
13. GOTINK, R. A., MEJBOOM, R., VERNOOIJ, M. W., SMITS, M., a M. G. HUNINK, 2016. 8-week Mindfulness Based Stress Reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice - A systematic review. In: *Brain and cognition*, 108, 32–41.
14. GOTLIB, I. H., HAMMEN, C. L. (Eds.), 2009. *Handbook of depression (2nd ed.)*. The Guilford Press. 708 s. ISBN 978-1-59385-450-8.
15. HAMMEN, C., 2005. Stress and depression. In: *Annual review of clinical psychology*, 1, 293–319.
16. HENDERSON, C., EVANS-LACKO, S., a G. THORNICROFT, 2013. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. In: *American journal of public health*, 103(5), 777–780.
17. HERETIK, A. a kol. 2007. *Klinická psychologie*. Nové Zámky: Psychoprof, 2007. 816 s. ISBN 9788089322008.
18. HOLMES, T. H., a R. H. RAHE, 1967. The Social Readjustment Rating Scale. In: *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213–218.
19. HOLLON, S. D., DERUBEIS, R. J., SHELTON, R. C., AMSTERDAM, J. D., SALOMON, R. M., O'REARDON, J. P., LOVETT, M. L., YOUNG, P. R., HAMAN, K. L., FREEMAN, B. B., a R. GALLOP, 2005. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. In: *Archives of general psychiatry*, 62(4), 417–422.
20. 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.
21. CHIESA, A., CALATI, R., a A. SERRETTI, 2011. Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. In: *Clinical psychology review*, 31(3), 449–464.
22. CHOI, K. W., a J. W. SMOLLER, 2020. Making the right moves to prevent depression in young people. In: *The lancet. Psychiatry*, 7(3), 221–222.
23. KABAT, J. Z., 2016. *Život samá pohroma*, Jan Melvil Publishing, Brno, 616 s., ISBN 978-80-7555-012-5.
24. KALIŠOVÁ, L. a J. ROTH, 2020. *Deprese*. In: UHROVÁ, T. and J. ROTH, 2020. *Neuropsychiatrie: klinický průvodce pro ambulantní i nemocniční praxi*. Praha: Maxdorf. Jessenius. 965 s., ISBN 978-80-7345-619-1.
25. KANDOLA, A., LEWIS, G., OSBORN, D., STUBBS, B., a J. F. HAYES, 2020. Depressive symptoms and objectively measured physical activity and sedentary behaviour throughout adolescence: a prospective cohort study. In: *The lancet. Psychiatry*, 7(3), 262–271.
26. 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.
27. KIM, H.K., a J.H., SEO. 2022. Effects of Health Status, Depression, Gerotranscendence, Self-Efficacy, and Social Support on Healthy Aging in the Older Adults with Chronic Diseases. *International journal of environmental research and public health*, 19(13), 7930.
28. KRIJNEN-DE BRUIN, E., SCHOLTEN, W., MUNTINGH, A., MAARSINGH, O., VAN MEIJEL, B., VAN STRATEN, A. et al., 2022. Psychological interventions to prevent relapse in anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. In: *PLoS ONE* 17(8): e0272200.
29. KROENKE, K., SPITZER, R. L. a J. B. WILLIAMS, 2001. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. In: *J Gen Intern Med*, 16(9):606-13.
30. KURDYAK, P., NEWMAN, A., a Z. SEGAL, 2014. Impact of mindfulness-based cognitive therapy on health care utilization: a population-based controlled comparison. In: *Journal of psychosomatic research*, 77(2), 85–89.
31. KUYKEN, W., WARREN, F. C., TAYLOR, R. S., WHALLEY, B., CRANE, C., BONDOLFI, G., HAYES, R., HUIJBERS, M., MA, H., SCHWEIZER, S., SEGAL, Z., SPECKENS, A., TEASDALE, J. D., VAN HEERINGEN, K., WILLIAMS, M., BYFORD, S., BYNG, R., a T. DALGLEISH, 2016. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. In: *JAMA psychiatry*, 73(6), 565–574.

32. LEICHSENDRING, F., STEINERT, C., a J. HOYER, 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.
33. LESNEWICH, L. M., CONWAY, F. N., BUCKMAN, J. F., BRUSH, C. J., EHMANN, P. J., EDDIE, D., OLSON, R. L., ALDERMAN, B. L., a M. E. BATES, 2019. Associations of depression severity with heart rate and heart rate variability in young adults across normative and clinical populations. In: *International journal of psychophysiology : official journal of the International Organization of Psychophysiology*, 142, 57–65.
34. 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.
35. LINDSAY, E. K., a J. D. CRESWELL, 2017. Mechanisms of mindfulness training: Monitor and Acceptance Theory (MAT). In: *Clinical psychology review*, 51, 48–59.
36. MALINOWSKI, P., 2013. Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. In: *Frontiers in neuroscience*, 7, 8.
37. MARCINIAK, R., ŠUMEC, R., VYHNÁLEK, M., BENDÍČKOVÁ, K., LÁZNIČKOVÁ, P., FORTE, G., JELENÍK, A., ŘÍMALOVÁ, V., FRIČ, J., HORT, J., a K. SHEARDOVÁ, 2020. The Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Depression, Cognition, and Immunity in Mild Cognitive Impairment: A Pilot Feasibility Study. In: *Clinical interventions in aging*, 15, 1365–1381.
38. MEŠŤANÍKOVÁ, A. 2017. Aktivita autonómneho nervového systému pri adolescentnej depresii: Autoreferát dizertačnej práce. Martin: Jesseniova lekárska fakulta v Martine, 2017. 22 s.
39. MILLER, K. J., MESAGNO, C., MCLAREN, S., GRACE, F., YATES, M. a R. GOMEZ. 2019. Exercise, Mood, Self-Efficacy, and Social Support as Predictors of Depressive Symptoms in Older Adults: Direct and Interaction Effects. *Frontiers in psychology*, 10, 2145.
40. 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.
41. PENNER-GOEKE, S., a E. B. BINDER, 2019. Epigenetics and depression. In: *Dialogues in clinical neuroscience*, 21(4), 397–405.
42. 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.
43. PRAŠKO, J. P., KOTIANOVÁ, A., a M. ŠLEPECKÝ, 2021. Štandardný postup: Komplexný psychologický manažment dospelého pacienta s depresívnou poruchou a recidivujúcou depresívnou poruchou. MZSR. [cit. 31.08.2022]. Dostupné: https://www.health.gov.sk/Zdroje/?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/30-6-2021/7_4-manazment-dospelého-pacienta-s-depresívnou-poruchou-Klin_psych_pre-dospelych.pdf
44. PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., a M. ŠLEPECKÝ, 2007. Kognitívne behaviorálna terapie psychických poruch. Praha: Triton, 2007. 1048 s. ISBN 978-80-7254-865-4.
45. RANCZP, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANCZP). 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.
46. REHM, L. P. 2010. Depression: Advances in Psychotherapy – Evidence-Based Practice. Cambridge: Hogrefe Publishing, 2010. 19 p. ISBN 9781616763268.
47. SANTORELLI, S. F., KABAT-ZINN, J., BLACKER, M., MELEO-MEYER, F., a L. KOERBEL, 2017. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Authorized Curriculum Guide. Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society (CFM). University of Massachusetts Medical School. [cit. 31.08.2022] Dostupné na: <https://www.bangor.ac.uk/mindfulness/documents/mbsr-curriculum-guide-2017.pdf>
48. SEGAL, Z. V., WILLIAMS, J. D., a J. D. TEASDALE, 2002. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, The Guilford Press, N. Y. 351 s., ISBN 1-57230-706-4
49. 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.
50. TEASDALE, J. D., SEGAL, Z., a J. M. WILLIAMS, 1995. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?. In: *Behaviour research and therapy*, 33(1), 25–39.
51. WENZLAFF, R. M., & D. M. WEGNER, 2000. Thought suppression. In: *Annual review of psychology*, 51, 59–91.

Poznámka:

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

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 15. novembra 2022.

Vladimír Lengvarský
minister zdravotníctva