

## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2024

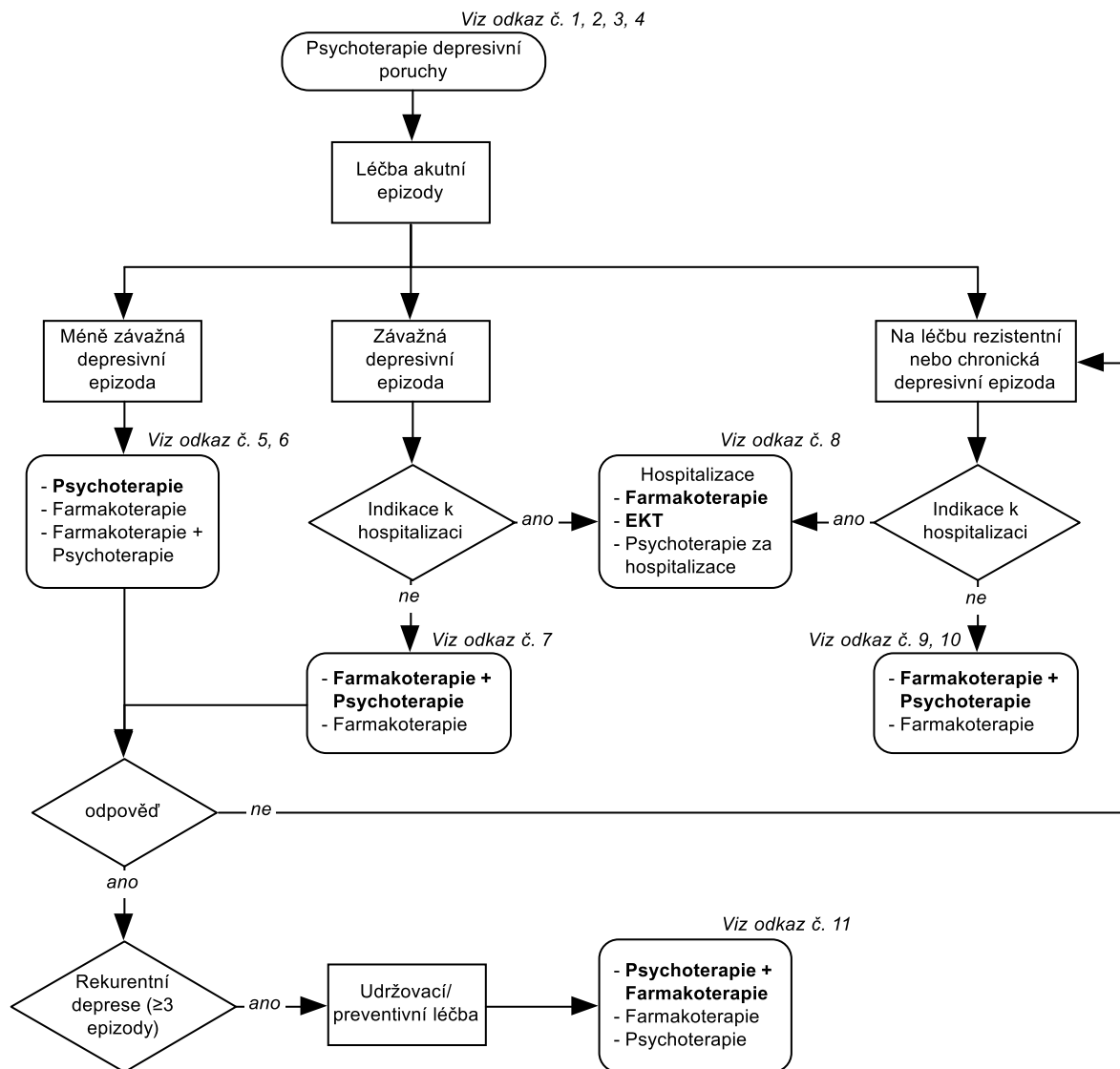
### Depresivní porucha u dospělých

### Psychoterapie depresivní poruchy u dospělých

Autoři: Martin Bareš, Tomáš Novák, Antonín Šebela

Garant: Martin Bareš

Oponent: Pavel Mohr



#### Odkaz č. 1

#### Účinnost psychoterapie v léčbě depresivní poruchy

Účinnost psychoterapie (psychologické léčby) u depresivní poruchy je podpořena robustní evidencí. Recentní rozsáhlé meta-analýzy (MA, např. [1–3]) registrují stovky randomizovaných



## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2024

kontrolovaných studií (RCT) a desetitisíce hodnocených pacientů. Celkově je efekt psychoterapie (PST) v akutní fázi hodnocen jako středně velký [2] a srovnatelný s antidepresivy [4]. Souhrnně je míra odpovědi uváděna přibližně 40% a třetina pacientů dosáhne remise (u kontrolní kondice – obvyklá léčba (TAU, treatment as usual) nebo pořadník (WL, waiting list)) – byla míra odpovědi <20% a remise okolo 10%) [3]. Rozdíl v odpovědi proti TAU/WL se tak pohybuje kolem 20%, NNT (počet nutný léčit) je přibližně 5 a RR (relativní riziko) okolo 2. Na druhou stranu je při hodnocení výsledků RCT a MA u psychoterapie nutno zohlednit často nižší kvalitu studii (např. absence zaslepení) a významnou heterogenitou uspořádání studií i jejich výsledků [5, 6]. V recentní meta-analýze byla zjištěna celková velikost účinku (effect size) napříč PST 0,72 (95%IS 0,67-0,78, tj. středně velký až velký efekt), pokud se ale analyzovaly pouze studie s nízkým rizikem systematické chyby (27% z celkového počtu!), byla souhrnná velikost účinku podstatně nižší (0,48; 95%IS 0,42-0,55, malý až středně velký efekt) [7].

**I - metaan <3 RCT nebo RCT**

### Odkaz č. 2

#### Účinnost psychoterapie dle charakteristik deprese, pacientů či poskytované formy

Účinnost psychoterapie (PST) je považována za dostatečně prokázanou i pro specifické fáze depresivní poruchy a její léčby i klinické charakteristiky pacientů. Psychoterapii lze považovat za účinnou u lehké, středně těžké i těžké deprese [4, 8]; v případech nerezistentní, rezistentní [9] i chronické deprese [10]; při předcházení nových epizod u rekurentní formy depresivní poruchy [11]; ve všech věkových skupinách nad 18 let [12]; u deprese spojené s dalšími souběžnými somatickými a duševními onemocněními a poruchami [13–15]; poskytovaná v primární a ambulantní péči nebo za hospitalizace [16]; nebo ve formě individuální či skupinové [17]. V posledních letech též roste evidence o účinnosti psychoterapie poskytované vzdáleně či ve formě internetových programů [17, 18].

**Celkově: I - metaan <3 RCT nebo RCT**

### Odkaz č. 3

#### Srovnání účinnosti psychoterapie, farmakoterapie a kombinované léčby

V léčbě deprese prokázala psychoterapie účinnost srovnatelnou s farmakoterapií. Kombinace psychoterapie a farmakoterapie je obvykle účinnější než farmakoterapie nebo psychoterapie v monoterapii (kombinace vs psychoterapie: RR=1,27; 95%IS 1,14-1,39; kombinace vs farmakoterapie: RR=1,25; 95%IS 1,14-1,37) [4]. Očekávání, že farmakoterapie vykazuje proti psychoterapii rychlejší nástup účinku, nemá v dosavadních studiích oporu. Výsledky jsou v akutní fázi (nejčastěji po 8-12 týdnech) srovnatelné, v následných sledováních po 6 a 12 měsících je výsledek naopak lepší v případě psychoterapie (RR=0,85, 95%IS 0,74-0,98) [4].

**I - metaan <3 RCT nebo RCT**

### Odkaz č. 4

#### Doporučené postupy pro psychoterapii v léčbě depresivní poruchy



## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2024

Separátní doporučené postupy pro psychoterapii v léčbě depresivní poruchy nejsou časté [10, 19], obvykle jsou psychoterapeutické intervence součástí souhrnných doporučených postupů zahrnujících farmakoterapeutické, jiné biologické a psychosociální intervence (z recentních například [20–25]).

### Odkaz č. 5

#### **Psychoterapie u méně závažné deprese**

V akutní fázi deprese s nižší závažností je doporučováno zahájit léčbu psychoterapií, v odůvodněných případech též farmakoterapií, případně kombinací psychoterapie a antidepresiv [20, 21, 23]. Zohlednit je nutné preferenci pacienta, motivaci k psychoterapii vyžadující sérii kontaktů a spolupráci a dostupnost psychoterapeutické péče včetně její ceny. Vedle PST poskytované ve formě osobního kontaktu (individuální, skupinové) lze zvážit i PST programy nabízené ve formě řízené svépomoci. Řízená svépomoc (guided self-help) je forma psychoterapeutické intervence, při níž klient pracuje podle svépomocného pracovního manuálu v tištěné nebo digitální formě (computer-based, internet-based, často ve formě interaktivních programů a aplikací) s pravidelnou podporou a supervizí terapeuta. Tato forma se ukazuje jako sice pravděpodobně méně účinná proti konvenčním formám s osobním kontaktem (srovnání míry odpovědi: individuální PST 48%, skupinová 41%, řízená svépomoc 37%) [3], ale lepší než TAU či WL a také než neřízená svépomoc (unguided self-help, bez podpory terapeuta), kde je navíc vyšší míra nedokončení programů [18, 26].

**I - metaan <3 RCT nebo RCT**

### Odkaz č. 6

#### **Specifické psychoterapeutické přístupy a programy účinné v léčbě depresivní poruchy**

Dosavadní analýzy docházejí opakovaně k závěru, že různé psychoterapeutické intervence/přístupy/programy mají srovnatelnou účinnost (např. [2, 7]). Pokud jsou některé psychoterapeutické přístupy doporučovány jako první volba (nejčastěji kognitivně behaviorální terapie a interpersonální terapie) je to především pro silnější evidenci jejich účinnosti (vyšší počet RCT a jejich kvalita) nikoli pro prokázanou vyšší účinnost nebo míru přijatelnosti (četnost dokončení programu). Např. v recentní MA [2] zahrnující 331 RCT představovala KBT 64% studií. Mezi psychoterapeutické intervence s prokázanou účinností v akutní léčbě deprese ( $\geq 10$  RCT) jsou řazeny [7]\*:

- Kognitivně behaviorální terapie (KBT; individuální a skupinová forma, řízená svépomoc, řada specifických programů pro depresi) [27]
- Behaviorální aktivace (BA, Behavioral activation therapy; individuální a skupinová forma, řízená svépomoc) [28]
- tzv. třetí vlna KBT, kam se řadí např. Kognitivní terapie založená na všímavosti (MBCT, Mindfulness-based cognitive therapy; především jako skupinový program) [29]
- Interpersonální terapie (IPT, individuální a skupinová, plná a zkrácená verze) [30]
- Terapie řešení problémů (PS, Problem-solving therapy, forma individuální, skupinová nebo řízená svépomoc) [31]



## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2024

- Krátkodobá psychodynamická psychoterapie (STPP, obvykle ve formě individuální) [32]
- Life-review therapy. (LRT, specificky cílí na pacienty vyššího věku, individuální i skupinová) [33]

Nedirektivní podpůrná psychoterapie/poradenství byla při srovnáních lepší než TAU/WL, ale horší než ostatní systematické intervence [2].

Většina intervencí v akutní fázi je ustavena jako časově omezený program v rozpětí 4-24 setkání (nejčastěji 8-12 setkání) s frekvencí obvykle jednou týdně. Nebyl zjištěn vliv počtu setkání na výslednou účinnost [1], lepších výsledků při stejném počtu lze možná dosáhnout vyšší četností setkání ( $\geq 2$  týdně). I zde se ale s delším časovým odstupem rozdíly stíraly [34].

\* V ČR není řada přístupů a programů s prokázanou účinností u deprese zavedena a poskytována.

I - metaan <3 RCT nebo RCT

### Odkaz č. 7

#### Účinnost psychoterapie u závažné depresivní epizody

Přestože je psychoterapie účinná i u závažnějších forem deprese, primárně je v této indikaci doporučována kombinace farmakoterapie a psychoterapie [20, 25] s ohledem na vyšší účinnost proti psychoterapii i farmakoterapii poskytované samostatně [4]. Výsledky separátně pro závažnou depresi vykazovaly především lepší účinnost kombinace proti farmakoterapii (obvykle antidepresiva skupiny SSRI, méně často TCA) samotné (RR 1,45, 95%IS 1,14-1,82) [4]. S ohledem na pravděpodobně vyšší účinnost při vyšší frekvenci PST setkání [34], lze u závažnější formy deprese zvážit četnější setkání ( $\geq 2$  týdně) či zařazení do programu denních stacionářů a klinik. Pokud jde o formu (individuální, skupinová) či specifický směr (KBT, interpersonální terapie a další) jsou doporučené postupy analogické s PST intervencemi uvedenými v odkazu č. 6 s obdobnou mírou evidence. U závažných stavů deprese (není-li indikována hospitalizace, např. pro suicidální riziko) lze zvážit i internetové programy s řízenou svépomocí [18].

I - metaan <3 RCT nebo RCT

### Odkaz č. 8

#### Psychoterapie během hospitalizace

Psychoterapie během hospitalizace je žádoucím doplňkem komplexního léčebného programu, který primárně zahrnuje farmakologické a nefarmakologické biologické intervence podpořené režimovými opatřeními a psychoeducací. I při hospitalizaci a u pacientů se závažnější formou deprese ukazuje zařazení PST k standardní nemocniční péči (TAU) přídatný benefit [16].

I - metaan <3 RCT nebo RCT

### Odkaz č. 9

#### Psychoterapie u deprese rezistentní na léčbu a u chronické deprese

Depresivní porucha rezistentní na léčbu je obvykle definovaná jako selhání antidepresivní léčby poskytované po dostatečnou dobu, v případě farmakoterapie navíc s podmínkou přiměřené dávky.



## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2024

*Chronická (perzistující) depresivní epizoda je definována délkou trvání (obvykle 2 roky a déle). I když nejde o totožné situace, významná část pacientů splňuje obě definice a významný je i překryv těchto skupin ve studiích s psychoterapií. Většina PST studií u populace s rezistentní či chronickou formou deprese hodnotí účinnost po selhání farmakoterapie (tj. farmakorezistentní deprese) a PST je použita jako přídatná intervence k TAU, která ve většině případů zahrnuje pokračující farmakoterapii [9, 10]. Specificky u rezistentní deprese existuje evidence o benefitu KBT, kognitivní terapii založené na všímavosti (MBCT), interpersonální psychoterapii (IPT) a behaviorální aktivaci (BA) jako přídatné léčbě k TAU v souhrnné velikosti účinku 0,42 (95%IS 0,29-0,54, malý efekt) [9]. Samostatná psychoterapie u rezistentní deprese proti TAU efekt neprokázala. Zahrnutí PST k farmakoterapii je tak jedním z možných kroků k prolomení rezistence. U chronické/perzistující deprese jsou doporučení obdobná a kombinace farmakoterapie a psychoterapie je léčbou volby, u PST jsou pak doporučovány dlouhodobější intervence [10].*

**I - metaan <3 RCT nebo RCT**

### Odkaz č. 10

#### **Rezistence k psychoterapii a možné postupy k jejímu překonání**

*Rezistence k PST je v doporučených postupech reflektována jen okrajově [25] a není jasně vymezena. Na PST intervence v RCT neodpoví přibližně 60% pacientů, kteří léčbu dokončí [3]. Míra předčasného ukončení PST je uváděna kolem 20% a je srovnatelná s kontrolními postupy [35]. Míra zhoršení depresivní poruchy během PST je uváděna jen v menšině studií a odhaduje se na 5% (deterioration rate), tedy dvakrát méně často než při TAU/WL [36]. Jak postupovat při nedosažení odpovědi na PST, s výjimkou využití farmakoterapeutických intervencí, není jasné. Nabízí se intenzifikace PST (prodloužení, vyšší frekvence, komplexní program denního stacionáře), změna formy (individuální, skupinová, párová, řízená svépomoc) či přístupu (KBT, psychodynamické směry, jiné přístupy), evidence o účinnosti těchto strategií nicméně chybí [25]. Rozhodnutí může být navíc limitováno dostupností alternativních postupů a motivací pacienta k další PST. Strategie při selhání intervence pro nízkou motivaci k léčbě, nízkou adherenci/spolupráci v léčbě či pro předčasné ukončení terapie přesahují rámec doporučených postupů, jelikož jsou obecnějšího rázu a netýkají se specificky PST pouze u depresivní poruchy. Podobně faktory přispívající k úspěšné PST u deprese, jako kvalitní terapeutický vztah (aliance), empatický přístup terapeuta a zařazení strukturovaného hodnocení změn [19] mají obecnější platnost.*

**IV-expertní názory, klinická zkušenost**

### Odkaz č. 11

#### **Psychoterapie v prevenci dalších epizod deprese**

*V prevenci nových epizod u rekurentní depresivní poruchy prokázala účinnost kognitivní terapie založená na všímavosti (MBCT), kognitivně behaviorální terapie (KBT), behaviorální aktivace (BA) a interpersonální psychoterapie (IPT) při sledování v trvání 9 až 24 měsíců [11]. Pro další PST přístupy je evidence méně průkazná nebo chybí. Programy jsou obvykle ve skupinovém formátu, časově omezeného rozsahu (8-16 setkání) a jsou poskytovány jako přídatná léčba k léčbě obvyklé (TAU), která zahrnuje především udržovací farmakoterapii (antidepresiva). Samotná PST neprokázala lepší výsledky než samotná farmakoterapie (antidepresiva). Kombinace farmakoterapie a psychoterapie*





## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2024

*byla nicméně lepší než farmakoterapie samotná (OR 0,85, 95%IS 0,74-0,98) [37]. Kombinace obou přístupů je tak i u rekurentní depresivní poruchy, kde je indikovaná preventivní/udržovací léčba (obvykle po 3 epizodách), první volbou, případně je doporučena pro situace, kde farmakoterapie samostatně selhává [37, 38].*

**I - metaan <3 RCT nebo RCT**

### Závěrečný komentář

*Psychoterapie depresivní poruchy se opírá o silnou evidenci a výsledky velkého množství randomizovaných kontrolovaných studií (přes jejich limity ve srovnání s farmakoterapeutickými RCT) pro specifické klinické situace i podskupiny pacientů opravňuje tyto intervence zařadit či je alespoň zvažovat ve všech fázích léčby depresivní poruchy a všech u pacientů. Psychoterapie je srovnatelné účinná jako farmakoterapie a kombinace obou přístupů je ve většině případů nejlepší volbou. Překážkou je často omezená dostupnost psychoterapie obecně, především pak specifických programů s ověřenou účinností u depresivní poruchy. Psychoterapie ve formě řízené svépomoci využívající digitální technologie by mohla, alespoň zčásti, tuto omezenou dostupnost kompenzovat.*

### Literatura:

1. Cuijpers P, Miguel C, Harrer M, Plessen CY, Ciharova M, Papola D, et al. Psychological treatment of depression: A systematic overview of a 'Meta-Analytic Research Domain.' J Affect Disord. 2023;335:141–51.
2. Cuijpers P, Quero S, Noma H, Ciharova M, Miguel C, Karyotaki E, et al. Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. World Psychiatry. 2021;20:283–93.
3. Cuijpers P, Karyotaki E, Ciharova M, Miguel C, Noma H, Furukawa TA. The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. Acta Psychiatr Scand. 2021;144:288–99.
4. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Vinkers CH, Cipriani A, Furukawa TA. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. World Psychiatry. 2020;19:92–107.
5. Cuijpers P, van Straten A, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. Psychol Med. 2010;40:211–23.
6. Plessen CY, Karyotaki E, Cuijpers P. Exploring the efficacy of psychological treatments for depression: a multiverse meta-analysis protocol. BMJ Open. 2022;12:e050197.
7. Cuijpers P, Karyotaki E, de Wit L, Ebert DD. The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. Psychother Res. 2020;30:279–93.
8. Weitz ES, Hollon SD, Twisk J, van Straten A, Huibers MJH, David D, et al. Baseline Depression Severity as Moderator of Depression Outcomes Between Cognitive Behavioral Therapy vs Pharmacotherapy. JAMA Psychiatry. 2015;72:1102.
9. van Bronswijk S, Moopen N, Beijers L, Ruhe HG, Peeters F. Effectiveness of psychotherapy for treatment-resistant depression: a meta-analysis and meta-regression. Psychol Med. 2019;49:366–79.



## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2024

10. Jobst A, Brakemeier E-L, Buchheim A, Caspar F, Cuijpers P, Ebmeier KP, et al. European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *Eur Psychiatry*. 2016;33:18–36.
11. Zhou Y, Zhao D, Zhu X, Liu L, Meng M, Shao X, et al. Psychological interventions for the prevention of depression relapse: systematic review and network meta-analysis. *Transl Psychiatry*. 2023;13:300.
12. Cuijpers P, Karyotaki E, Eckshtain D, Ng MY, Corteselli KA, Noma H, et al. Psychotherapy for Depression Across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2020;77:694.
13. Miguel C, Karyotaki E, Ciharova M, Cristea IA, Penninx BWJH, Cuijpers P. Psychotherapy for comorbid depression and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2023;53:2503–13.
14. Cuijpers P, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJH. Who benefits from psychotherapies for adult depression? A meta-analytic update of the evidence. *Cogn Behav Ther*. 2018;47:91–106.
15. van Bronswijk SC, Köster EM, Peeters FPML. Effectiveness of Acute-Phase Treatment of Depression Is Not Influenced by Comorbid Personality Disorders: Results from a Meta-Analysis and Meta-Regression. *Psychother Psychosom*. 2020;89:109–10.
16. Cuijpers P, Ciharova M, Miguel C, Harrer M, Ebert DD, Brakemeier E-L, et al. Psychological treatment of depression in institutional settings: A meta-analytic review. *J Affect Disord*. 2021;286:340–50.
17. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Cipriani A, Furukawa TA. Effectiveness and Acceptability of Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats in Adults With Depression. *JAMA Psychiatry*. 2019;76:700.
18. Karyotaki E, Efthimiou O, Miguel C, BERPohl FM genannt, Furukawa TA, Cuijpers P, et al. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *JAMA Psychiatry*. 2021;78:361.
19. Parikh S V, Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. *Can J Psychiatry*. 2016;61:524–39.
20. Excellence NI for H and C. Depression in adults: treatment and management. 2022.
21. American Psychological Association. Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. 2019.
22. Qaseem A, Owens DK, Etzeandía-Ikobaltzeta I, Tufté J, Cross JT, Wilt TJ. Nonpharmacologic and Pharmacologic Treatments of Adults in the Acute Phase of Major Depressive Disorder: A Living Clinical Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2023;176:239–52.
23. Malhi GS, Bell E, Singh AB, Bassett D, Berk M, Boyce P, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: Major depression summary. *Bipolar Disord*. 2020;22:788–804.
24. Guidelines VCP. The Management of Major Depressive Disorder. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2022.
25. Härter M, Prien P. The diagnosis and treatment of unipolar depression—National Disease Management Guideline. *Dtsch Arztebl Int*. 2023. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0074>.
26. Pang Y, Zhang X, Gao R, Xu L, Shen M, Shi H, et al. Efficacy of web-based self-management interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry*. 2021;21:398.
27. Cuijpers P, Miguel C, Harrer M, Plessen CY, Ciharova M, Ebert D, et al. Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined



## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2024

- treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*. 2023;22:105–15.
28. Ekers D, Webster L, Van Straten A, Cuijpers P, Richards D, Gilbody S. Behavioural Activation for Depression; An Update of Meta-Analysis of Effectiveness and Sub Group Analysis. *PLoS One*. 2014;9:e100100.
29. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Kearney DJ, Simpson TL. Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis. *Cogn Behav Ther*. 2019;48:445–62.
30. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, van Straten A. Interpersonal Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 2011;168:581–92.
31. Cuijpers P, de Wit L, Kleiboer A, Karyotaki E, Ebert DD. Problem-solving therapy for adult depression: An updated meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2018;48:27–37.
32. Driessen E, Hegelmaier LM, Abbass AA, Barber JP, Dekker JJM, Van HL, et al. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clin Psychol Rev*. 2015;42:1–15.
33. Ji M, Sun Y, Zhou J, Li X, Wei H, Wang Z. Comparative effectiveness and acceptability of psychotherapies for late-life depression: A systematic review and network meta-analysis. *J Affect Disord*. 2023;323:409–16.
34. Bruijninks SJE, Hollon SD, Lemmens LHJM, Peeters FPML, Arntz A, Cuijpers P, et al. Long-term outcomes of once weekly v. twice weekly sessions of cognitive behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for depression. *Psychol Med*. 2023;:1–10.
35. Cooper AA, Conklin LR. Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clin Psychol Rev*. 2015;40:57–65.
36. Cuijpers P, Reijnders M, Karyotaki E, de Wit L, Ebert DD. Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates. *J Affect Disord*. 2018;239:138–45.
37. Breedvelt JJF, Brouwer ME, Harrer M, Semkowska M, Ebert DD, Cuijpers P, et al. Psychological interventions as an alternative and add-on to antidepressant medication to prevent depressive relapse: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2021;219:538–45.
38. Guidi J, Fava GA. Sequential Combination of Pharmacotherapy and Psychotherapy in Major Depressive Disorder. *JAMA Psychiatry*. 2021;78:261.