

DYSTYMIE A JEJÍ LÉČBA - 2. DÍL

MUDr. Ján Praško, CSc.¹, MUDr. Erik Herman², doc. MUDr. Jiří Hovorka, CSc.³

¹Psychiatrické centrum Praha, III. LF UK Centrum neuropsychiatrických studií

²Psychiatrická ambulance Praha, I. LF UK

³Neurologické oddělení a neuropsychiatrické centrum, Nemocnice Na Františku, Praha II. neurochirurgická klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

První výzkumné diskuze o použití psychoterapie u dystymie se datují do roku 1984, kdy chronické deprese byly reklasifikovány mezi poruchy nálady a byl ověřen efekt antidepresiv. Několik psychotherapeutických studií věnovaných dystymii však zatím trpí metodologickou nedostatečností, malými studijními vzorky nebo obojím. Několik kognitivně-behaviorálních přístupů bylo testováno u této populace. Tyto přístupy měly odlišnou účinnost (33–67% responderů) po 2–3měsíční době léčby. Také interpersonální psychoterapie (IPT) ukázala u dystymie účinnost ve třech malých pilotních pracech. Efektivita IPT byla podobná jako u medikace.

Klíčová slova: farmakoterapie, psychoterapie, interpersonální terapie, kognitivně behaviorální terapie.

DYSTHYMIA AND ITS THERAPY

The first research discussion of psychotherapy of dysthymic disorder dates back to 1984, when chronic depression had recently been reclassified as a mood disorder and researchers were exploring benefits of antidepressant medication for its treatment. The few psychotherapy studies of dysthymic disorder generally suffer from methodological weakness, small sample size, or both. Several cognitive-behavior therapy approaches have been tested for treating dysthymic patients. These approaches have different response rate (33–67% responders) after 2–3 months trials. Interpersonal psychotherapy, has demonstrated efficacy in three small pilot studies with dysthymic patients. IPT response was equivalent to medication.

Key words: pharmacotherapy, psychotherapy, interpersonal therapy, cognitive behavioral therapy.

Psychoterapie

Před rokem 1980, kdy byla v DSM-III definována dystymická porucha, bylo předpokládáno, že u chronických depresivních pacientů jde o depresivní temperament, depresivní neurózu nebo depresivní charakter. Za léčbu volby byla pokládána dlouhodobá psychodynamická psychoterapie nebo psychoanalýza. První diskuze o psychoterapii dystymie se objevily v roce 1984, kdy se ukázalo, že chronicky depresivní pacienti mohou mít profit z léčby antidepresivy. Weissmanová a Akiskal vytvořili v té době doporučení, jak psychotherapeuticky přistupovat k pacientům s dystymii. Byl založen na postupech interpersonální psychoterapie. Bohužel, tento přístup nebyl podroben výzkumu. První studie zaměřené na efektivitu psychoterapie u dystymie se objevily až v 90. letech. Těchto několik studií však trpí malými vzorky pacientů nebo jinými metodologickými problémy. Bylo zkoušeno několik odlišných kognitivně behaviorálních přístupů. Účinnost byla různá; mezi 27–67% respondentů po 2–3měsíční léčbě. Interpersonální psychoterapie ukázala efektivitu ve třech malých pilotních studiích zaměřených na léčbu dystymických pacientů. Úspěšnost IPT byla podobná jako efekt medikace; na léčbu velmi dobře reagovalo 65% pacientů. IPT byla použita i při léčbě dystymie u HIV pozitivních pacientů (20) (tabulka 3).

Psychodynamická psychoterapie

Psychoanalýza ani psychoanalytická psychoterapie se moc nezaměřily na rozlišení akutní a chronické formy

deprese. O účinnosti psychodynamické terapie dystymie nemáme žádné relevantní informace, protože žádné studie účinnosti udělány nebyly. Nicméně specifické psychotherapeutické přístupy, které se zaměřují na léčbu dystymie (jako je interpersonální psychoterapie a kognitivně behaviorální terapie) v řadě poznatků a postupů na psychoanalytické pohledy na depresivní stavy navazují. Freud ve svém klasickém díle „Truchlení a melancholie“ (1917) odlišil smutek od melancholické deprese. V případě smutku je ztráta důležité osoby reálná, u melancholie je ztráta milovaného objektu spíše hluboce prožívaná než reálná. Dalším zmiňovaným aspektem depresivního prožívání je agrese původně příslušející ztracené osobě a následně obrácená pacientem proti němu samotnému. V dalším článku „Ego a Id“ (1923) popisuje u depresivních pacientů přísné superego, které trestá pacienta pocit viny za agresivní pocity vůči blízkým. V průběhu zrání dítěte zjišťuje, že dříve plně uspokojující matka občas selhává, což v něm vyvolává vůči ní agresivní pocity. Důležitým úkolem ve vývoji dítěte je tedy vyrovnání se se ztrátou představy ideální matky, kterou je nutno odtruchlit. Proces *introjekce* pokládá Freud za jedinou možnost k vyrovnání se se ztrátou ideální milované osoby (matky), tuto osobu je nutné přijmout do sebe, což anuluje její ztrátu a umožňuje navázat s ní reálný vztah.

Kleinová popisuje *depresivní pozici* následující po *paranoidně schizoidní pozici* a umožňující prožívat k matce lásku i agresi bez mechanismů štěpení. U osob prožívajících

Tabulka 3. Klinické psychotherapeutické studie u dystymie

| metoda léčby | typ studie | počet pacientů | trvání studie | výsledky | citace |
|--|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------------------|
| KBT: 20 sezení | Otevřená klinická | 12 | 12 týdnů + 6 měsíců katamnézy | 33 % responderů | Harpin a spol. 1982 |
| KBT: 12 dvouhodinových sezení | Otevřená klinická studie | 28 dystymie 26 dvojitá deprese | 8 týdnů + 12–36 týdenní katamnézy | 43 % responderů 27 % responderů | Gonzalez a spol. 1985 |
| KBT v rámci hospitalizace 2–3 měsíce | Otevřená klinická studie: porovnání s listem čekatelů na psychoterapii | 10 dvojitá deprese | 2 – 3 měsíce a 6 měsíců katamnéza | 60 % responderů | De Jorg a spol. 1986 |
| KBT: 14 sezení | Otevřená klinická studie | 20 | 12 týdnů | 50 % responderů | McCulloch a spol. 1991 |
| KBT: 15 sezení | Otevřená klinická studie | 6 | 12 týdnů | 67 % responderů | Stravynski a spol. 1991 |
| IPT: 12–16 sezení | Otevřená klinická studie | 6 | 16 týdnů | Signifikantní pokles v HAMD u všech pacientů | Markowitz 1994 |
| IPT: 12–15 sezení | Popis kasuistik | 9 | 12–15 týdnů | V průměru došlo k významnému poklesu v HAMD | Mason a spol. 1993 |
| Kognitivní terapie 1x týdně Fluoxetin 20 mg | Randomizovaná kontrolovaná studie | 18 13 | 16 týdnů | Stejný terapeutický efekt, výrazně více dropoutů při léčbě fluoxetinem | Dunner a spol. 1996 |
| Moclobemid IPT+ moclobemid | Randomizovaná kontrolovaná studie | 35 | 24 týdnů + 24 týdnů katamnézy | Stejný terapeutický efekt u obou skupin. V katamnéze trend k lepším výsledkům u kombinované léčby. | Feijo de Mello a spol. 2001 |

truchlení je depresivní pozice reaktivována reálnou ztrátou milované osoby, procesem truchlení je však možno znovu nalézt rovnovážný vztah ke ztracené osobě, která nadále žije ve vzpomínkách. U osob trpících dystymii nikdy ke zdárnému překonání depresivní pozice v dětství nedošlo a v depresivních obdobích znovu prožívají dramata odpovídající depresivní pozici s láskou a nenávistí k milované osobě, spojenou s touhou znovu nalézt její ideální, pečující obraz.

Jako další aspekt vzniku depresivního prožívání se uvádí ztráta sebedůvěry a snížené sebehodnocení při neschopnosti dosáhnout ideální představy o sobě samém, odpovídající selhání narcistických ideálů. Příliš vysoké a nereálné ambice, které nejsou naplněny, vedou k pocitům selhání a depresivního prožívání.

Dystymie však velmi pravděpodobně může dobře reagoval na analytickou léčbu. Blatt popisuje dva typy chronicky depresivních pacientů, první z nich prožívají *anaktickou depresi*, charakterizovanou pocitem bezmoci, osamocení, slabosti, které se vztahují k chronickému strachu z opuštění a ztráty ochrany. Tito jedinci touží být opečovávaní, ochraňováni a bezvýhradně milováni. Mají především vysokou citlivost vůči narušení blízkých vztahů, na kterých jsou závislí. Jsou indikováni spíše k terapeutickým postupům zdůrazňujícím terapeutický vztah než interpretace a tvorbu náhledu. Druhý

typ pacientů prožívá *introjektivní depresi*, charakterizovanou pocitem bezcennosti, selhání, viny a méněcennosti. Tito pacienti jsou rovněž výrazně kritičtí především k sobě (ale i k druhým), perfekcionističtí, soutěživí a ambiciózní v práci i ve společnosti. Je pro ně charakteristická výrazná labilita vnímání vlastní hodnoty. Po narcistickém zranění (které prožívají při subjektivním pocitu nedocení, kritiky, nepřijetí, při srovnávání se s druhými „úspěšnějšími“ jedinci) prožívají dysforické pocity viny, bezcennosti, selhání a pocitu, že jejich autonomie a kontrola nad jejich životem byly ztraceny. Jsou rovněž velmi citliví vůči hodnocení, kritice a odmítnutí od druhých. U těchto pacientů se mimo podpory stability jejich sebehodnocení popisuje i dobrý efekt tvorby náhledu.

Interpersonální psychoterapie

Interpersonální psychoterapie (IPT) je strukturovaná, krátkodobá psychoterapie (jedno sezení jedenkrát týdně po dobu 16 týdnů). Základním fokusem práce jsou mezilidské vztahy v současné době a v době, kdy se poprvé objevily příznaky dystymie (18). Prvním cílem terapeutických intervencí je snížení depresivního prožívání a zlepšení nálady pacienta. Depresivní příznaky jsou podrobně popsány, je zhodnocena potřeba medikace a jsou identifikovány specifické interpersonální problémové oblasti. Terapeut s pacientem vybírají

nejdůležitější problémové oblasti, které je potřebné v léčbě zpracovat. Jde o následující oblasti:

- zármutek / ztráta
- neshody v interpersonálních rolích
- změny v rolích v životě
- interpersonální deficit.

Terapeut nejdříve pomáhá pacientovi propojit vztah mezi příznaky a životními problémy, které zažívá. Pacient je povzbuzován k tomu, aby přijal své emoce a správně je „použil“ k řešení problémů. Postupně se učí komunikačním dovednostem a novým vhodnějším přístupům v utváření a udržování mezilidských vztahů.

Kognitivně behaviorální terapie

Fokusem kognitivně behaviorální terapie (KBT) je práce s „negativními automatickými“ myšlenkami a postupná modifikace depresivního chování, které je plně pasivity a odkládání. Pomocí diskuzí terapeuta s pacientem, psaných a praktikovaných domácích cvičení, se pacient učí modifikovat iracionální myšlenky a postoje a fungovat více zaměřeně a proaktivně. Léčebné strategie kognitivně behaviorální terapie dystymie se neliší podstatně od běžných přístupů v KBT depresi, zohledňují však více práci s kognitivními schémata. Terapie probíhá v 12–20 sezeních trvajících 45 minut. První kroky bývají edukační a behaviorálně zaměřené (plánování aktivit), další pak směřují ke kognitivní rekonstrukci a restrukturační.

Terapeutický proces se skládá z pěti základních kroků:

- a) zahájení léčby
- b) identifikace problémových vzorců chování a myšlení
- c) terapeutické změny pomocí cílených strategií
- d) upevnění nových vzorců
- e) ukončení a příprava na budoucnost.

Zaangažování (zapojení) do terapie

Pacient zpravidla vstupuje do léčby rád a je odhodlán v ní podat co největší výkon. Chce být terapeutem přijatý. Jeho horlivost však může být natolik masivní, že hrozí brzké vyčerpání. Navíc neúspěch vede k rychlé demoralizaci. Základní terapeutický proces na počátku léčby je zacílený na posílení *motivace* pacienta ke spolupráci a jejímu udržování i přes možné krátkodobé neúspěchy v průběhu léčby, zvýšení *naděje* na změnu, vytvoření *léčebného kontraktu* a konstruktivního *terapeutického vztahu*. Citlivé a empatické vyslechnutí, *vyjádření pochopení* pro příznaky i životní situaci a *edukace* o depresivních příznacích a postojích, vzájemném ovlivňování se jednotlivých skupin příznaků (bludný kruh – jak souvisejí kognice s emocemi, chováním a tělesnými reakcemi) a možnostech léčby zpravidla pomohou k vytvoření základu terapeutického vztahu a vytvoření naděje na změnu. Terapeutický vztah je od počátku definován jako spoluprá-

ce a jsou vymezeny *odpovědnosti* pacienta i terapeuta. Jak terapeut, tak pacient budou soustředit svoje síly a energii na terapeutické cíle, na kterých se dohodnou. *Kontrakt* o terapii může být písemný (je to lepší), nebo probrán ústně. Je v něm stanoven počet společných setkání, jejich délka, požadavek domácích cvičení, definice problémů a cílů a odpovědnosti terapeuta a pacienta. Zdůrazňování „my společně budeme to a ono“ zpevňuje vztah, ale pro ochranu před zbytečnou regresi ve vztahu je od počátku zdůrazňováno také „vy zkusíte to a ono.“ Od počátku je potřebné mluvit o *domácích cvičeních*, která pomáhají naučené přenést z terapie do života.

Analýza vzorců

Zmapování problémových vzorců chování a myšlení se děje pomocí standardní strukturované behaviorální, kognitivní a funkční analýzy. Důležité je konkrétně zmapovat:

- Jednotlivé příznakové vzorce v kognicích (myšlenky a představy) emocionálních stavech, tělesných příznacích a chování (zabezpečovací a vyhýbavé chování), jejich spouštěče, okolnosti, modifikující faktory a důsledky. Kdy, kde, jak, jak často a jak dlouho, s kým ano a s kým ne se příznakové vzorce objevují.
- Životní problémy, důsledky příznaků a problémů a jejich dopad na pracovní aktivitu, rodinnou situaci a volný čas.
- Interpersonální situaci včetně míry sociální podpory.
- Očekávání od sebe i sociální sítě a jejich naplňování ve skutečnosti. Jádřová kognitivní schémata a odvozená přesvědčení – vesměs se daří popsat až v průběhu terapie.
- Zkušenosti a dovednosti, které pacient má a mohl by je pro řešení frustrujících situací použít.

Při mapování problémových vzorců chování a myšlení je důležité zaujmout empatické, podpůrné, ale pevné a nehodnotící stanovisko. Někdy musíme dát pozor na to, abychom nebyli příliš ovlivněni verzí rodiny. Běžné laické hodnocení v sobě často obsahuje snahu najít viníka za situaci (zavinila jsem to sama svojí neschopností, manžel tím, že mi v ničem nepomáhá, matka, která mě stále kritizuje apod.) nebo její pseudodynamické interpretace (hodně jsem žárlila na sestru a teď asi žárlím na dceru, manžel žárlí na dítě, protože už není pro mne ten nejdůležitější). Tato verze pacienta nebo rodiny může být vzdálená od reality a terapii blokovat.

Spouštěčem pocitů nepohody bývají selhání ve výkonu a situace, kde se cítí odmítnut, kritizován nebo málo oceňován druhými lidmi, zejména autoritami. V *afektivním stylu* je typická obava z nepříjemných emocí a snaha vyhnout se situacím, které je navozují. V *kognitivním stylu* je typický pohled na sebe jako selhávajícího, na okolí jako nadměrně požadující a na budoucnost jako bezperspektivní. Pro *behaviorální styl* je typické přetěžování a snaha o nadměrné výkony, nebo naopak předčasné vzdávání se při anticipaci neúspě-

chu, vyhýbání se frustrujícím situacím a zabezpečování si přijetí od druhých.

Změna vzorců

Po zmapování příznaků a problémů terapeut s pacientem určují cíle, kterým se budou věnovat v terapii. Cíle se vztahují jednak ke kontrole příznaků depresivních rozlad, jednak k problémům v životě, které pacient má (neumí si rozdělit čas, nemá dost příjemných aktivit, má konflikty s blízkými, je špatně adaptován v zaměstnání, soustavně se přepracovává apod.). Cíle mohou být různé, je však důležité, aby se terapeut s pacientem na nich shodli, aby cíle byly dostatečně konkrétní (chci se naučit povzbudit svého manžela a také se naučit požádat ho o pomoc a podporu tak, aby mi pomohl s mytím nádobí, věšením prádla, nákupy a luxováním, chci zvýšit počet příjemných aktivit, kterým se věnuji chci se naučit asertivně jednat v práci se šéfem), důležité (jejich dosažení umožní se zbavit hlavních stresorů) a dosažitelné. Nemá cenu stavět cíle, které splývají se subjektivním hodnocením stavu (např. chci být s manželem a dítětem šťastná), naopak cíl je vždy lepší, když jde jeho dosahování měřit či jinak konkrétně vidět. Terapeut s pacientem pak zvažují neefektivnější strategie, jak cíle dosáhnout. Strategie jsou opět zaměřeny na ty, které kontrolují příznaky, a ty, které se zaměřují na řešení životních problémů.

Kontrola příznaků frustrace: Podle konkrétních typických vzorců reagování jsou plánovány jednotlivé kroky léčby. Univerzálně se u všech nacvičuje relaxace, plánování času, nácvik sociálních dovedností, kognitivní rekonstrukce a restrukturační. Jednotlivé strategie se neliší od strategií používaných u depresivních poruch, detailně jsme je popsali jinde (24, 27, 28). Výhodné je začít modifikací chování, protože zde pacient nejrychleji dosahuje úspěchu, který ho posílí pro další práci. **Plánování času** je důležité, protože denní režim bývá buď přehnaně naplněn množstvím úkolů, které nelze zvládnout či vedou k vyčerpání, nebo pacient obtížné úkoly stále odkládá. Terapeut s pacientem nejdříve popíší běžnou denní činnost a pak spolu diskutují o tom, jak ji uspořádat do jasnějšího, smysluplného programu. Denní plán je pak pravidelně sledován a pacient je povzbuzován k zařazování více příjemných aktivit. Etabluje se systém *sebeodměňování*, který mu umožňuje stát se postupně méně závislým na posilování od okolí. Ujasnění si životních rolí a z nich vycházejících priorit umožňuje pacientovi stanovit si konkrétní, dostatečně pohodlný denní, týdenní a měsíční plán, který přihlíží k jeho možnostem, možnostem rodiny, pomáhá udržovat bezpečný, rytmický a přitom dostatečně svobodný a pestrý harmonogram (27).

Kognitivní rekonstrukce pomáhá pacientovi dostat pod volní kontrolu přehnané automatické myšlenky a představy týkající se sebeobviňování, sníženého sebevědomí, obávaných odmítnutí od druhých a nerealistického nároku na výkon. V jednotlivých sezeních pracuje terapeut metodou Sokratického dialogu. Kognitivní rekonstrukce probíhá jak v rozhovoru s terapeutem, tak za domácí cvičení. V domácích cvičeních pacient sám zachycuje a snaží se „přerátovat“ svoje pesimistické myšlenky. Ty se týkají témat, jako je vlastní selhávání, pochybnosti o zvládnání životních

rolí, pochybnosti o tom, jak se druzí lidé k pacientovi vztahují, přijímají ho či odmítají, nízké sebevědomí, pesimistické perspektivy. Postupně se učí jednotlivé kognitivní vzorce identifikovat, zmapovat jejich vliv na svoje emoční stavy, tělesné příznaky a chování a posléze je konstruktivně měnit. Kognitivní rekonstrukce je velmi výhodná strategie, protože kromě příznaků pomáhá reálně upravit i nadměrná očekávání od sebe (např. musím vše zvládnout perfektně) a od vztahů (např. pokud v něčem selžu, opustí mě).

Relaxace je vhodná rovněž na zahájení každého sezení. Pokud terapeut s pacientem pravidelně relaxaci nedělá a nekontroluje její nácvik doma, pacient ji přestane považovat za důležitou a necvičí ji.

Řešení životních problémů: Zaměřuje se na konkrétní problémy pacienta a jeho rodiny, v jejichž řešení selhává a jsou zdrojem nadměrného stresu. Mezi takové problémy patří problémy ve vztahu mezi partnery, chybějící partner, izolace rodiny, nedostatečná sociální podpora, konflikty s příbuznými, neschopnost určit si priority, pracovní problémy, problémy s výchovou dětí, sexuální dysfunkce, nedostatek příjemných aktivit, osamělost apod. Samotné řešení problémů má pak standardní kroky: identifikace problémů, jeho konkretizace, brainstorming možných řešení, výběr optimálních řešení, jejich uspořádání do konkrétního krokového plánu a ukončení řešení po dosažení stanoveného cíle (24).

K řešení problémů často patří *nácvik komunikace*, který je zaměřen na zlepšení sociálních vztahů pacienta. Jednotlivé frustrující sociální situace pacient nejdříve detailně popíše ve smyslu popisu vlastního chování a chování druhé osoby, vlastních kognicí a emočních reakcí. Pak s pomocí hraní rolí a modelování se je učí řešit. Začínáme vždy nácvikem pozitivní aserce a empatického naslouchání, podáváním zpětné vazby a žádáním o laskavost. Odmítání a kritiku nacvičujeme až později. Důležité je, aby každá situace byla převedena do praxe ve skutečném životě, proto provedení pacient dostává jako domácí úkol. Zde musíme snížit nadměrná očekávání pacienta od toho, jak by měl situaci zvládnout i od toho, že jedna dobře zvládnuta situace změní vše.

Kognitivní restrukturační: V průběhu léčby po zvládnutí kognitivní rekonstrukce začínáme pracovat na tématu, které je pro dystymii nejdůležitější – na proměně tvz. „životního nastavení“. Tím jsou míněny kognitivní schémata. Typickým očekáváním bývají postoje typu: „musím všechno zvládnout, být ve všem perfektní“, „pokud udělám chybu, nikdo o mně nebude stát“, „druzí mi ve všem musí pomáhat“ apod. Propracování těchto schémat, zmapování jejich vlivu na vztahy doma, situaci v zaměstnání či ve škole i na životní styl a jejich postupná modifikace umožňuje snížit celkovou emoční zranitelnost ke stresujícím událostem.

Upevnění nových vzorců: V průběhu nácviku jednotlivých dovedností pacient upevňuje nové vzorce chování ve své životní situaci. To, aby se dovednosti generalizovaly, tj. promítly se do co největšího počtu životních situací, je důležité jak pro samotnou léčbu, tak pro samostatnost pacienta, jeho nezávislost na terapeutovi a připravenost pro budoucnost. Generalizace dovedností výrazně posiluje sebevědomí pacienta a vede ke zlepšení situace v rodině.

Ukončení léčby

Pacientovy obavy ze svobody a samostatnosti se často znovuobjeví před koncem léčby. Vhodné je postupně snižovat frekvenci sezení, navrhnout další kontroly po delších časových úsecích, aby pacient měl vzdálenější „jistou“ perspektivu. Před ukončením terapie terapeut s pacientem rekapituluje dovednosti, které se v terapii naučil a probírají pak

Literatura

1. Akiskal HS. Dysthymia: clinical and external validity. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 383: 19–23.
2. Akiskal HS. Dysthymia, cyclothymia, and related chronic subthreshold mood disorders. In: Geodet MG, López – Ibor, JJ a Andreassen NC: *New Oxford Textbook of Psychiatry*, Oxford University Press 2000; 736–749.
3. Akiskal HS. Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic, and bipolar II disorders in the „borderline“ realm. *Psychiatr Clin North Am* 1981; 4: 25–46.
4. Akiskal HS. Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Am. J. Psychiatry* 1983; 140: 11–20.
5. Amore M, Jori MC. Faster response on amisulprid 50 mg versus sertraline 50–100 mg in patients with dysthymia or double depression: a randomized, double-blind, parallel group study. *Int Clin Psychopharmacology* 2001; 16: 317–324.
6. Arias F, Padin JJ, Gilberte I, Sanches R, Gomez S, Garcia D. Komparative efficacy and tolerability aminy different selective serotonin re-uptake inhibitors and venlafaxine in a naturalistic setting. *Int J Psychiatry Clin Prac* 1998; 2: 255–260.
7. Boyer P, Lecrubier Y, Stalla-Bourdillon A, Fleurot O. Amisulpride versus amineptine and placebo for the treatment of dysthymia. *Neuropsychobiology* 1999; 39: 25–32.
8. Dunner DL, Schmalzing KB, Hendrickson H, Becker J, Lehman A, Bea C. Cognitive therapy versus fluoxetine in the treatment of dysthymic disorder. *Depression* 1996; 4: 34–41.
9. Dunner DL, Hendrickson HE, Bea C, Budech CB. Venlafaxine in dysthymic disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 528–531.
10. Feijo-de-Mello M, Myczowski LM, Menezes PR. A randomized controlled trial comparing moclobemide and moclobemide plus interpersonal psychotherapy in the treatment of dysthymic disorder. *J Psychotherapy Pract Res* 2001; 10: 117–123.
11. Gonzales LR, Lewinsohn PM, Clarke GN. Longitudinal follow up of unipolar depressives: an investigation of predictors of relaps. *J Konsult Clin Psychol* 1985; 53: 461–469.
12. Harpin RE, Liberman RP, Marks I. Cognitive-behavior therapy for chronically depressed patients: a controlled pilot study. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170: 56–62.
13. Hellerstein DJ, Samstag LW, Little S, Xanowitch P. Dysthymia. Assessing symptoms and treatment response with the Cornell Dysthymia Rating Scale. Presented at the Annual meeting, American Psychiatric Assn., Philadelphia, May 21–26 (New research program and abstrakt p 111) 1994.
14. de Jorg R, Treiber R, Hendrich G. Effectiveness of two psychological treatments for inpatients with severe and chronic depression. *Cognitive Ther and Res* 1986; 10: 645–663.
15. Lecrubier Y, Boyer P, Turjanski S, Rein W. Amisulpride study group: amisulpride versus imipramine and placebo in dysthymia and major depression. *J Affect Disorde* 1997; 43: 95–103.
16. Lee HS, Kim SH, Suh KY, Klak DI. Efficacy of sertraline in dysthymia. Presented at the XIXth CINP Congress, Washington DC, June 27 – July 1. *Neuropsychopharmacology* 10 (No 3S/Part 2) 1994; 222S.
17. Malá E. Trvalé poruchy nálady. In: Hort V, Hrdlička M, Koucká J, Malá, E. (ed.). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Portál, Praha 2000: 210–214.

možné budoucí stresory, které mohou v budoucnosti očekávat a způsoby, jak naučené strategie mohou v těchto situacích pomoci. Pacient si připravuje plán na další šestměsíční období, kde zohlední naučené plánování času vycházející z rolí v životě a priorit i možné budoucí zátěžové situace.

Podpořeno projekty CNS LN00B122 MŠMT ČR a IZ NIV No.5/1999: 00000023752 MZ ČR

18. Markowitz JC. *Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorder*. American Psychiatry Press, Inc. 1996, Philadelphia 1996; 184 s.
19. Markowitz JC. Psychotherapy of dysthymia. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1114–1121.
20. Markowitz JC, Klerman GL, Perry S. Interpersonal psychotherapy of depressed HIV-seropositive outpatients. *Hosp. Community Psychiatry* 1992; 43: 885–890.
21. Mason BJ, Markowitz J, Klerman GL. IPT for dysthymic disorder. In: Klerman GL, Weissman MM (eds). *New Applications of Interpersonal Therapy*. American Psychiatric Press, Washington DC. 1993; 225–264.
22. McCullough JP. Psychotherapy for dysthymia: a naturalistic study of ten patients. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 734–740.
23. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (přeloženo z anglického originálu) Praha, Psychiatrické centrum 1992, Zprávy č. 102, 282 s.
24. Možný P, Praško J. Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe. Triton, Praha 1999: 304 s.
25. Nobler MS, Devanand DP, Winter (tm), Roose SP, Sackheim HA. Fluoxetine treatment for elderly patients with dysthymic disorder: a pilot study. Presented at the Annual meeting, American Psychiatric Assn., Philadelphia, May 21–26 (New research program and abstrakt p 91) 1994.
26. Pani L, Gessa GL. The role of dopamine in the biological basis of dysthymia. *Italian J Psychiatry Behav Sci*. 1998; 8: 5–9.
27. Praško J, Kosová J. Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a deprese. Triton, Praha 1998; 234 s.
28. Praško J, Šlepecký M. Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch. Psychiatrické centrum, Praha 1995; 181 s.
29. Ravindran AV, Bialik RJ, Lapierre YD. Therapeutic efficacy of specific serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in dysthymia. *Can J Psychiatry* 1994; 39: 21–26.
30. Ravizza L. Amisulpride in medium-term treatment of dysthymia: a six-month, double-blind safety study versus amitriptyline. *J Psychopharmacol* 1999; 13: 248–254.
31. Rosenthal J, Hemlock C, Hellerstein D, Yanowitch P, Kasch K, Schupak C, Samstag L, Winston A. A preliminary study of serotonergic antidepressants in treatment of dysthymia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1992; 16: 933–941.
32. Smeraldi E. Amisulpride versus fluoxetine in patients with dysthymia or major depression in partial remission. A double blind, comparative study. *J Affective Dis*. 1998; 48: 47–56.
33. Stravynski A, Shanar A, Verreault R. A pilot study of the cognitive treatment of dysthymic disorder. *Behavioural Psychotherapy* 1991; 4: 369–372.
34. Švestka J. Amisulprid – atypický preparát ve skupině antipsychotik 2. generace. *Psychiatrie*. 2000; 4: 191–200.
35. Versiani M. Pharmacotherapy of dysthymia: a controlled study of imipramine, moclobemide or placebo. *Neuropsychopharmacology* 1994; 10: 298.