

PŘEHLED

PSYCHOTERAPEUTICKÝCH

MOŽNOSTÍ U DEPRESE

publikováno: Roubal, Jan. Přehled psychoterapeutických možností u deprese. *Acta psychiatrica postgradualia bohemica*, Praha : Galén, 2007, 4, od s. 229-256, 28 s. 2007.

PRÁCE K ATESTACI Z PSYCHIATRIE II. STUPNĚ

BŘEZEN 2005

MUDr. Jan Roubal

Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod

Souhrn:

Psychoterapie, ať už samotná nebo v kombinaci s farmakoterapií, je podle dosavadních poznatků účinná při léčbě depresivního onemocnění a představuje dostupnou možnost zvýšení efektivity léčby deprese. Existuje však velké množství psychoterapeutických směrů, které k léčbě deprese přistupují z teoretického i praktického hlediska rozdílně. Tato práce chce přispět k zpřehlednění spektra psychoterapeutických přístupů k depresi. Popisuje pět hlavních psychoterapeutických směrů užívaných při léčbě deprese a zaměřuje se na jejich praktickou aplikaci v klinické praxi. Jedná se o dynamickou psychoterapii, kognitivně behaviorální terapii, interpersonální psychoterapii, systemickou rodinnou terapii a humanistickou psychoterapii (se zaměřením na Gestalt terapii). Popis je doplněn přehledem evidence účinnosti a kazuistikou. Pozornost je také věnována kombinaci psychoterapie s farmakoterapií. Závěr této práce se bude věnovat styčným bodům různých terapeutických přístupů a nastíní možné další směřování komplexní terapie deprese.

Klíčová slova:

deprese, psychoterapie, kombinovaná léčba, gestalt terapie, interpersonální terapie, kognitivně behaviorální terapie, psychoanalytická psychoterapie, systemická rodinná terapie

Obsah

1. Úvod.....	4
2. Vymezení pojmů.....	7
a. Psychoterapie.....	7
b. Deprese.....	8
c. Kombinace farmakologické léčby a psychoterapie.....	10
3. Hlavní psychoterapeutické přístupy k léčbě deprese.....	15
a. Dynamická psychoterapie.....	15
i. Základní charakteristika.....	15
ii. Historie.....	16
iii. Teoretický pohled na depresi.....	17
iv. Terapie deprese v klinické praxi.....	20
Psychoanalýza a psychoanalytická terapie.....	20
v. Evidence účinnosti.....	22
vi. Kazuistika.....	22
Krátká dynamická psychoterapie.....	23
vii. Evidence účinnosti.....	23
viii. Kazuistika.....	24
b. Kognitivně behaviorální terapie.....	25
i. Základní charakteristika.....	25
ii. Historie.....	25
iii. Teoretický pohled na depresi.....	25
iv. Terapie deprese v klinické praxi.....	27
v. Evidence účinnosti.....	30
vi. Kazuistika.....	31
c. Interpersonální psychoterapie.....	32
i. Základní charakteristika.....	32
ii. Historie.....	32
iii. Teoretický pohled na depresi.....	33
iv. Terapie deprese v klinické praxi.....	34
v. Evidence účinnosti.....	35
vi. Kazuistika.....	35
d. Systemická rodinná terapie.....	36
i. Základní charakteristika.....	36
ii. Historie.....	37
iii. Teoretický pohled na depresi.....	38
iv. Terapie deprese v klinické praxi.....	39
v. Evidence účinnosti.....	40
vi. Kazuistika.....	41
e. Humanistická psychoterapie.....	42
Gestalt terapie.....	43
i. Základní charakteristika.....	43
ii. Historie.....	44
iii. Teoretický pohled na depresi.....	44
iv. Terapie deprese v klinické praxi.....	46
v. Evidence účinnosti.....	50
vi. Kazuistika.....	51
4. Závěr.....	58
5. Použitá literatura	64

1. ÚVOD

Chorobný pokles nálady je již 2 500 let popisován jako jedna z nejčastějších nemocí. V současnosti World Health Organization ohodnotila depresi jako čtvrtý nejnaléhavější celosvětový zdravotní problém, který ovlivňuje stovky miliónů lidí na celém světě. Deprese je jedním z nejčastějších psychiatrických syndromů a objevuje se u 75% všech hospitalizovaných pacientů⁽¹⁾. Minimálně 20 % žen a 12 % mužů zažije během svého života depresi. 15 % depresivních lidí končí svůj život sebevraždou a v pozadí 50-70 % všech dokonaných sebevražd jsou poruchy nálady⁽²⁾. Deprese způsobuje nejen individuální utrpení pacientů a jejich rodin, má rovněž výrazné společenské a ekonomické dopady. Nejedná se přitom jen o nejzávažnější formy těžké deprese, kde je indikována hospitalizace a intenzivní léčba biologickými prostředky. U mírných depresí a při současném výskytu úzkostné symptomatologie se vyvinou téměř u 30 % nemocných trvale významná omezení a postižení⁽³⁾. Přes výrazně lepší dostupnost značně efektivní léčby je mnoho lidí trpících depresí neschopno pracovního zařazení. Jedná se až o třetinu celkové populace, pokud bychom zahrnuli i subklinické formy poruch nálady⁽²⁾. Zatímco Kraepelin pozoroval chronicitu onemocnění nanejvýš u 5 % depresivních lidí, nyní je to v západních zemích 15-20 %. 15-30 % depresivních pacientů nereaguje na léčbu antidepresivy. Navzdory stále se zvyšující nabídce terapeutických možností, existují v léčbě deprese významné rezervy a je stále na místě hledat další možnosti zvýšení efektivity terapie. Jednou z nich je zapojení psychoterapie do komplexního přístupu k léčbě.

Z dostupných poznatků o depresi je zřejmé, že při jejím vzniku hrají podstatnou roli biologické faktory. Existuje obrovské množství literatury popisující genetické dispozice, neurotransmitterové i morfologické změny mozku a další biologické faktory ovlivňující vznik a průběh deprese. Z tohoto hlediska kráčí moderní medicína mílovými kroky nejen v oblasti výzkumu, ale i

v obohacování spektra terapeutických možností. Zvláště nová antidepresiva se zaručenou účinností a minimem nežádoucích účinků znamenají velkou úlevu pro pacienty trpící depresí.

Dosavadní výzkumy však zároveň svědčí pro to, že na začátku depresivní epizody ve většině případů stojí intrapsychické a environmentální stresory, které interagují s genetickou vulnerabilitou ⁽⁴⁾. Sociální stresory se více uplatňují při vzniku první epizody, než při epizodách následujících ⁽⁵⁾. Ztráta milovaného člověka nebo selhávání při plnění vlastních vnitřních nároků mohou určujícím způsobem dále ovlivňovat průběh depresivní epizody. Odpověď na tyto environmentální a intrapsychické spouštěče se zpětně projevuje na úrovni mozkových mediátorů. Dlouhodobá zátěž při vývoji organismu, například týrání, zanedbávání, separace nebo ztráta rodiče, vede ke zvýšenému působení kortikoidů, které může cestou poškození hipokampu vést k rozvoji depresivní poruchy ⁽⁶⁾. Existují doklady toho, že v případě deprese hrají roli biologické i psychosociální vlivy.

Různé faktory, jako je dědičnost, životní události, biologické stresory či vliv pohlaví ve svém působení konvergují a produkují dysregulaci, která vede k závěrečnému společnému vyústění v podobě klinické deprese ⁽⁵⁾. Deprese zahrnuje reaktivní vzorce chování, které jsou provázeny krátkodobými nebo dlouhodobými biologickými změnami ⁽⁷⁾. Tyto změny se zase zpětně podílejí na dysregulaci původně adaptivních afektů, například smutku ⁽⁸⁾. Bludný kruh deprese se tak uplatní ve všech sférách biopsychosociálního fungování pacienta.

Dlouhodobě tradovaná dichotomie endogenního a reaktivního subtypu deprese, která pocházela ze střetu Kraepelinovy medicínské koncepce a Freudovy psychoanalýzy ⁽⁶⁾ se ukázala jako příliš schématická a není již zakotvena v současných klasifikacích. V souladu s moderními koncepcemi nemoci je třeba depresi chápat jako multifaktoriálně podmíněný mechanismus, při jehož vzniku a udržování hrají roli endogenní, vývojové, reaktivní i somatické faktory ⁽³⁾.

Při terapii deprese je výhodné brát tento komplexní přístup v úvahu a snažit se ovlivnit vznik a průběh deprese na všech frontách. Autoři psychiatrických učebnic ve svých doporučeních pro léčbu deprese doporučují jako nejúčinnější kombinaci farmakoterapie a psychoterapie. V praxi se však tato kombinovaná léčba uplatňuje pouze v omezené míře, zejména kvůli horší dostupnosti kvalitní psychoterapie. Navíc zatímco máme na jedné straně široký výběr antidepressiv s podrobně popsányými žádoucími i nežádoucími účinky, na straně druhé není dostatečně rozšířené obecné povědomí a konsensus, v čem spočívá psychoterapeutický přístup k depresi. Situaci navíc komplikuje fakt, že v současné době neexistuje jednotná, obecně akceptovaná psychoterapeutická teorie⁽⁹⁾, tedy ani teorie deprese, a jednotlivé psychoterapeutické školy k depresi a její terapii přistupují rozdílně.

Cílem této práce je přispět k zřehlednění situace. Ze stále se zvyšujícího počtu přibližně čtyř stovek⁽¹⁰⁾ různých psychoterapeutických přístupů je dále podrobně představeno pět hlavních směrů, které se podle současných učebnic psychiatrie a psychoterapie nejvíce uplatňují při léčbě deprese. Práce popisuje psychoterapii převážně popisována jako empirickou a aplikovanou vědu⁽⁹⁾. V textu bude rozvedeno, jak jsou praktické zkušenosti s psychoterapií deprese zobecněny do teorií a jak mohou být tyto poznatky zpětně využívány v praxi. Po krátkém obecném představení každého z vybraných psychoterapeutických přístupů se práce věnuje specifickým konceptům deprese každého směru. Tvorbu takového přehledu ovšem komplikuje fakt, že často i v rámci jednoho směru existuje několik konceptů deprese, které navíc spolu se směrem, od kterého jsou odvozeny, procházejí dalším vývojem. Popis se soustředí spíše na klinické uplatnění jednotlivých přístupů při terapii deprese. Zmíněny budou dosavadní výzkumy zabývající se efektivitou jednotlivých psychoterapeutických směrů při terapii deprese: Vědecké ověřování účinnosti terapie deprese však naráží na úskalí metodologie psychoterapeutického výzkumu a standardizace psychoterapie⁽¹¹⁾.

Doyen české psychoterapie Jaroslav Skála popisuje psychoterapii jako delikátní směs vědy a umění ⁽¹²⁾. Psychoterapie je nejen empirická věda, ale také z podstatné části specifická činnost, léčebné působení psychologickými prostředky ⁽⁹⁾. Tato dimenze psychoterapie, dalo by se říci řemeslo či umění psychoterapie, zde bude ve vztahu k depresi ilustrována krátkou kazuistikou u každého z vybraných psychoterapeutických přístupů. V případě Gestalt terapie bude uvedena obsáhlejší kazuistika z vlastní klinické praxe autora.

2. VYMEZENÍ POJMŮ

a. Psychoterapie

Definice psychoterapie není jednotná a odráží osobní pojetí jednotlivých autorů. V širším smyslu zahrnuje rozsáhlé možnosti působení zevním prostředím. Ve své práci užívám pojem psychoterapie v užším smyslu jako záměrné a cílevědomé působení psychoterapeuta na pacienta v terapeutickém vztahu nebo ve skupině ⁽¹³⁾. V tomto pojetí ji postihuje definice Balcara: „Psychoterapie je psychologická léčba (léčba psychologickými prostředky). „Psychologická“ znamená, že využívá duševně (tj. prožíváním) zprostředkovaného působení na člověka významem cíleně navozených událostí podle jejich psychologicky potvrzených nebo předpokládaných účinků v dalším prožívání, chování a fyziologii člověka. „Léčba“ znamená odborně (tj. na poznacích a zdůvodněných hypotézách příslušných oborů lidského poznání založenou podporu sebeúdravných pochodů u jedince či společenství, postiženého poruchou či utrpením zdravotní povahy, zacílenou k obnově a rozvoji jeho zdraví (tj. prospívání po stránce tělesné, duševní a duchovní, společenské a ekologické).“ ⁽¹²⁾

Ovšem psychoterapie je nejen léčbou, ale také profylaxí a rehabilitací, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy. Mezi ně patří především slovo, rozhovor, mlčení, neverbální chování, emotivita, vztah, učení, manipulace prostředím atd. ⁽¹⁴⁾ Jednotlivé psychoterapeutické přístupy tyto prostředky v různé míře kombinují.

b. Deprese

Definice deprese též není jednoznačná. Tento pojem se v psychiatrii používá k označení symptomu, syndromu i nosologické jednotky ⁽¹⁾. V psychoterapeutické literatuře se při popisu deprese směřují deskriptivní, psychodynamická a psychogenetická hlediska ⁽¹⁵⁾.

Historicky vznikly na počátku 20. století dva protikladné pohledy na depresi. Emil Kraepelin ji popsal jako nemoc a Sigmund Freud jako vyjádření internalizovaného hněvu a ztráty. V diagnostice se poté dlouhou dobu uplatňoval nosologický přístup, který se snažil depresi roztřídit do subkategorií odpovídajících předpokládané etiologii a etiopatogenezi. Newcastle Group počátkem 20. století diagnosticky oddělila „endogenní“ a „reaktivní“ (či „neurotický“) subtyp deprese. Podle diagnózy se pak deprese prvního subtypu měla léčit antidepresivy a elektrokonvulzemi, deprese druhého subtypu psychoterapií a trankvilizéry ⁽¹⁾. V dalším vývoji se však diagnostika přestala zakládat na této dichotomii, která se ukázala jako příliš schématická a neodpovídající komplikovanějším klinickým obrazům deprese. Pečlivé studie prokázaly, že u endogenních subtypů je možné také prokázat vyvolávající zevní faktory a že i neurotické deprese mají heterogenní patogenezi. Dnes se uvažuje spíše o kontinuu přechodů mezi mnohočetnými a heterogenními depresivními stavy ⁽¹¹⁾.

Přes obrovské množství klinických a výzkumných zkušeností je stále pochopení etiopatogeneze deprese věcí dalšího zkoumání. Deprese není homogenní poruchou, ale komplexním fenoménem, který má mnoho subtypů a pravděpodobně multifaktoriální etiologii. Symptomatologický obraz zahrnuje kontinuum stavů od mírných až po závažné symptomy s psychotickými rysy, které mohou interagovat s jinými psychiatrickými i somatickými poruchami ⁽⁷⁾. Podle biopsychosociálního modelu jsou vznik i průběh deprese závislé na neustálé interakci biologických, psychologických, sociálních a kulturních faktorů. K rozvoji depresivní poruchy dochází vlivem psychosociálních a biologických stresorů, zátěže z okolního prostředí, vývojových formativních vlivů, charakterových rysů i familiárně hereditárních a temperamentových dispozic ⁽¹⁾. Ukazuje se, že dědičnost zahrnuje široké spektrum poruch včetně mírnějších depresivních stavů a navíc dědičnost často určuje typ prostředí, do kterého se dítě predisponované k depresi narodí ⁽⁵⁾. V současných diagnostických systémech se uplatňuje přístup deskriptivní či fenomenologický, který nechává etiologické teorie stranou ⁽¹¹⁾.

Tato práce je zaměřena na psychoterapii mírné až středně těžké depresivní epizody. Při takových psychopatologických stavech jsou u pacienta po dobu nejméně dvou týdnů přítomny alespoň dva z nejtypičtějších příznaků: skleslá nálada, ztráta zájmu a radosti, zvýšená únavnost. Dále jsou přítomny alespoň dva až tři další příznaky: zhoršení soustředění a pozornosti, snížené sebevědomí a sebedůvěra, pocity viny a bezcennosti, smutný a pesimistický pohled do budoucnosti, myšlenky na sebepoškození a sebevraždu, poruchy spánku, snížená chuť k jídlu. Pacient s mírnou až střední depresí je obvykle schopen pokračovat ve společenských, pracovních a domácích aktivitách jen se značnými obtížemi ⁽¹⁶⁾. Závažnost depresivní poruchy i efekt terapie se též objektivizuje psychiatrickými posuzovacími stupnicemi.

Podle Americké psychiatrické asociace (2000) je psychoterapie jedním ze základních léčebných přístupů a je indikována u pacientů trpících lehkou až

střední depresí, jejíž klinický obraz je charakterizován přítomností psychosociálních stresorů, intrapsychickými konflikty, interpersonálními obtížemi či komorbiditou poruchy osobnosti.

c. Kombinace farmakologické léčby a psychoterapie

V terapii deprese se do šedesátých let 20. století převážně používala buď léčba biologickými prostředky nebo psychoanalýza. Po zavedení efektivní antidepressivní medikace se psychoterapie při léčbě deprese uplatňovala méně. Když se však ukázalo, že 15-30 % pacientů je farmakorezistentních a další léčbu přerušují kvůli nežádoucím účinkům antidepressiv, zvýšil se opět zájem o psychoterapeutické možnosti ovlivnění deprese. Byly vypracovány specifické psychoterapeutické intervence i manuály terapeutických strategií a technik pro psychoterapii deprese, které navíc umožňují ověřování její účinnosti ⁽¹⁾.

U farmakologické léčby deprese byla účinnost prokazována v nespočtu kontrolovaných klinických studiích. Důraz byl kladen zejména na léčbu během akutní fáze nemoci nebo na předcházení relapsu, avšak méně již byla sledována kvalita sociálního přizpůsobení po odeznění akutní fáze ⁽¹⁾. Přitom právě tehdy by pacienti mohli profitovat z kombinace farmakoterapie s psychoterapií, protože studie, které porovnávaly účinnost léků s psychoterapií, dochází nejčastěji k závěru, že léky jsou účinnější při léčbě akutních symptomů i v prevenci relapsů, zatímco psychoterapie ovlivňuje lépe sociální fungování.

V praxi psychiatrických ambulancí i praktických lékařů v naší zemi je ovšem léčba antidepressivy zdaleka nejčastější metodou léčby již u lehkých depresí, a to většinou bez psychoterapeutického doplnění. Zvláště v případech chronifikace však samostatná farmakoterapie se svým zaměřením na příznaky nepřináší uspokojivé výsledky a efektivitu léčby by mohla zvyšovat psychoterapie, která se zaměřuje na okolnosti vzniku a udržování depresivního

stavu ⁽⁶⁾. Výhody kombinované terapie deprese však zřejmě prozatím nejsou dostatečně obecně známy, tak aby se tato forma léčby v indikovaných případech stala normou. Podíl na tom má také doposud nedostatečné kritické zhodnocení kombinované terapie.

Výzkum psychoterapie deprese zpočátku provázely metodologické potíže s hodnocením účinků psychoterapie. Postupně však bylo provedeno množství pečlivě připravených kontrolovaných studií. Z jejich revize ⁽¹⁾ je možno dojít k převládajícímu závěru, že psychoterapie a farmakoterapie jsou přibližně stejně účinné a nejlepší výsledky přináší kombinovaná léčba. U lehčích ambulantních depresí bývá účinnější psychoterapie, u těžších forem farmakoterapie ⁽¹⁾.

Při zpracování 16 randomizovaných klinických studií porovnávajících léčbu deprese pouze antidepresivy (932 pacientů) s léčbou antidepresivy spojenou psychologickou intervencí (910 pacientů) se ukázalo, že psychoterapie kombinovaná s podáváním antidepresiv je spojena s výraznějším zmírněním příznaků depresivních poruch než samotné podávání léků. Při delší léčbě pomáhá přidaná psychoterapie k tomu, aby nemocní vytrvali v užívání předepsaných léků ⁽¹⁷⁾.

Takovéto obecné závěry je však ještě třeba podrobit dalšímu zkoumání, protože ani diagnóza deprese, ani léčba psychoterapií nejsou homogenní jednotky. Depresivní pacienti odpovídají na psychoterapii různě, podle závažnosti depresivní symptomatologie, komorbidních psychických či somatických poruch, osobnostních dispozic a dalších faktorů. Příkladem dalšího komplikujícího faktoru může být placebo efekt, který je u deprese vysoký. Podle klinických výzkumů je placebo efekt u antidepresiv 30-40%. Existují dva typy vzorců odpovědi na antidepresiva ⁽¹⁸⁾: skutečná odpověď na léky („true drug response“) a placebo způsob odpovědi („placebo pattern response“). Pacienti s druhým způsobem reagování vykazují časná, přechodná a nepřetrvávající zlepšení, jsou náchylnější k relapsu a dlouhodobé užívání antidepresiv u nich v prevenci depresivního relapsu není efektivnější než placebo. Při placebo

efektu hraje roli kromě velikosti, tvaru a barvy tablet antidepresiv také vztah lékaře a pacienta, kterým se psychoterapie zabývá a který může placebo efekt u odpovídající skupiny depresivních pacientů maximalizovat.

V rámci psychoterapie existuje mnoho rozdílných přístupů k terapii deprese. Při kombinované léčbě probíhá zároveň farmakoterapie i psychoterapie (u dvou nebo jen jednoho lékaře či terapeuta). Někteří autoři však podporují postupnou terapii, kdy léky navodí počáteční zlepšení, které zvýší pacientovy zdroje a podpoří lepší odpověď na následné psychoterapeutické intervence⁽¹⁹⁾. Obrácený postup hodnotila studie, ve které se ukázala signifikantně lepší remise u pacientů léčených postupnou („sequential“) terapií, při které pacienti nejdříve absolvovali samotnou psychoterapii (IPT, 12 týdnů, jednou týdně) a teprve při nedostatečném efektu byla pak přidána farmakoterapie. Dle autorů je takovýto postup vhodný u těhotných⁽²⁰⁾.

V případě mírné a středně těžké deprese přehledné zpracování šesti multicentrických, randomizovaných, kontrolovaných dvojitě slepých studií (883 ambulantních pacientů) ukázalo, že antidepresiva i psychoterapii je možné považovat za léčbu první volby u ambulantních pacientů⁽²¹⁾. U tohoto typu pacientů se v jiné studii dokonce ukázaly výhody kombinované léčby jako neprůkazné při srovnání se samotnou krátkou psychodynamickou podpůrnou psychoterapií⁽²²⁾.

Podle autorů studie zkoumající léčbu depresivních pacientů s poruchou osobnosti⁽²³⁾, představuje pro ně kombinovaná terapie představuje metodu volby. Kombinovaná terapie (v tomto případě krátká psychoanalytická podpůrná psychoterapie), se u nich soustředí nejen na symptomy, ale i na aspekty jejich aktuálních vztahů. U těchto pacientů byla efektivnější než samotná farmakoterapie, což však neplatilo pro depresivní pacienty bez poruchy osobnosti. Při kombinované terapii depresivních pacientů byla pravděpodobnější remise než při samotné farmakoterapii.

Z teoretického hlediska je v učebnicích psychiatrie kombinace farmakologické léčby a psychoterapie uváděna jako vhodná, či dokonce nezbytná ⁽⁶⁾, a prokazatelně účinnější než každá jednotlivá metoda zvláště ⁽²⁴⁾. Kombinovaná léčba je indikována při depresi se současným výskytem psychosociálních problémů, pokud je v anamnéze pouze částečná odpověď na jednu z těchto modalit a při obtížné spolupráci při farmakoterapii ⁽²⁵⁾. V případě mírné až středně těžké deprese je postačující i samotná psychoterapie ⁽²⁴⁾, která je v této indikaci zhruba stejně účinná jako antidepresiva ⁽⁶⁾.

Někteří depresivní pacienti prospívají pouze za pomoci léků. Řada pacientů však léky nemůže užívat díky svému preexistujícímu somatickému stavu, další skupina netoleruje nežádoucí účinky nebo odmítá léky z psychických důvodů. Existují pacienti, kteří na farmakoterapii odpovídají pouze nevýznamně, jiní jsou rezistentní na jakoukoliv biologickou léčbu a další jsou přesvědčeni o psychickém pozadí deprese a přejí si jí rozumět a zvládnout ji.

Psychoterapie v monoterapii je indikována zvláště při výskytu výrazných psychosociálních stresorů včetně obtíží v mezilidských vztazích, komorbidní poruše osobnosti, graviditě, laktaci či přání otěhotnět a na přání pacienta ⁽²⁵⁾. Není však znám prediktor výběru psychoterapeutického směru ⁽²⁶⁾. U těžkých forem depresí je nutná léčba biologickými prostředky a psychoterapie může být podpůrnou metodou, která přispívá k motivaci a náhledu pacienta a omezuje negativní sociální dopad nemoci ⁽⁶⁾.

Na základě doposud provedených kontrolovaných studií je možné vyvozovat podrobnější závěry: Při kombinované léčbě se procento pacientů rezistentních na léčbu snižuje z 32-76% na 10% ⁽¹⁾. Kontinuální psychoterapie významně snižuje množství relapsů. Některé studie ukazují přetrvávající efekt psychoterapie, který snižuje riziko relapsu po ukončení léčby, do dvou let relabuje 20% po psychoterapii, 50% po farmakoterapii ⁽²⁷⁾. Kontrolované studie ukázaly, že samotná psychoterapie byla v udržovací léčbě méně účinná než

farmakoterapie, v kombinaci s antidepresivy však účinnější než samotná farmakoterapie. Farmakologické a psychoteapeutické přístupy se zřejmě vzájemně doplňují, léky lépe kontrolují riziko relapsu deprese, psychoterapie zlepšuje sociální a pracovní adaptaci pacienta ⁽²⁶⁾. Při kombinované léčbě výrazně klesá množství přetrvávajících příznaků. Při užití psychoterapie dochází k významnému zlepšení soužití v rodinách a k lepší adaptaci v práci ⁽¹⁾. Kromě toho kombinace s psychoterapií přináší i nižší incidenci nežádoucích účinků, které se u samotné farmakoterapie zpravidla objevují v souvislosti s vyšším dávkováním a častější kombinací více preparátů ⁽²⁷⁾.

Nezanedbatelné je ekonomické hledisko. Dosavadní literatura není v tomto směru jednoznačná, zdá se však, že kombinace psychoterapie a antidepresivní medikace může být dokonce méně nákladná pro zdravotnictví než samotná farmakoterapie ⁽²⁸⁾. Přestože přímé náklady na léčbu jsou průřezově většinou vyšší než u samotné psychofarmakoterapie nebo psychoterapie, v delším časovém horizontu dochází zpravidla k jejich poklesu redukcí nákladů na hospitalizaci i poklesem nákladů na konzumovanou somatickou péči ⁽²⁷⁾. Pravidelná ambulantní terapie pomáhá depresivním pacientům zvládnout problémy v rámci psychoterapeutického vztahu místo hospitalizace. Ve studii Champus bylo dokonce zjištěno, že každý dolar, který byl utracen za psychoterapii deprese, ušetřil čtyři dolary na hospitalizaci ⁽⁵⁾.

Z kritického přehledu současné literatury o kombinaci antidepresiv a psychoterapie (behaviorální, kognitivní, interpersonální a krátké dynamické) ⁽²⁹⁾ vyplývá, že v akutní fázi mírné a střední deprese jsou tyto psychoterapie stejně efektivní jako antidepresiva. U závažnějších depresí jsou antidepresiva stejně účinná jako IPT a pravděpodobně účinnější než KBT. Při udržovací léčbě v prevenci relapsu je účinná jak dlouhodobá antidepresivní terapie tak i udržovací psychoterapie.

Na závěr však vyvstávají další otázky ohledně kombinované léčby. Zaměřují se psychoterapie a farmakoterapie na různé pacienty se specifickými

klinickými charakteristikami? Nebo dochází k augmentaci jejich efektu? Je možné blíže specifikovat, u kterých pacientů je která forma léčby indikována? Existují kontraindikace? Na kvalifikované zodpovězení těchto a dalších otázek jsou ještě potřeba další klinické zkušenosti a výzkumy, aby se více prozkoumala role psychoterapie při zvýraznění odpovědi na léčbu a zkvalitnění remise.

3. HLAVNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY K LÉČBĚ DEPRESE

Psychoterapeutické přístupy popisované níže jsou v odborné literatuře nejčastěji zmiňované v souvislosti s psychoterapií a kombinovanou léčbou deprese. Určitou výjimku představuje Gestalt terapie, k jejímuž zařazení do následujícího přehledu významně přispěla autorova osobní zkušenost s aplikací tohoto přístupu při léčbě deprese.

a. Dynamická psychoterapie

i. Základní charakteristika

Název „dynamická psychoterapie“ zde slouží jako zastřešující pojem pro množství terapeutických směrů, které vychází z psychoanalytické teorie a využívají základních psychoanalytických terapeutických nástrojů. Je obtížné definovat dynamickou psychoterapii, protože teoreticky není vyhraněná jako jeden psychoterapeutický směr. Prolínají se zde přístupy různých psychoterapeutických zaměření, která byla původně odvozena od psychoanalýzy.

Dynamická psychoterapie se soustředí především na nevědomé konflikty a pomáhá pacientům nalézat smysl a porozumění osobní historii, která ovlivňuje

jejich současný psychický stav. Terapie umožňuje pacientovi, aby si připomněl, zopakoval a propracoval obtížné životní zkušenosti a získal zkušenost se svými introjekty. Předpokládá se, že pacientovy konflikty jsou primárně nevědomé. Nevědomé se stává vědomým z velké části díky interpretacím přenosu. Existují dále rozdílné důrazy na další komponenty procesu terapie. Z pohledu psychologie objektivních vztahů jsou staré špatné objekty nahrazeny novými dobrými objekty. V pojetí egopsychologie vyplouvají na světlo archaické obrany a jsou interpretovány tak, že se mohou rozvinout nové, adaptivnější obrany. Selfpsychologie se domnívá, že terapeut či terapeutická skupina nabízí zrcadlící okolí, které může pomoci pacientovi vypořádat se s empatickými zklamáními a vyvinout soudržnější pojetí self⁽³⁰⁾.

ii. Historie

Psychoanalýzu založil na přelomu 19. a 20. století S. Freud. Své myšlenky postupně rozvíjel a tak ještě za jeho života prošla psychoanalytická teorie několika obměnami (traumatický, topografický a strukturální model). Někteří Freudovi žáci, jako C.G. Jung, A. Adler, W. Reich, se později s psychoanalýzou rozešli. Jiní jeho koncepty rozvíjeli a také kritizovali jako příliš lineární, neodarwinovské a normativní⁽³¹⁾.

Psychodynamický přístup dnes zahrnuje množství významných směrů: klasickou teorii, teorii objektivních vztahů, egopsychologii a selfpsychologii, kleiniánský a postkleiniánský přístup, narativní směry a další. Na psychodynamických principech se také zakládají interpersonální teorie, humanisticko-existenciální a feministicko-analytické teorie⁽³²⁾. Teoretici jednotlivých psychoanalytických proudů rozpracovali s depresí související koncepty úzkosti, manické poruchy, narcismu, dynamiky sebevražedného chování a masochistických milostných vztahů, které však přesahují rámec této práce.

Psychoanalýza podstatným způsobem ovlivnila kulturu, filosofii a antropologii 20. století. Vznik dalších psychoterapeutických směrů byl často zásadně určován jistým vymezením oproti psychoanalýze.

iii. Teoretický pohled na depresi

Psychoanalytická psychoterapie a zejména psychoanalýza se jako dlouhodobé intenzivní terapie zaměřují na ovlivnění osobnosti depresivního pacienta a ne primárně na zmírnění symptomů. Depresi lze z tohoto pohledu pojímat jako nepružnost, slabost či určitý deficit v oblasti psychické struktury jedince. Ta je složena z modelů, které odrážejí minulou zkušenost, a utváří se na podkladě vrozených dispozic a reálných zážitků⁽³²⁾. Deprese může být během života spuštěna vnějšími faktory, psychoanalytická psychoterapie však její etiologii hledá ve struktuře osobnosti⁽³³⁾. Klíčový význam v etiopatogenezi deprese je připisován raným mezilidským vztahům a zejména kvalitě vztahu mezi matkou a dítětem⁽³²⁾. Dítě si vštěpuje obraz matky a jeho postoj k sobě samému je závislý na jeho rané zkušenosti s matkou⁽³⁴⁾.

Z hlediska psychodynamiky existuje rozdíl mezi truchlením a depresí, jak objasnil Freud ve své práci Truchlení a melancholie z roku 1917. Abraham zdůraznil, že zde zásadní roli hraje agrese⁽¹⁵⁾. Klasický pohled na depresi jako dovnitř nasměrovanou agresi zahrnuje čtyři klíčové body:

1. narušení vztahu dítě-matka během orální fáze (prvních 12 až 18 měsíců věku) způsobuje následnou náchylnost k depresi,
2. deprese se může vázat ke skutečné (např. smrt matky) nebo představované ztrátě objektu,
3. utrpení z této ztráty zvládá člověk pomocí obranného mechanismu introjekce ztraceného objektu,
4. protože ztracený objekt je vnímán se směsicí lásky a nenávisti, pocit hněvu depresivní člověk směřuje sám do sebe.

Freud se domníval, že náchylnost k depresi, kterou způsobují interpersonální zklamání v raném dětství, vede k ambivalentním vztahům v pozdějším věku. Skutečné nebo hrozící interpersonální ztráty pak v dospělosti spouštějí sebedestruktivní zápas v egu, který se projevuje depresí⁽³⁵⁾. Pokud například dítě ve dvou letech ztratí matku, zklamání ze selhání mateřské omnipotence vyústí v deziluzi, agresi a ztrátu sebehodnocení. Separáční úzkost v raném dětství byla tak krutá, že schopnost truchlení a překonání ztráty nebyla možná. Dochází k retroflexi agresivních impulzů vůči internalizovaným milovaným objektům a k rozvoji depresivního afektu. Deprese je pak remobilizací takového prožitku ztráty při precipitující události v pozdějším životě⁽³³⁾. Podle současných poznatků přechází truchlení do patologické deprese maximálně u 10 % dospělých a 20 % dětí⁽²⁾.

Depresivní člověk se na rozdíl od zdravě truchlícího pohybuje ve třech *bludných kruzích*⁽¹⁵⁾. Do prvního se dostává, když na prožitek ztráty nereaguje truchlením - rozumnou mírou stísněnosti a omezení Já, poklesem aktivity, šetřením a reorganizací sil. Místo toho se stává extrémně apatickým a netečným, reaguje chybným způsobem, primitivním obranným mechanismem, který již ale není aktuálně zapotřebí, nezaručuje mu ochranu a naopak vede k dalšímu poklesu sebeúcty a tím k ještě většímu stažení. V druhém bludném kruhu se depresivní člověk začne pohybovat, když agresi jako přirozenou reakci na ztrátu nevybije navenek činem, ale místo toho jedná regresivním způsobem, agresi obrátí proti sobě, obviňuje sám sebe. Tím jeho agresivita vzrůstá a on ji zase obrátí dovnitř. Depresivní člověk se vyrovnává se ztrátou ambivalentního - nenáviděného i milovaného zároveň - objektu, tím, že jej introjikuje, zvnitřňuje. Neobviňuje pak jen sám sebe (autoagrese), ale také introjikované zlé součásti objektu (agrese). Tyto dvě formy agrese se navzájem potencují a vytváří se třetí bludný kruh.

Freud později v rámci topografického modelu předpokládal u depresivních lidí kruté superego, které je trestá za destruktivní přání ohledně rodičovských

figur. Kleinová popsala depresi jako reaktivaci depresivní pozice, ve které je depresivní člověk přesvědčen, že vlastní agresí zničil vnitřní dobré objekty, po kterých touží, a připadá si následně trestán vnitřními zlými objekty. Podle Jacobsonové tyto objekty člověk internalizuje v rámci super ega, a je pak vydán na milost jeho sadistickým požadavkům.

V současné psychoanalytické literatuře se zmenšuje důraz na roli agrese. Deprese je chápána jako narušení sebeúcty v kontextu interpersonálních vztahů⁽⁴⁾. Depresivní člověk si připadá bezmocný a neschopný, protože vnímá rozpor mezi svým aktuálním chováním a vysokými vnitřními nároky, kterým není v interpersonálních vztazích schopen dostát. Narcistická frustrace, která snižuje sebeúctu může vyústit v depresi.

Osobnost náchylná k vývoji a použití depresivního modu se vyznačuje určitými specifickými rysy. Její sebedůvěra je závislá na neustálém ujišťování, lásce a obdivu ostatních. Pokud se jí toho nedostává, dochází k poklesu sebedůvěry a následné depresi⁽³⁵⁾. Toto nastavení pochází z raného dětství, ve kterém depresivní osoba trpěla obrovskou úzkostí ze ztráty lásky svých rodičů. Aby byla milována, musela přísně dbát jejich zákazů a příkazů a aby vyrovnala eventuální nebo skutečný deficit lásky, musela podávat enormní výkony⁽¹⁵⁾. Podle Arietiho depresivní člověk žije pro druhé a ne pro sebe. Tzv. depresivní osobnost má strach stát se svébytným já, vzdává se svého já a obětuje se. Vyhledává závislost, tím se však stupňuje strach ze ztráty a na odloučení reaguje depresí. Tím se vytváří typický *začarovaný kruh*, který může být prolomen jen tak, že se člověk odváží být autonomním subjektem⁽³⁴⁾.

iv. Terapie deprese v klinické praxi

Psychoanalýza a psychoanalytická terapie

V psychoanalýze a psychoanalytické terapii není vypracován specifický postup pro terapii deprese, protože centrem terapeutického zájmu je osobnostní struktura pacienta. Podle Blanckových⁽³³⁾ se v terapii neléčí deprese, ale Ego, které tento afekt prožívá. Léčba se nezaměřuje na práci s depresivními symptomy, ale na porozumění pacientovi a zdrojům jeho psychopatologických projevů. Depresivní symptomy jsou chápány jako projev adaptace na relativně nepříznivé okolnosti raného vývoje, tato adaptace však zabraňuje dalšímu přirozenému vývoji. Terapeut hledá v životní historii pacienta kořeny deprese a zkoumá opakované zkušenosti, ve kterých byla narušena jeho sebeúcta a došlo ke ztrátě objektů.

Psychoanalýza a psychoanalytická psychoterapie se snaží dosáhnout změny, která má kauzální charakter. Terapeutické techniky se ani v případě deprese zásadně neliší od obecných, růst podporujících technik. V klasické psychoanalýze probíhají terapeutická sezení alespoň třikrát týdně, pacient leží na pohovce a analytik sedí v křesle, léčba je dlouhodobá a není předem stanoven časový limit léčby. Psychoanalytická psychoterapie se pružněji přizpůsobuje osobnosti pacienta, sezení neprobíhají tak často a je možné využít pohovku nebo sezení tváří v tvář.

Prvním krokem v léčbě je ustavení terapeutické aliance nasloucháním a empatizací s pacientovým hlediskem. Ústředním bodem psychodynamického přístupu k depresivním pacientům je utvoření interpersonálního významu a kontextu pro jejich depresi. Terapeut omezuje své zásahy do průběhu interakce s pacientem a v pacientově chování i prožívání se postupně odhalují jeho vnitřní, nedokonale vyřešené konflikty. Aktivují se vzorce, které vznikají v raném věku,

a později formují další pacientův vývoj, podílejí se i na vytváření situací, do kterých se pacient dostává. Tyto vzorce, které měly dosud nevědomý charakter, jsou v terapii zvědoměny a následně přepracovány⁽³²⁾. Terapeut svými interpretacemi navozuje náhled pacienta a tím mu poskytuje strukturovaný a organizovaný pojmově afektivní systém, do kterého může pacient umístit sebe, svoji subjektivní zkušenost i ostatní lidi⁽³⁵⁾.

Terapeut naváže s depresivním pacientem kontinuální empatickou vazbu a ve svých komentářích stále naznačuje přesvědčení o tom, že existuje budoucnost. Neponechává příliš dlouhé frustrující tiché pauzy, ani však neposkytuje přemíru laskavosti, sympatií a ujišťování. Podstatné je terapeutovo flexibilní hodnocení úrovně nálady, schopnost porozumění a nekolísajícího respektu. Depresi i eventuelní suicidální tendence pacienta bere vážně a ne jako manipulaci. Terapeut pomáhá ve výstavbě pacientovy sebeúcty tím, že ukazuje jeho dospělému Egu, kde se nejedná o jeho viny a chyby a možná ani vinu objektu. V terapii se napravuje distorze objektního světa (např. „matka nebyla jen špatná“) a následně se zkoumá, kdy se sám pacient cítí dobrý. V rámci terapeutického vztahu se terapeut sám stává „dobrým“ objektem a pacient si osvojuje nový, přiměřenější vzorec. Pacient si uvědomuje své potřeby i možné překážky a je následně schopen přijímat vědomá rozhodnutí. Učí rozlišovat mezi depresí, smutkem a zlostí, procvičuje si rozpoznávání a zvládání agresivity⁽³³⁾. Terapeut pomáhá vytvářet příležitosti k tomu, aby pacient našel nové, vhodnější vzorce řešení životních situací.

Frekvence terapeutických sezení závisí na závažnosti deprese, v případě krize doporučuje Jacobsonová sezení 3-4x týdně⁽³³⁾. Taková práce klade na terapeuta vysoké nároky, protože pokud depresivního pacienta do terapie přijme, musí v ní vytrvat tak, aby nedošlo k opakování traumatické minulosti. Podle Blanckových pacient, který byl vždy krutě zklamáván ve svých objektech, může být irreparabilně poškozen terapeutem, který zanechá případ uprostřed léčení⁽³³⁾.

v. Evidence účinnosti

Přestože v první polovině minulého století psychoanalytické přístupy dominovaly v terapii deprese, velmi málo studií zahrnuje randomizované, kontrolované studie dlouhodobé dynamické terapie nebo psychoanalýzy. Existují velké metodologické problémy spojené s těmito přístupy a takové studie by byly extrémně finančně náročné⁽⁵⁾. Je však pravděpodobné, že tyto přístupy mají své místo u určité skupiny pacientů. Z analýzy dat NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Project se ukazuje, že vysoce perfekcionistační a sebekritičtí pacienti neprofitovali ani z jedné ze sledovaných krátkodobých terapií (KBT, IPT, AD, placebo) a podle naturalistických studií by právě oni mohli dobře reagovat na dlouhodobější psychoanalytickou psychoterapii⁽³⁶⁾.

vi. Kazuistika⁽³³⁾

Pan Xavier, třicetiletý muž, byl v léčení proto, že selhalo jeho manželství, nebyl úspěšný v práci a byl depresivní. V dětství, když mu bylo dvanáct měsíců, byl hospitalizován kvůli pneumonii. Terapeut s ním pracoval na rekonstrukci této události – na bolesti ze separace při pobytu v cizím prostředí. Vznikl vztek a došlo k regresi, objevilo se suicidální přání, bolest a utrpení z nemoci způsobily narušení vnímání těla. Všechny tyto afekty oživaly během zlých nocí při nespavosti. Pan Xavier říkal: „Vy nevíte, jak je to zlé.“ Terapeut netvrdil, že ví. Byl to pacientův způsob verbalizování pocitu předčasné separace a osamocení. Když mnohé z toho bylo propracováno, bylo posíláno i pacientovo testování reality. Hospitalizace pro něho byla nešťastná a jako dítě to cítil jako selhání jeho onipotentních objektů. Jeho dospělé Ego si nemohlo uvědomit, že ani on, ani jeho rodiče nechybovali. Pan Xavier přijal během tohoto infantilního

traumatu obranný způsob – nikdy nedůvěřovat a nepotřebovat jinou osobu. Toto je v podstatě také důvod, proč selhalo jeho manželství. V přenosu odmítal přijmout terapeuta coby dobrý objekt a často se mu posmíval za jeho snahy. „Jste vskutku vytrvalý,“ říkal. Vytrvalost a konzistence však byly odměněny, když byly poopraveny distorze a pacient se začal identifikovat s terapeutem.

Krátká dynamická psychoterapie

V současné léčbě se prosazují více zacílené, krátkodobější dynamické psychoterapie, které se zaměřují na ovlivnění depresivního stavu a ne osobnosti pacienta ⁽³⁷⁾. Tento přístup navazuje na práci F. Alexandra, který od 40. let 20. století zaváděl méně časově náročnou, více na současnost zaměřenou terapii, při které terapeut konflikty z pacientovy historie používal jako vodítko, jakým způsobem poskytovat co nejlepší emoční korektivní zkušenost v přítomnosti. Současná krátká dynamická psychoterapie neusiluje o kompletní analýzu, klade důraz na terapeutický plán a soustředí se na identifikaci a analýzu fokálního konfliktu ⁽³⁸⁾. Aktuální konflikty propojuje s dětským vývojem a pojímá je jako manifestaci narušení časné vazby s blízkými lidmi ⁽²⁵⁾. Léčba je limitována obvykle na 12 až 40 sezení, během několika prvních sezení se zaměří na ústřední interpersonální problém. Terapeut vystupuje aktivněji, ne tak neutrálně jako v případě psychoanalýzy a relativně rychle přistupuje k interpretacím přenosu.

vii. Evidence účinnosti

Přestože variabilní protokol léčby dynamickou psychoterapií znesnadňuje vyhodnocení její účinnosti ⁽²⁶⁾, v metaanalýzách se ukazuje, že krátká psychodynamická psychoterapie není ani lepší, ani horší než jiné formy psychoterapie. Několik randomizovaných kontrolovaných studií (např. Sheffield

Psychotherapy Project) prokázalo stejnou účinnost krátké psychodynamické psychoterapie a kognitivně behaviorální terapie ⁽³⁷⁾.

Meta analýza šesti studií zkoumajících efekt krátkodobé psychodynamické psychoterapie a KBT v terapii deprese dochází k závěru, že obě terapie se zdají být stejně efektivní při terapii deprese ⁽³⁹⁾. Jiné hodnotící studie zase ukazují, že psychodynamická psychoterapie deprese je téměř tak efektivní jako KBT a IPT ⁽⁴⁰⁾.

viii. Kazuistika ⁽³⁷⁾

19-ti letý student vysoké školy konzultoval psychiatra po prvním semestru ve škole. Byl nespokojený se sebou i se školou, cítil beznaděj, měl depresivní náladu s občasnými suicidálními myšlenkami bez realizačních tendencí, trpěl poruchami spánku, výrazně sníženou energií. Terapeut s pacientem probíral výběr vysoké školy i solidní studijní výsledky. Vyšlo najevo, že pacient se původně ucházel o přijetí na prestižnější univerzitu, avšak nebyl přijat. Na škole, kde momentálně studoval, měl ambice dostat se mezi nejlépe oceněné studenty, to se mu však těsně nepodařilo. Terapeut se ho tázal, jestli doufá, že bude během dalšího studia v rozdílné situaci. Odpověď odhalila pacientovy extrémně vysoké vnitřní nároky na sebe. Chtěl být „hvězda“, nejlepší student na nejlepší univerzitě. Vysvětlil terapeutovi, že jeho otec studoval na nejprestižnější škole, a pacient doufal, že by tam svými vynikajícími výsledky mohl konečně získat přízeň a ocenění od svého otce. Po tom vždy toužil a nikdy to nedostal. Otec byl zřejmě zklamaný, že syn nebyl přijat na lepší školu. Pacient se domínil, že se za něj otec stydí, protože neměl ty nejlepší studijní výsledky.

Pacient žil svůj život pro dominantní druhou osobu – svého otce. Snažil se podávat výkon, který přesahoval jeho možnosti, aby se mu dostalo oceňující a milující reakce, která nikdy nepřišla. Tuto vytouženou reakci rigidně pokládal za jedinou důležitou věc v životě. Nedokázal si užít své dosažené úspěchy a

deprese souvisela s nepoměrem mezi jeho idealizovaným očekáváním a reálnou situací.

b. Kognitivně behaviorální terapie

i. Základní charakteristika

Behaviorální terapie se zabývá léčbou objektivně pozorovatelných symptomů a předpokládá, že poruchy chování jsou naučenými reakcemi, které podléhají přecvičování a odučování. Kognitivní terapie tvrdí, že za emoční poruchy odpovídá především nesprávné myšlení a vede pacienta k přezkoumávání jeho názorů ⁽³⁾.

ii. Historie

Behaviorální terapie se zakládá na práci Eysencka a Wolpeho z poloviny 20. století. Během dalšího vývoje se klasický behaviorální model rozšiřoval o důraz na subjektivní děje ⁽³⁾. V polovině 20. století vzniká racionálně emotivní terapie A. Ellise a v 70. letech kognitivní terapie A. Becka – dva směry, které se historicky a terminologicky odlišují, avšak obsahově jsou velmi blízké.

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) se utvářela v průběhu 70. a 80. let 20. století integrací behaviorálního a kognitivního přístupu ⁽³⁾, protože bylo zřejmé, že v praxi každá behaviorální terapie, má-li být úspěšná, musí vést ke změně stylu myšlení a postojů depresivního klienta a každá kognitivní terapie, má-li její účinnost přetrvat, musí prokázat platnost a užitečnost nově zformulovaných myšlenek a postojů pomocí změny chování pacienta v běžném životě ⁽¹⁾.

iii. Teoretický pohled na depresi

KBT teoretické pojetí deprese zahrnuje přístup behaviorální a kognitivní (s její předchůdkyní racionálně emotivní terapií). Tyto směry vystupovaly zpočátku odděleně. Behaviorální terapie deprese se zaměřovala na změnu zjevného chování pacienta pomocí zpevnování aktivního chování a zvýšení podílu příjemných činností v jeho životě. Kognitivní terapie deprese se zase soustředila na změnu depresivních myšlenek a dysfunkčních depresogenních postojů. Teoretická východiska těchto směrů ve vztahu k depresi budou dále popsána odděleně. V oddíle o kognitivně behaviorální terapii deprese v praxi bude rozvedeno i integrující KBT pojetí.

Behaviorální terapie (BT) se snaží o racionální modifikaci nežádoucího chování a k tomuto účelu využívá zákonitosti teorie učení. Ve svém konceptu patologie a etiologie deprese vychází z teorie naučené bezmocnosti, teorie nedostatku pozitivního zpevnování a zvláště pak ze zastřešující teorie sociálního učení. Podle ní je depresivní fungování pacienta výsledkem vzájemné interakce mezi osobnostními faktory, behaviorálními faktory a faktory prostředí. Pacient se naučil jednat, cítit a myslet depresivním způsobem. Pomocí nácviku může nad svým chováním získat kontrolu a osvojit si nové vzorce chování, u kterých je deprese méně pravděpodobná ⁽¹⁾.

Racionálně emotivní terapie se domnívá, že mezi aktivující událostí a důsledky stojí ještě pacientovo přesvědčení, které události dodává osobní význam. V případě deprese bývá toto přesvědčení iracionální, často bylo vsugerováno v dětství, je dále udržováno autosugescí a vede k nefunkční emoční reakci v podobě deprese ⁽¹⁾.

Kognitivní terapie tento přístup dále rozvíjí a depresi pokládá za kognitivní problém. Podle ní je afektivní odpověď v depresi určována tím, jak jedinec dysfunkčním způsobem kognitivně interpretuje svoji zkušenost pomocí negativních automatických myšlenek, které neodpovídají skutečnosti. Kognitivní model deprese předpokládá časnou zkušenost v životě pacienta, na

základě které se zformují dysfunkční kognitivní schémata. V průběhu života pak dochází ke kritickému incidentu, při kterém se tyto postoje aktivují a dochází ke zmnožení negativních automatických myšlenek. Jejich prostřednictvím pacient interpretuje většinu dalších zkušeností a to vede k rozvoji dalších příznaků deprese. Při depresi pak je pacient vůči automatickým myšlenkám méně kritický, více jim věří a ony tak prohlubují depresivní náladu ⁽¹⁾. Vzniká bludný kruh při kterém depresivní nálada dále posiluje negativní styl uvažování a depresogenní přesvědčení. *Bludný kruh deprese* se projevuje na úrovni fungování celého organismu, protože automatické myšlenky prohloubí depresivní emoce, které vedou k zvýraznění depresivních tělesných projevů. Ty posilují depresivní chování, což si člověk v depresi interpretuje dalšími depresivními myšlenkami. Tak se může deprese v bludném kruhu postupně udržovat nebo i prohlubovat ⁽⁴¹⁾.

iv. Terapie deprese v klinické praxi

Behaviorální terapie chápe depresi jako naučenou reakci. Je možné se jí přeučit a naučit se myslet, cítit a chovat nedepresivně ⁽¹⁾. Byla vyvinuta řada vysoce strukturovaných, krátkodobých behaviorálních technik pro terapii deprese. Podstatný je nácvik nového chování, s každým pacientem se vypracovává konkrétní plán léčby, ten je vyhodnocován a konkretizován. Cílem léčby je přeučit chybné vzorce v chování, myšlení a cítění, které vedly k rozvoji deprese, vytvořit nové vzorce chování, které brání depresi, a postupně rozšiřovat repertoár adaptivního chování. Jsou vytvořeny stukturované manuály behaviorální terapie pro pacienty i pro terapeuty, využívá se pozitivního a negativního zpevnování, zpětné vazby, opakovaného procvičování, imitace chování podle pozitivních vzorů a přenosu naučeného z terapeutické situace do přirozené životní situace pomocí domácích úkolů.

Terapeut využívá behaviorální strategie jako sebeodměňování, sledování činnosti (záznam a ohodnocení denních aktivit), plánování činnosti, postupné zvyšování náročnosti úkolů, arch předpovědi příjemnosti, arch proti otálení, drobný krok, expozice, zabránění reakci. Terapie vyžaduje kvalitní terapeutický vztah, terapeut je v roli experta a učitele. Deprese je pojímána jako problém v životě, ne jako nemoc.

Racionálně emotivní terapie je v praxi eklektická, direktivní a didaktická. Zásadní roli hraje „sokratický dialog“, při kterém terapeut zpochybňuje iracionální přesvědčení a maladaptivní postoj klienta. V diskusi se pak tvoří alternativní pohled.

Kognitivní terapie je strukturovaná, na cíl orientovaná, krátkodobá terapie (15-20 sezení). Terapeut se snaží prolomit bludný kruh deprese tím, že učí pacienta zpochybňovat negativní automatické myšlenky a později zkoumat procesy, které k vytvoření těchto myšlenek vedou, a schémata, z nichž tyto myšlenky vycházejí⁽¹⁾. Cílem terapie je zmírnění příznaků a prevence návratu nemoci. Terapie pomáhá depresivnímu pacientovi identifikovat a logickou analýzou zpochybňovat negativní kognitivní procesy, rozvíjet alternativní schémata myšlení a v praxi experimentálně ověřovat nové způsoby uvažování i nové vzorce chování. Terapeut využívá kognitivní strategie jako techniky odvedení pozornosti a zastavení myšlenek, identifikace a zpochybňování dysfunkčních předpokladů, sebepovzbuzení a sebeocení. Pracuje specificky se sebeznehodnocujícími depresivními myšlenkami, vede pacienta k tomu, aby si uvědomil vazbu emoční reakce s automatickými myšlenkami, rozpoznal automatické myšlenky, zkoumal jejich platnost a vytvořil racionální odpověď. Terapeut pracuje s atribučním stylem depresivního pacienta, který příliš zjednodušuje, selektivně zaměřuje (černé brýle), provádí základní logické chyby (např. přisuzuje svůj úspěch vnějším příčinám, zatímco selhání sám sobě). Snaží se otázkami přimět pacienta, aby sám dokázal najít jiné možnosti hodnocení

situace. Terapie je edukativní, terapeut a pacient jsou jako dva spolupracovníci ve výzkumném týmu.

Kognitivně behaviorální terapie se zaměřuje na analýzu a modifikaci myšlení a jednání klienta. Psychologické problémy chápe jako problémy utvořené a udržované vzájemným působením mezi pacientem a jeho prostředím. Léčba deprese využívá technik behaviorálního i kognitivního přístupu a kombinuje je podle aktuální potřeby ⁽¹⁾. Léčba je krátkodobá (1-20 sezení), zaměřuje se na konkrétní, ohraničené problémy, které jsou pozorovatelné v přítomnosti, stanovuje konkrétní, funkční cíle.

Terapeut direktivně strukturuje sezení, cílem však je soběstačnost klienta. Terapeut v rámci otevřené aktivní spolupráce s klientem provádí KBT vyšetření, při kterém formuluje klíčové problémy pacienta, objasňuje faktory, které tyto problémy udržují, a vytváří léčebný plán ⁽¹⁾. Při behaviorální analýze popíše vlastní problémové chování včetně kognitivních procesů, emocí a tělesných reakcí, předcházející okolnosti a následující důsledky. Vysvětlí, jak tento vzorec chování vznikl. Terapeut si zaznamenává automatické negativní myšlenky pacienta jako jsou negativní sebehodnocení, negativní sebekritika, kognitivní omyly.

Téměř během celé následující léčby provádí terapeut kognitivní analýzu: objasňuje kognitivní schémata jako určité vzorce, které vedou ke kognitivním procesům. V rámci těchto procesů po aktivace určitým spouštěčem dochází k produkci automatických myšlenek ⁽¹⁾. Ve spolupráci s klientem vypracovává terapeut funkční analýzu a snaží se porozumět tomu, proč problémové chování přetrvává, jak se toto chování posiluje, jak narušuje běžný denní život pacienta a také ale co pacient zvládá. Výsledkem je definování problémů a cílů. Při vlastní terapii jsou využívány kognitivně behaviorální strategie jako je ověřování hypotéz experimentem, řešení problémů, nácvik sociálních dovedností, kognitivní příprava na budoucnost, relaxace, plánování příjemných aktivit.

Kognitivně behaviorální terapie v současné době považuje pozitivní vztah mezi pacientem a terapeutem za nezbytnou, nikoliv však postačující podmínka úspěšné terapie. Terapeut vystupuje v roli experta a poradce, který v rámci „empirické spolupráce“ společného výzkumného týmu učí pacienta, jak svoji depresi zvládat jako problém v životě.

K diagnostice a ověření účinnosti terapie užívá terapeut dotazníky a posuzovací stupnice. Jednotlivé sezení má předem danou strukturu: určení programu sezení, zhodnocení domácích úkolů, hlavní téma dne, domácí úkoly na příště a zpětná vazba od pacienta ⁽¹⁾.

Skupinová KBT depresivních poruch obsahově odpovídá individuální terapii, je zřetelně strukturovaná na jednotlivé lekce podle manuálu a terapeut vystupuje jako laskavý učitel, který přednáší danou látku a pomáhá pacientům s prováděním experimentů ⁽⁴²⁾.

v. Evidence účinnosti

Kognitivně behaviorální terapie díky svému jasně strukturovanému zaměření na změnu kvantitativně měřitelných symptomů má oproti jiným terapeutickým směrům výhodu při vědeckém ověřování účinnosti. Zvláště nálezy prvních studií léčby deprese kognitivní terapií byly velmi optimistické a svědčily nejen o srovnatelné účinnosti kognitivní terapie a farmakoterapie, ale i o lepších výsledcích tohoto přístupu než byly výsledky ostatních psychoterapeutických směrů. Pozdější metaanalýzy však ukázaly, že důkazy o relativní nadřazenosti nad ostatními formami terapie vyplývaly z velké části či zcela z neúmyslného teoretického zkreslení ze strany badatele vlivem jeho loajálnosti ⁽¹⁰⁾. Faktem nadále zůstává relativně vysoká vědecká průkaznost kognitivně behaviorální terapie. Během posledních 25 let bylo publikováno kolem 80 studií kognitivní nebo kognitivně behaviorální terapie u depresí. Výsledky metaanalýz nejsou jednoznačné. Některé výzkumy svědčí pro vyšší

účinnost KBT než farmakoterapie, jiné ukazují, že KBT, IPT i antidepressiva jsou u lehčích a středních depresí stejně účinné, u těžších depresí je však účinnější farmakoterapie. Zdá se, že KBT v akutní fázi snižuje počet relapsů oproti samotné farmakoterapii ⁽²⁷⁾.

vi. Kazuistika ⁽³⁶⁾

32-letý depresivní počítačový programátor měl sebeznevažující myšlenky o své schopnosti vypracovat zadaných domácích úloh.

Pacient: Nevím, co se mnou bylo špatně tento týden. Prostě se mi asi tolik nechtělo do zadaných domácích úloh. Nevím, jestli se to se mnou někdy bude lepší.

Terapeut: Můžete si vybavit určitou chvíli z tohoto týdne, kdy jste měl problémy s vypracováním domácího úkolu, protože se vám nechtělo?

Pacient: Ano, ve čtvrtek jsem zkoušel dělat relaxační cvičení, ale pak jsem to vzdal.

Terapeut: Můžete mi říct, co jste si v tu chvíli myslel?

Pacient: No, začal jsem dýchat, ale nedokázal jsem uklidnit myšlenky a přestat myslet na jiné věci podle instrukcí v manuálu. Potom jsem začal myslet na to, jak dlouho už na tom pracuju a že už bych měl vědět, jak to dělat.

Terapeut: A jak dlouho už pracujete na technice dýchání?

Pacient: Týden.

Terapeut: Pojd'me se podívat na důkazy toho, na čem je založeno vaše přesvědčení, že byste v takovém čase měl toto cvičení zvládnout bez problémů.

Pacient s terapeutem pečlivě zrevidovali tuto situaci a ukázalo se, že pacientovo očekávání, že by měl být schopen zvládnout dané cvičení perfektně během jednoho týdne, je přehnané. Pacient uvažoval o tom, že

schopnost dýchat a udržovat si klidné myšlenky je dovednost, která ke svému perfektnímu zvládnutí normálně vyžaduje mnoho týdnů. Zjistil, že jeho přesvědčení o vlastní neschopnosti učit se bylo pokřivené a nesprávné.

c. Interpersonální psychoterapie

i. Základní charakteristika

Interpersonální psychoterapie (IPT) je zacílená, časově omezená terapie, která klade důraz na mezilidské vztahy depresivních pacientů. Zároveň bere v potaz genetické, biochemické, vývojové a osobnostních faktory, které hrají roli při vzniku deprese a náchylnosti k ní. Na základě klinické zkušenosti a výzkumných dat se domnívá, že depresivní porucha se objevuje v interpersonálním kontextu a zpětně interpersonální vztahy ovlivňuje, takže psychotherapeutické intervence zaměřené na tento kontext usnadňují úzdravu pacienta v akutní depresivní epizodě a předpokládá i efekt při předcházení relapsům a recidivám deprese⁽⁴³⁾. IPT je rozšířena v USA a také v západní Evropě. V České republice prozatím neexistuje systematický výcvik v IPT.

ii. Historie

Na rozdíl od jiných psychotherapeutických směrů, které byly nejdříve dlouho používány při léčbě pacientů a až dodatečně se ověřuje jejich účinnost, IPT se začala šířit až po sérii randomizovaných klinických studií, které zkoumaly její účinnost, a po replikování výsledků i mimo entuziastickou skupinu zakladatelů. IPT se dokonce prezentuje jako příklad „evidence based medicine“ v psychotherapii.

IPT vyvinuli v 80. letech minulého století Gerald Klerman a Myrna Weissman pro terapii deprese. IPT je eklektický směr, teoretické zázemí pochází

z práce Adolfa Meyera, Harryho Stack Sullivana a Johna Bowlbyho. Postupně byla upravena také pro terapii dystymie, mentální bulimie, závislosti, deprese v adolescenci a ve stáří, somatizace a dalších poruch.

iii. Teoretický pohled na depresi

Interpersonální přístup integruje psychoanalytický důraz na zážitky z raného dětství s kognitivně behaviorálním důrazem na současné stresory v prostředí. U člověka, kterému se v dětství nepodařilo dosáhnout emocionálního uspokojení, kognitivních a behaviorálních dovedností, které jsou nutné ke vzniku uspokojivých vztahů, se objevuje zoufalství, izolace a reaktivní deprese. Ta se dále udržuje omezenými sociálními dovednostmi, přecitlivělostí na ztráty a narušenou komunikací, to následně vede k odmítání ze strany okolí a dalšímu zhoršování pacientových interakcí, který tak začíná žít v *bludném kruhu*⁽¹⁰⁾.

Podle interpersonální psychoterapie hrají při depresi roli tři složky: rozvoj depresivní symptomatiky, sociální fungování a osobnostní podíl. Interpersonální psychoterapie nezkoumá etiologické činitele při vzniku deprese, ale zaměřuje se na spojení mezi vznikem depresivních symptomů a současnými interpersonálními problémy. Obecně se spíše zabývá současnými než minulými vztahy a pracuje s pacientovým aktuálním sociálním kontextem. Ovlivňuje depresivní symptomatiku a s tím související sociální dysfunkci a nezabývá se přetrvávajícími aspekty osobnosti.

Teoretické základy interpersonální psychoterapie deprese rozvíjejí Freudovo pojetí smutku a truchlení a zásadně jsou ovlivněny teorií vazby („attachment theory“) Johna Bowlbyho. Podle ní mají lidé vrozenou tendenci vyhledávat vazby. Tyto vazby přispívají k přežití druhu a k individuálnímu uspokojení. Hrozba ztráty důležitých vazeb vytváří úzkost a smutek, časté

opakování takovéto hrozby může člověka predisponovat k depresi.

Interpersonální psychoterapie předpokládá souvislost mezi vznikem deprese a interpersonálním kontextem, ve kterém se deprese objeví⁽⁴⁴⁾. IPT se zaměřuje na aktuální problematiku, snaží se ovlivnit sociální fungování a následně pozitivně zapůsobit na symptomy deprese. IPT se cíleně nezabývá osobností pacienta, mechanismy odporu nebo vnitřními konflikty⁽³⁵⁾.

iv. Terapie deprese v klinické praxi

Interpersonální terapie se vedle KBT stává nejrozšířenějším klinicky aplikovaným psychoterapeutickým přístupem v terapii deprese, zvláště pokud posuzujeme množství výzkumných prací na toto téma.

IPT je zcela zřetelně strukturovaná, trvá 12-16 sezení. Úvodní dvě sezení jsou informativní, terapeut shromažďuje údaje o pacientovi a jeho interpersonálním kontextu, seznamuje pacienta s konceptem IPT. V této fázi terapie je důležitá okamžitá úleva od symptomů. Pacient na sebe může vzít roli nemocného⁽³⁾ a není za ni obviňován, stejně jako by nebyl obviňován, kdyby měl například pneumonii.

V následujících deseti sezeních je terapie zaměřena na problematické vztahy v některé ze čtyř hlavních problémových oblastí: smutek, interpersonální spory, změna role/konflikt v roli, (například po rozvodu), interpersonální deficit (například sociální izolace). Terapeut facilituje narušený proces truchlení v případě úmrtí blízkého člověka, pomáhá klientovi rozpoznat zdroje nedorozumění v interpersonálním konfliktu, vyjasňuje pacientovo rozporuplné vnímání změněné sociální role, učí ho komunikačním dovednostem a efektivnějším strategiím, kterými může lépe zvládat současné sociální a interpersonální vztahy. Terapeut také využívá aktuální terapeutický vztah k tomu, aby identifikoval a pozměnil problematické interpersonální procesy, jako je nadměrná závislost nebo hostilita.

Poslední dvě sezení jsou věnována ukončování, prožitku ztráty a rekapitulaci nabytých interpersonálních dovedností.

IPT terapeut v laskavém, optimistickém duchu značně aktivně usměřňuje sezení, terapeutický vztah je zaměřen na spolupráci vyměřenou úkoly, které jsou zpracovány v manuálu IPT. Terapeut užívá techniky vypůjčené z jiných směrů, například „Vyjasňování“, „Podpůrné naslouchání“, „Hraní rolí“, „Analýza komunikace“, „Povzbuzení emocí“, „Využití terapeutického vztahu“.

Zlepšováním interpersonálního fungování depresivních pacientů IPT iniciuje pokles jejich depresivní symptomatologie a zároveň jim pomáhá řešit současné životní problémy.

v. Evidence účinnosti

Použití i účinnost interpersonální psychoterapie jsou bohatě vědecky zdokumentovány. NIMH Collaborative Study z roku 1986 na 250 ambulantních pacientech prokázal stejnou antidepresivní účinnost KBT, IPT a imipraminu oproti placebo v průběhu 16-ti týdnů. Pacienti s těžším stupněm deprese profitovali více z IPT a Imipraminu než z KBT⁽⁴³⁾. IPT se dále rozvíjí, existuje již i jako dlouhodobá léčba⁽³⁾, zaměřuje se i na chronické formy deprese, postnatální deprese či psychoterapii deprese po telefonu. Výsledky mnoha provedených studií dokazují účinnost IPT u ambulantních depresivních pacientů jak v akutní fázi, tak v rámci podpůrné léčby⁽¹²⁾.

iv. Kazuistika⁽³⁵⁾

22-letý svobodný muž začal být vážně depresivní měsíc poté, kdy skončil jeho tříletý vztah s přítelkyní. Pacient, který byl zaměstnaný jako kuchař a dálkově studoval, bydlel se svou matkou. Ta přestala chodit do práce poté, když byla hospitalizována kvůli fyzickým obtížím. Pacient následně začal být

depresivní. Během rozhovoru o pacientových současných vztazích se zjistilo, že se cítil blízky pouze ke své matce, k nikomu jinému.

Pacientova historie ukázala neadekvátní sociální vztahy a nedostatek interpersonálních dovedností. Léčba se zaměřila na důležité vztahy v minulosti a na konflikty kvůli jeho vztahu s matkou. Vztah pacient-terapeut poskytl přímý zdroj informací o pacientově stylu vztahování se k druhým. Ty byly použity k úpravě maladaptivních interpersonálních vzorců a ke zlepšení jeho schopnosti vytvářet vztahy s ostatními.

d. Systemická rodinná terapie

i. Základní charakteristika směru

Rodinná a párová terapie zahrnuje velké množství terapeutických přístupů, které značně odlišují svými teoretickými základy, strukturou a procesem terapie i terapeutickými cíli. Rodinnou a párovou terapii je možné definovat jako terapeutický přístup, který se explicitně zaměřuje na změnu interakcí mezi členy rodiny a snaží se o zlepšení fungování rodiny jako celku nebo jeho subsystémů zároveň s fungováním individuálních členů rodiny⁽⁴⁵⁾.

Psychická onemocnění je možno pozorovat na pozadí kontextu, ve kterém vznikají a ve kterém se udržují. Cílem terapeutických intervencí pak jsou interakce různých sociálních systémů. Pojem „rodinná terapie“ zahrnuje terapeutické zásahy, které souvisejí s komunikační teorií, teorií hry, teorií vazby a teorií systémů⁽³⁾. Na terapeutické sezení přichází celá rodina, je však také možné pracovat jen s několika členy rodiny, s párem a nebo i s jednotlivcem, na kterého se pohlíží jako na součást určitého systému.

Systemický přístup je podle Cechina možné vymezit třemi základními principy⁽⁴⁶⁾:

1. svět, jak ho vidíme, je světem komunikace
2. lidé žijí, hrají si a trpí vždy ve vztahu k někomu
3. terapeut je zvědavý, fascinovaný zápas, které vedou jeho klienti, aniž by si nutně přál je změnit

ii. Historie

Významu pacientovy rodiny při utváření a udržování psychických poruch se začali terapeuté intenzivněji věnovat v 50. letech 20. století zejména ve vztahu ke schizofrenii. Bartalanffyho teorie obecných systémů pojímala rodinu jako otevřený systém, který si zpětnovazebnými mechanismy udržuje svoji homeostázu. Symptom chápe jako projev patologie systému. V 80. letech se jako obecná terapeutická koncepce vydělil systemický přístup, který se hlásil k radikálnímu konstruktivismu. Podle něj je realita sociální konstrukcí a vnější svět naším poznáním neodhalujeme, nýbrž si ho vytváříme.

Další vývoj směřoval k sociálnímu konstrukcionismu, podle kterého člověk událostem a vztahům přiděluje význam tím, že je určitým způsobem zakomponuje do příběhu, který vypráví. Tento příběh s ním sdílí členové rodiny a vytvářejí společnou sociální realitu. Z tohoto pojetí vyšla narativní terapie, ve které členové rodiny společně s terapeutem převyprávěním příběhů dekonstruují původní významy, hledají nové souvislosti a rekonstruují problémem definovaný systém rodiny⁽⁹⁾. Systemická terapie se jak ve světě tak v České republice ubírá dále několika směry.

Systemický přístup k terapii deprese zpracovali Gotlib a Colbyová v roce 1987 a zásadně byl ovlivněn studií London Depression Intervention Trial (LDIT) z roku 1991, která v praxi ověřila systemickou a párovou terapii deprese. V následujícím popisu terapie deprese vycházím převážně z pojetí britských terapeutů Jonesové a Asena, kteří LDIT prováděli a následně teoreticky zpracovali.

iii. Teoretický pohled na depresi

Na vzniku, trvání a eventuelní chronifikaci deprese se zásadním způsobem podílí aktuální podněty ve vztahu pacienta s jeho prostředím⁽³⁾. Jedná se zejména o společenské okolnosti podporující vznik stavu bezmoci, jako je chudoba, rasismus, gender, zneužití. Deprese je pak reakcí na zážitky bezmoci, která bývá vyvolána zkušenostmi zneužívání, zanedbávání nebo ztráty blízké osoby v dětství nebo v současné rodině⁽⁴⁶⁾.

Systemický přístup nepojímá depresi jako chorobu jednoho člověka, ale jako sociálně utvářený fenomén a depresivního pacienta chápe jako „označeného“ pacienta („designed patient“)⁽⁴⁶⁾. (Zajímavým důsledkem tohoto přístupu jsou v USA soudní procesy proti terapeutům, který se měli dopustit profesionální chyby, když depresivního pacienta léčili samotného a ne společně s jeho ko-producentem téhož životního kontextu⁽⁴⁷⁾. Důvěrné vztahy pacienta ovlivňují jeho depresivní příznaky a zároveň jsou těmito příznaky zpětně ovlivňovány. Z hlediska komunikace je v rodinách depresivních pacientů nápadně vysoký stupeň kontroly, vztahy depresivních pacientů se vyznačují velkou emoční závislostí⁽³⁾.

U člověka s horší schopností adaptace se při náročné události objeví depresivní příznaky. Nejčastějším stresem, který předchází depresi, jsou manželské rozpory. (Paykel et al. 1969)⁽¹⁾. Na depresivní příznaky reaguje partner a rodina, nutí pacienta k soustředění se na „nedepresivní“ aspekty života nebo ho zvýšenou měrou za nežádoucí chování kritizují. Dochází k osamocení a nepochopení depresivního jedince, k udržování rolí pečovatel/pacient a tím k dalšímu rozvoji deprese⁽⁴⁶⁾, celý systém se ocitá v *bludném kruhu*.

Ovšem deprese má v rámci systému význam na různých úrovních. Může to také být zpráva partnerovi, aby se ve vztahu více angažoval, může jít o

symbolické uchování vzpomínky na zesnulého člena rodiny nebo způsob bránění partnerovi nebo dětem, aby opustili domov.

Terapie se zaměřuje nejen na dynamiku partnerského páru, ale také na bližší i vzdálenější rodinné vztahy spolu se sociálním a kulturním prostředím. Cílem je změna pozice a významu role „označeného“ pacienta v systému, tím dojde k vymizení jeho depresivních obtíží.

iv. Terapie deprese v klinické praxi

Hlavním cílem systemického přístupu v párové terapii u deprese je snaha o kontextualizaci aktuálních depresivní příznaků. Příznaky depresivního pacienta je třeba nahlížet v kontextu jeho současných i minulých vztahů s rodinnými příslušníky či dalšími významnými osobami s ohledem na sociální a kulturní faktory.

Terapeut se snaží zprostředkovat „označenému“ pacientovi a jeho partnerovi nové pohledy na současné problémy, nalézt jiné významy přikládané depresivnímu chování a experimentovat s novými způsoby vztahování se jednoho k druhému⁽⁴⁶⁾.

V terapii se zkoumá, jak se všichni zúčastnění dostali do situace, ve které je jeden z nich „označen“ jako depresivní, jak došlo k „uvěznění“ ve vzorci vzájemných interakcí. V rámci systému se hledají nové možnosti odlišných vzorců chování, které nejsou spjaty s příznakem. Pokud dojde ke změně interakce, přinese to sebou i změnu příznaku, ústup depresivní symptomatologie. Terapeut se přitom nesnaží učit, „jak to dělat lépe“, ale dát pacientovi a jeho blízkým kompetenci k tomu, aby vyzkoušel vlastní způsoby řešení⁽⁴⁶⁾.

Terapii je možné rozdělit do tří fází. V první fázi se buduje důvěrná atmosféra a stanovením cíle terapie také motivace. Pár definuje svůj problém a jeho vývoj v čase. Hledá porozumění tomu, jaké myšlenky a chování přispívaly k současnému paralyzovanému stavu. Sezení probíhá jednou za 1 nebo 2 týdny.

Ve střední fázi terapie se pozornost přesouvá od problému k širšímu kontextu a vzorcům, které problém udržují a jsou jím zároveň udržovány. Terapie je zaměřena na přítomnost, podstatná je změna navyklých vzorců chování či systému přesvědčení, které udržují depresi. Zásadní je neustálé posilování, zdůrazňování jakékoliv malé změny či úspěchů v přítomnosti a postupné předávání zodpovědnosti za průběh změn klientům.

Sezení probíhá méně často (o frekvenci rozhodují sami klienti), využívají se nejrůznější techniky: otázky zaměřené na budoucnost, konfrontace, přehrávání (např. zinscenování typické hádky), přerámování, řešení problému (identifikování okamžiku, v němž se lze vyhnout nežádoucímu vyústění), využívání příběhů a metafor, mapování životního prostoru rodiny (např. sestavování rodokmenu), domácí úkoly, neverbální techniky. Typickou technikou je cirkulární dotazování, při kterém dochází k rozvolnění rigidních komunikačních vzorců. Terapeut se pacienta ptá, co si myslí, že si myslí (nebo přeje) jiný člen rodiny⁽⁹⁾. V závěrečné fázi terapie se rekapituluje dosažená práce a pracuje se na prevenci, terapie probíhá v intervalech několika týdnů i měsíců.

Významným přínosem systemického rodinného přístupu byl reflektující tým, ve kterém se sdílejí různé perspektivy a verze reality, bez toho, aby jedna z možností byla označena za nesprávnou či nepravdivou. Reflektující tým využívala tzv. Milánská škola a dále ho rozvíjí Tom Andersen a další. Práci terapeuta s rodinou sledují další členové týmu za jednocestným zrcadlem, poté role prohodí a rodina s terapeutem sleduje diskusi pozorovatelů. Na závěr terapeut hovoří s rodinou o tom, jak jinak mohou vnímat svoji situaci.

v. Evidence účinnosti

V praxi byl výzkumy potvrzena účinnost terapie podle systemického manuálu pro práci s rodinami, ve kterých jeden člen onemocněl schizofrenií.

Stejně se postupovalo i v případě deprese, po sestavení manuálu se v randomizované kontrolované studii London Depression Intervention Trial v roce 1991, kde se srovnávala psychofarmakologická léčba se systemickou párovou léčbou u deprese. Bylo dosaženo významného zlepšení u systemické párové terapie proti skupině s antidepressivní farmakologickou léčbou a párová terapie se ukázala jako účinnější a přijatelnější pro pacienty než antidepressivní léčba ⁽⁴⁶⁾. Bylo zjištěno, že samotná antidepressivní léčba není levnější. Zkoumal se také EE model („expressed emotions“), tj. negativní působení odmítajícího hodnocení a přehnané emocionální reakce příslušníků rodiny na průběh nemoci ⁽³⁾. V rodinách se silně vyjadřovanými emocemi se nová fáze deprese objevuje významně častěji (Hooley, 1986). U pacientů léčených systemickou párovou terapií se následně snížila úroveň hostility vyjadřované partnery depresivních pacientů ⁽⁴⁶⁾. Výzkum v oblasti systemické rodinné terapie deprese je prozatím málo rozsáhlý (snad i proto, že staví na logickém pozitivismu, který podle některých systemických terapeutů odporuje principům systemického myšlení (39, str. 308)), věnují se mu však i další práce z Velké Británie (Pote et al., 1998; UKCP, 1999) ⁽⁴⁶⁾.

iv. Kazuistika ⁽⁴⁶⁾

Martin (31 let) trpěl několik let epizodami deprese, které souvisely se somaticky podmíněnou impotencí, šikanou ze strany bývalého nadřízeného a následnou ztrátou práce. Martin připisoval svůj stav především rozpadajícímu se manželství s Mary. Oba však doufali v zachování vzájemného vztahu v zájmu jejich desetiletého syna.

V prvních stádiích léčby se terapeutka soustředila na pomoc Martinovi, aby si mohl vytvořit silnější pocit sebedůvěry. Poskytovala mu oporu, snažila se porozumět jeho osobním a dalším souvislostem, jež předcházely vzniku deprese, a navrhovala nové způsoby chování. To vše mělo nevyhnutelně vliv i na vztah

s Mary. Povinností terapeutky bylo také pokusit se prozkoumat různé odezvy u Mary, aniž by to naznačilo, že její podrážděnost a opovržení jsou příčinou martinovy ztráty sebedůvěry. Terapeutka se pevně držela „neobviňujícího“ systemického postoje, tj. myšlenky, že jedinci dělají to, co mohou v rámci omezení svých způsobů prožívání v dané pozici, v určitém čase a v systémech, které spoluutvářejí. Tento postoj nakonec Mary přesvědčil, že jí nebude jednostranně připisována zodpovědnost za Martinův stav. Umožnilo jí to začít si během sezení pro sebe hledat prostor a jednou se svěřila, jak se někdy cítí uvězněná v roli „rozzlobené matky“.

e. Humanistická psychoterapie

Humanistická psychoterapie vznikala jako protiváha redukcionistickému a deterministickému zaměření psychoanalýzy a behaviorální terapie⁽⁹⁾. Jedná se o velkou rodinu příbuzných terapeutických směrů, které většinou nesou výrazný rukopis svých zakladatelů a dále se rozvíjí jako samostatné školy. Teorie je nejednotná, často se inspiruje psychoanalytickou teorií nebo se vůči ní naopak vymezuje, existuje částečný plynulý přechod k psychodynamickým postupům. Humanistické psychoterapii je společný důraz na svobodu jedince, na rozvíjení jeho osobnostního potenciálu a na jedinečnost lidského setkání v terapii. V praxi terapeut pracuje fenomenologicky s vnitřním zážitkovým světem pacienta a pomáhá mu, aby pochopil své vnitřní prožitky, naučil se s nimi vědomě zacházet a nepodléhal manipulaci zvenčí. Cílem je osobnostní růst pacienta, který je podporován důrazem na atmosféru vztahu terapeuta a pacienta⁽³⁾. Významnými představiteli humanistické psychoterapie byli A. Maslow, Ch. Bühlerová, J. Bugental a S. Jourard. Svým založením sem patří také rogersovská psychoterapie, Gestalt terapie a existenciální směry daseinsanalýza a logoterapie.

Vzhledem k důrazu na sebeaktualizaci pacienta a jedinečnost terapeutického setkání nemají tyto směry vypracován obecný a podrobný algoritmus pro terapii deprese. Přístup k pacientovi je vždy individuální, jednotlivé školy terapeuticky pracují s depresivním pacientem na základě svých teoretických i praktických poznatků. Popis jednotlivých přístupů však přesahuje rozsah této práce.

S ohledem na vlastní terapeutickou orientaci autora bude dále podrobně popsána pouze Gestalt terapie jako jeden z významných současných proudů humanistické psychoterapie. K terapii deprese se ovšem využívají i jiné přístupy humanistické psychoterapie a je zřejmé, že takovým výběrem dochází k podstatné redukci. Gestalt terapii autor využívá při terapii depresivních pacientů v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě, kromě poznatků z literatury bude následující popis vycházet také z vlastních praktických zkušeností autora.

Gestalt terapie

i. Základní charakteristika

Gestalt terapie se zaměřuje na přítomný prožitek, důraz klade zejména na práci s emocemi. V přítomném vztahu s terapeutem či se skupinou pacient rozšiřuje své uvědomění v emoční, kognitivní i tělesné složce a je poté schopen převzít zodpovědnost za svobodné vyjádření svých potřeb. Terapeut pracuje se vztahem tady a teď v průběhu terapie, dává pacientovi příležitost zpřítomnit v současné realitě zážitky a vzorce ze své osobní historie⁽⁴⁸⁾ a vyzkoušet nové, vhodnější způsoby fungování ve vztahu k okolí i k sobě samému. Terapeut vstupuje autenticky do dialogu s pacientem. Pracuje fenomenologicky, všímá si pacientových gest a pohybů, tónu hlasu, výrazu tváře, očního kontaktu a

způsobu dýchání. Co nejméně užívá své interpretace a respektuje výklad, kterým pacient sám dává smysl svému prožitku. Terapeut má k dispozici pomocné techniky (např. prázdná židle či identifikace), spíše však tvořivě improvizuje a pomocí experimentů zvýrazňuje pacientovo prožívání.

ii. Historie

Gestalt terapii založil F. Perls ve 40. letech 20. století. Na vzniku uceleného terapeutického směru se podíleli podstatnou měrou též L. Perlsová a P. Goodman. Gestalt terapie se vytvářela na množství filozofických (existencialismus, fenomenologie, zen buddhismus) a psychologických (psychoanalýza, Gestalt psychologie, holismus, bioenergetika) základech. V 60. letech byl obraz Gestalt terapie určován zejména Perlsovými popularizujícími demonstracemi s množstvím různých technik a experimentů, které byly vedeny myšlenkou, že člověk má zapomenout na svůj rozum a vrátit se ke smyslům. To na jedné straně pomohlo masivnímu rozšíření této metody, zároveň však vedlo k určitému znevěrohodnění v odborných kruzích. V pracích Perlsových následníků (např. G. Yontef, J. Zinker, E. a M. Polsterovi, J. Simkin, G. Wheeler) je Gestalt terapie důkladněji teoreticky rozpracována, důraz je kladen zejména na fenomenologické hledisko, teorii pole a existenciální dialog. V současné době se více uplatňuje i v klinické praxi při terapii úzkostných a depresivních poruch, závislostí, poruch osobnosti, psychosomatických poruch i psychotických onemocnění.

iii. Teoretický pohled na depresi

Gestalt terapeutický pohled na depresi vychází ze specifického pojetí osobnosti. Self je z pohledu Gestalt terapie proces a ne struktura. Lidé neustále

vytvářejí své self tím, že syntetizují a dodávají osobní význam biologicky založeným informacím svých emocí i kulturním poznatkům získaným z okolí.

Symptomy jsou při depresi doprovodnými jevy a Gestalt terapie se zaměřuje více na specifické generující procesy či základní determinanty této poruchy⁽⁴⁹⁾. Symptomy zmenšují rozsah souboru funkcí a omezují pružnost reagování pacienta⁽⁵⁰⁾. Ten pak není schopen reagovat v aktuální situaci v souladu se svou současnou potřebou, ale je determinován fixovaným vzorcem chování, při kterém se řídí zvykem a ne vědomou volbou. Gestalt terapie rozšiřuje uvědomění pacienta tak, aby mohl své fungování regulovat vědomou volbou⁽⁵¹⁾.

Gestalt přístup se prezentuje jako alternativa pohledu interpersonální terapie, že narušení rolí a interpersonální izolace (jakkoliv silné prekurzory deprese to jsou) způsobují depresi, nebo pohledu kognitivně behaviorálního, podle kterého jsou negativní myšlenky a názory základními determinanty deprese⁽⁴⁹⁾. Deprese je v pojetí Gestalt terapie v zásadě afektivní porucha. Psychické funkce jsou řízeny v první řadě skrytým emocionálním smyslem události a ne myšlenkami, názory nebo očekáváními od druhých. Negativní pohled na sebe, svět, budoucnost i behaviorální stažení se jednak odvozují od základních emocí a reagují na ně, jednak představují maladaptivní způsoby zvládání událostí, které tyto emoce vyvolávají⁽⁵²⁾.

Tzv. depresogenní emocionální schémata, která se odvozují od časných životních prožitků významné ztráty, ponížení nebo bezmoci, uchovávají tento emocionální prožitek v primitivních podobách. Emocionální reakce pacienta na současnou situaci, která má podobné rysy jako tyto časné zkušenosti, mohou aktivovat maladaptivní depresogenní schémata, která ovlivní současnou percepci i prožívání. Převáží emocionální schéma, při kterém se pacient cítí nemilován, ponížen, polapený, bezmocný a není schopen mobilizovat alternativní reakci. Takové schéma často zahrnuje introjиковaná negativní hodnocení typu „Jsem bezcenný.“⁽⁵²⁾ Dochází k depresivní organizaci self, které postrádá schopnost

pružně se organizovat v souladu s aktuální situací. Self se začne rigidně a stereotypně organizovat jako beznadějné, bezmocné, nekompetentní a nejisté. Schematicky generovaný samoorganizující se depresivní prožitek je symbolizován v uvědomění. Projevuje se negativními přesvědčeními o sobě, světě a ostatních, pacient zakouší pocity strachu a opuštění, základní nejistoty a studu a na úrovni chování neschopnost jít dál.

Depresivní pacienti jsou zaplaveni svými negativními afekty. Své emoce se snaží regulovat dysfunkčními strategiemi zvládnání jako je vyhýbavost, zmrtvování, neúplné procesování svých pocitů a stažení. Tím dále depresivní obtíže zvýrazňují⁽⁵²⁾. Při depresivní organizaci self tak dochází k *bludnému kruhu deprese*. Pacient postrádá sebedůvěru, vůli a motivaci kontaktovat se s okolím. Sám sebe zastavuje před akcí, která by mohla uspokojit jeho aktuální potřebu ve vztahu k okolnímu světu. Hlavní roli zde hraje zafixovaný kontaktní styl retroflexe, při kterém depresivní pacient impulzy a požadavky směřující ven do okolí otáčí zpět vůči sobě. Nevyjádří své potřeby vůči okolí a místo toho trápí sám sebe nespílitelnými požadavky. Tím dochází k další frustraci pacientových neuspokojených potřeb, k dalšímu poklesu sebedůvěry, vůle a motivace – tj. posílení depresivní organizace self - a následně k ještě výraznější neschopnosti navázat kontakt.

iv. Terapie deprese v klinické praxi

Gestalt terapie podobně jako jiné psychoterapeutické směry rozlišuje smutek a depresi. Odvolává se na psychoanalytické pojetí Abrahama (1912) a poté Freuda (1917) v klasickém článku „Smutek a melancholie“. Ačkoli symptomaticky mohou oba stavy imponovat velmi podobně, zásadní a určující rozdíl je ve ztrátě sebeúcty⁽⁵³⁾. Zatímco v případě smutku terapeut podporuje přirozený proces truchlení, nesnaží se mu bránit, zasahovat do něj nebo ho obcházet, v případě deprese je terapeutický přístup odlišný. Cílem Gestalt

terapie deprese je obnovit spontaneitu funkce self, podpořit existující osobnostní zdroje a transformovat depresivní organizaci self⁽⁵²⁾. Pracovat psychoterapeuticky stejně se smutkem i depresí může dokonce pacienta poškodit⁽⁵³⁾.

Gestalt terapeut podporuje uvědomění a přijetí emočního prožitku depresivního pacienta a učí ho novým způsobům zpracovávání emocí (například využití hněvu k akci zaměřené ven, místo retrofektivní autoagrese). Používá se kombinace stylu intervencí, které se zaměřují jak na terapeutický vztah, tak na úkoly⁽⁵⁴⁾. Gestalt terapeutický přístup k depresivním pacientům se významně odlišuje od běžně tradovaného Gestalt přístupu, je daleko méně konfrontující a více podporující.

Greenberg popisuje tři fáze terapie deprese⁽⁵⁴⁾:

1/ napojení a uvědomění

Počáteční terapeutická sezení (zpravidla zhruba tři hodiny) jsou věnována vytváření bezpečí, důvěrného pouta a budování terapeutického spojení. Terapeut naslouchá a sleduje pacientův styl afektivně kognitivního způsobu zpracovávání situací a odhaduje pacientovu kapacitu pro emocionální prožitkovou práci⁽⁴⁹⁾. Terapeut podporuje důvěru ve vztahu, emocionální uvědomění pacienta a společně s ním stanoví počáteční zaměření terapie. Důležitý je pozorný, empatický a oceňující přístup.

Zvláště při práci se skupinou depresivních pacientů musí terapeut nejprve vytvořit bezpečné zázemí, atmosféru důvěry ve skupině⁽⁵⁵⁾. Terapeut nastolí jasná skupinová pravidla a hranice, společně s pacienty vypracuje plán pro případ krize, -eventuelně podepíše antisuicidální kontrakt. U těžších depresivních stavů je vhodná též antidepressivní medikace.

Rozhodující je přístup terapeuta. Ten musí akceptovat aktuální emocionální stav pacienta, vzít vážně jeho stížnosti na smutek, neproduktivitu, nízké sebevědomí. Podstatné je, že v takové situaci terapeut pacienta neutěšuje

planými nadějemi, ani však nerezignuje na svou snahu mu pomáhat. Obě těmito způsoby obvykle reaguje pacientovo okolí a jen tím v interpersonálním kontextu podporuje pacientovu depresivní organizaci self. Tím, že se terapeut nechová podle stejného vzorce, dovoluje i pacientovi, aby vystoupil z rigidního vzorce chování. Základem přístupu terapeuta je v této počáteční fázi oceňování úsilí a podpora, spíše než frustrace, protože depresivní pacient frustruje sám sebe neustále ⁽⁵⁵⁾.

2/ vybavování a zkoumání emocionálního materiálu

Jakmile je vytvořené bezpečné pouto a silné pracovní společenství, terapeut reaguje na specifické projevy pacienta, které poukazují na depresogenní zpracování problémů, jako například vystupňovaná sebekritika, a navrhuje vhodné intervence. Tyto intervence aktivně zapojují pacienta do emočně procesních úkolů během terapeutického sezení. Patří mezi ně například dialog na dvou židlích, při kterém pacient externalizuje sebekritické výroky během sezení. Jedna část self vyjadřuje nelítostnou kritiku nebo negativní hodnocení, evokuje tak v druhé části emocionální reakci na kritiku a zpřístupňuje adaptivnější emoce. Při dialogu s prázdnou židlí se zpracovávají navyjasněné emoce pacienta vůči významným blízkým osobám. Jedná se o práci s neukončenou záležitostí („unfinished business“), při které dochází k vyjádření původně potlačených primárních emocí. Pacient například vyjadřuje a zpracovává pocit křivdy, ublížení nebo vzteku vůči důležité blízké osobě, kterou si představuje na prázdné židli. Terapeut intervenuje v závislosti na aktuálním stavu pacienta, neplánuje a nestrukturuje terapeutické sezení předem ⁽⁴⁹⁾.

Práce se soustředí na prožitek tady a teď, ne pouze na intelektuální rozpoznání. Terapeut pomáhá pacientovi prožít v situaci teď a tady to, o čem hovoří, aby si více uvědomili své pocity a vliv událostí. Terapeut v dostatečně podpurném prostředí pomáhá pacientovi během sezení prožít a prozkoumat základní maladaptivní schémata, zpřístupnit primární emoce.

Specifikem je zde práce s retroflexí při neschopnosti navázat kvalitní kontakt s okolím⁽⁵⁵⁾. Depresivní pacient obrací proti sobě pocity a tendence, které by chtěl nasměrovat vůči svému okolí – například hněv nebo kritiku. Při práci s retroflexí je nutné přesměrovat energii vnitřního zápasu směrem do vztahu s vnějším světem⁽⁵⁶⁾.

Terapeut prozkoumává tyto vztahové vzorce přímo aktuálně ve svém vztahu s klientem. A v tomto vztahu také experimentuje s novými způsoby chování. Podstatné je přitom nalézt, zdůraznit a ocenit momenty, kdy pacient mobilizuje svoji energii k akci, která směřuje do interpersonálního kontextu (např. přímý pohled z očí do očí, vyjádření názoru). Terapeut také povzbuzuje vlastním příkladem a otevřeně sdílí své prožitky a emoce⁽⁵⁵⁾.

3/ transformace

V této fázi probíhá konstrukce alternativních způsobů reagování, nalézání nových vnitřních zdrojů pacienta, dodávání prožitkům smysl novými způsoby. Přímou v terapeutickém vztahu se vytváří nové emocionálních odpovědi, reflektují a transformují se základní maladaptivní schémata. Podstatné je ocenění nových pocitů a podpora nově objevujícího se pojetí self. Terapeut aktivně upozorňuje na drobné praktické úspěchy v situaci teď a tady, vede pacienta k vyjádření sebeocenění⁽⁵⁵⁾.

Terapeut vystupuje aktivně, zvláště zpočátku více strukturuje sezení a ve spolupráci s pacientem vybírá terapeutické zaměření s cílem prohloubit prožívání. Pracuje buď s vnitřními prožitky, s jejich aktivním vyjádřením navenek či hledáním jejich individuálního smyslu a nebo s interpersonálními vzorci. Práci může facilitovat různými technikami, například používá prázdnou židli při neukončené záležitosti, nebo práci s tělem při opomíjení tělesných potřeb pacientem apod. Při práci se skupinou⁽⁵⁵⁾ terapeut kombinuje práci s interpersonálními vzorci chování, které jsou zřetelné teď a tady při terapii, s individuální prací s jednotlivým pacientem před skupinou. Skupina představuje

mikrokosmos aktuálního společenského prostředí pacienta, který mu umožňuje porozumět si v takovéto společenské realitě a modifikovat chování druhých v relativně bezpečné a přizpůsobivé experimentální situaci ⁽⁴⁹⁾.

Přínosem Gestalt terapie je zejména přímá práce s emocemi, tak jak se objevují v aktuálním vztahu terapeuta s pacientem. Přímo v terapeutické situaci se pak modifikuje pacientovo dysfunkční chování pomocí experimentů, které terapeut tvořivě uplatňuje podle aktuálního pacientova prožitku. Rozvíjejí se nová sebezpojetí pomocí nalézání nových prožitků sebe v terapeutické situaci. Gestalt terapie propojuje slovní projev s činností, blíží se zde behaviorálnímu přístupu. Vybízí člověka k tomu, aby vyjádřil to, co již částečně chápe na základě porozumění minulosti a konceptuálních vhlédů ⁽⁴⁹⁾.

v. Evidence účinnosti

Gestalt terapie se postupně prosazuje v klinické praxi. Výzkumných prací, které se věnují Gestalt terapii deprese je však doposud malé množství. Greenberg a spol. prováděli v letech 1998-2000 srovnání efektivity léčby deprese rogersovskou na klienta zaměřenou terapií a procesově prožitkovou psychoterapií (nověji nazvanou „terapie zaměřená na emoce“), která představuje dialogickou formu Gestalt terapie ⁽⁵⁷⁾ a používá specifické gestaltové a prožitkové intervence zaměřené na proces. Výsledky studie ⁽⁴⁹⁾ ukázaly signifikantně lepší účinnost procesově prožitkové psychoterapie a vedly k závěru, že efektivita terapie deprese založené na podpůrném terapeutickém vztahu může být zvýšena použitím specifických intervencí zaměřených na emoce, které jsou charakteristické pro Gestalt terapii.

Při jiné studii krátkodobé terapie (20 sezení) unipolární deprese bylo 63 pacientů randomizováno do tří skupin: KBT, Gestalt terapie a tzv. „podpůrná na self zaměřená biblioterapie“ („Supportive Self-directed Bibliotherapy“ - SSB). Průběh deprese se celkově nelišil mezi jednotlivými skupinami. U pacientů

s těžší depresí byla efektivnější KBT než Gestalt terapie a obě byly lepší než SSB ⁽⁵⁸⁾.

Další studie využívající srovnání s kontrolní skupinou čekatelů ukázala, že pacienti, kteří absolvovali krátkodobou skupinovou Gestalt terapie měli méně depresivních symptomů po skončení terapie i při kontrole za pět týdnů ⁽⁵⁹⁾.

V jiné sérii studií (1988, 1991, 1992) Beutler a kol. zkoumali u depresivních pacientů účinnost tzv. „Focused Expressive Psychotherapy“ (FEP), což je forma skupinové terapie založená na principech Gestalt terapie, která povzbuzuje pocitové oživení depresivních pacientů tím, že zesiluje uvědomění a podporuje expresi odmítaných emocí. FEP byla srovnávána s kognitivní terapií a s tzv. „podpůrnou/sebeřízenou terapií“ („supportive/self-directed“ (S/SD)) ve skupinách 4-8 depresivních ambulantních pacientů (20 setkání 1- krát týdně). Ukázalo se, že všechny postupy byly efektivní při léčbě deprese, rozdíly však byly zjištěny v účinnosti pro různé pacienty. Pro externalizující pacienty, kteří depresi projikují, byla efektivnější kognitivní terapie. Pro internalizující pacienty, kteří zachází s depresí intrapunitivním způsobem, byla efektivnější FEP. Kognitivní terapie i FEP byly efektivnější pro pacienty v slabém odporu, u vysoce rezistentní byla efektivnější podpůrná terapie (S/SD). Celkově je terapie založená na Gestalt přístupu nejúčinnější u značně socializovaných depresivních pacientů s tendencí k internalizaci a k malému odporu ⁽¹⁰⁾.

vi. Kazuistika

(Z vlastní klinické praxe autora.)

Terapeut

Pracuji jako psychiatr a psychoterapeut na otevřeném přijímacím oddělení psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě. Vedu zde šestitýdenní psychoterapeutické programy pro pacienty s depresivními a depresivně úzkostnými obtížemi. Někteří pacienti ke mně také docházejí na individuální

psychoterapii. Základním psychoterapeutickým přístupem je pro mě Gestalt terapie, u naprosté většiny svých pacientů užívám kombinaci psychoterapie a farmakoterapie.

Pacientka

47-letá vdova byla poprvé hospitalizována na psychiatrii pro zhoršení depresivních a úzkostných obtíží s akutními myšlenkami a proklamacemi o rozšířené sebevraždě své i adoptivního syna.

V psychickém stavu dominovala depresivní nálada, anhedonie, exhausce, pocity beznaděje. Byly přítomny sebevražedné myšlenky s rizikem impulzivního jednání. Dále značná úzkost, poruchy spánku, nechutenství, nesoustředěnost, nevykonnost. Diagnosticky se jednalo o středně těžkou depresivní epizodu. Zpočátku byla Marie dočasně hospitalizována na uzavřené části oddělení a byla provedena změna antidepresivní medikace spolu s přechodným nasazení anxiolytika a hypnotika. Marie docházela dvakrát týdně na individuální psychoterapii.

Proces psychoterapie

První dvě setkání by se dala charakterizovat jako budování bezpečného vztahu. Marie jakékoliv intervence příliš nevnímala, pouze monotónně mluvila o svých obtížích: nemůže spát, má bolesti u srdce, uzavírá se do sebe, nemá sílu bojovat, nemá jiskru a chuť do života, nevidí východisko, všechno vzdala a stydí se za to. Během sezení se snažila zadržovat slzy, pak se rozplakala a omlouvala se za to. Hovořila hodně o synovi a zemřelém manželovi a prakticky nebyla schopná říci také něco sama o sobě. Byla zřejmá její tendence ke konfluenci, stavu, kdy je kontaktní hranice příliš prostupná a povrchní shody se dosahuje za cenu ztráty individuality. Konfluentní vztah nyní měla Marie se svým synem a v minulosti také s matkou i manželem. Při práci s konfluencí bylo

důležité pomoci Marii, aby objevovala své vlastní potřeby, aby si dokázala vybudovat a udržet hranici kontaktu přiměřeně propustnou a zároveň pevnou.

Terapeutický přístup v této první fázi *napojení a uvědomění* ⁽⁵⁴⁾ spočíval v empatickém naslouchání, dodávání bezpečí klidným hlasem, očním kontaktem a trpělivostí. Bylo důležité, aby terapeut neměl na pacientku nároky, které by nebyla schopna splnit – aby se neopakovala situace, která ji přivedla sem do terapie, kdy nezvládala nároky okolí a vyčítala si to. Bylo také důležité uvědomovat si Mariinu tendenci ke konfluenci a nenechat se vtáhnout do konfluentního vztahu - budovat vztah, ve kterém se spolu mohou setkávat dvě dospělé, samostatné osoby. Zpočátku bylo samozřejmě nutno počítat s jistou dávkou závislosti ze strany Marie. Právě následný proces osamostatňování se v terapeutickém vztahu byl pro Marii podstatnou zkušeností.

Během týdne Marie přestala myslet na sebevraždu, cítila menší napětí. Stále si připadala velice vyčerpaná, velkou část noci nespala. Začala chodit na pracovní terapii a do parku na vycházky.

Třetí a čtvrté sezení měla zpočátku podobný charakter, terapeut ale již začínal do hovoru aktivněji vstupovat a zřetelněji vystupovaly do popředí specifické rysy Gestalt přístupu. Terapie dospěla do fáze *vybavování a zkoumání emocionálního materiálu* ⁽⁵⁴⁾. Podstatné bylo zvědomování depresivní organizace self a objevování možných alternativ. Jednalo se zpočátku o velmi malé kroky, tak jako v následující ukázce (v závorce uvádím i terapeutovy úvahy a hypotézy, které pacientce nesděluje):

Terapeut: Jak se teď cítíte?

(Klasický začátek v Gestalt terapii. Pro terapeutické sezení není dopředu vypracován plán, terapeut začíná pracovat s tím, co se odehrává teď a tady. Při volbě terapeutického přístupu pružně reaguje na potřeby pacienta.)

Marie: Nemůžu se uvolnit. Jsem stažená, bolí mě hlava. Cítím sevření na hrudi. (Dává si ruku na hrud'.)

(Somatické příznaky ji přivádějí k uvědomění sebe a svých potřeb a odvádějí ji od doposud dominantních starostí pouze o syna. Je výhodné se jim věnovat více.)

Terapeut: Nechte tam tu ruku na chvíli. Jaké to je?

(Tato na první pohled nenápadná terapeutická intervence je klíčová pro další průběh terapie a typická pro Gestalt přístup. Terapeut nesměruje pacienta k předem vytyčené změně. Zůstává spolu s ním s prožitkem přítomného okamžiku, akceptuje ho a dává tak prostor pro aktivizaci pacientových sebeúzdavných zdrojů.)

Marie: Cítím chlad, mrazivo, křeč. Nejsem schopná s tím bojovat. Měla bych být silná.

(„Měla bych...“ je introjekt, přejatá norma. Není to její vlastní přání, které by znělo: „Chci...“ Terapeut by ve stylu Gestalt terapie mohl pracovat například tak, že by Marii povzbuzoval, aby místo „Měla bych...“ zkusila říkat „Chci...“. V tuto chvíli ale ještě není připravená na tak velký krok a za neúspěch by se pravděpodobně opět obviňovala. Proto terapeut věnuje dále pozornost tělesným prožitkům.)

Terapeut: Nechte ještě ruku na hrudi a uvědomte si, co se s vámi děje....Také si všimněte svého dechu.... Co se děje?

Marie: ...Teď mrazení zeslabuje, mění se. Z levé strany se to mění. Z pravé strany cítím chlad.

(Marie si již dobře uvědomuje tělesné pocity, zůstává v kontaktu sama se sebou. Zůstává však na úrovni prožitku a nyní je ještě potřeba zážitek pojmenovat, kognitivně uchopit a porozumět jeho individuálnímu emocionálnímu smyslu.)

Terapeut: Co to pro vás znamená?

Marie: Smutek. To, co mě tíží, co nemůžu vyřešit.

(Zde převažuje depresogenní emocionální schéma, ve kterém strávila již čtyři sezení, opakovaně dochází k rigidní depresivní organizaci self. Terapeut využívá pacientčiny tělesné pocity a pomáhá jí nalézt alternativní strategii.)

Terapeut: A co cítíte z levé strany?

Marie: Z té strany je větší teplo.

Já: Co to teplo pro vás znamená?

Marie: Můj syn, na kterého pořád myslím.

(Starost o syna patří k fixní depresivní organizaci self. Terapeut znovu aktivně a nenásilně pomáhá hledat alternativu.)

Terapeut: Co ještě?

Marie: Moje přání smát se, mít kontakt s lidmi. Pocit, že můžu být ráda, že jsem na světě, že jsem potřebná. Nemůžu to vzdát, jsem tu pro někoho...

(Zde se již rýsuje zárodek alternativní organizace self. Marie se stará sama o sebe, ožije, podívá se zpříma, má živější barvu v obličeji.)

Marie: ... A na pravé straně cítím smutek, chtěla bych si pomoct a nevím jak...

(Zde se opět vrací ke známému depresivnímu vzorci fungování. Z terapeutického sezení si však již odnáší zážitek alternativního vzorce a na něj je možné v další terapii navázat.)

V dalším průběhu terapie, která postupně přecházela do fáze *transformace* ⁽⁵⁴⁾, pokračovalo postupné zvědomování převažujícího depresogenního emocionálního schématu, ke kterému patřila především neschopnost požádat o pomoc a starat se o vlastní potřeby. Marie byla zvyklá od dětství starat se pouze o ostatní, v současné době se to projevovalo až extrémní péčí o syna. Toto schéma se také objevovalo v terapeutickém vztahu, kdy se Marie snažila nezatěžovat terapeuta svými starostmi, přehnaně za vše děkovala a omlouvala se za to, že při terapii pláče. Terapeut nejprve pomohl zvědomit tento způsob fungování a poté pomáhal nalézat alternativní možnosti organizace self přímo

v aktuálním vztahu pacientky a terapeuta v průběhu terapeutického sezení. Marie se ve vztahu k terapeutovi postupně učila vyjadřovat své potřeby, například požádala o zkrácení sezení, když byla unavená, nebo si dovolila s terapeutem nesouhlasit a udělat něco jinak, než se od ní čekalo, nesnažila se pouze terapeutovi vyhovět. Terapeut reflektoval tyto alternativní způsoby fungování a Marii v nich podporoval. Marie si posléze dovolila projevit v terapii své emoce (smutek, beznaděj) a konečně oplakala smrt manžela. V tom jí doposud bránila výhradní péče o okolí a nyní uzavřela tuto neukončenou záležitost („unfinished business“), která neustále aktivovala depresogenní emocionální schéma.

Marii se po třech týdnech terapie začala mírně zlepšovat nálada (zde je také nesporný efekt antidepresivní medikace), lépe spala a dokázala se soustředit alespoň tak, že přečetla několik stránek z knihy. Také terapeutický vztah byl natolik pevný, že v případě potřeby bylo možné pracovat i více invazivními Gestalt technikami, například technikou prázdné židle. (Pacient si na prázdné židli před sebou představí osobu, se kterou má určité interpersonální obtíže. S touto osobou poté vede dialog – mluví střídavě za sebe a za osobu na židli. Terapeut dialog moderuje tak, aby došlo k většímu uvědomění pacienta.) Marie tak v terapeutickém prostředí (9. sezení) dokázala alternativní, nedepresivní organizaci self prosadit i vůči své matce, kterou byla v reálném životě naprosto ovládána a využívána. Marie si na prázdné židli matku představila, vedla s ní rozhovor, vyjádřila vůči ní dlouho skrývané emoce a své autentické potřeby. Terapeut směřoval hovor od strohého referování k emočnímu prožitku. Marie se tak poprvé v životě dokázala vůči matce vymezit: „Víš maminko, jsem už dospělá. Prošla jsem si kus života a byla bych hrozně ráda, abys mě nevedla za ruku jako holčičku do 1. třídy. Chci, abys mi neříkala, že jsem k ničemu. To není pravda a já si chci žít svůj život podle sebe.“

Při dalších sezeních již Marie seděla zpříma, někdy se i usmála. Občas se ještě cítila špatně, byla stažená a nemohla spát. Dobře se však již zapojovala do programu oddělení, navazovala nové vztahy.

O týden později za ní byla na návštěvě matka. Poprvé Marii řekla, že ji potřebuje, že se jí po ní stýská. Marie: „Bylo to jako pohlazení, potřebovala jsem to. Hrozně jsem se rozplakala a nebyla jsem k utišení. Maminka mě pak pohladila po zádech, to jsem ještě nezažila.“

Je zajímavé, že se tato nápadná změna chování Mariiiny rodiny udála bezprostředně poté, kdy byl jejich vztah předmětem terapie. Je pravděpodobné, že Marie pod vlivem zážitku v terapii se k matce začala stavěla novým způsobem – naučila se více vnímat své pocity a potřeby a vyjadřovat je. To umožnilo matce projevit city, které k Marii cítila.

Během závěrečných terapeutických sezení již zřetelně převažovala nedepresivní organizace self, Marie se dívala terapeutovi přímo do očí, mluvila hodně a energicky. Hovořila o tom, co ji těší a zajímá na oddělení a přemýšlela již o tom, jak bude žít po propuštění. Dala si závazek – najít si kamarádku a cvičit. V další terapii by chtěla více komunikovat s lidmi, stát si za tím, co dělá dobře (Vždy slýchala, že to, co dělá, je špatné.). Chtěla by mít větší sebevědomí, neponižovat se a naučit se odmítat. Po vzájemné domluvě Marie ukončila po třinácti sezeních individuální terapii a nastoupila do skupinové terapie pro depresivní pacienty. Zde dále pracovala na schopnosti uplatnit nově objevenou alternativní schopnost organizace self při navazování kontaktů s ostatními pacienty ve skupině, v interpersonálních interakcích zvyšovala svou sebedůvěru a učila se asertivně prosazovat. Marie byla po absolvování šestitýdenního programu propuštěna domů v normální náladě, nadále užívala antidepresivum, anxiolytika ani hypnotika již nepotřebovala.

4. ZÁVĚR

Deprese i její léčba představují komplexní fenomény a z toho důvodu existuje také velké množství teoretických konceptů deprese. Jejich vzájemným propojováním a obohacováním je možné mechanismy vzniku a udržování depresivní poruchy pochopit ve větší šíři a plastičtěji. Tomu by pak měly odpovídat specifitěji a efektivněji zaměřené léčebné postupy.

Základní biologicko-psychologická dichotomie v pojetí deprese již byla rozvedena výše. V současnosti se depresivní symptomatika považuje za společnou výslednici různých psychologických a biologických procesů. Moderní psychobiologie⁽⁶⁰⁾ se snaží propojit prožitek a chování s centrálním nervovým systémem a vytvořit mosty mezi psychologickými a biologickými přístupy k léčbě deprese. Podle překlenující hypotézy se psychologické a biologické etiologické faktory deprese sbližují v reverzibilních deficitech diencephalických substrátů prožitku příjemnosti a odměny.

Integrativní model deprese⁽⁶⁰⁾ propojuje centrální chemické procesy a fyziologii mechanismu odměny s psychologickými faktory, jako je ztráta objektu či behaviorální aspekty deprese, důležitá je depresogenní role ztráty odměňování v interpersonálních vazbách. Klíčovým elementem tohoto modelu je cirkadiální narušení. Deprese představuje klinickou manifestaci narušeného limbického systému i s jeho subkortikálními a prefrontálními spoji.

Podle molekulární a celulární hypotézy se adaptace mozku na zevní prostředí významným dílem uskutečňuje pomocí remodelace nervových větvení a synaptických spojení⁽⁶⁾. Při depresi se snižuje neuroplasticita mozku a dochází ke snížení jeho adaptační schopnosti při změnách prostředí. V průběhu psychoterapeutické léčby pak pacient spektrum svých adaptačních schopností rozšiřuje. A zdá se, že obdobně jako například antidepressivum tianeptin, psychoterapie ovlivňuje fungování mozku v souvislosti s neuronální plasticitou⁽⁵⁾. Předpokládá se také⁽⁶¹⁾, že psychoterapie se při léčbě deprese

podílí na posilování kontrolní role dorzálního prefrontálního kortexu nad amygdalou, která hraje zásadní roli v emoční složce deprese. Výzkumy z neurověd i psychoterapie se sblíží a více zdůrazňují vzájemnou závislost mezi mozkiem a myslí, mezi vlivem okolí a genetikou, mezi psychologíí a biologií⁽⁵⁾.

Hranice nemizí pouze mezi biologickým a psychologickým pojetím a léčbou deprese, ale i mezi jednotlivými psychoterapeutickými směry. Ty se v době svého vzniku nejdříve snažily vymezit vůči sobě navzájem a velká část jejich identity spočívala ve zdůrazňování toho, v čem jsou specifické. Je však obecně známým faktem, že zkušenosti terapeutů pracujících v praxi velmi podobně bez ohledu na teoretickou školu, ve které byli vycvičeni. Později psychoterapeutické směry reflektovaly své klinické zkušenosti a postupně vyvažovaly své jednostranné zaměření. Například kognitivně behaviorální terapeuti pracují nejen pouze s dysfunkčními kognicemi, ale přímo s emocemi⁽⁶²⁾, dynamická psychoterapie pracuje nejen s historicky podmíněnými nevědomými konflikty, ale i přímo tady a teď se vztahovým polem mezi terapeutem a pacientem⁽¹⁰⁾ apod.

Tento proces lze ilustrovat na příkladu kognitivní terapie, která má ve své klasické podobě často menší efekt u depresivních pacientů s komorbidní poruchou osobnosti⁽⁶³⁾. Pro větší efekt v klinické praxi tak vzniká například „kognitivně analytická terapie“, která představuje integraci kognitivní terapie s psychoanalytickou terapií, či terapie „zaměřená na schéma“, ve které se kognitivní terapie integruje s Gestalt terapií a objektně vztahovými technikami. Kognitivní terapie se obohacuje o afektivní i emocionální restrukturalizaci a o interpersonální procesy, klade větší důraz na terapeutický vztah, afektivní prožitek a propojení časných životních zkušeností se současnými problémy⁽⁶³⁾.

Některé psychoterapeutické směry, jako KBT či IPT, jsou výrazně napřed ve výzkumném ověřování své účinnosti. To může vést k většímu prosazování těchto přístupů při léčbě deprese, vytlačování ostatních směrů mimo oblast

klinické praxe a v důsledku ke snížení nabídky léčebných metod pro pacienty. Výzkumy dokumentující účinnost některých psychoterapeutických přístupů však mohou pomoci etablovat psychoterapii jako takovou při léčbě deprese a pobídnout terapeuty odlišných zaměření k dalšímu zkoumání své metody.

Z metaanalýz výsledků psychoterapie (Grawe, Donati, Bernauer, 1994) totiž vyplývá, že psychoterapie je prokazatelně účinnější než placebo terapie či žádná terapie, přičemž různé psychoterapeutické postupy vedou k podobným změnám ve svém rozsahu, nikoliv však v kvalitě ⁽¹⁴⁾. Další výzkum by se měl zaměřit na kvalitativní rozdíly efektu jednotlivých psychoterapeutických přístupů a určit, pro které pacienty může být která metoda nejpřínosnější. Jednotlivé psychoterapeutické směry se mohou navzájem inspirovat a doplňovat. Integrativní tendence v psychoterapii posilují výzkumné studie, v nichž se ukazuje, že různé psychoterapeutické postupy mají přibližně stejné procento příznivých výsledků, protože se zde uplatňují obdobné psychoterapeutické faktory, zasazené pouze do různých teoretických rámců ⁽⁶⁴⁾.

Bludný kruh deprese

Z různých teoretických konceptů deprese zřetelně vystupuje jeden styčný prvek. Je jím fenomén *bludného kruhu* deprese. Depresivní stav snižuje schopnost organismu vypořádat se s vlastními intrapsychickými procesy i s nároky okolí. Tím dochází k častějšímu selhávání, následnému prohlubování depresivního stavu a dalšímu snižování kapacity organismu.

Smutná nálada a přidružené negativní afekty představují pro organismus důležitou adaptační funkci. Z hlediska psychického fungování umožňuje proces smutku truchlícímu zpracovat prožitek ztráty ⁽³⁾. Při narušení tohoto procesu smutku dochází k rozvoji deprese. Z hlediska zvládání nároků okolí se smutek pravděpodobně přirozeně selektoval pro případ nedostatečných vnitřních rezerv či chybění realizovatelné životní strategie. Pomáhá zvládat nepříznivé situace, při kterých inhibují nebezpečné nebo zbytečné akce směřující k

nedosažitelnému cíli či vyzývání autority. Tak kde však ztráta iniciativy vede k neschopnosti vymanit se z depresogenních situací, rozvíjí se bludný kruh patogeneze deprese ⁽⁹⁾.

Bludný kruh deprese představuje rigidní vzorec fungování, jehož složky již neplní svoji adaptační funkci, ale naopak adaptační schopnosti organismu významně omezují. Zpětnovazebné interakční smyčky ⁽⁶⁵⁾ v rámci bludného kruhu deprese mohou doplňovat narušení na biologické úrovni a přispívat k rekurenci a chronifikaci některých forem deprese. Vždyť navzdory farmakologické léčbě je podle prospektivních studií po 5-letech 12% pacientů a po 10-letech 7% pacientů stále depresivních a 75% pacientů zažije více než jednu depresivní epizodu během 10-ti let ⁽⁶⁶⁾.

Jednotlivé psychoterapeutické směry se podle svého teoretického založení zaměřují na různé složky depresivního bludného kruhu. Psychodynamická terapie tak pracuje například s bludným kruhem v souvislosti s nasměrováním agrese či se závislostí na druhých. Kognitivně behaviorální terapie se zaměřuje na bludný kruh související s negativním stylem uvažování, depresogenním přesvědčením a depresivním chováním. Interpersonální psychoterapie zase zachází s bludným kruhem omezených sociálních dovedností a narušené komunikace v interakcích s druhými. Systemická terapie pracuje s bludným kruhem celého systému rodiny pacienta, ve které dochází k osamocení a nepochopení depresivního jedince a k udržování rolí pečovatel/pacient. Gestalt terapie se zaměřuje na bludný kruh zahrnující depresogenní emoční schémata a depresivní organizaci self v aktuálním interpersonálním kontaktu.

Podle většiny psychoterapeutických výzkumů se ukazuje, že různé psychoterapeutické směry jsou celkově v léčbě deprese podobně efektivní. Jednotlivé přístupy však působí částečně odlišnými terapeutickými procesy a ovlivňují tak bludný kruh deprese v jeho jiné komponentě. Pokud se příslušná léčba uplatní u kompatibilního pacienta, efektivita se různí. Doposud je však

nedostatek solidních výzkumů, které by se zabývaly specifickým působením jednotlivých psychoterapeutických přístupů na příslušné subpopulace depresivních pacientů. Například podle výzkumu zabývajícího se skupinovou terapií deprese má kognitivní terapie nejlepší výsledky u pacientů, kteří zacházejí s nechtěnými emocemi agování a projikováním (tj. externalizací). Naproti tomu u neexternalizujících depresivních pacientů (tj. internalizujících) má lepší výsledky „cílená expresivní psychoterapie“ („focused expressive psychotherapy“), což je skupinová terapie založená na Gestalt přístupu ⁽⁶⁷⁾. Interpersonální terapie se zase ukazuje užitečná u pacientů, kteří čelí konfliktům s významnými blízkými osobami nebo kteří mají potíže s přizpůsobením se životním změnám ⁽⁴⁴⁾. IPT může snižovat potenciál životních událostí, které by provokovaly rekurenci deprese ⁽⁶⁸⁾. Různé psychoterapeutické přístupy kladou rozdílný důraz na dvě hlavní komponenty psychodynamiky depresivních stavů. KBT a IPT se více zabývají aktuální symptomatikou jako způsobem reakce na nepříznivé životní události, dynamická a humanistická psychoterapie se zase soustředí na dlouhodobější depresivní fungování osobnosti a vztahové vzorce. Bude však potřeba dalších randomizovaných kontrolovaných výzkumů, které by porovnaly různé léčebné modality, prozkoumaly jejich efektivitu a jednotlivé léčebné komponenty a určily, které druhy léčby jsou nejužitečnější pro různé skupiny depresivních pacientů.

V budoucnu by se efekt léčby mohl zvýšit, pokud by se terapeutický přístup neuplatňoval náhodně nebo podle výcviku terapeuta. Místo toho by se podle povahy depresivní patologie použil průkazně nejvhodnější přístup, stejně jako předpis medikace ⁽⁶⁹⁾. Vzhledem k tomu, že pravděpodobně nebude obecně k dispozici velký výběr terapeutů rozdílného zaměření, je výhodné, aby jednotliví terapeuté měli při setkání s depresivním pacientem v zásobě různé modely terapeutické práce. Mohou se pak podle povahy pacientových obtíží i podle vlastního založení rozhodnout, jaký přístup bude v tu chvíli

nejprospěšnější. Vyplácí se, zná-li terapeut „od všeho něco a od něčeho hodně“⁽¹²⁾.

Tato práce byla z podstatné části zaměřena na psychoterapii jako léčebnou technologii, jejíž praxi lze objektivně popsat a kde pacient je objektem léčení. Na psychoterapii je ovšem možné nahlížet nejen z této „přírodovědné“ stránky, ale i ze stránky „antropologické“. Z tohoto pohledu psychoterapie působí nejen obsahem objektivně prováděných činností, ale z podstatné části i prožitkovou stránkou terapeutického setkání, povahou psychoterapeutického vztahu ⁽⁷⁰⁾. Podle výzkumného projektu NIMH Treatment of Depression Study z roku 1986, který srovnával efektivitu léčby deprese imipraminem, IPT, KBT a placebem, jsou opravdu rozdílné výsledky léčby deprese více ovlivněny kvalitou terapeutické aliance mezi pacientem a lékařem, než rozdíly ve vlastních léčebných metodách ⁽⁵⁾. Efektivitu léčby deprese mohou dále zvyšovat terapeuté, kteří budou nejen odborně zdatní, ale dokáží také s pacienty navázat kvalitní terapeutický vztah.

Poděkování

Děkuji panu as. MUDr. R. Honzákovi, CSc., za rady a podporu při konzultování této práce.

6. Použitá literatura:

1. PRAŠKO, J., ŠLEPECKÝ, M. *Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch – Manuál pro terapeuty*. Praha: PCP, 1995.
2. AKISKAL H. S. *Mood disorder: Introduction and Overview*. In: Kaplan, H.I., Sadock, B.J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh Edition on CD-ROM. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 14.4.
3. RAHN, E. MAHNKOPF, A. *Psychiatrie – Učebnice pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2000.
4. GABBARD, G.O. Psychoanalysis, Psychoanalytic psychopathology. In: Kaplan, H.I., Sadock, B.J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh Edition on CD-ROM. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 6.1.
5. GABBARD, G.O. Dynamic Therapy in the Decade of the Brain. *Connecticut Medicine*, 1997, Vol. 61, No. 9, p. 537-542.
6. HOSCHL, C. Poruchy nálady. In: HOSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002, s. 410-452
7. MACHER, J.P., CROCQ, M.A. Editorial. *Dialogues in Clinical Neuroscience, Pathophysiology of Depression and New Treatments*, 2002, Vol. 4, No. 1., p. 1
8. NESSE, R. M. Is Depression an Adaptation?. *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 57, 2000, p. 14-20.
9. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997.
10. PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi*. Praha: Grada, 1999.
11. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 2002.
12. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada, 2003.
13. BOUČEK, J. a kol. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001.
14. VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1997.
15. MENTZOS, S. *Rozumíme sami sobě? Neurotické zpracování konfliktů*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2000.
16. *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a dignostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum, 1992.
17. PAMPALLONA, S., BOLLINI, P., TIBALDI, G. et al. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression. A systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 2004, Vol. 61, p. 714-719.
18. SONAWALLA, S.B., ROSENBAUM, J.F., Placebo response in depression. In: *Dialogues in Clinical Neuroscience, Pathophysiology of Depression and New Treatments*, 2002, Vol. 4, No. 1, p. 105-113
19. BELLINO, S., ZIZZA, M., DI LORENZO, R. et al. Combined therapy of major depressive disorder: A critical review. *Italian Journal of Psychopathology*, 2002, Vol. 8, p. 401-416.
20. BURT, V.K. Plotting the Course to Remission: The Search for Better Outcomes in the Treatment of Depression. *J Clin Psychiatry*, 2004, Vol. 65, Suppl. 12, p. 20-25.
21. CASACALENDA, N., PERRY, J.C., LOOPER, K. Remission in major depressive disorder: A comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. *American Journal of Psychiatry*, 2002, Vol. 159, No. 8, p. 1354-1360.
22. DE JONGHE, F., HENDRIKSEN, M., VAN AALST, G. et al. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *British Journal of Psychiatry*, 2004, Vol. 185, p. 37-45.
23. KOOL, S., DEKKER, J., DUIJSENS, I.J., DE JONGHE, F. et al. Efficacy of combined therapy and pharmacotherapy for depressed patients with or without personality disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 2003, Vol. 11, No. 3, p. 133-141.
24. ČEŠKOVÁ, E. Afektivní poruchy. In: RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001, s. 262-265
25. SEIFERTOVÁ, D., PRAŠKO, J., HÖSCHL, C. *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004, s. 67-87.
26. PRAŠKO, J. Psychoterapie a farmakoterapie u afektivních poruch. *Psychiatrie*, 2005, Supplementum 1, s. 13-14.
27. FÜRST, A. Psychofarmakoterapie, psychoterapie a jejich kombinace. *Praktický lékař*, 2003, roč. 83, č. 5, p. 273-277.
28. ABBASS, A., GARDNER, D.M. Psychotherapy and Medication Options for Depression. *American Family Physician*, 2004, Vol. 69, No. 9, p. 2071-2074.
29. BELLINO, S., ZIZZA, M., DI LORENZO, R. et al. Combined therapy of major depressive disorder: A critical review. *Italian Journal of Psychopathology*, 2002, Vol. 8, No. 4, p. 401-416.
30. ALONSO, A. Group Psychotherapy, Combined Individual and Group Psychotherapy. In: Kaplan, H.I., Sadock, B.J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh Edition on CD-ROM. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 30.4.
31. KOCOURKOVÁ, J. Co s neúnosnými pocity v analýze? Referát pro 11. psychoanalyticko-psychoterapeutické sympozium, Opočno, 9-2004
32. VAVRDA, V. Psychoanalytická psychoterapie. In: VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada, 2004.
33. BLANCK, G., BLANCK, R. *Ego-psychologie: Teorie a praxe*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1992.
34. RIEMANN, F. *Základní formy strachu*. Praha: Portál, 1999.
35. SANDLER, J., DARE, C., HOLDER, A. *Pacient a analytik*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994.
36. GABBARD, G.O. Mood Disorders: Psychodynamic Aspects. In: Kaplan, H.I., Sadock, B.J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh Edition on CD-ROM. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 14.9.
37. HIRSHFELD, R., SHEA, T. Mood Disorders: Psychotherapy. In: Kaplan, H.I., Sadock, B.J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh Edition on CD-ROM. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000,

38. URSANO, R.J., NORWOOD, A.E. Brief Psychotherapy. In: Kaplan, H.I., Sadock, B.J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh Edition on CD-ROM. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 30.8.
39. LEICHSENRING, F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 2001, Vol. 21, No. 3, p. 401-419.
40. RECK, C., MUNDT, C. Psychodynamic therapy methods in depressive disorders: Pathogenesis models and empirical basis. *Nervenarzt*, 2002, Vol. 73, No. 7, p. 613-619..
41. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál, 2003.
42. PRAŠKO, J., KYRALOVÁ, I., MINAŘIKOVÁ, V., PRAŠKOVÁ, H. *Skupinová kognitivně-behaviorální terapie depresi*. Praha: PCP, 1998.
43. GRUETTERT, T. Interpersonal Psychotherapy of Depression by Klerman and Weismann. Písemný materiál k přednášce: Špindlerův Mlýn, V. sjezd psychiatrické společnosti ČLS JEP, 10.6.2004.
44. WEISSMAN, M.M., MARKOWITZ, J.C. Interpersonal Psychotherapy. In: Kaplan, H.I., Sadock, B.J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh Edition on CD-ROM. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 30.7.
45. GURMAN, A.S., LEBOW, J.L. Family Therapy and Couple Therapy. In: Kaplan, H.I., Sadock, B.J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh Edition on CD-ROM. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 30.5.
46. JONESOVÁ, E., ASEN, E. *Systemická párová terapie a deprese*. Hradec Králové: Konfrontace, 2004.
47. DORNER, K., PLOG, U., *Bláznit je lidské*. Praha: Grada, 1999.
48. ALONSO, A. Group Psychotherapy, Combined Individual and Group Psychotherapy. In: Kaplan, H.I., Sadock, B.J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh Edition on CD-ROM. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 30.4.
49. GREENBERG, L.S., WATSON, J., GOLDMAN, R. Process Experiential Therapy of Depression. In: GREENBERG, L.S., LIETAER, G., WATSON, J. *Handbook of Experiential Psychotherapy: Foundations and Differential Treatment*. New York: Guilford, 1998, p. 227-248.
50. ZINKER, J. *Tvůrčí přístup v Gestalt terapii*. Brno: Era, 2004.
51. YONTEF, G.M. *Awareness, dialogue and process*. New York: The Gestalt Journal Press, 1993.
52. GREENBERG, L. Depression: A Dialectical Constructivist View. In: GREENBERG, L. WATSON, J. *Emotion-focused therapy of Depression*. Washington D.C.: APA Press, „in press“, Chapter 3.
53. SMITH, E. A Gestalt Therapist's Perspective on Grief. *Psychotherapy Patient*, 1985, Vol. 2, No. 1, p. 65-78. Haworth Press, US
54. GREENBERG, L. The Course of Treatment. In: GREENBERG, L. WATSON, J. *Emotion-focused therapy of Depression*. Washington D.C.: APA Press, „in press“, Chapter 5.
55. ROUBAL, J. Gestalt přístup v terapii deprese. *Konfrontace*, 2004, roč. 15, č. 1, s. 31-36.
56. POLSTER, E., POLSTER, M. *Integrovaná Gestalt terapie*. Boskovice: Albert, 2000.
57. GREENBERG, L. Re: Gestalt and depression [elektronická pošta]. Message to: Jan Roubal. 11.Dec 2004. Osobní komunikace
58. ROSNER, R., FRICK, U., BEUTLER, L.E., et al. Course of depression in different psychotherapies - An application of hierarchical linear models. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 1999, Vol. 28, No. 2, p. 112-120.
59. COOK, D.A. Gestalt treatment of adolescent females with depressive symptoms: A treatment outcome study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 2000, Vol. 60, No. 8-B, 4210.
60. AKISKAL, H.G. Mood Disorders - Theoretical synthesis. In: Kaplan, H.I., Sadock, B.J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh Edition on CD-ROM. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 14.1.
61. RESSLER, K.J. Monoamines, Neuropeptides, and Neurotrophins in the Pathophysiology of Depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004, Vol. 65, No. 9, p. 1369-1273.
62. TILLMANS, A. Jak pracovat s emocemi v KBT. *Čes. a slov. Psychiat.*, 2004, Suppl. 1, p. 102-104.
63. RATO, C.L., CAPITANO, D.L. New directions for cognitive therapy: A schema-focused approach. *Cognitive & Behavioral Practice*, 1999, Vol. 6, No. 1, p. 68-73.
64. BERAN, J., *Psychoterapie a duševní hygiena*. In: RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P., *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001.
65. BALCAR, K. *Rozměry deprese - Přednáška na 4. dni logoterapie a existenciální analýzy* [on line]. 2003-09-12 [cit. 2005-03-02]. Dostupný na WWW: <<http://www.volny.cz/slea/logoden2003.html>>
66. BONDY, B., Pathophysiology of depression and mechanisms of treatment. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2003, Vol. 4, No. 1, p. 7-20.
67. BEUTLER, L.E., ENGLE, D., SHOHAM-SALOMON, V., et al. University of Arizona: Searching for differential treatments. In: BEUTLER, L.E., LARRY, E. *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies*. Washington DC, American Psychological Association, 1991, p. 90-97.
68. HARKNESS, K.L., FRANK, E., ANDERSON, B., et. al. Does interpersonal psychotherapy protect women from depression in the face of stressful life events?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002, Vol. 70, No. 4., p. 908-915.
69. NINAN, P.T. The Brain and the Mind in Depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004, Vol. 65, No. 9, p. 1275-1280.
70. BALCAR, K. Současné trendy v psychoterapii. *Psychosom*, 2005, roč. 3, č. 1, s. 18-31.