

---

# Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese

---

**Kryl M.**

Psychiatrická klinika LF UP a FN, Olomouc,  
přednosta prof. MUDr. J. Bouček, CSc.

---

## Souhrn

Je dnes již všeobecně uznáváno, že deprese, ať už v rámci depresivní epizody či periodické depresivní poruchy, vyžaduje kromě farmakoterapie i psychoterapeutickou intervenci. Navzdory poněkud jednostranné propagaci jen určitých postupů lze v literatuře objevit celou řadu dalších metod vycházejících z navzájem se lišících psychoterapeutických systémů. Problematickou přirozeně zůstává otázka průkazu účinnosti dle kritérií evidence-based medicine - užívané postupy vycházejí z různorodých teoretických základů, jejichž výsledky jsou ve výzkumu sledovány rozličnou metodikou. Cílem článku není srovnání účinnosti jednotlivých psychoterapeutických škol v léčbě deprese, nýbrž přehled navzájem se prolínajících psychoterapeutických přístupů. Okrajově se článek zabývá rovněž různými kombinacemi forem a uspořádání, stejně jako možnými nežádoucími účinky psychoterapie.

**Klíčová slova:** deprese, psychoterapie, outcome-oriented přístupy, process-oriented přístupy.

## Summary

### Kryl M.: Psychotherapeutic Alternatives in Depression Treatment

At present it is generally recognized that, apart from pharmacotherapy, depression, whether it occurs as part of a depressive episode or a recurrent depressive disorder, also requires psychotherapeutic intervention. Contrary to the somewhat one-sided promotion of only certain procedures, the literature offers a great number of other methods drawing on different psychotherapeutic systems. Naturally, proving their effectiveness according to the criteria of evidence-based medicine remains a problematic issue: the procedures applied are based on various theoretical platforms and their results are evaluated in research using different methodologies. The article does not seek to compare the effectiveness of different psychotherapeutic schools in depression treatment, but to provide a review of intermingling psychotherapeutic approaches. The article also touches on different combinations of forms and arrangements, as well as on the potential adverse effects of psychotherapy.

**Key words:** depression, psychotherapy, outcome-oriented approaches, process-oriented approaches.

*Čes. a slov. Psychiat., 102, 2006, No. 5, pp. 250–255.*

---

---

## ÚVOD

Svět a svoboda depresivního člověka jsou zúženy na minimum. Tíha lidského údělu se stává v depresi nesnesitelnou proto, že není sdílena s druhými, což uvrhuje člověka do samoty a izolace, jež jsou zároveň trestem. Nemocný lituje minulosti, popírá budoucnost, anticipuje svůj zánik, znehodnocuje svůj život. Sociální okolí popuzuje jeho ztráta vůle, cítí se ohroženo „nakažlivostí“ jeho pesimismu. Postižený signalizuje, že úsilí všech okolo je zbytečné [38, 61].

Psychofarmaka a biologické metody se snaží upravit biochemické podmínky nezbytné k tomu, aby člověk mohl navázat na ztracenou či oslabenou identitu a kontinuitu svého života, vztahy k sobě i druhým. Aby byly biologické procesy smysluplné, musí organicky korelovat s ostatními životními oblastmi. Životní praxe člověka se uskuteč-

ňuje spolu s ostatními lidmi ve společně sdíleném světě společným soužitím [61]. Psychoterapie je přístupem navracejícím nemocného do mezilidského kontextu. Ať už konkrétní psychoterapeutické postupy vycházejí z jakýchkoli teoretických zdrojů, jako nejzásadnější se jeví terapeutický vztah, což lze u psychoterapie považovat za obecně platné [54]. Klíčový význam má psychoterapie u nemocných trpících lehčí až středně závažnou depresí, zvláště pak, jsou-li narušeny interpersonální vazby, jestliže se na současném stavu podílely psychosociální zátěžové momenty, intrapsychické konflikty nebo komorbidita poruchy osobnosti [1]. Podpůrné psychoterapeutické vedení spolu s poskytováním informací je zcela legitimním postupem rovněž u nemocných s výrazným narušením nálady pohybující se v oblasti těžké depresivní epizody [34, 52]. Za významný indikační faktor k psychoterapii se považuje rovněž vlastní přání nemocného [1].

## CÍLE V PSYCHOTERAPII DEPRESE

V širším slova smyslu jde o to poskytnout nemocnému naději, oporu, porozumění, vytvořit "přemostění" od sociální izolace ke vztahům. Vybudovat s ním pevný terapeutický vztah, jenž se stane základním kamenem důvěry k ostatním lidem. Jinými slovy, vzbudit u nemocného znovu touhu žít. V užším slova smyslu jde o změny postojů - docílit u nemocného odstup od chorobného procesu, od prožitků viny, od sebekritických úvah. Naučit ho depresi vnímat jako těžkou, ale přechodnou životní krizi, která není fatálně neovlivnitelná. Pomoci mu nahlédnout do vlastních způsobů života a vztahů a nabídnout mu pomoc v problematických otázkách, naučit jej lepší sociální obratnosti. Poskytnout nemocnému informace o depresi a rady pro případ rekurentních fází, naučit jej rozpoznávat první varovné signály deprese a adekvátně na ně reagovat. Napomoci k dobré compliance s jeho lékařem, včetně užívání medikace. Pomoci mu vybudovat si životní perspektivy po odeznění fáze [9, 34]. V rámci legerartis prováděné psychoterapie lze u nemocného očekávat postupný návrat zájmu o život a ústup autoagresivních myšlenek a sebedestruktivních tendencí, stejně jako návrat zájmu o svět a mezilidské vztahy. Dále je možné dosáhnout posílení strategií zvládání těžkostí a problémů v životě, zvýšení sebejistoty a sebevědomí. Psychoterapie umožňuje základní změny v sebepojetí depresivního pacienta. Vede k porozumění depresi jako nemoci se všemi neblahými důsledky pro svobodnou existenci a zároveň k porozumění nutnosti užívat psychofarmaka či podstupovat jinou biologickou terapii v případě její indikace. Pod vlivem psychoterapie je pacient schopen se naučit „preventivnímu“ chování pro případ recurence deprese [52, 53].

## PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ DEPRESE

Volba konkrétního psychoterapeutického postupu vychází z individuální situace, kterou setkání terapeuta s pacientem vždy je. Je určována nejen tíží pacientovy symptomatiky, ale i jeho preferencemi s ohledem na to, zda upřednostňuje zlepšení symptomů či širší psychosociální cíle. Konkrétní postup vychází z terapeutického kontraktu a cílů v něm vytyčených. V léčbě depresivní poruchy se uplatňuje více psychoterapeutických přístupů. Z pohledu evidence-based medicine jsou snáze vědecky ověřitelné přístupy zacházející s měřitelnými fakty, („**outcome-oriented**“ přístupy), což však neznamená, že by jiné přístupy byly méně efektivní [40, 68, 69]. Používány jsou zpravidla časově ohraničené terapie s cílem redukce symptomů, jako je kognitivní terapie, behaviorální terapie a kognitivně-behaviorální terapie [3, 4, 14, 16,

22, 27, 53]. Přístupy více zacílené na terapeutický proces a směřující k osobnostním změnám pacienta a ke změnám jeho interpersonálních vztahů ("**process-oriented**" přístupy) jsou ze své vlastní podstaty hůře měřitelné, a proto často vystupují z obvyklých hranic daných metodologií běžného výzkumu. Je tedy obtížné vyvozovat obecné závěry ze studií hodnotících užití jednotlivých přístupů v praxi. Přesto se depresivním pacientům v tomto kontextu věnuje psychoanalytická psychoterapie, psychodynamická psychoterapie, interpersonální psychoterapie, humanistické a existenciální směry včetně gestalt terapie, logoterapie nebo daseinsanalýzy [2, 5, 7, 8, 12, 13, 16, 18, 20, 23, 24, 30, 32, 44, 47, 55, 56, 58, 63].

Úspěšně se na léčbě deprese podílí i skupinová psychoterapie [9] vedená různými způsoby, ať už strukturovaně ve formě specifických „kurzů“ na zvládnutí depresivních projevů v myšlení, chování a prožívání (tj. v "outcome"-orientaci) [11, 42, 52, 71], v interpersonální orientaci [16, 28, 43], anebo psychodynamicky orientované s důrazem na skupinový proces a skupinovou dynamiku vhodné pro pacienty s lehkým stupněm deprese či s dystymií [46]. U hospitalizovaných těžce depresivních pacientů se suicidálními pokusy v anamnéze může pomoci homogenní skupina strukturovaně vedená [70].

Pro depresivní pacienty s úzkostným prožíváním a somatizací mohou být vhodné relaxační techniky, které bývají většinou součástí širšího terapeutického programu [65, 67].

## ROLE PSYCHOTERAPEUTŮ A POTŘEBY PACIENTŮ

Role psychoterapeuta (psychologa či psychiatra) v léčbě deprese je poměrně náročná. Terapeut by měl mít na vědomí, co a jak se děje v pacientovi, zároveň i co a jak se děje v něm samotném. Měl by dokázat pracovat s protipřenosem (se svými pocity vyčerpání, vyhaslosti, nudy, zloby, apod.). Měl by přijímat projevené emoce – pláč a silnější emoční hnutí, neměl by nutit pacienta k jejich ovládnutí, potlačování apod. Neměl by se bát otevřít citlivá témata, včetně suicidálních úvah. Měl by dokázat pomoci pacientovi nacházet reálné možnosti vycházející ze současné situace. Měl by si dávat v terapii krátkodobé, zvládnutelné cíle. Za každý sebemenší úspěch a vynaložené úsilí by měl pacienta opakovaně oceňovat. Zároveň jej však v závislosti na tíži deprese k ničemu netlačit, nechtít předčasně překonávat jeho oslabenou vůli a neschopnost činnosti.

Pacient potřebuje věřit v budoucnost, pocítit lidskou spoluúčasť, potřebu uznání a posílení. Potřebuje pocítit, že je léčen s pozitivní emoční pozorností, empatií. Potřebuje pocítit zájem o celou svou osobu, nejen o účinek psychofarmak na jeho stav.

## ROZSAH PSYCHOTERAPEUTICKÉ PÉČE

Léčba pacienta s depresivní poruchou může probíhat ambulantně (klinický psycholog, psychoterapeut) s možnostmi individuální, skupinové nebo systemické psychoterapie, dále formou denních sanatorií (stacionářů) s možnostmi individuální, komunitní a skupinové psychoterapie s arteterapií, relaxací a podobně (psycholog, psychoterapeut, arteterapeut, socioterapeut aj.) a v neposlední řadě i za hospitalizace s možnostmi danými psychiatrickým oddělením, klinikou nebo léčebnou. V případě potřeby je možné aktivizovat složky sociálního systému (sociální pracovníci).

Psychoterapie může být užitečná i během následné (pokračovací a profylaktické) léčby [31], především pak v kombinaci s psychofarmaky [17, 51]. Kromě jiného pomáhá v následné péči prokazatelně zlepšovat spolupráci pacienta s ordinujícím psychiatrem [49]. U pacientů s pouhou parciální odpovědí na farmakoterapii může být rozšíření léčby o psychoterapii efektivní strategií proti relapsům depresivní poruchy [1], i když se zdá, že rizika relapsů jsou poněkud lépe kontrolována léčivou, zatímco psychoterapie zlepšuje spíše sociální a pracovní adaptaci pacienta [53]. Existují rovněž podložené zprávy o vlivu psychoterapie na prodloužení období mezi jednotlivými depresivními epizodami v průběhu pokračovací a profylaktické léčby [19].

## MOŽNOSTI ZMĚN FOREM A KOMBINACE FOREM PSYCHOTERAPIE

Kromě možností kombinace jednotlivých psychoterapeutických metod (kupř. skupinové kognitivně behaviorální terapie s Jacobsonovou progresivní myorelaxací a podpůrnou psychoterapií) [65, 71] je možná i kombinace forem psychoterapie. V případě kombinace skupinové terapie s individuální může jít o **spojenou terapii**, ve které vede pacienta jeden terapeut v individuální a jiný ve skupinové psychoterapii, anebo o **kombinovanou terapii**, v níž je pacient léčen stejným terapeutem souběžně v individuální a skupinové terapii. Výhody jsou spatřovány jednak v celkové intenzifikaci léčby, jednak v možnostech větší individuální podpory u těch, kteří se z důvodu závažnosti svého stavu nejsou schopni efektivně účastnit skupinového procesu. Kombinace skupinové terapie s individuální (v obou výše uvedených variantách), navíc podle dostupných pramenů, snižuje počet členů, kteří ze skupin předčasně odcházejí [59, 70].

## KOMBINACE PSYCHOTERAPIE S PSYCHOFARMAKY

Je považováno za prokázané, že kombinace a součinnost farmakoterapie s adekvátní psychote-

rapii přináší lepší výsledky, než oddělené a samostatné používání jednotlivých metod [1, 6, 10, 17, 51, 57, 61]. Z praktického hlediska se farmakologické a psychoterapeutické přístupy vzájemně doplňují; psychofarmaka zlepšují svým účinkem psychologickou dostupnost nemocného a umožňují tak navázání terapeutického vztahu, psychoterapie zase zlepšuje spolupráci pacienta při užívání léků. Kombinace psychoterapie a farmakoterapie je na místě zejména při depresi se současným výskytem psychosociálních problémů, intrapsychických konfliktů, interpersonálních potíží nebo komorbiditě s poruchami osobnosti [1]. Podle některých srovnávacích studií je léčba antidepresivy účinnější než psychoterapie u těžce depresivních pacientů [16], některé novější metaanalýzy však ukazují na účinnost srovnatelnou [15]. Proti placebo mají psychoterapeutické přístupy jednoznačný efekt [11, 16].

## PŘEHLED PSYCHOTERAPEUTICKÝCH PŘÍSTUPŮ A PSYCHICKÝCH ZMĚN JIMI NAVOZENÝCH

Následující přehled si neklade za cíl vyjmenovat beze zbytku metody všech psychoterapeutických směrů používaných při léčbě deprese, ale nastínit jejich společné transteoretické průsečíky. Za změnami v jednotlivých psychických kvalitách často stojí více rozličných postupů, než je možné uvést. Současné trendy v psychoterapii směřují ke vzájemnému sblížení a integraci - v závorkách uvedené směry lze chápat pouze jako nejčastější nositele uvedených postupů [1, 13, 20, 33, 34, 35, 41, 44, 45, 52, 54, 58, 63, 67].

- **Podpora pacienta, vybudování pevné terapeutické aliance a zprostředkování naděje** (všechny směry).
- **Změny v prožívání** – uvědomění a přijetí emočního prožitku, dosažení nových emocionálních odpovědí, ventilace, abreakce, katarze (všechny směry); práce s aspekty viny a studu, biografické aspekty narušených vztahů rodič-dítě, tematizace problému odloučení a ztrát (analytické a dynamické směry); emočně-korektivní zkušenost (interpersonální a dynamické směry).
- **Změny v myšlení** – kognitivní zpracování emocí, zvědomování depresivně zkresleného myšlení a stereotypních kognitivních schémat (všechny směry); edukace a učení se novým vzorcům myšlení (kognitivní směry a KBT); kognitivní tematizace nevědomých obranných mechanismů, vytváření náhledu na to, jak pacient zachází se ztrátou a zklamáními a jak je proměňuje v sebeobviňování a pocity viny, práce na zvládnutí vnitřních konfliktů, uplatnění dlouhodobých mechanismů učení (behaviorální, ale i analytické směry).
- **Změny v sebepojetí** – odstranění inkongruencí mezi traumatickými zážitky a sebeobrazem, zvě-



domění, zpracování a integrace traumatických zážitků a neodtruchlených ztrát racionalizovaných negativním myšlením (analytické, dynamické, humanistické a existenciální směry); povzbuzování sebeakceptace a posilování sebevědomí, sebedůvěry a sebeúcty, podpora self a jeho vývojových možností (humanistické a existenciální směry); učení se asertivitě a sociálním dovednostem (především behaviorální směry a KBT).

- **Změny v postojích** – k sobě samému, ke světu, ke vztahům, následné změny v chování a jednání (všechny směry); orientace na životní smysl a žebříček hodnot, důraz na svobodu a převzetí zodpovědnosti za svůj život (humanistické a existenciální směry).
- **Změny v chování a jednání** – zvědomování rigidních a stereotypních vzorců chování a projevů v jednání (všechny směry); náprava cestou učením novým aktivnějším způsobům chování a jednání (behaviorální směry a KBT).
- **Změny v interpersonálních vztazích** – zaměření se na sociální síť pacienta, zkoumání vlivu interpersonálních vztahů na depresi, stejně jako vlivu deprese na vztahy, zpracování a řešení aktuálních konfliktů a obtíží v mezilidské komunikaci, zkoumání prožívání a zkušenosti z důležitých vývojových vztahů i ze vztahů současných (interpersonální, dynamické a systemické směry); zlepšování komunikačních a sociálních dovedností (interpersonální psychoterapie, behaviorální směry a KBT, systemické směry); redukce sociální izolace (všechny směry).

## NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY PSYCHOTERAPIE DEPRESE

Psychoterapie zasahuje hluboce do života lidí. Je tedy legitimní ptát se i po jejích nežádoucích vli-

vech. Vedlejší účinky psychoterapie můžeme velmi nepřesně odhadovat či „změřit“ v klinických studiích podle počtu pacientů, kteří psychoterapii nedokončili. To však může být dáno různými faktory, jež je těžké postihnout v celé šíři, natož uspokojivě předvídat [1]. Při dlouhodobých psychoterapiích jsou někdy uváděny zásadní, a přitom sporné, důsledky na život a vztahy pacientů (např. rozpady manželských či partnerských svazků), které sebezkušenější terapeut při nejlepší vůli není schopen odhadnout dopředu [60].

V rámci individuální i skupinové psychoterapie deprese se může stát osudným chybné načasování postupů nezohledňující fázi a tíži poruchy. Příliš brzká aktivizace depresivního pacienta může posílit jeho pocity insuficience a nekompetentnosti a vést až k fatálnímu konci suicidiem. K faktorům snižujícím rizika poškození pacientů psychoterapií lze počítat jak odbornou erudici psychoterapeuta a jeho lidskou kvalitu, tak i přesnou indikaci a pečlivé a průběžné hodnocení pacientova stavu.

## INDIKAČNÍ A KONTRAINDIKAČNÍ KRITÉRIA

Při výběru plánované psychoterapie rozhoduje především forma a hloubka deprese, komorbidita, inteligence a osobnost pacienta. Nelze zapomínat ani na pacientovo vlastní přání [36, 52]. Druh a závažnost psychopatologie spoluurčují přístupnost nemocného psychologickým zásahům. Komorbidita zpravidla modifikuje terapeutické postupy [52]. Důležitým modifikujícím činitelem je i vztah symptomatologie k aktuálním vztahovým konfliktům, problémům a těžkostem v životě. Absolutní kontraindikace k psychoterapii depresivních nemocných neexistuje. Vždy má smysl se pokusit alespoň o citlivé psychoterapeutické vedení, když už se nejedná přímo o systematický proces [34].

## LITERATURA

1. **American Psychiatric Association.** Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (Revision). *Am. J. Psychiatry*, 157, (Supl.), 2000, pp. 57-64, 68, 71-87, 306-309.
2. **Anderson, E. M., Lambert, M. J.:** Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.*, 15, 1995, pp. 503-514.
3. **Bareš, M., Praško, J. In: Seifertová, D., Praško, J., Höschl, C.:** Postupy v léčbě psychických poruch. Praha, Academia Medica Pragensis, 2004, s. 79, 83-87.
4. **Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G.:** Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1996.
5. **Beutler, L. E., Engle, D., Mohr, D., Daldrup, R. J., Bergan, J., Meredith, K., Merry, W.:** Predictors of differential response to cognitive, experiential and self-directed psychotherapeutic procedures. *J. Consult Clin. Psychol.*, 59, 1991, pp. 333-340.
6. **Blackburn, I. M., Moore, R. G.:** Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *Br. J. Psychiatry*, 171, 1997, pp. 328-334.
7. **Blanco, C., Lipsitz, J., Caligor, E.:** Treatment of chronic depression with a 12-week program of interpersonal psychotherapy. *Am. J. Psychiat.*, 158, 2001, pp. 371-375.
8. **Bond, M., Perry, J. C.:** Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am. J. Psychiatry*, 161(89), 2004, pp.1665-1671.
9. **Bouček, J.:** Psychoterapie. Olomouc, Univerzita Palackého, 2002, s. 25-26.
10. **Bouček, J., Pidrman, V.:** Psychofarmaka v medicíně. Praha, Grada Publ., 2005, s. 71-75.
11. **Bright, J. I., Baker, K. D., Neimeyer, R. A.:** Professional and paraprofessional group treatments for depression: a comparison of cognitive-behavioral and mutual support

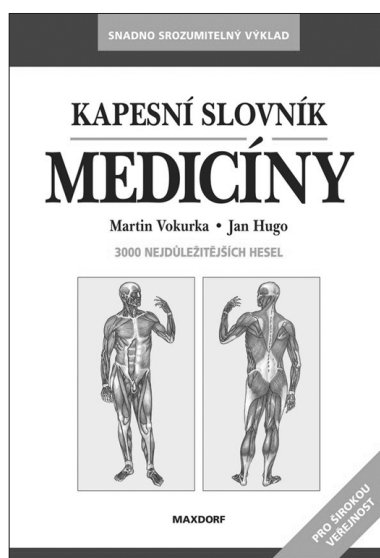
- interventions. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 67, 1999, pp. 491-501.
12. **Brockmann, J., Schlüter, T., Brodbeck, D., Eckert, J.:** Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. *Psychoterapeut*, 47, 2002, pp. 347-355.
  13. **Condrau, G.:** Sigmund Freud a Martin Heidegger, Daseinsanalytická teorie neuróz a psychoterapie. Praha, Triton, 1997, s. 102-108.
  14. **Craighead, W. E., Evans, D. D., Robins, C. J.:** Unipolar depression. In: Turnesr, S. M., Calhoun, K. S., Adams, H. E.(eds.): *Handbook of clinical behavioral therapy*. N.York, John Wileyand Sons, Inc., 1992, pp. 99-117.
  15. **DeRubeis, R. J., Gelfland, L. A., Tang, T. Z., Simons, A. D.:** Medications versus cognitive-behavior therapy for severely depressed outpatients: meta-analysis of four randomized comparisons. *Am. J. Psychiatry*, 156, 1999, pp. 1007-1013.
  16. **Elkin, I., Shea, T., Watkins, J. T., Imber, S. S., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J., Parloff, M. B.:** National institute of mental health treatment of depression collaborative research program: general effectiveness of treatment. *Arch. Gen. Psychiat.*, 46, 1989, pp. 971-982.
  17. **Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., Belluardo, P.:** Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Arch. Gen. Psychiatry*, 55, 1998, pp. 816-882.
  18. **Fonagy, P., Clarkin, J., Gerber, A., Kächele, H., Krause, R., Jones, E. R., Perron, R., Allison, E.:** An open door review of outcome studies in psychoanalysis, 2002. Elektronicky publikováno na adr.: <http://www.ipa.org.uk/research/R-outcome.htm>
  19. **Frank, E., Kupfer, D. J., Perel, J. M., Cornes, C., Jarret, D. B., Mallinger, A. G., Thase, M. E., McEachran, A. B., Grochocinski, V. J.:** Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 47, 1990, pp. 1093-1099.
  20. **Frankl, V. E.:** Lékařská péče o duši. Brno, Cesta, 1996, s. 182-188.
  21. **Franz, M., Janssen, P., Lensche, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K., Woller, W., Hartkamp, N., Schneider, G., Heuft, G.:** Effekte stationärer psychoanalytische orientierter Psychotherapie - eine Multizenterstudie. *Z. Psychosom Med. Psychother.*, 46, 2000, pp. 242-258.
  22. **Gloaguen, V., Cottraux, X., Cucherat, M., Blackburn, I. M.:** A metaanalysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J. Affect. Disord.*, 49, 1998, pp. 59-72.
  23. **Greenberg, L., Watson, J., Goldman, R.:** Process experiential therapy of depression, in Greenberg, L., Lietaer, G., Watson (eds.): *Handbook of experiential psychotherapy: foundations and differential treatment*. New York, Guilford, 1998, pp. 227-248.
  24. **Gruenberg, A. M., Goldstein, R. D.:** Mood disorders: Depression. In: Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J. A.(eds): *Psychiatry*. 2-nd ed.Vol.2. Chichester, Wiley and Sons, 2003, pp. 1207-1236.
  25. **Hautzinger, M.:** Psychotherapie bei Minor Depression. *Psychol.*, 27, 2001, pp. 82-86.
  26. **Hautzinger, M., de Jong-Meyer, R., Treiber, R., Rudolf, G. A. E., Thien, U.:** Efficacy of cognitive behavior therapy, pharmacotherapy, and the combination of both in non-melancholic, unipolar depression.. *Zeitschrift fur Klinische Psychologie*, 25, 1996, pp. 130-145.
  27. **Hawton, K., Salkovskis, P. M. et al (ed.):** Kognitivně-behaviorální terapie u psychiatrických problémů. Oxford Medical Publ., 1989, s. 121-168.
  28. **Hodgkinson, B., Evans, D., O'Donnell, A., Walsh, K.:** Compariting the effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of depression: a systematic review. Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, Adelaide, 1999, pp. 47-48.
  29. **Chvála V.:** Osobní nepublikované sdělení, únor, 2005
  30. **Karlssoon, H., Markowitz, J. C.:** Interpersonal psychotherapy in the treatment of depression. *Duodecim*, 118, 2002, pp. 1760-1765.
  31. **Kasper, S., Zohar, J.:** Pharmacotherapy of unipolar depression. In: Kasper, S, Zohar, J, Stein, D. J. (eds.): *Decision making in psychopharmacology*. London, Martin Dunitz, 2002, pp. 1-11.
  32. **Klerman, G. L., Weissman, M. M.:** Interpersonal psychotherapy (IPT) and drugs in the treatment of depression. *Pharmacopsychiatry*, 20, 1987, pp. 3-7.
  33. **Klimpl, P.:** Zahájení v psychodynamické psychoterapii. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 2005, s. 11-17.
  34. **Kondáš, O., Kratochvíl, S., Syřišťová, E.:** Psychoterapia a reedukácia. *Martin, Osveta*, 1989, s. 208-210.
  35. **Kratochvíl, S.:** Základy psychoterapie. Praha, Portál, 1997, s. 224-226.
  36. **Kratochvíl, S.:** Osobní kontakt, únor, 2005 .
  37. **Kratochvíl, S.:** Základy psychoterapie. Praha, Portál, 2002, s. 19-270.
  38. **Kryl, M.:** In *Pidrman, V., Bouček, J., Kryl, M.:* Deprese v interní medicíně. Praha, PCP, 2003, s. 37-39.
  39. **Leff, J., Vearnals, S., Wolff, G., Alexander, B., Chisholm, D., Everitt, B., Asen, E., Jones, E., Brewin, Ch. R., Dayson, D.:** The London depression intervention trial - randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 2000, pp. 95-100.
  40. **Leichsenring, F.:** Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin .Psychol. Rev.*, 21, 2001, pp. 401-419.
  41. **Leitlinie Psychotherapie der Depression.** Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM), Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP). AWMF online, dostupné na internetových str: [www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/11/051-023.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/11/051-023.htm)
  42. **Lewinsohn, P. M., Clarke, G.:** Group treatment of depressed individuals: the coping with depression course. *Advances in Behavioral Research and Therapy*, 6, 1984, pp. 99-114.
  43. **MacKenzie, R. R.:** Anti-depression interpersonal psychotherapy groups (IPT-G): preliminary effectiveness data. Society for Psychotherapy Research Conference, 1999.
  44. **Mackewn, J.:** Gestalt psychoterapie. Praha, Portál, 2004, s. 25.
  45. **Marlinová, O.:** Nepublikované sdělení, únor, 2005.
  46. **McRoberts, C., Burlingame, G. M., Hoag, M. J.:** Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: a meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 2, 1998, pp. 10-117.
  47. **Mufson, L., Dorta, K. P., Wickramaratne, P. et al.:** Randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch. Gen. Psychiatry*, 61, 2004, pp. 577-584.
  48. **O'Leary, K. D., Beach, S. R.:** Marital therapy: a viable treatment for depression and marital discord. *Am.. J.. Psychiatry*, 147, 1990, pp. 183-186.

49. **Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G. et al.:** Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression. A systematic review. Arch. Gen. Psychiatry, 61, 2004, pp. 714-719.
50. **Pěč, O., Koblic, K., Lorenc, J., Beránová, A.:** Denní stacionáře s psychoterapeutickou péčí. Suppl.2, 2003, s. 10-16.
51. **Praško, J., Johanovská, E., Klár, I., Pěč, O., Ondráčková, I., Šípek, J., Prašková, H.:** Kognitivně behaviorální terapie a farmakoterapie v léčbě hospitalizovaných pacientů trpících unipolární rekurentní depresí. Čes. a slov. Psychiat., Supl.2, 2003, s. 103-105.
52. **Praško, J., Kyrlová, I., Minaříková, V., Prašková, H.:** Skupinová kognitivně-behaviorální terapie depresí. Praha, PCP, 1998, s. 64-191.
53. **Praško, J., Šlepecký, M.:** Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch. Praha, 1995, PCP, s. 194.
54. **Prochaska, J. O., Norcross, J. C.:** Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi. Praha, Grada Publishing, 1999, pp. 394-396.
55. **Propst, R. L., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., Mashburn, D.:** Comparative efficacy of religious and non-religious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. J. Consult. Clin. Psychol., 60, 1992, pp. 94-103.
56. **Reck, C., Mundt, C.:** Psychodynamic therapy approaches in depressive disorders. Pathogenesis models and empirical principles. Nervenarzt., 73, 2002, pp. 613-619.
57. **Reynolds Ch. F., Frank, E., Perel, J. M., Imber, S. D., Cornes, C., Miller, M. D., Mazumdar, S., Houck, P. R., Dew, M. A., Stack, J. A., Pollock, B. G., Kupfer, D. J.:** Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression. a randomized controlled trial in patient older 59 years. JAMA, 281, 1999, pp. 39-45.
58. **Roubal, J.:** Gestalt přístup v terapii deprese. Konfrontace, 1, 2004, s. 31-36.
59. **Rutan, J., Alonzo, A.:** Group therapy, individual therapy, or both? Int. J. Group Psychotherapy, 32, 1982, pp. 267-282.
60. **Růžička, J.:** Osobní kontakt, nepublikované sdělení, 2005
61. **Růžička, J.:** Psychoterapie, poznámky k jejím určením a přesahům. Část 1.: Konfrontace, 4, 2002, s. 165-170; část 2.: Konfrontace, 1, 2003, s. 19-25.
62. **Scogin, F., McElreath, L.:** Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: a quantitative review. J. Consult. Clin. Psychol., 62, 1994, pp. 69-74.
63. **Šebek, M., Mahler, M., Buriánek, V.:** Psychoanalýza a psychoanalytická psychoterapie. Čes. a slov. Psychiat., 2003, Suppl.2, pp. 32-37.
64. **Toseland, R. W., Siporin, M.:** When to recommend group treatment: a review of the clinical and research literature. Int. J. Group Psychotherapie, 36, 1986, pp. 171-201.
65. **Vančová, M., Kryl, M., Bouček, J.:** Skupinová kognitivně-behaviorální terapie deprese – přínosy a limity. Psychiatrie, 1, 2001, Suppl. 4, s. 19-21.
66. **Vandervoort, D. J., Fuhriman, A.:** The efficacy of group therapy for depression: a review of the literature. Small Group Res., 22, 1991, pp. 320-338.
67. **Vymětal, J.:** Úvod do psychoterapie. Praha, Grada Publishing, 2003, s. 78-79.
68. **Wampold, B., Minami, T., Baskin, T., Tierney, S. :** Review: cognitive therapy may be no more effective than other bona fide psychological therapies for depression. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. Journal of Affective Disorders, 68, 2002, pp.159-165.
69. **Watson, J. C., Gorddon, L. B., Stermac, L. et al.:** Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. J. Consult. Clin. Psychol., 71, 2003, pp. 773-781.
70. **Yalom, I. D.:** Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Hradec Králové, Konfrontace, 1999, pp. 263-491, 3-541, 63 [G].
71. **Zedková, I., Kryl, M., Gabryšová, J.:** The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in depressive disorders treatment. Acta Univ. Palacki, Olomouc, Fac. Med., 144, 2000, p. 65 [G].

*Dodáno redakci: 20. 1. 2006*

*Po skončení recenzního řízení: 1. 3. 2006*

*MUDr. Michal Kryl  
Psychiatrická klinika LF UP a FN  
I. P. Pavlova 12  
775 20 Olomouc  
e-mail: michal.kryl@seznam.cz*



## KAPESNÍ SLOVNÍK MEDICÍNY

*Martin Vokurka, Jan Hugo*

Kapesní verze lékařského slovníku, do které jsme vybrali – obohaceni o 11 let zkušeností – přibližně 3000 nejdůležitějších lékařských termínů, je zdrojem základních informací o zdraví a nemocech skutečně pro nejširší čtenářskou obec.

*Vydal Maxdorf v roce 2005, ISBN 80-7345-053-4, formát A6, brož., 176 str., cena 245 Kč.*

**Objednávku můžete poslat na adresu:**

**Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2,  
fax: 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz**