

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Doktorský studijní program: Psychologie

Obor: Lékařská psychologie a psychopatologie



MUDr. Jan Roubal

**Prožívání psychoterapeutů v průběhu psychoterapeutického
sezení s depresivním klientem: zakotvená teorie**

Therapists' in-session experiences with a depressive client: A grounded theory.

Disertační práce

Školitel: doc. RNDr. Petr Bob, Ph.D.

Praha, 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Havlíčkově Brodě, 2. 9. 2014

Jan Roubal

Podpis:

Identifikační záznam:

ROUBAL, Jan. *Prožívání psychoterapeutů v průběhu psychoterapeutického sezení s depresivním klientem: zakotvená teorie. [Therapists' in-session experiences with a depressive client: A grounded theory]*. Praha, 2014. 110 s., 6 příl. Disertační práce (PhD.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika. Školitel Bob, Petr.

Abstrakt:

Vymezení cílů práce: Dosavadní výzkumné studie zaměřené obecně na interpersonální reakce na depresivního člověka dokládají dva základní druhy reakcí: indukce depresivní nálady a odmítání depresivního člověka. Relativně málo výzkumných studií se však zabývá specificky tématem vlastního prožívání psychoterapeutů při psychoterapii depresivních klientů, přestože práce s depresivními klienty představuje významnou zátěž pro psychoterapeuty samotné.

Prezentovaná studie detailně zkoumá, jak psychoterapeuti prožívají psychoterapeutické sezení s klientem, který je aktuálně depresivní, a předkládá procesuální teoretický model zkoumaného jevu.

Výzkumná metoda: Data byla získána z individuálních rozhovorů a ohniskových skupin se 30 psychoterapeuty různých psychoterapeutických orientací. Detailně bylo posléze analyzováno 22 popisů konkrétních událostí v průběhu psychoterapeutického sezení. Pro analýzu byla použita kvalitativní metoda zakotvené teorie.

Výsledky: Prožívání psychoterapeutů bylo konceptualizováno jako *Prožitková oscilace* mezi sdílením depresivního prožitku s klientem a oddalováním se od něj. Vývoj této oscilace v průběhu psychoterapeutického sezení zachycuje výsledný teoretický model *Trajektorie spoluprožívání deprese*, který rozlišuje šest fází: 1. Sdílení depresivní zkušenosti, 2. Obrat k sobě, 3. Snaha o změnu symptomů, 4. Vzdalování se od depresivního prožitku, 5. Obrat ke klientovi, 6. Zaměření na vztah.

Závěr: Výsledný model lze použít k uspořádání nálezů dosavadní výzkumné i teoretické literatury na dané téma. Různé emoční reakce terapeutů na depresivní klienty umožňuje uspořádat do koherentního procesového modelu, pomocí kterého lze sledovat proměny prožitků psychoterapeutů, pojmenovávat vztahy mezi různými prožitky a dávat je do souvislosti s mikroprocesy odehrávajícími se v průběhu psychoterapeutického sezení.

Klíčová slova:

deprese, psychoterapie, prožitek terapeuta, protipřenos, kvalitativní výzkum, zakotvená teorie

Abstract:

Objective: Empirical literature on the interpersonal reactions elicited by exposure to a depressed individual identified two basic reactions: depressed mood induction and rejection of the depressed person. Relatively not many empirical studies is devoted to the topic of therapists' own experiences when working with depressive clients, although working with depressive clients burdens therapists themselves significantly. This study explores how therapists experience psychotherapy sessions with a currently depressive client and presents a processual theoretical model of the researched phenomenon.

Method: Individual and focus group interviews were conducted with 30 therapists of various theoretical orientations, yielding a set of 22 in-session event descriptions. The grounded theory method was used as a methodological framework for the analysis.

Results: The therapists' experience was conceptualized as *Experiential oscillation* between gravitating towards a client's depressive experience and moving away from it. It's evolvement over the course of a session is depicted by a model of *Depression Co-experiencing Trajectory* with six phases: 1. Sharing depressive experience, 2. Turning to oneself, 3. Striving for symptom change, 4. Distancing from depressive experience, 5. Turning to a client, 6. Focusing on relationship.

Conclusions: The resultant model can be used to organize existing empirical and theoretical literature on the topic by interconnecting different therapists' emotional responses within a coherent process model, which allows to track the changes in therapists' experiences, to name the relations between them and to connect them with the therapy's in-session micro-processes.

Key words:

depression, psychotherapy, experience of therapist, countertransference, qualitative research, grounded theory

Poděkování

Děkuji Petrovi Bobovi za jeho odborné rady, průběžné povzbuzování a přátelský přístup.

Děkuji Tomášovi Řiháčkovi za metodologické konzultace a inspirativní diskuse nad výsledky.

Děkuji Petře Gubanievé, Kateřině Žaloudkové a Blance Sedlákové za cennou pomoc.

A především s láskou děkuji mé ženě Kristině a mým dětem Anně, Magdaleně a Adamovi za jejich podporu, trpělivost a pochopení v průběhu let, kdy jsem se této práci věnoval.

Obsah

1. Úvod: Vymezení oblasti zájmu	1
2. Teoretická část	3
2.1. Prožitek terapeutů při práci s depresivními klienty	3
2.2. Fenomén bludného kruhu deprese z pohledu pěti psychoterapeutických teorií	7
2.2.1. Dynamická psychoterapie	9
2.2.2. Kognitivně behaviorální terapie	11
2.2.3. Interpersonální psychoterapie	13
2.2.4. Na emoce zaměřená terapie	14
2.2.5. Systemická rodinná terapie	16
2.2.6. Shrnutí	18
2.3. Teoretický koncept interpersonálně procesového přístupu gestalt terapie	19
2.3.1. Základní charakteristika přístupu a jeho uplatnění v klinické praxi	20
2.3.2. Interpersonálně procesové pojetí psychopatologie	23
2.3.3. Interpersonálně procesové pojetí diagnostiky	25
2.3.4. Interpersonálně procesový koncept deprese	31
2.3.5. Prožitek terapeuta z interpersonálně procesové perspektivy	38
3. Výzkumná část	40
3.1. Metoda	40
3.1.1. Výzkumná otázka	40
3.1.2. Volba výzkumné metodologie	42
3.1.3. Výzkumný soubor a metoda vytváření dat	44
3.1.4. Etické aspekty výzkumu	49
3.1.5. Výzkumný postup a metoda analýzy dat	50
3.1.5. 1. Výzkumná fáze 1: Sebereflexe výzkumníka	50
3.1.5. 2. Výzkumná fáze 2: Vedení individuálních rozhovorů a formulování ústředního konceptu	52
3.1.5. 3. Výzkumná fáze 3: Vedení ohniskových skupin a propracování kategorií	54
3.1.5. 4. Výzkumná fáze 4: Vytvoření modifikovaného paradigmatu pro axiální kódování a reanalýza dat	55

3.1.5. 5. Výzkumná fáze 5: Vytvoření sekvenčního modelu a hledání procesových variant	57
3.1.5. 6. Výzkumná fáze 6: Dosažení teoretické saturace pomocí teoretického vzorkování	59
3.1.5.7. Výzkumná fáze 7: Validizace modelu	60
3.2. Výsledky	62
3.2.1. Ústřední koncept: Prožitková oscilace	62
3.2.1.1. Prožitek navozený situací	63
3.2.1.2. Aktivní zvládání vlastního prožitku	64
3.2.1.3. Shrnutí	65
3.2.2. Teoretický model: Trajektorie spoluprožívání deprese	66
3.2.2.1. Fáze 1: Sdílení depresivního prožitku	67
3.2.2.2. Fáze 2: Obrat k sobě	67
3.2.2.3. Fáze 3: Snaha o změnu symptomů	68
3.2.2.4. Fáze 4: Vzdalování se od depresivního prožitku	69
3.2.2.5. Fáze 5: Obrat ke klientovi	70
3.2.2.6. Fáze 6: Zaměření na vztah	71
3.2.3. Variabilita obecného modelu	72
3.2.4. Další vývoj: Balancování na hraně	75
3.3. Diskuse	77
3.3.1. Srovnání výsledků s literaturou	77
3.3.2. Proč se terapeuti nepoučí z dřívějších zkušeností	81
3.3.3. Implikace pro praxi: Práce na hraně kluzkého svahu	84
3.3.4. Limity a implikace pro další výzkum	88
3.4. Závěr: soucit se sebou	92
4. Literatura	94
5. Přílohy	112
5.1. Příloha 1: Podrobné informace o terapeutech	112
5.2. Příloha 2: Ukázka postupu otevřeného kódování	114
5.3. Příloha 3: Seznam kategorií před axiálním kódováním	117
5.4. Příloha 4: Ukázka zpracování události jako analytické jednotky	121
5.5. Příloha 5: Výskyt fází základní sekvence u jednotlivých událostí	125
5.6. Příloha 6: Zastoupení průběhových variant událostí	126

***Když nahlédneš do propasti,
i ona nahlédne do tebe.***
(F. Nietzsche)

1. Úvod: Vymezení oblasti zájmu

Osobní zkušenost. Téma mého výzkumu se objevilo během klinické práce. Po skončení medicínského vzdělání a také po absolvování psychoterapeutického výcviku jsem pracoval jako psychiatr v psychiatrické léčebně. Věnoval jsem se z podstatné části psychoterapii a hlavní část mé psychoterapeutické práce zde představovala skupinová a individuální psychoterapie s depresivními klienty. Tato práce mne motivovala k teoretickému rozpracovávání specifík psychoterapeutické práce s depresivními klienty, zvláště jsem se zaměřoval na přístup gestalt terapie, ve kterém jsem absolvoval svůj základní psychoterapeutický výcvik. Rozpracování teoretických konceptů jsem posléze chtěl doplnit empirickým výzkumem a zvažoval jsem, jak takový výzkum zacílit. Zvolil jsem zaměření na oblast, kterou specificky rozpracovává gestalt psychoterapeutický přístup, tedy na koncept spoluutváření vztahového pole. V případě deprese tento koncept popisuje, že psychoterapeut při terapeutickém sezení není vně deprese jako nezávislý pozorovatel, ale že spoluvytváří interpersonální dynamiku deprese v psychoterapeutické situaci teď a tady s klientem. Tento můj záměr je v souladu s doporučením Norcrosse a Wampolda (2011, s. 425), kteří v závěru knihy shrnující výzkumy různých aspektů psychoterapeutického vztahu zdůrazňují, jak je důležité „rozplétat elementy, kterými do vztahu přispívá klient a kterými terapeut“. Rozhodl jsem se zaměřit na méně prozkoumané proměnné na straně terapeuta. Navíc jsem z vlastní klinické práce měl zkušenost, jak osobně zatěžující je práce s depresivními klienty. Proto se postupně do popředí mého výzkumného zájmu dostávala otázka, jak psychoterapeuti svými prožitky reagují na depresivního klienta.

Doplnění dosavadních výzkumů. Různé interpersonální teorie deprese sice částečně shrnují uvažování psychoterapeutů na toto téma, nicméně výzkumů zkoumajících dynamiku spoluutvářené depresivní situace je málo a nejdou příliš do detailů. Dosavadní výzkumy se omezují na to, že pouze vyjmenovávají prožitky terapeutů s depresivními klienty a někdy je srovnávají s reakcemi na klienty s jinými diagnózami, např. hraničními nebo schizofrenními (Boswell & Murray, 1981; Brody & Farber, 1996; McIntyre & Schwartz, 1998). Existuje také nedostatek studií, které by rozlišovaly dlouhodobý vliv od přímého ovlivnění v průběhu sezení. Některé studie sice zkoumaly terapeutovy prožitky v průběhu sezení obecně (např. Deutsch, 1984; Howard, Orlinsky & Hill, 1969; Williams, Polster, Grizzard, Rockenbaugh & Judge, 2003), avšak nezabývaly se specificky terapií deprese. Vystává tedy potřeba oblast prožitků terapeutů při psychoterapii depresivních klientů podrobovat dalšímu výzkumu.

Hayes a Gelso (2001) v klinicky zaměřené syntéze výzkumných zjištění souvisejících s protipřenosem konstatují, že další výzkum musí být zaměřen na lepší porozumění tomu, jak psychoterapeuti mohou používat protipřenos k posílení terapeutického procesu. Podobně Najavits (2000) ve svém důkladném přehledu výzkumných studií emocí a protipřenosu terapeutů navrhuje, aby se další výzkum zabýval terapeutovými emocemi jako klinickým fenoménem, který se zákonitě objevuje v denní praxi terapeutů. V souvislosti s psychoterapií depresivních klientů pak Gurtman (1986) vyzývá k systematickému zkoumání těchto interakcí, při kterých dochází k odmítání depresivního člověka ostatními.

Struktura prezentované práce. Na základě vlastní klinické zkušenosti a také předběžného přehledu teoretické a výzkumné literatury jsem se tedy ve své práci rozhodl zaměřit na psychoterapii deprese, specificky pak na faktory na straně terapeuta v rámci interpersonální dynamiky při psychoterapeutické práci s depresivními klienty. V teoretické části práce se nejprve věnuji prožitku terapeutů při práci s depresivními klienty, resp. vlivu, který tato práce na prožívání terapeutů má. Zřetelně zde vystupuje důležitost specifické interpersonální dynamiky u deprese, jejíž výraznou charakteristikou je fenomén bludného kruhu deprese. Pro komplexní zachycení tohoto fenoménu využívám pohled pěti často používaných a výzkumně ověřovaných psychoterapeutických přístupů při psychoterapii deprese (Dynamická psychoterapie; Kognitivně behaviorální terapie; Interpersonální psychoterapie; Na emoce zaměřená terapie; Systemická rodinná terapie). Následně se podrobněji věnuji přístupu gestalt terapie, který díky svému interpersonálně procesovému zaměření je zvláště vhodný pro konceptuální uchopení prožitku terapeutů při psychoterapii depresivních klientů. Teoretický přístup gestalt terapie je v této práci potřebně důkladně reflektovat také proto, že slouží jako senzitivizující koncept pro prezentovanou výzkumnou studii. Ve výzkumné části práce zdůvodňuji volbu výzkumné otázky a výzkumné metodologie, popisuji výzkumný soubor, metodu vytváření dat a etické aspekty výzkumu. Výzkumná studie musí poskytnout důkazy o důvěryhodnosti svých výsledků, čehož se dosahuje podrobným popisem všech fází výzkumného procesu a srozumitelným prezentováním výsledků, které ukazují dobrou ukotvenost v datech. Proto v dalších oddílech výzkumné části práce rozvádím jednotlivé fáze výzkumného postupu i metodu analýzy dat a prezentuji výsledky studie. Závěrem srovnávám výsledky prezentované studie s dosavadními výzkumy na dané téma, diskutuji limity mého výzkumu a stručně navrhuji možné implikace pro psychoterapeutickou praxi i další výzkum.

2. Teoretická část

2.1. Prožitek terapeutů při práci s depresivními klienty¹

Velké množství klinické i výzkumné literatury popisuje, jak psychoterapie může pomoci depresivnímu člověku. Relativně velmi málo je ale známo o pomáhajícím člověku, který se při práci své práci ocitá velmi blízko emocionálně silným depresivním stavům klienta a snaží se mu pomoci. Klinické pozorování, které je mezi psychoterapeuty tak rozšířené, až se stalo součástí psychiatrických učebnic, varuje, že při práci s depresivním klientem se terapeutům samotným může snížit nálada a oni si musí dát pozor na to, aby se do toho příliš neponořili (Rahn & Mahnkopf, 2000).

Narušení profesionální kompetence. „Depresivní klienty je snadné mít rád“, ale terapeut si může při práci s nimi také snadno vyvodit, že „je prostě neschopný“ (McWilliams, 2011, s. 248, 250). Pochyby o sobě anebo naopak vřelé pocity vůči klientovi, který však díky depresivnímu útlumu na ně není schopen reagovat, jsou příklady prožitků, která zatěžují terapeuty a mohou postupně a nepozorovaně ničit jejich pracovní entuziasmus a pohodu. Wolf, Goldfried a Muran (2013, s. 5) ve své knize věnující se právě prožitkům psychoterapeutů, popisují tuto plíživou zátěž takto: „Terapeuti se dívají na hodinky každých 5 minut a doufají, že už bude konec sezení. Když sedí s klientem ponořeným do sebe, který téměř nerozpoznává přítomnost terapeuta, mohou začít být sebekritičtí, připadat si neschopní a litovat toho, že si zvolili profesi, která je nutí upozadřovat své vlastní potřeby před potřebami druhého.“

Koekkoek, van Meijel a Hutschemaekers (2006) ve svém důkladném přehledu relevantní literatury zjistili, že klienti s chronickou depresí jsou klinickými pracovníky považováni za jeden z hlavních typů „obtížných klientů“ pro své vyžadující, nárokové, sebe-destructivní a závislé chování. Je to právě bezmocnost a beznaděj depresivních klientů, která v jejich terapeutech aktivuje silné negativní reakce (Levenson, 2013). Terapeuti mohou být potom tak pohlceni svými negativními emocemi a vnímat se jako bezmocní, že to u nich následně vytváří pochyby o tom, jestli se vůbec pro tuto profesi hodí (v případě začínajících

¹ K vypracování této kapitoly byly použity literární zdroje shromážděné v rámci tvorby dvou diplomových prací, které jsem vedl (Kostínková, 2009; Zezulka, 2013). Autorům děkuji za laskavé poskytnutí těchto zdrojů a za inspiraci. Dále byl použit koncept prozatím nepublikovaného textu: Kostínková, J., Roubal, J. (v přípravě). Experience with Partner Depression: A Qualitative Study of Interpersonal Consequences of Depression.

terapeutů), nebo se stávají cynickými a jsou zklamáni z vlastní nedostatečné efektivity (v případě zkušených profesionálů) (Wolf, Goldfried & Muran, 2013).

Ohrožení na osobní rovině. Práce s depresivními klienty může nejenom narušovat terapeutovu profesionální sebedůvěru, ale může ho ohrožovat i osobně. Výzkumné studie ukazují, že depresivní klienti mají významně stresující vliv na své terapeuty (Deutsch, 1984), depresivní klienti také podle hodnocení terapeutů nejvíce vzbuzují v terapeutech jejich vlastní pocity deprese (Brody & Farber, 1996).

Pro osobní ohrožení terapeutů (nejen při práci specificky s depresivními klienty) lze nalézt další doklady. Ve své kvalitativní studii protipřenosových prožitků psychoterapeutů, kteří byli sami psychiatricky hospitalizováni, Cain (2000) poukázal na to, že tyto „zranění pomáhající“ (*wounded healers*) zažívali mimo jiné také různý stupeň identifikace se svými klienty. Autorky McCann a Pearlman (1990) přenos příznaků z klienta na terapeuta našly v případě posttraumatické stresové poruchy. Zjistily, že u terapeutů, kteří sami nezažili trauma, došlo po psychoterapeutické práci s traumatizovanými klienty k rozvoji dlouhodobých změn kognitivních schémat, přesvědčení, očekávání a oživujících vzpomínek, tedy symptomů typických pro posttraumatickou stresovou poruchu. Autorky na základě těchto nálezů formulovaly koncept „zprostředkované traumatizace“ (*vicarious traumatization*), která nevzniká na základě prožití traumatické události, ale na zprostředkování tohoto prožitku klientem. Terapeuti zažívali příznaky jak posttraumatické stresové poruchy, tak syndromu vyhoření: únavu, ztrátu soucitu, poruchy spánku, vtíravé myšlenky a obrazy, silné emocionální reakce a také depresi (McCann & Pearlman, 1990).

Nakažlivost deprese. Specifika depresogenního vlivu klienta na terapeuta popsal ve své teorii interpersonálního fungování a „nakažlivosti deprese“ (*contagiousness of depression*) Coyne (1976a) a výzkumně ji později významně podpořil Joiner's (1994). Podle této teorie se depresivní chování propojuje a rezonuje s odpovídajícími interpersonálními vzorci druhých lidí, což ústí do negativního vlivu depresivního člověka na jemu blízké lidi, u kterých se pak také objevují depresivní symptomy. Hlavní roli zde hraje vyhledávání útěchy (*reassurance seeking*) a odmítání druhými. Blízcí lidé na výraznou potřebu podpory a potvrzování depresivního člověka nejprve reagují vstřícně podporou a soucitem. Depresivní člověk však vyhledává podporu dále, což v lidech v jeho okolí vzbuzuje pocity viny a hostilitu vůči nemocnému, kterou se snaží tlumit. Blízcí lidé se snaží mírnit depresivní symptomy depresivního člověka a zmenšit vlastní pocity viny tím, že mu poskytují neupřímnou útěchu a podporu. Depresivního člověka však zároveň odmítají a vyhýbají se mu, protože interakce s ním je jim nepříjemná. Tento rozpor depresivnímu člověku dále potvrzuje

jeho přesvědčení, že není přijímán. Na to reaguje tím, že vyžaduje další podporu a ujišťování, což zpětnovazebně vytváří bludný kruh interakcí.

Výzkumy „nakažlivosti deprese“ se ovšem zabývaly jen obecně vlivem depresivního člověka na lidi, kteří jsou s ním v blízkých vztazích, ale ne specificky na působení depresivního klienta na terapeuta při psychoterapeutické práci. Koncept „nakažlivosti deprese“ je nicméně možné použít jako teoretický rámec pro porozumění mikroprocesům v rámci psychoterapeutického vztahu s depresivním klientem. Termín „nakažlivost“ je v souvislosti s depresí používán metaforicky a popisuje fenomén šíření emočních a behaviorálních projevů depresivního jedince na druhou osobu. Podle Coyneho (1976a) dochází k přenosu právě jen depresivní, ale ne jiné symptomatiky, což je způsobeno specifickými projevy depresivních lidí. Výzkumně bylo následně potvrzeno, že deprese je opravdu svojí nakažlivostí specifická (Joiner & Katz, 1999). Pro vysvětlení nakažlivosti deprese existuje několik hypotéz, ty však dostatečně nepotvrzují kauzální vztah mezi depresí a její „nakažlivostí“ (Kostínková, 2009). Mezi tyto hypotézy patří emoční přenos (Van Orden & Joiner, 2006; Katz, Beach & Joiner, 1999), vyhledávání útěchy (Joiner & Metalsky, 1995 cit. dle Abela a kol., 2006, s. 171; Joiner & Katz, 1999; Abela a kol., 2006; Joiner a kol., 2001), zátěž (Benazon & Coyne, 2000; Coyne a kol., 1987), podobnost mezi partnery (Segrin, 2004; Rook a kol., 1994), společná historie páru (Katz, Beach & Joiner, 1999), sebeodhalení (Coyne, 1976b; Segrin & Abramson, 1994; Burchill & Stiles, 1988; Rook a kol., 1994), teorie atribuce (Joiner & Katz, 1999), teorie sebepotvrzení (Joiner & Katz, 1999) a nápodoba (Joiner & Katz, 1999). Z doposud provedených výzkumů vyplývá, že fenomén nakažlivosti deprese je nezávislý na věku, vzdělání, finanční situaci, rase nebo zdravotním stavu (Bookwala & Schulz, 1996) a byl také potvrzen napříč různými vztahy: cizími lidmi, spolubydlicími, romantickými páry a manželskými dvojicemi (Benazon & Coyne, 2000). Čím bližší je vztah s depresivním člověkem, tím je riziko nakažlivosti deprese vyšší (Goodman & Shippy, 2002). Joiner a Katzová (1999) provedli metaanalýzu výzkumů fenoménu nakažlivosti deprese v blízkých vztazích, z níž vyplývá, že tento fenomén je dostatečně výzkumně potvrzen. 25 ze 40 studií prokázalo jeho existenci, 15 studií pro něj však nenalezlo potvrzení. Autoři metaanalýzy vysvětlují, že je nutné lépe stanovit podmínky, v jejichž rámci je tento fenomén ještě určující. Z dosavadních výzkumů (Kostínková, 2009) nakažlivosti deprese vyplývá, že člověk ve vztahu s depresivním člověkem je vystaven riziku rozvoje vlastních depresivních symptomů a zároveň jsou na něj kladeny zvýšené nároky, které může prožívat jako zátěž a stres.

Nakažlivost deprese v psychotherapeutickém vztahu. Jak uvádí Zezulka (2013), který se výzkumně zabýval situací, kdy terapeut pracující s depresivním klientem je sám depresivní, psychotherapeutický vztah má svá specifika zejména v tom, že psychotherapeutická situace má pevně dané uspořádání s vymezenými rolemi a časově omezeným kontaktem, což terapeuty do určité míry chrání. Psychotherapeuti jsou navíc vzděláni a cvičeni v zacházení s psychickými fenomény a mají možnost profesionální podpory kolegů či v supervizi. Ve své profesi kultivují schopnost empatie, kterou od spontánní, automatické „nakažlivosti emocí“ odlišuje především míra zapojení myšlení, uvědomění a vůle (Hatfield, Cacioppo & Rapson, 1993), což odpovídá i aktivaci jiných oblastí mozku (Nummenmaa a kol., 2008). Výsledkem empatického porozumění je vědomé poznání emocionálního stavu druhého člověka, zatímco výsledkem emocionálního nakažení je pocitování emocí druhého člověka na sobě samém (Zezulka, 2013). Přes profesionální dovednosti a podporu nicméně při dlouhodobějším kontaktu s depresivním klientem emoční vyladování a snaha pomoci klientovi staví psychotherapeuty do pozice ohrožení nakažlivostí deprese podobně jako jiné lidi, kteří jsou v blízkých vztazích s depresivním člověkem. Jak dokládají Gurtman, Martin a Hintzman (1990) již samotný rozhovor s depresivním člověkem vede ke zvýšenému stresu. Specifickou zátěž pro psychotherapeuta při práci s depresivním klientem by pak mohly naznačovat výsledky výzkumu Markse a Hammena (1982), podle kterých rozhovor s depresivním člověkem vyvolává v druhém větší depresivitu, pokud jsou na něj kladeny nároky, aby depresivnímu člověku pomohl.

Zacházení s vlastními prožitky. Psychotherapeuty lze tedy vidět jako rizikové pracovníky, kteří jsou ohroženi vlastní depresí, jedním z nejčastějších projevů profesionální krize psychotherapeutů (Gilroy, Murra & Carroll, 2002). Přestože negativní prožitky s obtížnými klienty představují rizikový faktor pro rozvoj profesionální nepohody a syndromu vyhoření (Jenaro, Flores & Arias, 2007), terapeuty obecně mají sklon své prožitky s klienty marginalizovat jako idiosynkratické a subjektivní, nebo je dokonce znehodnocují jako obtěžující, kontraproduktivní a neprofesionální (Wolf, Goldfried & Muran, 2013). Tím, že své vlastní reakce terapeuty vnímají jenom jako „šum“ v terapeutickém procesu, nejen že zvyšují riziko rozvoje syndromu vyhoření, ale také „riskují, že přijdou o důležitý zdroj dat, která mohou přímo či nepřímo ovlivnit terapeutickou alianci a mít negativní vliv na výsledky léčby“ (Wolf, Goldfried & Muran, 2013, s. xiii). Když budou terapeuty ignorovat své vlastní prožitkové reakce na klienty, může to dokonce vést k poškození klientů (Castonguay, Boswell, Constantino, Goldfried & Hill, 2010).

Terapeuti, kteří jsou vystaveni silným depresivním emocionálním stavům klienta, na to obecně nejsou příliš dobře připraveni. Často jsou cvičeni v terapeutické otevřenosti a empatickém postoji, ale ne ve schopnosti ochránit se před „zprostředkovaným prožíváním“ (*vicarious experiencing*). Aby na to byli připraveni, potřebujeme vědět víc o prožitcích terapeutů, kteří se setkávají s depresivním klientem. Jaké jsou jejich pocity, myšlenky, tělesná uvědomění, potřeby, zdroje a způsoby zvládnání? Na tyto otázky se snažím odpovědět ve výzkumné části své práce.

2.2. Fenomén bludného kruhu deprese z pohledu pěti psychoterapeutických teorií²

Světová zdravotnická organizace ohodnotila depresi jako čtvrtý nejnaléhavější celosvětový zdravotní problém, který ovlivňuje stovky miliónů lidí na celém světě. Minimálně 20 % žen a 12 % mužů zažije během svého života depresi. Přestože farmakologická léčba deprese prodělala v posledních desetiletích významný pokrok, podle prospektivních studií je i po 5 letech užívání antidepresiv 12% klientů a po 10 letech 7% klientů stále depresivních (Bondy, 2003). Je tedy důležité zkoumat nejen biologické, ale i psychologické a sociální zákonitosti deprese, které tuto poruchu udržují a chronifikují. Významnou roli zde hraje tzv. bludný kruh deprese, jehož interpersonální, behaviorální, systémové i intrapersonální aspekty jsou rozvedeny v této části práce.

Deprese je multifaktoriálně podmíněný mechanismus, při jehož vzniku a udržování hrají roli endogenní, vývojové, reaktivní i somatické faktory (Rahn & Mahnkopf, 2000). Zaměřuji se ve své práci na reaktivní, respektive interpersonální složku přispívající k rozvoji a udržování depresivního stavu. Interpersonální kontext hraje u depresivního onemocnění podstatnou roli (Jones & Asen, 2004; Benazon & Coyne, 2000) jak při rozvoji, udržování, či prohlubování depresivního stavu, stává se však i zdrojem pro léčbu deprese. Interpersonální perspektiva různých teoretických pohledů na depresi je různá podle jejich odlišných teoretických východisek. Společný jim je ale předpoklad, že mezi lidmi s depresí a jejich blízkými jsou stresující vztahy, které hrají ústřední roli v udržování i prohlubování depresivních epizod (Siegel & Alloy, 1990).

² K tvorbě této kapitoly byly použity mé texty o fenoménu bludného kruhu deprese (Roubal, 2007c; Roubal, 2008).

V současné době neexistuje jednotná, obecně akceptovaná psychoterapeutická teorie (Kratochvíl, 1997), tedy ani psychoterapeutická teorie deprese. Jednotlivé psychoterapeutické školy k depresi a její terapii přistupují rozdílně. Naproti tomu však existují 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 (Beran, 2001). Z metaanalýz výsledků psychoterapie u deprese (Grawe, Donati & Bernauer, 1994) vyplývá nejen, že psychoterapie je prokazatelně účinnější než placebo terapie či žádná terapie, ale také že různé psychoterapeutické postupy vedou k podobným změnám ve svém rozsahu. Kvalita těchto změn se však u jednotlivých postupů může lišit (Vymětal, 1997).

Počet různých psychoterapeutických přístupů dosahuje přibližně čtyř stovek (Prochaska & Norcross, 1999) a stále se zvyšuje. Goldfried (1995) ve své snaze vytvořit společný psychoterapeutický jazyk, který by usnadnil terapeutům různých teoretických zázemí komunikaci o jejich klinické práci, navrhuje používat pojmy, na jejichž obsahu panuje shoda. Jedním z nich jsou pojmy „začarovaný kruh“ a „účinný cyklus“, popisující destruktivní vzorce chování s tendencí k opakování a také jejich konstruktivní alternativy, k nimž psychoterapie směřuje. Termín „začarovaný“ či „bludný kruh“ má svou obdobu v různých psychoterapeutických směrech: v psychoanalýze se nazývá „neurotické nutkání k opakování“, v transakční analýze „hra“, v gestalt terapii „fixovaný gestalt“, v behaviorální terapii „jádrové schéma“. Deprese i její léčba představují komplexní fenomény, které je možné nazírat z různých hledisek, a proto existuje velké množství pokusů popsat psychologické zákonitosti deprese. Zde se zaměřuji na pojetí psychodynamiky deprese z psychoterapeutického hlediska. Přestože se různé teoretické koncepty deprese často výrazně odlišují, zřetelně vystupuje styčný prvek právě v podobě fenoménu bludného kruhu deprese (Roubal, 2007c; Roubal, 2008), na který se v dalším textu zaměřím.

Depresivní stav snižuje schopnost organismu vypořádat se s vlastními intrapsychickými procesy i s nároky okolí. Tím dochází k častějšímu selhávání, následnému prohlubování depresivního stavu, dalšímu snižování kapacity organismu a rozvíjí se bludný kruh deprese. Popisují zde zákonitosti vytváření a udržování bludného kruhu deprese pomocí konceptů pěti různých psychoterapeutických přístupů, které vybírám ze dvou důvodů. Jednak jsou ve výzkumné literatuře nejčastěji zmiňované v souvislosti s psychoterapií a kombinovanou léčbou deprese. A také pokrývají velkou šíři psychoterapeutických přístupů a prezentují konceptuálně rozdílné způsoby popisu deprese. Tyto koncepty rozvádějí dynamiku bludného kruhu deprese z hlediska interpersonálního, behaviorálního, systémového i

intrapersonálního fungování. Jejich vzájemným propojováním a obohacováním je možné mechanismy vzniku a udržování depresivní poruchy pochopit ve větší šíři a plastičtěji. Jsem si přitom vědom, že prezentovaný přehled významně redukuje spektrum psychotherapeutických přístupů k depresi. Tvorbu přehledu také 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. Vzhledem k teoretickému zaměření na fenomén bludného kruhu deprese je klinické uplatnění jednotlivých přístupů při terapii deprese v textu zmíněno jen zkratkovitě a také jen velmi stručně jsou uvedeny výzkumy zabývající se efektivitou psychotherapeutických směrů při terapii deprese.

2.2.1. Dynamická psychoterapie

Dynamickou psychoterapii zde představuji jako zastřešující pojem pro množství terapeutických směrů, které vychází z psychoanalytické teorie a využívají základních psychoanalytických terapeutických nástrojů (Vavrda, 2004).

Teoretické pojetí deprese. Psychoanalytická psychoterapie a zejména psychoanalýza se jako dlouhodobé intenzivní terapie zaměřují zejména na ovlivnění osobnostních charakteristik depresivního klienta 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 i reálných zážitků. Deprese může být během života spuštěna vnějšími faktory, psychoanalytická psychoterapie však její etiologii hledá ve struktuře osobnosti (Blanck & Blanck, 1992). Klíčový význam v etiopatogenezi deprese je připisován raným mezilidským vztahům a zejména kvalitě vztahu mezi matkou a dítětem (Vavrda, 2004). Dítě si vštěpuje obraz matky a jeho postoj k sobě samému je závislý na jeho rané zkušenosti s matkou (Riemann, 1999). Z hlediska psychodynamiky je pak významný rozdíl mezi truchlením a depresí, kde zásadní roli hraje agrese (Mentzos, 2000).

Klasický pohled na depresi jako dovnitř nasměrovanou agresi zahrnuje čtyři klíčové body: (1) narušení vztahu dítě-matka během orální fáze 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. Skutečné nebo hrozící interpersonální ztráty pak v dospělosti spouštějí sebedestruktivní zápas v egu, který se projevuje depresí (Sandler, Dare, Holder & 1994). Deprese je tedy pojímána jako remobilizace prožitku ztráty při precipitující události v pozdějším životě (Blanck & Blanck, 1992).

Bludný kruh deprese. Depresivní člověk se na rozdíl od zdravě truchlícího pohybuje ve třech bludných kruzích (Mentzos, 2000). Do prvního se dostává, když na prožitek ztráty nereaguje truchlením, tj. rozumnou mírou stísněnosti a omezení Já, poklesem aktivity, šetřením a reorganizací sil. Namísto toho se stává extrémně apatickým a netečným, reaguje 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 agresí jako přirozenou reakci na ztrátu nevybije navenek činem, ale místo toho jedná regresivním způsobem, agresí obrátí proti sobě, obviňuje sám sebe. Tím jeho agresivita vzrůstá a on ji zase obrátí dovnitř. Třetí bludný kruh se vytváří, když se depresivní člověk vyrovnává se ztrátou ambivalentního (tj. zároveň nenáviděného i milovaného) 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 bludný kruh.

V současné psychoanalytické literatuře se zmenšuje důraz na roli agrese. Deprese je chápána jako narušení sebeúcty v kontextu interpersonálních vztahů (Gabbard, 2000). 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. Sebedůvěra osobnosti náchylné k vývoji a použití depresivního modu je závislá na neustálém ujišťování, lásce a obdivu ostatních, jinak dochází k poklesu sebedůvěry a následné depresi (Sandler, Dare & Holder, 1994). 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 (Mentzos, 2000). Žije pro druhé a ne pro sebe, 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 (Riemann, 1999).

Terapie deprese a její výzkum. V psychoanalýze a psychoanalytické terapii je při snaze narušit bludný kruh deprese centrem terapeutického zájmu osobnostní struktura klienta.

V terapii se neléčí deprese, ale Ego, které tento afekt prožívá (Blanck & Blanck, 1992). 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 (Gabbard, 1997). Z analýzy dat NIMH (2005) Treatment of Depression Collaborative Research Project se ukazuje, že vysoce perfekcionista a sebekritičtí klienti neprofitovali ani z jedné ze sledovaných krátkodobých terapií a podle naturalistických studií by právě oni mohli dobře reagovat na dlouhodobější psychoanalytickou psychoterapii (Gabbard, 2000). V současné léčbě deprese se prosazují více zacílené, krátkodobější dynamické psychoterapie, které se zaměřují na ovlivnění depresivního stavu a ne osobnosti klienta (Hirshfeld & Shea, 2000). V metaanalýzách se ukazuje, že krátká psychodynamická psychoterapie není ani lepší, ani horší než jiné formy psychoterapie (Praško, 2005). Několik randomizovaných kontrolovaných studií prokázalo stejnou účinnost krátké psychodynamické psychoterapie a kognitivně behaviorální terapie (Hirshfeld & Shea, 2000). Metaanalýza šesti studií zkoumajících efekt krátkodobé psychodynamické psychoterapie a kognitivně behaviorální terapie v terapii deprese dochází k závěru, že obě terapie se zdají být stejně efektivní při terapii deprese (Leichsenring, 2001). Jiné hodnotící studie zase ukazují, že psychodynamická psychoterapie deprese je téměř tak efektivní jako kognitivně behaviorální terapie a interpersonální terapie (Reck, Mundt, 2002).

2.2.2. Kognitivně behaviorální terapie

Teoretické pojetí deprese. Teoretické pojetí deprese zahrnuje přístup behaviorální a kognitivní, které zpočátku při psychoterapii terapii deprese vystupovaly odděleně (Rahn & Mahnkopf, 2000). Behaviorální terapie ve svém konceptu patologie a etiologie deprese vychází z teorie naučené bezmocnosti, teorie nedostatku pozitivního zpevnování a ze zastřešující teorie sociálního učení. Podle ní je depresivní fungování klienta výsledkem vzájemné interakce mezi osobnostními faktory, behaviorálními faktory a faktory prostředí. Klient 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 (Praško & Šlepecký, 1995). Kognitivní terapie pokládá depresi za kognitivní

problém. Podle ní je afektivní odpověď při depresi určována tím, jak jedinec dysfunkčním způsobem kognitivně interpretuje svoji zkušenost pomocí negativních automatických myšlenek, které neodpovídají skutečnosti.

Bludný kruh deprese. Kognitivní model deprese předpokládá časnou zkušenost v životě klienta, 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 klient interpretuje většinu dalších zkušeností a to vede k rozvoji dalších příznaků deprese. Při depresi je klient vůči automatickým myšlenkám méně kritický, více jim věří a ony tak prohlubují depresivní náladu (Praško & Šlepecký, 1995). 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 (Praško, Prašková & Prašková, 2003).

Terapie deprese a její výzkum. Kognitivně behaviorální terapie se při snaze o narušení bludného kruhu deprese zaměřuje na analýzu a modifikaci myšlení a jednání klienta (Praško & Šlepecký, 1995). Kognitivně behaviorální terapie patří k etablovaným formám terapie deprese s dobře dokumentovanou účinností (Rahn & Mahnkopf, 2000), díky svému jasně strukturovanému zaměřením na změnu kvantitativně měřitelných symptomů je snáze vědecky ověřitelná než jiné psychoterapeutické přístupy (Raboch, Anders & Kryl, 2006). Metaanalýzy ukázaly, že zpočátku prezentované důkazy o relativní nadřazenosti nad ostatními formami terapie vyplývaly z velké části či zcela z neúmyslného teoretického zkreslení ze strany badatele vlivem jeho loajálnosti (Prochaska & Norcross, 1999). 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 kognitivně behaviorální terapie než farmakoterapie, jiné ukazují, že kognitivně behaviorální terapie, interpersonální terapie i antidepressiva jsou u lehčích a středních depresí stejně účinné, u těžších depresí je však účinnější farmakoterapie, v akutní fázi snižuje kognitivně behaviorální terapie počet relapsů oproti samotné farmakoterapii (Fürst, 2003).

2.2.3. Interpersonální psychoterapie

Interpersonální psychoterapie je rozšířena v USA a také v západní Evropě. V České republice prozatím neexistuje systematický výcvik v interpersonální psychoterapii. Na rozdíl od jiných psychoterapeutických směrů, které byly nejdříve dlouho používány při léčbě klientů a až dodatečně se ověřuje jejich účinnost, interpersonální psychoterapie se začala šířit až po sérii randomizovaných klinických studií, které zkoumaly její účinnost, a po replikování výsledků i mimo entuziastickou skupinu zakladatelů. Prezentuje se jako příklad „evidence based medicine“ v psychoterapii. Interpersonální psychoterapii vyvinuli v 80. letech minulého století Gerald Klerman a Myrna Weissman pro terapii deprese. Interpersonální psychoterapie je zacílená, časově omezená terapie, která klade důraz na mezilidské vztahy depresivních klientů. Zároveň bere v potaz genetické, biochemické, vývojové a osobnostních faktory, které hrají roli při vzniku deprese a náchylnosti k ní.

Teoretické pojetí deprese. Interpersonální terapie se na základě klinické zkušenosti a výzkumných dat domnívá, že depresivní porucha se objevuje v interpersonálním kontextu a zpětně interpersonální vztahy ovlivňuje, takže psychoterapeutické intervence zaměřené na tento kontext usnadňují úzdruvu klienta v akutní depresivní epizodě a předpokládá i efekt při předcházení relapsům a recidivám deprese (Gruetert, 2004). Teoretické základy interpersonální psychoterapie deprese rozvíjejí Freudovo pojetí smutku a truchlení a zásadně jsou ovlivněny teorií vazby Bowlbyho (1980). 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 (Weissman & Markowitz, 2000).

Bludný kruh deprese. 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 klientových interakcí, který tak začíná žít v bludném kruhu (Prochaska & Norcross, 1999).

Terapie deprese a její výzkum. Interpersonální psychoterapie se při narušování bludného kruhu deprese zaměřuje na spojení mezi vznikem depresivních symptomů a současnými interpersonálními problémy. Použití i účinnost interpersonální psychoterapie jsou bohatě vědecky zdokumentovány. NIMH Collaborative Study (2005) prokázala stejnou antidepresivní účinnost kognitivně behaviorální terapie, interpersonální terapie a imipraminu oproti placebo. Klienti s těžším stupněm deprese profitovali více z interpersonální psychoterapie a imipraminu než z kognitivně behaviorální terapie (Gruetter, 2004). Interpersonální psychoterapie se dále rozvíjí, existuje již i jako dlouhodobá léčba (Rahn & Mahnkopf, 2000), zaměřuje se i na chronické formy deprese, postnatální deprese či psychoterapii deprese po telefonu. Výsledky mnoha provedených studií dokazují účinnost interpersonální psychoterapie u ambulantních depresivních klientů jak v akutní fázi, tak v rámci podpůrné léčby (Vymětal, 2003).

2.2.4. Na emoce zaměřená terapie

Humanistická psychoterapie je označení pro skupinu teoreticky příbuzných psychoterapeutických směrů, které většinou nesou výrazný rukopis svých zakladatelů a dále se rozvíjí jako samostatné školy. Společný je důraz na svobodu jedince, na rozvíjení jeho osobnostního potenciálu a na jedinečnost lidského setkání v terapii (Rahn & Mahnkopf, 2000). Svým založením sem patří také rogersovská psychoterapie a gestalt terapie, které jsou nyní též řazeny do skupiny experienciálních psychoterapií (Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004), dále existenciální směry daseinsanalýza a logoterapie. Vzhledem k důrazu na sebeaktualizaci klienta a jedinečnost terapeutického setkání nemají humanistické směry vypracován obecný a podrobný algoritmus pro terapii deprese. Přístup ke klientovi je individualizovaný, jednotlivé školy terapeuticky pracují s depresivním klientem na základě svých teoretických i praktických poznatků. Jako zástupce je zde uveden přístup terapie zaměřené na emoce (*Emotion Focused Therapy*, dále jen EFT), která je významná svým důsledným výzkumným ukotvením a propracovaným přístupem právě pro léčbu deprese.

Teoretické pojetí deprese. Symptomy jsou při depresi doprovodnými jevy a EFT se zaměřuje více na specifické generující procesy či základní determinanty této poruchy (Greenberg, Watson & Goldman, 1998). EFT 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 (Greenberg a kol., 1998). Deprese je v pojetí EFT primárně afektivní porucha v tom smyslu, že psychické funkce jsou řízeny v první řadě skrytým emocionálním smyslem události a ne myšlenkami a názory klientů nebo jejich 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 zvládnání událostí, které tyto emoce vyvolávají (Greenberg, 2006).

Bludný kruh deprese. 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 klienta na současnou situaci, která má podobné rysy jako tyto časné zkušenosti, mohou aktivovat maladaptivní depresogenní schémata, která následně ovlivní současnou percepci i prožívání. Převáží emocionální schéma, při kterém se klient cítí nemilován, ponížen, polapený, bezmocný a není schopen mobilizovat alternativní reakci. Takové schéma často zahrnuje introjikaná negativní hodnocení typu „Jsem bezcenný.“ (Greenberg & Watson, 2005) Člověk v interakci s okolím se uspořádává depresivním způsobem („depresivní organizace self“ (Greenberg & Watson, 2005) a ztrácí tak schopnost pružně se organizovat v souladu s aktuální situací. Začne se rigidně a stereotypně strukturovat jako beznadějný, bezmocný, nekompetentní a nejistý. Schematicky generovaný samoorganizující se depresivní prožitek je symbolizován v uvědomění. Projevuje se negativními přesvědčeními o sobě, světě a ostatních. Člověk zakouší pocity strachu a opuštění, základní nejistoty a studu, na úrovni chování pak neschopnost jít dál. Depresivní klienti 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 zvyrazňují (Greenberg, 2006) a vytváří se bludný kruh deprese.

Terapie deprese a její výzkum. Při psychoterapii se v přístupu EFT používá kombinace stylu intervencí, které se zaměřují jak na terapeutický vztah, tak na úkoly (Greenberg & Watson, 2005). Greenberg a Watson (2005) popisují tři fáze terapie deprese. (1) Napojení a uvědomění, kdy se vytváří bezpečí, důvěrné pouto a buduje terapeutické spojení. Terapeut naslouchá a sleduje klientův styl afektivně kognitivního způsobu zpracovávání situací a odhaduje klientovu kapacitu pro emocionální prožitkovou práci (Greenberg, Watson & Goldman, 1998). (2) Vybavování a zkoumání emocionálního materiálu, při kterém terapeut reaguje na specifické projevy klienta, jež poukazují na

depresogenní zpracování problémů (jako například vystupňovaná sebekritika) a navrhuje vhodné intervence. Tyto intervence aktivně zapojují klienta do emočně procesních úkolů během terapeutického sezení. Greenberg (Greenberg & Watson, 2005) popisuje některé častěji používané intervence jako je dialog na dvou židlích či dialog s prázdnou židlí, k externalizaci sebekritiky či zpracování nevyjasněných emocí vůči významným blízkým osobám. Terapeut intervnuje v závislosti na aktuálním stavu klienta, neplánuje a nestrukturuje terapeutické sezení předem (Greenberg, Watson & Goldman, 1998). (3) Transformace, při které se vytváří alternativní způsoby reagování, nalézají se nové vnitřní zdroje klienta, prožitkům se dodává smysl novými způsoby, vytváří se nové emocionální odpovědi, reflektují a transformují se základní maladaptivní schémata.

Greenberg a jeho kolegové, kteří s ním rozvíjejí přístup EFT, se významnou měrou zasadili o legitimizaci prožitkových směrů ve výzkumné a akademické oblasti. Greenberg a spol. prováděli srovnání efektivity léčby deprese rogersovskou na klienta zaměřenou terapií a procesově prožitkovou psychoterapií (nověji nazvanou EFT). Výsledky studie (Greenberg, Watson & Goldman, 1998) 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. Watson a kol. (2003) ve znárodněné klinické studii srovnávali procesově zážitkovou terapii (nyní EFT) s KBT u deprese a zjistili, že obě terapie byly stejně efektivní. Klienti, kteří absolvovali procesově zážitkovou terapii se ale signifikantně více zlepšili v oblasti mezilidských problémů a na konci terapie se dokázali více prosazovat. Dosavadní výzkum ozřejmuje, jakým způsobem vedou důležité okamžiky kontaktu a zvláště emocionální vyjádření vnitřního konfliktu k terapeutickému účinku (Strümpfel & Goldman, 2006). Greenberg (2008) popsal metodu *task analysis* vhodnou pro zkoumání různých specifických mechanismů změny v EFT.

2.2.5. Systemická rodinná terapie

Systemická rodinná a párová terapie zahrnuje velké množství terapeutických přístupů, které značně odlišují svými teoretickými základy, strukturou a procesem terapie i terapeutickými cíli. Obecně je lze 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 (Gurman & Lebow, 2000). Následující popis vychází převážně z pojetí Jonesové a Asena (2004), kteří prováděli výzkum a teoretické zpracování terapie deprese (Jonesová & Asen, 2004).

Teoretické pojetí deprese. Na vzniku, trvání a eventuelní chronifikaci deprese se zásadním způsobem podílí aktuální podněty ve vztahu klienta s jeho prostředím (Rahn & Mahnkopf, 2000). Jedná se zejména o společenské okolnosti podporující vznik stavu bezmoci, jako je chudoba, rasismus, pohlaví, zneužití. Deprese je pak reakcí na zážitky bezmoci, která bývá vyvolána zkušenostmi zneužívání, zanedbávání nebo ztráty blízké osoby v dětství nebo v současné rodině (Jonesová & Asen, 2004). Systemický přístup nepojímá depresi jako chorobu jednoho člověka, ale jako sociálně utvářený fenomén a depresivního klienta chápe jako „označeného“ klienta (Jonesová & Asen, 2004). Zajímavým důsledkem tohoto přístupu jsou v USA soudní procesy proti terapeutům, kteří se měli dopustit profesionální chyby, když depresivního klienta léčili samotného a ne společně s jeho „ko-producentem“ téhož životního kontextu (Dorner & Plog, 1999).

Bludný kruh deprese. Důvěrné vztahy klienta ovlivňují jeho depresivní příznaky a zároveň jsou těmito příznaky zpětně ovlivňovány. Z hlediska komunikace je v rodinách depresivních klientů nápadně vysoký stupeň kontroly, vztahy depresivních klientů se vyznačují velkou emoční závislostí (Rahn & Mahnkopf, 2000). U člověka s horší schopností adaptace se při náročné události objeví depresivní příznaky. Nejčastějším stresem, který předchází depresi, jsou manželské rozpory (Praško & Šlepecký, 1995). Na depresivní příznaky reaguje partner a rodina, nutí klienta 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/klient a tím k dalšímu rozvoji deprese (Jonesová & Asen, 2004), celý systém se ocitá v bludném kruhu.

Terapie deprese a její výzkum. Systemický přístup v párové terapii deprese narušuje bludný kruh deprese kontextualizací aktuálních depresivních příznaků a experimentováním s novými vzorci chování (Jonesová & Asen, 2004). V randomizované kontrolované studii London Depression Intervention Trial se při srovnání s farmakologickou léčbou ukázala párová terapie jako účinnější a přijatelnější pro klienty než antidepressivní léčba (Jonesová & Asen, 2004). Bylo zjištěno, že samotná antidepressivní léčba není levnější. Zkoumal se také EE („expressed emotions“) model, tj. negativní působení odmítajícího hodnocení a přehnané emocionální reakce příslušníků rodiny na průběh nemoci (Rahn & Mahnkopf, 2000). V rodinách se silně vyjadřovanými emocemi se nová fáze deprese objevuje významně častěji. U klientů léčených systemickou párovou terapií se následně snížila úroveň hostility

vyjadřované partnery depresivních klientů (Jonesová & Asen, 2004). Výzkum v oblasti systemické rodinné terapie deprese je prozatím omezený možná i z toho důvodu, že staví na logickém pozitivizmu, který podle některých systemických terapeutů odporuje principům systemického myšlení (Leichsenring, 2001).

2.2.6. Shrnutí

Při teoretickém porozumění psychologickým zákonitostem deprese se mohou jednotlivé psychoterapeutické směry navzájem inspirovat. Různé psychoterapeutické směry se teoreticky i prakticky zaměřují na odlišné komponenty dynamiky depresivního onemocnění. Psychodynamická terapie pracuje s bludným kruhem v souvislosti s nasměrováním agrese či se závislostí na druhých. Kognitivně behaviorální terapie se soustředí na bludný kruh související s negativním stylem uvažování, depresogenním přesvědčením a depresivním chováním. Interpersonální psychoterapie se především zabývá bludným kruhem omezených sociálních dovedností a narušené komunikace v interakcích s druhými. Na emoce zaměřená terapie se orientuje na bludný kruh zahrnující depresogenní emoční schémata a depresivní organizaci self v interpersonálním kontaktu. Systemická terapie pracuje s bludným kruhem celého systému rodiny klienta, ve které dochází k osamocení a nepochopení depresivního jedince a k udržování rolí pečovatel/klient. Mezi jednotlivými psychoterapeutickými směry existuje odlišný důraz na dvě hlavní komponenty psychodynamiky depresivních stavů. Kognitivně behaviorální psychoterapie a interpersonální terapie se více zabývají aktuální symptomatikou jako způsobem reakce na nepříznivé životní události, naproti tomu dynamická a humanistická psychoterapie se zase soustředí na dlouhodobější depresivní fungování osobnosti a vztahové vzorce.

Při zvažování konceptu bludného kruhu deprese je podstatné odlišení smutku a přirozeného procesu truchlení od depresivní poruchy. Smutná nálada a přidružené negativní afekty mohou představovat pro organismus důležitou adaptační funkci. Z hlediska psychického fungování umožňuje proces smutku truchlícímu zpracovat prožitek ztráty. Při narušení tohoto procesu smutku dochází k rozvoji deprese (Rahn & Mahnkopf, 2000). Z hlediska zvládnání nároků okolí se smutek pravděpodobně přirozeně selektoval pro případ nedostatečných vnitřních rezerv či chybně realizovatelné životní strategie. Pomáhá zvládat nepříznivé situace, při kterých inhibuje nebezpečné nebo zbytečné akce směřující k

nedosažitelnému cíli či vyzývání autority. Tam kde však ztráta iniciativy vede k neschopnosti vymanit se z depresogenních situací, rozvíjí se bludný kruh patogeneze deprese (Nesse, 2000).

Bludný kruh deprese představuje rigidní vzorec fungování, jehož složky již neplní svoji adaptační funkci, ale naopak adaptační schopnosti organismu významně omezují. Zpětnovazebné interakční smyčky (Balcar, 2003) v rámci bludného kruhu deprese mohou doplňovat narušení na biologické úrovni a přispívat k rekurenci a chronifikaci některých forem deprese. 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 (Gabbard, 1997). Deprese zahrnuje reaktivní vzorce chování, které jsou provázeny krátkodobými nebo dlouhodobými biologickými změnami (Macher & Crocq, 2002). Tyto změny se zase zpětně podílejí na dysregulaci původně adaptivních afektů, například smutku (Nesse, 2000). Bludný kruh deprese se tak uplatní ve všech sférách biopsychosociálního fungování klienta.

2.3. Teoretický koncept interpersonálně procesového přístupu gestalt terapie³

V této kapitole je stručně charakterizován psychoterapeutický směr gestalt terapie a dále je poté podrobně rozveden teoretický pohled gestalt terapie na psychopatologii a specificky na depresi. Gestalt terapii jsem v této práci zvolil jako zástupce experienciálních psychoterapeutických přístupů (Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004) z následujících důvodů: (1) Psychoterapeutické směry uvedené výše popisují interpersonální, behaviorální, systémové a intrapersonální aspekty dynamiky bludného kruhu deprese. Gestalt terapie k tomu přidává navíc zaměření na proces odehrávající se teď a tady v terapeutickém vztahu přímo při terapeutickém sezení, což je předmětem prezentovaného výzkumného projektu. (2) Gestalt terapie svým zaměřením na průběžné uvědomování a procesovou dynamiku interpersonálních interakcí v přítomném okamžiku mi poskytuje užitečný teoretický rámec i praktické dovednosti pro zaměření na prožívání terapeutů a na mikroprocesy odehrávající se v průběhu

³ K tvorbě této kapitoly byly použity starší texty, na kterých jsem se podílel (Roubal, 2007a; Roubal, 2007b; Roubal, 2007d; Knop, Roubal, 2009; Roubal, 2010a; Roubal 2010b; Roubal, 2012; Roubal, Gecele, Francesetti, 2013; Francesetti, Roubal, 2013; Francesetti, Gecele, Roubal, 2013). V textu této kapitoly se snažím používat co nejvíce obecný jazyk, v některých případech je však nezbytné uchýlit se k specifické terminologii teorie gestalt terapie.

psychoterapeutického sezení s depresivním klientem. (3) Shrnutí teoretického pohledu gestalt terapie na psychopatologii, diagnostiku a specificky na depresi není v současné době v českém jazyce k dispozici a i v zahraničí se v konzistentní podobě objevuje až v poslední době (např. Francesetti, Gecele & Roubal, 2013). Prezentované kapitoly tak doplňují chybějící ucelený text zaměřený na teorii gestalt terapie v klinické oblasti. (4) Gestalt terapie je mým základním psychoterapeutickým výcvikem a její pojetí psychoterapie a psychopatologie pro mne představuje určující teoretický koncept pro konceptualizaci psychoterapie deprese. Mé teoretické ukotvení je proto potřeba důkladně zmapovat jako mé vstupní předporozumění, které přináším do výzkumného projektu. Může pak sloužit jako vědomě reflektovaný senzitivizující koncept (Charmaz, 2006) poskytující obecný rámec k porozumění zkoumanému fenoménu.

2.3.1. Základní charakteristika přístupu a jeho uplatnění v klinické praxi

Gestalt terapie se utvářela ve 40. a 50. letech 20. století, na vzniku uceleného terapeutického směru se podíleli především Frederick Perls, Laura Perlová a Paul Goodman. Gestalt terapie vznikla v rámci humanistické tradice, její přístup je fenomenologický a zaměřuje se na terapeutický proces (Strümpfel & Goldman, 2006). Formovala se na základě myšlenkového posunu od rozebírajícího (*deconstructive*) pohledu na svět k holistickému modelu existence, od lineární kauzality k paradigmatu teorie pole a od individuálně zaměřené psychologie k dialogickému a vztahovému pojetí (Bowman & Nevis, 2005). Gestalt terapie se inspirovala mnoha přístupy a myšlenkami z oblasti psychologické (psychoanalýza, gestalt psychologie, reichiánský přístup, humanistická psychoterapie) i filosofické (existencialismus, fenomenologie, vztahové pojetí M. Bubera, zen buddhismus, holismus). Teoretická východiska gestalt terapie dělí Yontef (2005) z hlediska uplatnění podle tří principů: (1) procesové pojetí v rámci teorie pole, (2) experimentální fenomenologická metoda uvědomování, (3) existenciálně dialogický přístup: kontakt a vztah. Kromě příbuznosti s existenciálními a humanistickými psychoterapeutickými přístupy je nyní gestalt terapie řazena do skupiny prožitkových psychoterapií (*experiential psychotherapies*) (Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004). Dochází i k přímé integraci s jinými směry, například s rogersovským přístupem zaměřeným na člověka (Greenberg, 2005) či vztahovou psychoanalýzou (Evans & Gilbert, 2005).

Vývoj směru. Gestalt terapie prodělala od doby Perlse značné změny. Původní styl měl často spíše workshopový charakter, založený na značně direktivní, rychlé a efektní individuální práci ve skupině či spíše před skupinou. V pracích Perlsových následníků (např. G. Yontef, J. Zinker, E. a M. Polsterovi, J. Simkin, G. Wheeler) byla Gestalt terapie důkladněji teoreticky rozpracována a revidována. V praxi se vyvíjela směrem k většímu důrazu na systematickou, dlouhodobější a jemnější práci. Současný gestalt přístup se výrazně odklání od „perlsismu“, tj. uplatňování technik a konfrontujícího stylu. Místo toho klade větší důraz na dialogické pojetí, podporu a péči v terapeutickém vztahu. Gestalt terapie nadále klade důraz na nepatologizující individuální přístup ke klientovi, podporu osobního růstu a jedinečnost terapeutického setkání. Současná gestalt terapie ještě více než dříve zdůrazňuje vztahovou povahu člověka a jeho propojenost se sociálním i přírodním prostředím. Upozorňuje na to, že představa izolovaného individua je fikcí. S tím souvisí odklon od terapeutické práce s intrapsychickými procesy a od spíše expertní pozice terapeuta k zaměření na dialogickou podstatu terapeutické práce.

Klinická praxe. V klinické praxi napomáhá gestalt terapie rozvoji vztahového potenciálu, který vážněji duševně narušení lidé vyjadřují svým vlastním jazykem: patologickými projevy (Spagnuolo Lobb, 2003a). Psychopatologie se chápe jako společně vytvářený (*co-created*) fenomén pole, který má vztahovou povahu. Ve vztazích se vytváří a udržuje, v terapeutickém vztahu ji pak terapeut spoluprožívá a pozoruje. Symptomy jsou fenomenologicky pozorovatelným projevem rigidního vzorce, který původně představoval tvořivý způsob přizpůsobení a umožňoval člověku vypořádat se s obtížnou situací. V klinických podmínkách dlouhodobější práce s lidmi s vážnějšími duševními potížemi se gestalt přístup při zachování základních principů mnohdy výrazně modifikoval. Popis jednotlivých specifických aplikací gestalt přístupu v klinické praxi přesahuje rozsah této kapitoly. Různí autoři vypracovávají gestalt přístup pro práci s klienty depresivními (např. Smith, 1985; Greenberg 1998, 2005; Roubal, 2007a; Roubal, Francesetti, 2013), psychotickými (např. Spagnuolo Lobb, 2003a; Salonia, 1992; Burley, 2004), závislými (např. Carlock a kol., 1992; Clemmens, 2005a; Clemmens, 2005b), úzkostnými (např. Francesetti, 2008), s poruchami osobnosti (např. Greenberg, 2002), s poruchami příjmu potravy (např. Merian, 1993), traumatizovanými (např. Cohen, 2002) a dalšími.

Výzkum. Gestalt terapie nebyla zpočátku dobře výzkumně podložena. Přispělo k tomu prvotní antiintelektuální, nonkonformní až anarchistické zaměření mnohých pionýrů gestalt terapie a také důraz na přímý prožitek a improvizaci při výuce a praxi (Gold & Zahm, 2008). Potřeba výzkumu se však postupem času zdála čím dál naléhavější (O'Leary, 1992) a zvláště

v posledních dvou desetiletích se významně množí výzkumné aktivity a publikace. Kromě kvantitativního výzkumu se vzrůstající měrou také uplatňuje kvalitativní výzkum (Barber, 2008). Účinnost gestalt terapie byla zatím nejlépe prozkoumána u depresivních poruch a nověji také u léčby úzkostí. Strümpfel a Goldman (2006) dokládají provedenými výzkumy, že efektivita GT u deprese je srovnatelná s jinými terapeutickými směry.

Srovnání efektivity léčby deprese na klienta zaměřenou terapií a EFT vedlo k závěru, že efektivita terapie deprese založené na podpurném terapeutickém vztahu může být zvýšena použitím specifických intervencí zaměřených na emoce, které jsou charakteristické pro gestalt terapii (Greenberg, 1998). V jiné studii psychoterapie deprese se gestalt terapie ukázala stejně efektivní (kromě těžších depresí) jako kognitivně behaviorální terapie a efektivnější než podpurná terapie, u klientů s těžší depresí byla efektivnější KBT (Rosner, 1999). Při srovnání s kontrolní skupinou měli klienti po absolvování krátkodobé skupinové gestalt terapie méně depresivních symptomů po skončení terapie i při kontrole za pět týdnů (Cook, 2000). Podle jiné studie Beutlera (1991) byla skupinová terapie založená na principech gestalt terapie efektivnější u internalizujících klientů, kteří zachází s depresí intrapunitivním způsobem, než kognitivně behaviorální terapie, která byla efektivnější pro externalizující klienty, kteří depresi projikují. Zajímavé výsledky přineslo srovnání kombinace gestalt terapie a transakční analýzy oproti KBT u klientů hospitalizovaných na psychiatrii. Postterapeutické výsledky neodhalily větší rozdíly a to ani v případě zlepšení klíčových symptomů, přestože gestalt terapie ani transakční analýza se na symptomy cíleně nezaměřuje. Navíc klienti, kteří byli léčeni gestalt terapií a transakční analýzou dokázali více (oproti KBT) udržovat kontakty ve své stávající podpurné vztahové síti (Cross a kol., 1982). Celkově se ukazuje, že terapie založená na gestalt přístupu nejúčinnější u značně socializovaných depresivních klientů, u kterých deprese pouze částečně narušuje jejich fungování v rámci vztahového a sociálního kontextu a kteří mají tendenci k internalizaci a k malému odporu (Prochaska & Norcross, 1999). Další výzkumy zaznamenávají terapeutický efekt u klientů hospitalizovaných na psychiatrii, psychosomatických klientů, klientů s chronickými bolestmi, klientů s diagnózami schizofrenie, těžké poruchy osobnosti, závislosti na drogách či alkoholu. Dobrý efekt má gestalt terapie také v oblasti preventivní psychosociální péče, u středoškoláků se špatnými školními výsledky, při léčbě partnerských problémů či v rámci těhotenské přípravy. Je možné konstatovat, že gestalt terapie je zvláště výhodná pro práci s emocionálními poruchami a prokazatelně účinná u široké škály klinických skupin (Strümpfel & Goldman, 2006). Ke komplexnějšímu zhodnocení gestalt terapie deprese je však potřeba dalších výzkumných studií zaměřených nejen na efekt terapie ale i na terapeutický proces.

2.3.2. Interpersonálně procesové pojetí psychopatologie

Interpersonální pohled na depresi je z velké míry sdílený mezi psychoterapeutickými směry a zdůrazňuje důležitost kontextuálních faktorů pro porozumění depresi, dynamický vztah mezi sociálními interakcemi a depresí a také funkčnost depresivního chování (Rehman, Gollan & Mortimer, 2008). Gestalt terapie tyto aspekty rozpracovává s ohledem na vlastní specifický koncept psychopatologie. Z pohledu gestalt terapie existuje mezi zdravou a tzv. patologickou zkušeností kontinuum bez jasného předělu. Proto se na všechny pokusy o diagnostickou kategorizaci a nosologii v psychoterapii pohlíželo v historii gestalt terapie s obezřetností (Perls, Hefferline & Goodman, 2004) a zdůrazňovala se hodnota proměňujících se prožitků podložená důležitostí aktuálně přítomné zkušenosti a jedinečností každé situace.

Teorie pole. Následující text se bude opakovaně vztahovat k teoretickému konceptu, který je pro pojetí gestalt terapie ústřední, tedy k teorii pole. Proto je zde tento koncept nejprve v krátkosti objasněn. Teorie pole rozpracovaná původně K. Lewinem (1952), je „kognitivním tmelem“, který drží systém gestalt terapie pohromadě a integruje plody různých jejích zdrojů (Yontef, 2009). Podle teorie pole lidem nelze porozumět izolovaně, ale pouze jako složitým a interaktivním „celkům“ v prostředí vztahů s okolním světem a se společensko-kulturním zázemím, jejichž všechny aspekty se navzájem ovlivňují a neustále proměňují (Mackewn, 2004). Identita a kvalita každé události, objektu nebo organismu existuje pouze jako součást pole (nazývaného též vztahové pole) v přítomnosti a lze ji poznat jenom skrze situační uspořádání vytvářené vzájemným ovlivňováním pozorovatele a pozorovaného (Yontef, 2009). Vnitřní svět klienta, vnější prostředí (včetně terapeuta) a neustále se proměňující vztah mezi nimi představují tři oblasti fenomenologického zkoumání, které dohromady vytvářejí celek nazývaný polem (Joyce & Sills, 2011). Parlett (2005) tento celek nazývá sjednoceným polem (*unified field*) a zdůrazňuje vzájemnou propojenost osoby a situace, self a druhých lidí, organismu a prostředí, individuálního a společného.

Z teorie pole lze vyvodit následující zásady (Parlett, 2005): (1) Terapeut není izolovaný, objektivní pozorovatel, oddělený od vztahového pole, nýbrž je jeho součástí. Terapeutův prožitek je fenoménem pole a terapeut se za něj nekritizuje, nýbrž ho zvědavě pozoruje (Evans & Gilbert, 2005). (2) Gestalt terapie pracuje *zde a nyní* a zkoumá aktuální, přítomné vztahové pole. (3) Terapie zahrnuje společné zkoumání, jak se pole organizuje. (4) Terapeut věnuje pozornost zkoumání různých částí pole. V praxi se odlišuje užší pole jako metafora toho, jak klienti v přítomném okamžiku organizují svůj prožitek ve vztahu s

terapeutem, a větší pole širšího kontextu včetně dřívějších vzorců organizace pole z osobní historie (Joyce & Sills, 2011). Terapeut pružně přepíná mezi těmito dvěma perspektivami a umožňuje tak klientovi nahlédnout, jak sám spoluvytváří svůj prožitek. Přítomné prožitkové pole ve vztahu s terapeutem se organizuje podle podobných zákonitostí, jako větší vztahové pole klienta.

Psychopatologie jako vztahové utrpení. V gestalt terapii, podobně jako v EFT, se popisují vzorce fungování a ne typy lidí (Greenberg & Goldman, 2007). To umožňuje psychopatologii uchopit z hlediska teorie pole, kde se psychopatologické fenomény nepřipisují jedné straně kontaktu, ale jsou považovány za funkci pole. Psychopatologické fenomény v zásadě popisují, jak lidé interagují s okolím. Gestalt terapie nevidí psychopatologii jako poruchu (*disorder*) jednotlivce, ale jako na utrpení (*suffering*) většího vztahového pole. To se pak projevuje skrze jednotlivce a skrze něj může také být transformováno (Philippson, 2001). Takováto změna zaměření otevírá rozdílný způsob nahlížení na psychologické utrpení. Psychopatologii lze pak považovat za fenomén, který vyvstává z pole a náleží (řeceno s Buberem) tomu „mezi“ (*Zwischenheit*) (Buber, 1969; Salonia, 2001; Spagnuolo Lobb, 2001a, Francesetti, 2008). Gestalt přístup je založen na přesvědčení, že prožitek nenáleží pouze organismu, ani pouze prostředí (Perls, Hefferline & Goodman, 2004; Spagnuolo Lobb, 2001b; 2003a; 2005a). Místo toho teorie gestalt terapie mluví o tom, že zkušenost se objevuje na *hranici kontaktu*. Psychopatologii lze pak vidět jako utrpení vztahu, hranice kontaktu či toho „mezi“. Utrpení se objevuje a rozvíjí ve vztahu (Sichera, 2001; Salonia, 1992) a subjekt ho vnímá a tvořivě vyjadřuje.

Charakteristiky gestalt psychopatologie. Gestalt pohled na psychopatologii je definován jako (Francesetti, Gecele & Roubal, 2013): (1) Fenomenologický: neinterpretuje, ale snaží se o porozumění žité zkušenosti. Toto pojetí je blízké přístupu fenomenologické psychiatrie (Jaspers, 1963; Merleau-Ponty, 1945; Binswanger, 1960; Minkowski, 1933; Callieri, 2001; Borgna, 1988; 2008; 2008; Kimura, 2000; 2005). (2) Vztahový: psychopatologie je utrpení vztahu. Původ obtíží i jeho léčba spočívá ve vztahu (Salonia, 1992; 2001; Spagnuolo Lobb, 2001a; 2005; Sichera, 2001; Yontef, 2001; Philippson, 2001). Žitá zkušenost je spoluvytvářena ve vztahu (Spagnuolo Lobb, 2003a; Stern, 1998). V terapii je utrpení klienta potřeba nahlížet jako fenomén vyvstávající ze vztahového pole (Robine, 2011; Spagnuolo Lobb, 2001a; Stolorow, 1999). Zaměřuje se na okamžik a způsob, jakým je narušena spontaneita kontaktování a jakým se intencionalitě nedostává podpory (Spagnuolo Lobb, 2001a). (3) Dočasný: čas i prostor jsou spoluvytvářeny klientem a terapeutem. Terapeut

se přizpůsobuje časoprostoru klienta a proměňuje jej skrze spoluutvářenou zkušenost. (4) Holistický: utrpení není jen duševní. Utrpení vztahu vnímá subjekt jako celek skrze svoji zkušenost, která je vždy tělesná (*embodied*). (5) Orientovaný k tvořivosti: utrpení vztahu je výsledkem tvořivého přizpůsobení v rámci obtížného vztahového pole (Perls, Hefferline & Goodman, 2004; Zinker, 2004; Spagnuolo Lobb, 1990, 2003a). (6) Situační: utrpení je vázáno na určitou situaci a kontext, ze kterého vyvstává (Robine, 2011; Salonia, 2007; Gecele & Francesetti, 2007). (7) Vývojový a orientovaný na směřování do budoucna (*the next*): každé utrpení má svoji historii, která představuje zároveň klíč k pochopení jeho smyslu. Symptom je stopa minulosti, která ožívá v přítomném stavu a aktualizuje se teď a tady. Dětské vztahové zkušenosti jsou významné pro vývoj self a také pro závažnost narušení (Pine, 1985; Salonia, 1989b; 2001; Stern, 1985; Wheeler & Mc Conville, 2002; Spagnuolo Lobb, 2003b; Righetti, 2005; Mione & Conte, 2004). To, co chybí, se v terapii objevuje jako potřeba specifické a nové zkušenosti v kontaktu s okolím. Každé utrpení má své vztahové zaměření do budoucna, ke kterému směřuje a které mu dodává smysl (Polster & Polster, 2000; Salonia, 1989a; 1992; Spagnuolo Lobb, 2007b; 2008). (8) Estetický: Kritérium, které rozlišuje, co je zdravé a co nezdravé, spočívá ve vztahu. Jedná se o estetické kritérium: být zdravý znamená schopnost vytvářet figuru kontaktu ladně, lehce, rytmicky a harmonicky (Perls, Hefferline & Goodman, 2004; Bloom, 2003; Spagnuolo Lobb, 2007b; Robine, 2011). (9) Dimenzionální: dimenzionální přístup umisťuje situační fenomény utrpení na kontinuu, kde není možné určit jasnou hranici mezi zdravím a nemocí (Barron, 1998). Klienti přicházející do psychoterapie jsou konfrontováni s obecně lidskými existenciálními tématy, postrádají však dostatečnou podporu. Dimenzionální přístup lze integrovat s pohledem, který počítá s individuálně rozdílným kritickým prahem (Cancrini, 2006), po jehož překročení se může projevit určitý typ psychopatologické zkušenosti.

2.3.3. Interpersonálně procesové pojetí diagnostiky

V různých psychoterapeutických směrech lze dnes pozorovat snahu o vypracování metodiky, jak pohled na konkrétního klienta a klinickou psychoterapeutickou práci s ním popsat pomocí teoretických konceptů. Vytváří se psychoterapeutická diagnostika (např. Bartuska a kol., 2008) jako systém vodítek, která umožňují terapeutovi průběžně se orientovat v probíhajícím terapeutickém procesu. V tomto pojetí psychoterapeutická diagnostika úzce

souvisí a částečně se překrývá s jiným, dnes často frekventovaným pojmem, kterým je „formulace“ či „konceptualizace případu“ (*case formulation*) (Čevelíček, Hytych, Roubal, 2013; Čevelíček, Roubal, Hytych, 2014).

Diagnostikování v gestalt terapii. Gestalt terapie téma diagnostiky rozpracovává v rámci své epistemologie (např. Mackewn, 2004; Fuhr a kol., 2000; Joyce & Sills, 2011; Höll, 2008; Stemberger, 2008; Francesetti & Gecele, 2009; Brownell, 2010; Dreitzel, 2010, Roubal, Gecele, Francesetti, 2013). Historicky se gestalt terapeuti diagnózám buď vyhýbali, nebo se snažili vytvořit jejich specifické verze (Brownell, 2010). Gestalt přístup se od počátku vymezoval vůči objektivizujícímu, patologizujícímu a odosobnělému nálepkování lidí (Perls, Hefferline & Goodman, 2004). Zdůrazňovala se teoretická východiska založená na propojenosti fenoménů pole a jedinečnosti životního příběhu. Na druhou stranu se v gestalt přístupu již od počátku objevuje potřeba zabývat se typologií klientů kvůli terapeutově orientaci a volbě intervence (Perls, Hefferline & Goodman, 2004). Gestalt terapeuti si uvědomovali, že diagnostikování se nelze vyhnout, že však existuje volba, jestli to dělat nedbale a bezděčně, nebo promyšleně s plným uvědoměním (Yontef, 2009). Stále je přítomno riziko, že při snaze léčit diagnózu namísto klienta se terapeutický přístup stane odlidšťujícím a antiterapeutickým, podobný efekt však může mít i odmítání diagnostiky a popírání rozdílů mezi lidmi. Objevují se proto pokusy o ustanovení gestalt diagnostického systému, který by pomáhal terapeutovi v orientaci, a o vytváření kategorií, kterými bude možné třídit klinickou zkušenost s klienty (např. Delisle, 1991; Swanson & Lichtenberg, 1998; Melnick & Nevis, 1998; Baalen, 1999; Fuhr a kol., 2000; Francesetti & Gecele, 2009; Roubal, Gecele & Francesetti, 2013). Používají se jednak pojmy z obecné psychopatologie a jednak pojmy z teorie gestalt terapie. Autoři se je často pokouší kombinovat, což je ale obtížné, protože psychopatologické a gestaltové pojmy vychází z jiné epistemologie.

Gestalt terapie vychází z předpokladu, že diagnostikující terapeut je součástí aktuálního vztahového pole a důležitým objektem terapeutova zkoumání jsou fenomény vztahu mezi klientem a terapeutem. Každý prožitek je v okamžiku svého zrodu neuspořádaný, proměnlivý, beztvářý a chaotický (Melnick & Nevis, 1998). Základní lidskou tendencí je zorganizovat prožitek tak, aby dával smysl. Diagnózu lze potom chápat jako označení, které dá smysl tomu, jak se klinická situace zorganizovala. Gestalt terapeut je ukotven v setkání teď a tady s klientem, určitým diagnostikujícím způsobem dané situaci rozumí a díky tomu se v ní orientuje a směřuje své intervence.

Tři diagnostické perspektivy. Při setkání s klientem zažívá terapeut komplexní zkušenost. Může vytvořit multidimenzionální popis této zkušenosti tím, že uplatní různá

hlediska. Pružně mění perspektivy, ze kterých pozoruje terapeutickou situaci. Je důležité, aby tyto perspektivy nepojímal jako hierarchické, jednu důležitější než druhou. Perspektivy spolu nesoutěží, ale místo toho se navzájem doplňují a společně umožní vytvořit multidimenzionální diagnózu, která terapeuta vede spolehlivěji komplexním teritoriem, v němž se ocitnul při setkání s klientem. Multidimenzionální diagnóza snižuje riziko, že terapeut bude léčit svoji představu či koncept utrpení, namísto toho, aby se potkával s živým člověkem. Umožňuje mu naslouchat potřebám klienta s ohledem na různé dimenze jeho života.

Gestalt terapeut může používat tři perspektivy při utváření diagnózy. Tyto tři perspektivy jsou často zmiňovány v gestaltové literatuře a používány v praxi, avšak mnohdy je terapeuti od sebe neodlišují, což způsobuje teoretický zmatek a omezuje jejich využití v denní praxi. Tyto tři způsoby konceptualizace situace jsou: (1) „perspektiva symptomů“, (2) „perspektiva kontextu“ a (3) „perspektiva spoluutváření“. Když terapeut záměrně používá tyto jednotlivé perspektivy, může si být vědom, v čem jsou prospěšné i v čem spočívá jejich omezení. Navzájem se mohou doplňovat do multidimenzionální diagnózy.

Perspektiva symptomů. Terapeut z této perspektivy popisuje dysfunkční charakteristiky klienta obecně psychopatologickými termíny i pojmy z teorie gestalt terapie. Terapeut rozpoznává a pojmenovává klientovy obtíže a vytváří si hypotézy o tom, jak vznikly i jak se dále udržují. Pozoruje klienta jako objekt na vztahové úrovni „já-to“ (*I-Thou*) (Buber, 1969). Tím dočasně, za účelem posílení pracovní aliance, terapeut přijímá perspektivu klienta, který obvykle na začátku terapie také sám sebe pozoruje jako objekt a vztahuje se k druhým i k sobě na úrovni „to-to“ (Evans & Gilbert, 2005). První diagnostická perspektiva se zaměřuje na poruchy a dysfunkční strategie klienta, které však zároveň chápe jako výtvar kreativního self a projev jedinečnosti člověka (Perls, Hefferline & Goodman, 2004). Tato perspektiva je výhodná při prvním přijímacím rozhovoru (viz. např. Brownell, 2010; Joyce & Sills, 2011), při mapování kritické situace (např. trauma nebo relaps alkoholové závislosti), nebo při monitorování suicidálního rizika. Terapeut se však potřebuje vyvarovat toho, aby se domníval, že získal definitivní obrázek o klientově utrpení. Je potřeba, aby si uvědomoval subjektivitu i omezení takovéto symptomové diagnózy a aby si své závěry ověřoval v dialogu s klientem.

Perspektiva vzorců. Při zaujetí druhé diagnostické perspektivy terapeut opouští hodnotící hledisko, rozšiřuje svůj pohled na klienta a obohacuje jej o systémový, kontextuální pohled. Jednak se již nezaměřuje jen na klienta jako izolovanou osobu, ale vidí ho jako součást různých vztahových systémů. Také nevidí klientovy obtíže jen jako dysfunkční

poruchu, ale i jako způsob přežití. Od etiopatogenetického přístupu vedoucího k léčení dysfunkčních poruch se posouvá ke salutogenetickému přístupu, který vede k posilování zdraví a sebeúdržavných sil. Při diagnostikování tedy terapeut zkoumá funkci symptomů v širším kontextu a mapuje, jakou úlohu hrály obtíže klienta v jeho vztazích.

Terapeut vychází z předpokladu, že člověk se během života učí, jak jsou některé způsoby vztahování akceptovány či oceňovány a jiné odmítány nebo ignorovány. Člověk pak opakuje ty způsoby vztahování se, které se mu osvědčují a vedou k naplnění jeho potřeb. Osvojuje si je a tyto opakující se vztahové vzorce vytváří jeho jedinečný způsob bytí ve světě a vztahování se k okolí. Protože však vyhledává pomoc v terapii, lze usuzovat, že v tomto způsobu vztahování ustrnul a není schopen pružně reagovat na měnící se okolní prostředí. Z původně adaptačního a funkčního vzorce se stal vzorec rigidní, který klient automaticky uplatňuje i na situace, kdy nevede k uspokojení jeho potřeb a naopak jeho potřeby frustruje. Diagnózy jsou z tohoto pohledu právě popisem rigidních vzorců, stereotypních způsobů uspořádání vztahového pole. Terapeut se ale zaměřuje nejen na to, v čem tyto vzorce klientovi bránily a o co ho připravovaly, ale také na to, k čemu mu sloužily a jak mu umožňovaly přežít v nepříznivých podmínkách. Druhá úroveň diagnózy se tak zaměřuje i na klientovy vnitřní a vnější zdroje podpory. Na symptomy terapeut pohlíží jako na formu tvořivého přizpůsobení (*creative adjustment*), tj. nejlepší možný způsob zvládnutí, který měl a má klient k dispozici. Terapeut mapuje, k čemu vzorec klientovi slouží. Zjišťuje, co tento vzorec udržuje, a jestli má klient k dispozici ještě nějaký jiný způsob.

Perspektiva spoluutváření. Výše popsané první dvě diagnostické perspektivy jsou společné různým psychoterapeutickým přístupům. Třetí diagnostická perspektiva popisující proces spoluutváření vztahového pole je tradičně kultivována v gestalt přístupu, proto je v dalším textu rozepsána podrobněji. Z této třetí perspektivy se terapeut zaměřuje na situaci teď a tady. Od psychodynamického modelu, kdy posuzoval intrapsychickou a interpersonální dynamiku, se posouvá k modelu teorie pole. Uvědomuje si, že není nezávislý pozorovatel, ale že je součástí aktuálního pole a spolupodílí se na jeho tvarování. Aktuálně přítomné symptomy klienta chápe jako spoluutvářené klientem i terapeutem. Pozoruje to, jak sám společně s klientem vytváří fenomény pole. Přesouvá pozornost z „jindy a jinde“ (Yontef, 2009) do „teď a tady“, sleduje, jak se klientovy navykklé způsoby vztahování setkávají s terapeutovými a jak se díky tomu organizuje přítomné vztahové pole. Terapeut sleduje sám sebe, jak je vtahován do klientova navykklého interpersonálního vzorce a sleduje, jak sám přispívá k objevujícím se fenoménům. To má přímé důsledky pro terapeutický přístup. Díky takovému diagnostickému posouzení je terapeut schopen vystoupit z rigidního vzorce,

nereagovat na klienta v rámci jeho obvyklého a fixovaného způsobu vztahování, ale vědomě se k němu chovat jinak a narušit tím stereotypní způsob organizace vztahového pole.

Třetí diagnostická perspektiva mapuje, jaké jsou zákonitosti formování pole (dynamika *figury a pozadí*) teď a tady. Terapeut se zaměřuje na interpersonální proces právě probíhající v terapeutickém vztahu: Jakou má kontakt formu? Jakým způsobem se odehrává, jaké má zákonitosti? Jaké vzorce organizace vztahového pole se objevují ve vztahu klienta a terapeuta? Které vzorce z klientovy historie se zde opakují a jaké nové možnosti se zde otevírají? Jak interagují se vztahovými vzorci terapeuta. Terapeut přitom využívá fenomenologickou metodu (Yontef, 2009).

Podstatným rozdílem oproti druhé diagnostické perspektivě popsané výše, je představa, že pozorovatelné fenomény, ale i vlastní uvědomění a interpretace terapeuta jsou pojímány jako fenomény vztahového pole. Jsou pojímány jako „funkce pole“, které jsou klientem i terapeutem teď a tady vytvářeny společně, protože oba dva jsou součástí vztahu, ve kterém se tyto fenomény objevují. Terapeut tedy do fenomenologického pozorování zahrnuje i sám sebe a sleduje, kým se stává a jak funguje v kontaktu teď a tady právě s tímto klientem. Používá sám sebe jako nástroj a jeho uvědomění mu poskytuje informace o způsobu, jakým se aktuální společné pole s klientem organizuje. Tímto způsobem doplňuje druhou stranu vztahového vzorce a nahlíží celkový tvar vztahového rigidního vzorce (*fixovaného gestaltu*) se kterým klient přichází do terapie a který se v terapeutické situaci znovu oživuje.

V terapeutickém vztahu ožívají stereotypní vztahové vzorce, zároveň je ale také přítomna léčivá síla terapeutického vztahu, ve kterém se otevírá potenciál z těchto stereotypních vztahových vzorců vystoupit. Terapeut se otevírá možnosti existenciálního setkání s klientem na úrovni já-ty (*I-Thou*) (Buber, 1969). Vystoupením z expertní pozice terapeut umožňuje setkání terapeuta a klienta jako dvou rovnocenných a plnohodnotných lidských bytostí. Umožňuje dialogické setkávání, které není zaměřeno k určitému cíli (*meeting without aiming*) (Yontef, 2006).

Vnější diagnóza. Psychoterapeutickou diagnostiku s využitím tří diagnostických perspektiv, která zde byla doposud popsána, lze nazývat vnější (*extrinsic*) nebo mapující diagnózou. Je výsledkem srovnání mezi modelem fenoménu a fenoménem samotným a vzniká, když se terapeut vědomě zaměřuje na popis toho, jaký smysl dává dané situaci.

Vnitřní diagnóza. Existuje však ještě další způsob diagnostikování, který umožňuje orientaci v probíhajícím psychoterapeutickém procesu. Tváří tvář klientovi se terapeut nemůže vždy zastavit a zvažovat, jak situaci rozumí, jaký smysl mu dává. V praxi to může udělat jen čas od času a většinou nejspíš až po skončení sezení. V živém dialogu terapeut

odpovídá okamžitě. Okamžik po okamžiku se odehrávají interakce mezi terapeutem a klientem nepředvídatelně a chaoticky. Tato interakce je velmi komplexní: vizuální, sluchová, taktilní, svalová, hormonální, neurologická, chuťová i čichová. Reaktivuje vrstvy paměti, které se pak účastní tvorby fenoménu, který v dané situaci vystoupí do popředí (*figura kontaktu*). Taková interakce také zahrnuje očekávání a průběžné porovnávání s obrovským množstvím dřívějších kontaktů. A i zde má terapeut vodítka, která mu pomáhají usměrňovat své odpovědi.

Systém těchto vodítek představuje druhý způsob diagnózy, který lze nazvat vnitřní (*intrinsic*) nebo estetickou diagnózou (Francesetti & Gecele, 2009; Francesetti, Gecele & Roubal, 2013). Ta je specificky kultivována v gestalt terapii. Je založena na estetickém posuzování (Joe Lay, in Bloom, 2003) a představuje vnímání plynulosti a ladnosti toho, co se odehrává. Terapeuta směřuje, aby přizpůsoboval způsob svého spolubytí s klientem. Tento způsob orientace je založen na intuitivním zhodnocení situace a představuje specifický druh znalosti, který se objevuje na *hranici kontaktu* ve chvíli, kdy se organismus a prostředí ještě zřetelně nediferencovaly. Z tohoto důvodu je estetické vědění implicitní, preverbální a je naladěno na intersubjektivní prostor (D'Angelo, 2011; Desideri, 2011; Francesetti & Gecele, 2009). Vodítka pro příští intervenci se okamžitě vyhodnocují s ohledem na estetické kritérium a pouze později dokáže terapeut pojmenovat proces svého rozhodování (např.: „Zdalo se mi správné to v tu chvíli udělat“, „V té situaci bych se to neodvážil říct“, apod.). Tento druh hodnocení okamžitě navozuje potřebnou aktivitu a vede terapeuta přímo k intervenci, kterou terapeut činí ne na základě vědomého kognitivního zvažování, ale při které se orientuje díky estetickému kritériu. To znamená, že při diagnostikování zevnitř terapeut neuplatňuje srovnávání mezi modelem a fenoménem, namísto toho vnímá plynulost a ladnost toho, co se děje, nebo naopak to, co se takto plynule nedaří. Podle toho pak přizpůsobuje svůj způsob bytí s klientem. Neřídí se modelem „a priori“, ale specifickými estetickými kvalitami lidského vztahu v konkrétní situaci. To neznamená, že terapeut pracuje chaoticky. Klinické situaci rozumí intuitivně a jeho intuice je kultivována klinickou zkušeností, psychoterapeutickým výcvikem a supervizí. Intuice ho vede intersubjektivním prostorem „mezi“, jemným předivem signálů, pro které jsou slova a myšlenky příliš hrubým nástrojem.

Psychoterapeutický proces lze přirovnat k putování krajinou. Vnější diagnózu je pak možné metaforicky vidět jako mapu této krajiny a vnitřní diagnózu jako orientační smysl. Oba druhy diagnózy slouží terapeutovi k lepší orientaci, ale každý z nich jinak. Mapa poskytuje nadhled a porozumění, orientační smysl je důležitý pro okamžitá rozhodnutí a kroky v nepřehledném terénu.

2.3.4. Interpersonálně procesový koncept deprese

Deprese i možnosti jejího psychoterapeutického ovlivnění 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. Gestalt terapie k tomuto směřování přispívá tím, že přináší teoretický koncept zaměřený na proces a interpersonální kontext. Depresivní prožitek teoreticky konceptualizuje jako fenomén vztahového pole (Roubal, 2007a; Francesetti & Gecele, 2009; Francesetti & Gecele, 2011).

Symptomy deprese. Gestalt terapeutický pohled na depresi vychází ze specifického pojetí self, jež se v interakci s okolím neustále přetváří a self je tedy pojímáno jako dynamický proces. Symptomy jsou potom chápány jako dílo kreativního self a projev jedinečnosti člověka (Perls, Hefferline & Goodman, 2004). Smutná nálada, sebevražedné myšlenky, zvýšená únavnost apod., jsou při depresi doprovodnými jevy. Gestalt terapie se zaměřuje více na specifické generující procesy deprese, symptomy pojímá jako zúžení rozsahu funkcí organismu (Zinker, 2004). Symptomy zmenšují rozsah souboru funkcí, které má klient k dispozici pro zvládnání situací a omezují pružnost reagování klienta. Ten pak není schopen v aktuální situaci reagovat v souladu se svou současnou potřebou, ale je determinován fixovaným vzorcem chování (Yontef, 2009). Na depresivní poruchu gestalt terapie pohlíží jako na specifický typ fixované organizace vztahového pole. To je založeno na předpokladu, že v minulosti klienta existoval určitý funkční způsob vztahování se, který se zafixoval. Z hlediska Gestalt přístupu není poruchou samotný způsob, jak se depresivní člověk vztahuje k okolí a sám k sobě. Poruchou můžeme nazvat až takové fungování, při kterém klient ve svém životě používá depresivní způsob vztahování rigidně, stereotypně a významně tak omezuje svoji schopnost tvořivého přizpůsobení (*creative adjustment*).

Smutek a deprese. Gestalt terapie podobně jako jiné psychoterapeutické směry rozlišuje smutek a depresi. Navazuje zde například na pojetí Freuda (1917) a Bowlbyho (1980). Ačkoliv symptomaticky mohou stavy smutku a deprese působit velmi podobně, zásadní a určující rozdíl je ve ztrátě sebeúcty (Smith, 1985). Rozdílný je pak i terapeutický přístup, pracovat psychoterapeuticky stejně se smutkem i s depresí může dokonce klienta poškodit (Smith, 1985). Zatím co 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. Terapeut nepodporuje prohlubování depresivního prožitku,

namísto toho zkoumá a podporuje existující osobnostní zdroje, pomáhá klientovi budovat vnitřní i vnější podporu. Pro praxi je tedy důležité mezi smutkem a depresí rozlišovat, v dalším textu jsou proto rozdíly mezi těmito stavy dále rozvedeny.

Truchlení: přítomnost nepřítomného. Truchlení umožňuje člověku asimilovat nejen ztrátu, ale také vztahovou zkušenost s tím, kdo chybí. Jeho chybění ukazuje hloubku a cenu jeho přítomnosti. Období truchlení slouží k ustanovení dvojí loajality: ke vztahu, který již není a k životu, který musí pokračovat. Když je této dvojí loajality dosaženo, období truchlení je u konce. Truchlení umožňuje uchovat bohatství z minulosti (Cavaleri, 2007) a zapojit se znovu v přítomnosti. V průběhu truchlení vystupuje jako dominantní nedosažitelnost druhého a objevují se vzpomínky na společné prožitky. Tímto způsobem je zkušenost vztahu asimilována a člověk se postupně dostane do stavu přítomnosti nepřítomného. Ten, kdo zůstal, se učí nosit sebou toho, kdo není, a buduje si kapacitu pro novou formu věrnosti. Truchlení představuje období integrace (*postkontaktu*). Ale nejedná se o čistě reflektující fenomén. Je to také nutně tvořivé období, které pozůstalému umožňuje asimilovat to, kým se stal s člověkem, který odešel a kým se stává bez něj. Smutek je emoce, která doprovází zdravý proces truchlení. Terapeut se mu nesnaží bránit, zasahovat do něj nebo se mu vyhýbat. Namísto toho podporuje klienta, aby prošel truchlícím obdobím, a měl možnost bezpečně svoji zkušenost asimilovat. Terapeutický přístup je odlišný od práce s depresí. Truchlení je pokračující proces, který není třeba přerušovat, spíše podporovat. Člověk může zakoušet a projevovat příznaky, které by bylo možné připsat depresi, ale nejedná se o patologický stav. Psychoterapeut si musí být vědom toho, že jeho podpora nemá směřovat k odstranění klientovy bolesti, ale k tomu, aby byl schopen bolest prožít. Terapeut pomáhá uzavřít cyklus prožitků, kdy klient projde v *cyklu kontaktu* fází demobilizace (Melnick & Nevis, 1998) a dokončí „úkoly truchlení“ (Sabar, 2000,; s. 152-168).

Prožitek hluboké deprese: nepřítomnost přítomného. Hluboká (až psychotická) deprese představuje extrémní formu depresivního prožitku, při které se objevují kvalitativně nové fenomény. Zatímco při truchlení je druhý nedosažitelný (a v tom spočívá utrpení), prožitek hluboké deprese je jiný: ztraceno je to, co člověka ukotvovalo a propojovalo se světem. Při truchlení člověk ztrácí toho, ke komu byl připoután, v případě hluboké deprese přichází o podmínky, které by takové připoutání umožnily. Závažnost klientovy deprese lze hodnotit podle toho, jak moc je odpojen od prostoru „mezi“ (*in-between*), do jaké míry chybí na *hranici kontaktu*.

V případě hluboké deprese zmizela pouta, která člověka propojují se světem a životem okamžik za okamžikem. V tom spočívá jedinečnost prožitku hluboké deprese. Prostor „mezi“

již není místem setkání, místo toho se stal nepřekonatelnou prázdnotou (*abyss*). To představuje hlavní terapeutovu obtíž při navazování kontaktu s klientem, kdy chybí obvyklé odezvy, průběžné souhlasy a nesouhlasy, které vyplňují terapeutický prostor a čas. Terapeutický prostor nerezonuje, ústřední charakteristikou je ztráta zájmu, která se projevuje neživostí. Figura se nevytváří z pozadí, protože není přítomna potřebná energie, nejsou zde žádné zájmy, stimuly nebo impulzy. Terapeut vnímá nedostatek směřování a dilataci času a prostoru. Když je terapeut v situaci vztahového pole s depresivním klientem, okamžitě si uvědomuje toto deformované vnímání času, až se zdá, jakoby se čas úplně zastavil. Prostor zase vnímá jako by se zvětšoval. Vzdálenost mezi křeslem terapeuta a křeslem klienta se zdá obrovská, až nepřekonatelná. Energie potřebná k překročení této vzdálenosti jako by nebyla k dispozici.

Avšak samotný fakt, že tato zjevná absence způsobuje takové utrpení, ukazuje, že zaměření na kontakt (*intentionality*) je ve skutečnosti přítomné. Je přítomné právě v bolesti, která pramení z vnímání této absence. Depresivní prožitek se odehrává ve vztahovém poli. Depresivní prožitek je individuálním vyjádřením specifické vztahové zkušenosti: nemožnosti dosáhnout druhého. Deprese je způsob, jakým člověk prožívá pozbývání naděje, když se setkává s marností pokusů dosáhnout kontaktu s druhým. Deprese je chápána jako fixovaný spoluutvářený vztahový fenomén, který je charakterizovaný (1) silnou vazbou, kde ten druhý je milován a nezbytný, (2) selháním všech snah o kontakt s druhým a (3) emočním chyběním druhého ve vztahu.

Kontinuum depresivního prožitku. Depresivní fenomény popsané v případě hluboce depresivního prožitku se s menší intenzitou objevují také na kontinuu mírnějších depresivních prožitků. Prožitek truchlení a melancholie představují extrémní formy depresivního prožitku. Depresivní prožitek každého člověka je jedinečný a neoddělitelný od jeho životního příběhu. Depresivní prožitek má také interpersonální povahu, je to spoluutvářený fenomén, který se objevuje ve vztazích a v nich se také udržuje. V kontextu životního příběhu a vztahů depresivní prožitek může být vnímán jako funkce pole, jako druh tvořivého přizpůsobení (*creative adjustment*), může pomoci člověku přežít složité situace, může signalizovat životní zlom a nové směřování při hledání smyslu života. Může facilitovat změnu v rigidních vztahových vzorcích apod. Když však člověk používá depresivní způsob vztahování se rigidně, z depresivního fungování se stává fixovaný gestalt. Ten lze popsat jako bludný kruh deprese, který snižuje schopnost organismu vypořádat se s vlastními fyzickými i duševními procesy i s vnějšími požadavky. Vede k dalšímu selhávání a následnému prohloubení depresivního vztahu, který dále vyčerpává kapacitu organismu. Depresivní prožitek člověka

se objevuje ve vztahovém poli a je spoluutvářenou funkcí pole. V terapii je možné zkoumat společně s klientem, jak depresivní prožitek zapadá do klientova životního příběhu a jeho vztahů (včetně vztahu klienta a terapeuta), jak klienta chrání a jak ho omezuje.

Depresivní přizpůsobení. Existují situace, kdy je pro organismus v kontaktu s okolím nejvýhodnější depresivní způsob kontaktu. Jestliže organismus k tvořivému přizpůsobení (*creative adjustment*) použije depresivní způsob vztahování, můžeme mluvit o depresivním přizpůsobení (*depressive adjustment*) (Roubal, 2007a). Nejedná se o poruchu, ale o specifickou formu tvořivého přizpůsobení. Depresivní přizpůsobení je jeden ze způsobů zvládnání životních situací. Každý emocionální stav ovlivní fungování celého organismu a určitým způsobem reguluje interakci mezi organismem a prostředím. Emoce „přepne“ organismus na aktuálně výhodný režim. Za základní funkci emocí pro fungování organismu je možné považovat to, že emoce vytvoří takový specifický stav organismu, který mu umožní efektivně danou situaci zvládnout (Nesse, 2000). Funkční emocionální stav, který navenek připomíná depresi, je možné nazvat smutnou náladou (*low mood*) (Nesse, 2000). Nejde jen o změnu nálady, ale o celkové přeladění organismu na „šetřící režim“, dochází k omezení aktivit, úbytku energie, omezení intenzity prožívání. Jedná se o příznaky totožné se symptomy deprese, nejde však o patologickou poruchu, ale o adaptivní mechanismus. Člověk, který je smutný, šetří osobní zdroje (Nesse, 2000). V určité životní situaci člověk nemůže naplnit své potřeby, efektivní akce není možná. To se může stát například při ztrátě zaměstnání nebo partnera. V takovém případě vede depresivní přizpůsobení ke snížení snahy v nepříznivé situaci, která nemá řešení, a k úniku z ní. Organismus si vybírá „time out“, zvažuje situaci a rozhoduje se o alternativních strategiích.

Optimismus většinou pomáhá vypořádat se s obtížnými situacemi. Existují však i situace, které se optimistickým přístupem jen zhoršují. Pak je výhodnější naopak utlumit snahu a dávat najevo odevzdanost. Takovou situací je například střet s dominantní postavou, ve kterém nelze uspět (Price, 1967). Depresivní přizpůsobení úsporně reguluje osobní investice, zabraňuje aktivitě tam, kde by přišla nazmar, pomáhá vzdát se neproduktivního úsilí. Depresivní přizpůsobení má význam nejen pro jednotlivce, ale i pro společnost. Sociálně biologický pohled ukazuje společenskou funkci depresivního syndromu jako adaptivního mechanismu (Nesse, 2000; Höschl, Libiger & Švestka, 2004). Vychází z etologické teorie, podle které je agrese integrální součástí emocionální výbavy živočichů (Lorenz, 2003).

V husté populaci se však agrese může stát destruktivní a proto existují mechanismy, jak odvrátit její nebezpečné následky. Jedním z takových mechanismů je společenské uspořádání hierarchie dominance (*dominance hierarchy*) (Price, 1967). K sestupu v sociální

hierarchii dochází při zranění, nemoci, ve stáří, při ztrátě blízké osoby. V takových chvílích se u člověka objevují příznaky imponující jako deprese. Depresivní přizpůsobení slouží v situacích sociálního sestupu jako adaptační mechanismus. Smutná nálada poskytuje ochranu jednotlivci i užitek celému společenství. Když jedinec ztratí zájem o svůj další osud, nebojuje o něj a není zraněn či zabit. Navíc pokud dobrovolně uvolní svoji sociální pozici, šetří i svému společenství energii, která je nutná pro boj o každou příčku v sociální hierarchii. Depresivní přizpůsobení slouží jako mechanismus pro zvládání nepříznivých situací. Inhibuje nebezpečnou a zbytečnou akci ve chvíli, kdy organismus nemá dostatek vnitřních zdrojů či postrádá realizovatelnou životní strategii. Šetří energii v situacích, které vedou k nedosažitelnému cíli.

Fixované depresivní fungování. Původně užitečný adaptivní mechanismus depresivního přizpůsobení se může rozvinout do vyčerpávajícího a zničujícího fixovaného gestaltu deprese, který pak významně omezuje kapacitu člověka tvořivě se přizpůsobovat (*creative adjustment*). Během opakovaných situací, kdy nebyla naplněna aktuální potřeba organismu, se zafixoval určitý stereotypní způsob chování a prožívání. V případě deprese by tedy bylo vhodné mluvit o fixovaném depresivním fungování (*fixed depressing*) (Roubal, 2007a), při kterém člověk zůstává rigidní ve svém přístupu k okolí i k sobě a již se nepřizpůsobuje flexibilně s ohledem na svou aktuální potřebu v situaci teď a tady. Nabízí se zde srovnání s biologickými teoriemi deprese popisujícími deficit neuroplasticity, kdy centrální nervový systém ztrácí schopnost reagovat pružně na aktuální situaci. Mozek pak funguje určitým rigidním, stereotypním způsobem a vykazuje změny v aktivitě a v přenosu nervového signálu. Takové změny jsou pro depresi typické a v rámci teorie gestalt terapie bychom jim mohli rozumět jako fixovanému gestaltu na biologické úrovni. Podle moderních zobrazovacích metod vede užívání antidepresiv, ale stejně tak i psychoterapie, k odblokování takového rigidního stavu a k obnovení pružné plasticity spoju mezi nervovými buňkami (Gabbard, 1997).

Ustálené způsoby reagování se vytváří v průběhu života. Na jejich vzniku se podílí jak biologické tak psychologicko-sociální faktory. Při vzniku deprese hrají nepochybně roli genetické vlohy, jež způsobují specifickou zranitelnost člověka, který pak v zátěžové situaci reaguje depresivním způsobem. Ztráta tvořivého přizpůsobení se projeví v kontaktu s okolím. Depresivní člověk postrádá sebedůvěru, vůli a motivaci kontaktovat se s druhými. Je možné pozorovat opakující se vzorec přerušování kontaktního cyklu (*contact cycle*) (Zinker, 2004; Mackewn, 2004): Stažení → Uvědomění → Mobilizace → Akce → Kontakt → Asimilace →

Stažení →. Depresivní klient zpravidla dosáhne bez obtíží fáze uvědomění. Avšak zastavuje se při přechodu do další fáze kontaktního cyklu. Jakmile začne mobilizovat energii, sám sebe zastavuje před akcí, která by mohla uspokojit jeho aktuální potřebu ve vztahu k okolnímu světu. Převládne rigidní fixovaný vzorec deprese, klient nemá dostatek síly jít dál, zůstává depresivní. Točí se v začarovaném kruhu, nevidí před sebou žádnou budoucnost, rezignuje. Pokud se mu přece jen podaří zmobilizovat energii, může se pokusit o sebevraždu. Hlavním mechanismem, kterým depresivní lidé narušují plynulé a zdravé kontaktování, je *retroflexe*. Kontaktní styl retroflexe je úsporný způsob kontaktu, při kterém člověk nevydává energii navenek do okolí, ale směřuje ji zpět k sobě. Depresivní člověk neprojeví své impulzy a požadavky navenek, ale otáčí je zpět vůči sobě. Nevyjádří otevřeně své potřeby vůči okolí a místo toho trápí sám sebe nesplnitelnými požadavky. Tím dochází k další frustraci jeho neuspokojených potřeb, k dalšímu poklesu sebedůvěry, vůle a motivace. Následně dochází k ještě výraznější neschopnosti navázat kontakt.

Terapeutický přístup. Gestalt přístup sleduje proces, při kterém člověk utváří svůj vztah k okolí a zabývá se tím, jak člověk spoluvytváří depresi ve vztazích v konkrétních situacích. To se týká i terapeutického vztahu, toho jak klient a terapeut společně vytváří „depresivní vztah“ teď a tady, jak „deprese spolu“ (Roubal, 2007a). Takováto diagnostika je již prvním krokem v terapii. Zvědomuje totiž rigidní vzorce depresivního bludného kruhu, kterými se klient vztahuje nejen ke svému terapeutovi, ale i ke svému okolí a sám k sobě. Gestalt terapie pomáhá klientovi, aby si tyto dříve naučené, fixované vzorce svého jednání a prožívání uvědomil. Tím od nich získává odstup, stává se na nich nezávislejší a své fungování může do větší míry regulovat vědomou a svobodnou volbou. Terapeut také klientovi umožňuje objevovat a zkoušet si alternativní způsoby jednání. Gestalt terapeut podporuje uvědomění a přijetí emočního prožitku depresivního klienta a učí ho novým způsobům zpracovávání emocí. Depresivní klient například pocit hněvu často zpracovává autoagresí. V terapii se naproti tomu učí hněv využít k bezpečné akci zaměřené ven do interakce s okolím. Gestalt terapeutický přístup k depresivním klientům se významně odlišuje od běžně tradovaného gestalt přístupu, je oproti němu více podporující a pomalejší. Základem přístupu terapeuta je oceňování úsilí a podpora, spíše než frustrace, protože depresivní klient frustruje sám sebe neustále (Roubal, 2004).

Přínosem gestalt terapie je zejména přímá práce s emocemi, tak jak se objevují v aktuálním vztahu terapeuta s klientem. Přímo v terapeutické situaci se pak modifikuje klientovo dysfunkční chování pomocí experimentů, které terapeut tvořivě uplatňuje podle aktuálního klientova prožitku. U klienta se tam mohou rozvíjet nová sebepojetí pomocí

nalézání nových prožitků sebe v terapeutické situaci. Pomocí experimentů gestalt terapie propojuje slovní projev s aktivitou, blíží se zde behaviorálnímu přístupu. Vybízí klienta k tomu, aby ve vztahu s terapeutem či se skupinou vyjádřil na úrovni jednání to, co již částečně chápe na základě porozumění minulosti a konceptuálních vhladů. Práce se soustředí na prožitek tady a teď, ne pouze na intelektuální rozpoznávání. Terapeut pomáhá klientovi prožít v situaci teď a tady to, o čem hovoří, aby si více uvědomil své pocity a vliv událostí. Terapeut v dostatečně podpůrném prostředí pomáhá klientovi během sezení prožít a prozkoumat základní maladaptivní schémata, zpřístupnit primární emoce (Greenberg a kol., 1998). Specifikem je zde práce s retroflexí při neschopnosti navázat kvalitní kontakt s okolím (Roubal, 2004). Depresivní klient obrací proti sobě pocity a tendence, které by chtěl nasměrovat vůči svému okolí, například hněv nebo kritiku. Při práci s retroflexí je užitečné přesměrovat energii vnitřního zápasu směrem do vztahu s vnějším světem (Polster & Polster, 2000).

Terapeut prozkoumává takovéto zákonitosti interpersonálního fungování 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 klient mobilizuje svoji energii k akci, která směřuje do interpersonálního kontextu. Jedná se například o drobné okamžiky, kdy klient pohlédne druhému přímo z očí do očí, nebo kdy se odhodlá k vyjádření vlastního názoru. Terapeut tyto fenomény zaregistruje jako základní kameny nedeprativního způsobu zvládání situace. Spolu s klientem zvědomují zdroje podpory, které se v těchto okamžicích zpřístupňují. Rozhodující je přístup terapeuta. Ten musí akceptovat aktuální emocionální stav klienta, vzít vážně jeho stížnosti na smutek, neproduktivitu, nízké sebevědomí. Podstatné je, že v takové situaci terapeut klienta neutěšuje planými nadějemi, ani však nerezignuje na svou snahu mu pomáhat. Oběma těmito způsoby obvykle reagují lidé v klientově blízkém okolí. Tím v interpersonálním kontextu podporují klienta v jeho sebeutváření depresivním způsobem. Pokud se terapeut nechová podle stejného vzorce, umožňuje klientovi, aby i on vystoupil z rigidního vzorce chování.

2.3.5. Prožitek terapeuta z interpersonálně procesové perspektivy

Self. Gestalt terapie je založena na předpokladu, že jevy jsou svojí podstatou vztahové, že i self je intersubjektivním fenoménem pole. „Já“ neexistuje mimo interpersonální pole, mimo vztahy „já – ty“ nebo „já – to“ (Yontef, 2009). Self není samostatnou strukturou či věcí, nýbrž procesem kontaktování, který se odehrává na „hranici kontaktu“ (*contact boundary*) (Perls, Hefferline & Goodman, 2004) osoby a prostředí. Proto se také někdy místo statického „self“ používá dynamický pojem „selfing“ (Parlett, 2005). Člověk se však nejen neustále proměňuje, ale má také kontinuitu a stabilní charakteristické rysy. Ty se utvářejí ustálenými způsoby, kterými se člověk vztahuje ke svému okolí a které se opakují v každém novém vztahovém poli. Self je možné pojímat jako proces i jako strukturu zároveň a terapeut může svoji pozornost střídavě zaměřovat na klientův aktuální proces kontaktování a na stabilní prvky (např. hodnotový systém) (Mackewn, 2004). Obě perspektivy jsou stále přítomny a proměňují se na pozicích figury a pozadí. Například zkušenosti z osobní historie představují stabilní prvek, který má vliv na pozdější fungování klienta. Zároveň vzpomínky na ně konstruuje a prožívá teď a tady ve vztahu s terapeutem.

V terapii dochází k jedinečnému setkání dvou osob, které se povahou svého kontaktu teď a tady vždy nově definují navzájem. Self zahrnuje mnoho rozdílných procesů, které lze nahlížet jako shluky protikladných sil uspořádané do polarit (Zinker, 2004). Nejedná se jen o jeden protiklad, ale o více souvisejících polarit. Polster (1995) používá termín „*multilarity*“ či dokonce mluví o celé „populaci polarizovaných self“, které se projevují odlišným způsobem (laskavé self, spolehlivé self apod.) a navzájem spolupracují či soupeří (Zde se však Polster podle jiných autorů vzdaluje základnímu procesovému pojetí self v gestalt terapii). Nepříjemné polaritě člověk promítá bez uvědomění na lidi ve svém okolí, což přináší interpersonální konflikty.

Přenos. Dialogické a fenomenologické pojetí poskytuje gestalt terapii rámec pro uchopení přenosových jevů. Gestalt terapie uznává důležitost práce s těmito fenomény, namísto prohlubování přenosu s ním však zachází v situaci teď a tady jako s jedním z možných způsobů vnímání a organizace pole. Přenos je v pojetí gestalt přístupu neuvědomovaný způsob, kterým lidé vnímají současnou situaci optikou vlastní minulosti, neukončených záležitostí a fixovaných gestaltů a utvářejí tak svoji současnou zkušenost pomocí předem připravených vzorců organizování pole a dodávání významů (Mackewn, 2004). Takovýto rigidní, stereotypní způsob organizace pole je zároveň součástí skutečného

setkání klienta a terapeuta zde a nyní, je spoluvytvářen, proto lze také může používat pojem „*co-transference*“ (Joyce & Sills, 2011).

V pojetí gestalt terapie může být protipřenos terapeutovou reakcí na klientův přenos – tzv. „reaktivní protipřenos“ (Mackewn, 2004) - a terapeutův prožitek pak má velkou diagnostickou hodnotu pro pochopení klientových navykých způsobů organizace pole. Nebo se může jednat o terapeutův přenos – tzv. „proaktivní protipřenos“ (Mackewn, 2004) - při kterém se terapeut na organizaci vztahového pole podílí prostřednictvím svých fixovaných vzorců a který se sice objevuje během terapeutické práce s klientem, ale nemusí být užitečný pro proces terapie a klienta (Melnick, 2003). Terapeut pak reaguje na klienta podobně, jako je zvyklý reagovat na osoby ze své minulosti. Takovou formu protipřenosu terapeut potřebuje zvědomovat a zpracovávat ne přímo v terapeutickém vztahu, ale nejprve v supervizi. Tyto dvě formy protipřenosu jsou však nutně vzájemně propojené, protože jsou fenoménem jednoho vztahového pole.

Bludný kruh deprese. Obvyklá organizace vztahového pole (interpersonální bludný kruh deprese) popsaná výše v případě depresivního prožitku má tendenci se opakovat také v terapeutické situaci. Terapeut se stává součástí této „depresivní organizace“ pole. V terapeutické situaci teď a tady klient s terapeutem určitým způsobem „deprese společně“ (Roubal, 2007a) tím, že spoluvytváří interpersonální bludný kruh deprese, ve kterém nedostatek energie z živého kontaktu nedovolí mobilizovat dostatek energie k navázání uspokojivého kontaktu. Terapeut se ocitá ve stejném depresivním vztahovém vzorci a pociťuje impulzy k reagování na depresivního člověka. Díky svému uvědomění však může vystoupit z tohoto rigidního depresivního vztahového vzorce a reagovat jinak: zůstat k dispozici pro kontakt, neobviňovat sebe ani klienta, nevzdávat se naděje. Tímto svým přístupem terapeut mění rigidní depresivní organizaci pole a otevírá prostor pro změnu také svému klientovi.

3. Výzkumná část

3.1. Metoda⁴

3.1.1. Výzkumná otázka

Prvním krokem ve výzkumné studii bylo formulování výzkumné otázky. Jejím cílem v kvalitativním výzkumu je identifikovat fenomén, který bude zkoumán. Výzkumná otázka navíc vytváří perspektivu, ze které se bude ke zkoumanému fenoménu přistupovat, a určuje, který druh informací bude důležitý. Podle Strausse a Corbinové (1999) může být výzkumná otázka odvozená buď z literatury anebo z osobní či profesní zkušenosti. V mém případě hrály zpočátku při formulaci výzkumné otázky roli především profesní a zčásti též osobní zkušenosti. Po pěti letech psychoterapeutické práce specializované na depresivní klienty jsem zřetelně pocítil deprimující vliv této klientely sám na sobě. V rozhovorech s kolegy jsem zjišťoval, že moje zkušenost není ojedinělá. Když jsem navíc zjistil, že fenomén prožitku terapeuta při práci s depresivním klientem je v literatuře popisován relativně zřídka, rozhodl jsem se věnovat tomuto tématu výzkumně a doplnit tak dosavadní poznání v této oblasti.

Původní výzkumná otázka zněla: Jak psychoterapeuti zvládají své prožívání při práci s depresivními klienty. Znění otázky se postupně v průběhu výzkumu v interakci s daty upřesňovalo. Při použití metody zakotvené teorie je výzkumná otázka obvykle formulována spíše šířeji na začátku výzkumu a postupně se během výzkumu zaměřuje (Charmaz, 2006). Moje otázka se posléze zúžila jen na prožívání psychoterapeutů a ponechala stranou způsoby zvládání jako boční linii výzkumu. V průběhu tvorby dat a analýzy se ukázalo, že respondenti referují o vlivu, který na ně psychoterapeutická práce s depresivními klienty má, ve dvojitým smyslu. Popisovali jednak dlouhodobý vliv, který zahrnoval i čas mezi sezeními a lišil se

⁴ Při tvorbě této kapitoly pro mne byla významnou inspirací spolupráce s T. Řiháčkem. Pro tvorbu textu jsem využil kompletní popis výzkumné studie (Roubal, Řiháček, 2014), tak i konferenční prezentace (Roubal, J., Řiháček, T. (2014). *How therapists experience psychotherapy with depressive patients: A grounded theory*. In Society for Psychotherapy Research 45th International Annual Meeting Copenhagen, Denmark June 25-28, 2014.; Řiháček, T., Roubal, J. (2014). *Grounded Theory Method: Principles and Applications*. In Research in Gestalt Therapy (educational seminar of EAGT). Rome May, 2-4th, 2014). Při popisu metody zakotvené teorie vycházím z formulací T. Řiháčka pro doposud nepublikovaný text: Roubal, J., Řiháček, T. (v přípravě) *Grounded Theory Method: Principles and Applications*, in: *Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy*. Roubal, J., Brownel, P., Francesetti, G., Melnick, J., Zeleskov-Djoric, J. (eds.), Gestalt Research Press.

podle toho, jak se proměňoval stav depresivního klienta. A také uváděli své prožitky přímo v kontaktu s depresivním klientem na psychotherapeutickém sezení. Ukázalo se, že musím zvolit jen jedno z těchto zaměření, abych se mu mohl věnovat důkladně a dostatečně do hloubky.

Rozhodl jsem se pro zaměření na prožitek psychotherapeutů přímo v průběhu terapeutického sezení s depresivním klientem. Vedlo mne k tomu několik důvodů. Tato linie výzkumu je jednoznačněji vymezena a také jsem pro ni získával kvalitnější a konzistentnější data. Navíc mé psychotherapeutické vzdělání v přístupu gestalt terapie mne vede k zájmu o aktuální procesy teď a tady a vybavilo mne dovednostmi pro vedení rozhovoru s tímto zaměřením. Data týkající se dlouhodobého vlivu psychotherapeutické práce s depresivními klienty jsem tedy ponechal stranou a zaměřil jsem se pouze na mikroprocesy v průběhu sezení.

Další vymezení výzkumné otázky se týkalo obsahu prožitků, o kterých terapeuti referovali. Zajímalo mne cíleně působení klientovy deprese a tedy pouze ty prožitky terapeutů, které sami terapeuti připisovali klientovu aktuálnímu depresivnímu stavu při psychotherapeutickém sezení. Stranou jsem nechával další prožitky psychotherapeutů, které se týkaly jejich protipřenosových reakcí na klienty a ve kterých hrály ústřední roli osobní reakce terapeuta na osobnost klienta i jeho životní příběh a souvisely s terapeutovou vlastní historií a jeho vlastními nevyřešenými konflikty. Toto odlišení jsem při vedení rozhovoru zajišťoval tím, že jsem se terapeutů cíleně ptal na to, jestli popisovaný zážitek souvisí s depresivním stavem klienta. Také jsem se zajímal o to, jestli takovýto typ zážitku se jim s depresivními klienty opakuje, či je specifický jen pro tohoto konkrétního klienta.

Pro takové oddělení prožitků evokovaných u terapeuta specificky depresí klienta od protipřenosových prožitků terapeuta jsem našel také opodstatnění v teoretické i výzkumné literatuře. Prožitky terapeuta s klienty byly historicky v psychotherapeutické literatuře většinou teoreticky zahrnovány do konceptu protipřenosu. Tento koncept prošel dlouhým a komplexním historickým vývojem, ale obecně dnes hlavní teorie považují protipřenos za fenomén týkající se pocitů a emocí, který je spoluutvářený klientem i terapeutem (Gabbard, 1999). Ve svém integrativním konceptu, Gelso a Hayes (2007) rozdělili subjektivní prožitky terapeutů na (1) protipřenosovou složku spojenou s terapeutovými osobními nevyřešenými konflikty a zranitelnostmi a (2) složku, která není protipřenosová a zahrnuje stavy nebo reakce terapeuta, které jsou vyvolány klientovým stavem či chováním. Můj výzkum se

zaměřuje na tuto druhou složku, na terapeutovy reakce, které „se dají plně očekávat na základě klientova chování (např. pocity hněvu se zneužívajícím klientem)“ a které „neoznačujeme jako protipřenos“ (Gelso, 2014, s. 124). Odkazují tím také na starší Winnicottův (1949) koncept „objektivního“ protipřenosu představující obecně lidské reakce na specifické způsoby klientova vztahování se, na terapeutovy reakce na charakteristické způsoby, kterými klienti vyvolávají reakce v ostatních (Homqvist & Armelius, 1996) a na terapeutovy „situační“ obtíže (Schröder & Davis, 2004), např. obtíže vztahující se k situaci s obtížným klientem, která by vyvolala obtíže v terapeutech všech úrovní profesionálního vývoje.

Po těchto zpřesněních zněla výsledná výzkumná otázka takto: **Jak terapeuti prožívají psychoterapeutické sezení s aktuálně depresivním klientem?**

3.1.2. Volba výzkumné metodologie

Po vymezení výzkumné otázky následovala volba vhodné výzkumné metodologie. Vzhledem k explorativnímu charakteru výzkumné otázky jsem jako adekvátní zvolil metodologii kvalitativní, která je vhodná zejména v případě, kdy je cílem odhalit podstatu zkušeností dané osoby a získat o zkoumaném jevu detailnější informace. Při výběru konkrétního přístupu kvalitativní výzkumné metodologie by se nabízelo použití metody fenomenologické analýzy (např. Smith, Flowers & Larkin, 2009), která je určena pro zkoumání žité zkušenosti. Mým zájmem nicméně bylo nejen zmapovat různé druhy zkušenosti psychologů při práci s depresivními klienty, ale navíc porozumět zákonitostem mikroprocesů, které se při takovém sezení v interpersonálním prostoru odehrávají (se zaměřením na proměnné na straně terapeuta). Proto jsem dal přednost metodě zakotvené teorie, která umožňuje zachytit procesuální aspekty zkoumaného fenoménu a na základě dat konstruuje teoretický koncept, s jehož pomocí je možné zkoumaný proces detailněji popsat a porozumět mu.

Metoda zakotvené teorie. Metoda zakotvené teorie (*grounded theory method*) je mezi kvalitativními přístupy pravděpodobně nejšířší používaná (Řiháček & Hytych, 2013). Výzkumníci používající zakotvenou teorii se často zaměřují na psychologické či sociální procesy a mají záměr popsat jejich zákonitosti i variabilitu. Zakotvená teorie poskytuje soubor systematických a zároveň flexibilních zásad a postupů pro vytváření a analýzu

kvalitativních dat. Data formují základ vytvářené teorie a v procesu analýzy dat výzkumník postupně konstruuje výsledný teoretický koncept (Charmaz, 2006). Hlavním cílem metody zakotvené teorie je vytvoření teorie zkoumaného jevu, tedy jeho abstraktní uchopení, které umožní zkoumaný jev přesně pojmenovat, porozumět mu v souvislostech a pomocí kterého je možné také tento jev předvídat a ovlivňovat (Řiháček & Hytych, 2013). Toto teoretické vyjádření o povaze zkoumaného jevu je induktivně odvozené a vysvětluje vztahy mezi pojmy (Charmaz, 2006). Konečným výsledkem zakotvené teorie je obvykle kompaktní a jednoduchý model „jak věci fungují“ v určité vymezené oblasti, často organizovaný kolem centrálního konceptu (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbinová, 1999). Metoda zakotvené teorie užívá systematického souboru analytických postupů a představuje metodu volby při výzkumech směřujících k vytvoření teoretického modelu, který zachycuje zákonitosti procesů (Řiháček & Hytych, 2013).

Existuje několik vlivných variant metody zakotvené teorie, jmenovitě verze Glasera (Glaser, 1978, 1992), přístup Strausse a Corbinové (Strauss, 1987; Strauss & Corbinová, 1999) a konstruktivistické pojetí Charmaz (2006, 2009), pro výzkum psychoterapie je velmi vhodná Rennieho (Rennie, 1998; Rennie, 2000; Rennie & Fergus, 2006; Rennie, Phillips & Quartaro, 1988) modifikace této metody. Procesuální aspekty, na které jsem se zejména soustředil, nejvíce propracovává strausiánská verze této metody (Strauss & Corbinová, 1999), kterou jsem proto použil ve své studii. Při svém výzkumném postupu jsem se nicméně z velké míry inspiroval též přístupem Charmaz (2006), která vytvořila vlastní pojetí této výzkumné metody, vrací se ke klasickému pojetí Glasera a Strausse (1967) a obohacuje je o konstruktivistický pohled, který je blízký mému psychotherapeutickému uvažování formovanému z velké míry teorií gestalt terapie.

Do výzkumného procesu se v metodě zakotvené teorie vstupuje bez počáteční teorie o zkoumaném jevu, protože zásadně důležité je ponechat prostor konceptům, které se vynoří při analýze dat a sledovat, co analýza dat sama přinese za novou teorii (Strauss & Corbinová, 1999). Teorie takto zakotvená v datech je induktivně odvozená z výzkumu jevu, přičemž údaje o výzkumu jevu se v procesu výzkumu systematicky shromažďují a analyzují. Proces vytváření dat, jejich analýza a tvorba teorie jsou v pojetí metody zakotvené teorie vzájemně se prolínající procesy. Při použití metody zakotvené teorie během sběru dat současně probíhá jejich analýza. V průběhu analýzy hledá výzkumník klíčovou proměnnou, která slouží jako základ pro vznikající teorii. Klíčová proměnná je charakterizována tím, že mívá častý výskyt, spojuje různá data, má velkou vysvětlující funkci, má důsledky pro formální teorii, je podrobná a umožňuje maximální variabilitu. Výzkumníkův cíl v používání metody zakotvené

teorie je vysvětlit zkoumané sociální situace pomocí identifikace centrálních a vedlejších procesů v nich působících. Vedoucím principem je právě centrální proces teoreticky uchopený **centrální konceptem**, který určuje analýzu, protože spojuje ostatní vysvětlující principy objevující se při analýze.

Metoda neustálého porovnávání. Během analýzy se významové jednotky a koncepty ustavičně systematicky porovnávají. Tato metoda neustálého porovnávání (*constant comparative method*) (Glaser & Strauss, 1967) představuje jádro přístupu zakotvené teorie. Výzkumník neustále a systematicky porovnává slova, kódy, kategorie, události nebo celé popisy vůči sobě navzájem a rozlišuje, jestli jsou konceptuálně odlišné nebo ne. Tento proces umožní postupně pojmenovat vlastnosti a dimenze objevujících se konceptů a tak pomáhá propracovávat, zpevňovat nebo dokonce redefinovat tyto koncepty.

Kódování. Data jsou obvykle kódována ve třech úrovních. V první úrovni výzkumník prohlíží data řádek po řádku, v druhé úrovni porovnává data a vytváří kategorie nebo klastry. Ve třetí či konečné úrovni zpracování se výzkumník přesunuje od analýzy dat ke konceptualizaci a vytváření teorie. Těmto fázím v pojetí Strausse a Corbinové (1999) odpovídají postupy otevřeného, selektivního a axiálního kódování. Charmaz (2006) se ve svém přístupu přiklání spíše k užití postupu teoretického kódování (ač též uvádí metodu axiálního kódování, jako jednu z možných cest) a považuje axiální kódování za těžkopádné a potenciálně omezující výslednou zakotvenou teorii. S přihlédnutím k těmto námitkám jsem nepoužíval postupy Strausse a Corbinové (1999) rigidně a zvláště ve fázi axiálního kódování jsem doporučený postup modifikoval s ohledem na zkoumaný fenomén, jak uvedu detailněji dále při popisu jednotlivých fází analýzy. Výsledný teoretický konstrukt se postupně objevuje při redukci dat filtrováním informací relevantních k předmětu výzkumného zájmu a při selektivním vzorkování. Nová data se vytváří, dokud přináší nové poznatky. Tento proces je nazván saturací a dosažení teoretické saturace značí konec sběru dat (Byrne, 2001).

3.1.3. Výzkumný soubor a metoda vytváření dat

V této podkapitole nyní uvádím, jakým způsobem jsem vybíral výzkumný soubor a poskytuji informace o účastnících výzkumu - psychoterapeutech a výzkumnících. Tyto informace pak doplní podkapitola **Výzkumný postup a metoda analýzy dat**, kde jsou v popisu příslušných fází výzkumného procesu rozvedeny další informace o metodě a

okolnostech vytváření dat i o způsobu analýzy. V souladu s principy metody zakotvené terapie (Charmaz, 2006; Strauss & Corbinová, 1999) se vytváření a analýza dat prolínaly v průběhu výzkumného procesu a tomu také odpovídá členění jeho popisu.

V metodě zakotvené teorie je důležitá reprezentativnost pojmů, protože výzkum se zaměřuje na události a případy, které zkoumaný fenomén nejvíce určují a charakterizují. Cílem zakotvené teorie není zobecňovat na širší populaci, ale specifikovat zkoumaný fenomén a podmínky, jednání či interakce, které k němu náleží. Teoretické výroky, jež jsou výsledkem této metody, jsou tedy platné pouze pro zkoumané okolnosti (Strauss & Corbinová, 1999). Na počátku výzkumu, ve fázi otevřeného kódování, se vzorek volí tak, aby bylo možné identifikovat co největší množství kategorií s jejich dimenzemi a vlastnostmi, a vybírají se tedy osoby, u kterých se nabízí největší příležitosti ke shromáždění údajů podstatných pro zkoumaný fenomén (Charmaz, 2006; Strauss & Corbinová, 1999). Vedl jsem nejprve (ve výzkumné fázi 2) polostrukturované individuální pohovory, což je nejčastější způsob vytváření dat v metodě zakotvené teorie, se sedmi psychoterapeuty. Pro zahrnutí do vzorku museli terapeuti splňovat tři kritéria: (1) ukončený psychoterapeutický výcvik (2) minimálně 5 let terapeutické praxe a (3) zkušenost práce s depresivními klienty. Účastníky výzkumu jsem vybíral metodou prostého (záměrného) účelového výběru (jsou vybráni jedinci, kteří s účastí na výzkumu souhlasí a pro něž je účast vhodná, protože splňují kritérium dané výzkumným zájmem) (Miovský, 2006) v kombinaci s metodou volby vzorku pro účely metody zakotvené teorie (Strauss & Corbinová, 1999). Pestré složení vzorku s ohledem na psychoterapeutickou orientaci nebylo dopředu plánované a odvíjelo se od výzkumného procesu. Nejdříve jsem téma prožívání terapeutů při psychoterapeutickém sezení s depresivním klientem prozkoumával do hloubky s terapeuty, kteří byli ve svém přístupu vztahově orientovaní. Následně jsem teoretický model rozpracovával v ohniskových skupinách složených z terapeutů širokého spektra teoretických orientací. Na závěr jsem výsledný model testoval v cíleném rozhovoru s terapeutem, jehož teoretická orientace v dosavadním vzorku chyběla.

Pro metodu zakotvené teorie je charakteristické, že tvorba dat není oddělená od analýzy. Místo toho jsou tyto dvě aktivity těsně vzájemně provázané v průběhu výzkumného procesu: počáteční interview jsou ihned analyzovány a koncepty, které se z analýzy vynoří, vedou výzkumníka při dalším vytváření dat, např. umožní zúžit předmět výzkumu, ptát se na více zaměřené otázky, aby došlo k většímu propracování objevujících se konceptů. Strategie získávání vzorku se tedy rozvíjí v průběhu analýzy a v reakci na objevující se koncepce a jejich dimenze. Díky tomu je možné cíleně hledat různé varianty fenoménu, vyplnit „prázdná

místa“ a jejich analytické „mapy“. Tento princip teoretického vzorkování (Charmaz, 2006; Strauss & Corbinová, 1999) zajišťuje, aby výzkumníci neunikly důležité souvislosti, odchylky či procesy, Strategie výběru vzorku vyvstává ze samotné analýzy (Hood, 2007) a vodítkem pro pořízení vzorku jsou otázky a pozorování, jež se vynořují v průběhu analýzy. Proces vytváření dat tak pokračuje až do doby, kdy nová data přestávají přinášet nové informace o zkoumaném fenoménu, a teorie se stává saturovanou. Teoretická saturace je formálně považována za kritérium toho, že zakotvená teorie je kompletní, přestože na praktické úrovni není jednoduché to posoudit (Williams & Morrow, 2009).

Pro tvorbu a další zpracování dat jsem použil metodu kvalitativní analýzy vybavovaných událostí (*qualitative analysis of recalled events*) doporučenou Hillovou a Knoxovou (2009) pro zkoumání terapeutického vztahu. Rozhovory začaly instrukcí: „Vybavte si své psychoterapeutické sezení s klientem, který je aktuálně depresivní“. Následovala otázka: „Co jste prožíval/a v tento moment?“. V rozhovoru jsem dále detailněji zkoumal prožitek respondentů otázkami jako: „Jak se váš prožitek vyvíjel?“, „Co jste dělal/a?“, „Co vám pomáhalo?“, „Co se stalo potom?“ a také pomocí použití metafor. Přepsané rozhovory jsem analyzoval postupy otevřeného kódování (Strauss & Corbinová, 1999), před dalším rozhovorem, což umožnilo, že rozhovory se čím dál více specificky zaměřovaly.

Následně (výzkumná fáze 3) jsem vedl dvě ohniskové skupiny (*focus groups*), které byly zaměřeny na další rozvíjení a upřesňování kategorií z předchozí analýzy. Rozhovor formou ohniskové skupiny se odehrává v malé skupině lidí na specifické téma. Ohnisková skupina (oproti individuálním rozhovorům) umožňuje účastníkům slyšet se navzájem a reagovat na sebe, výzkumníkovi pak dovoluje zkoumat rozdíly a mapovat variabilitu zkušeností jednotlivých účastníků. Ohniskové skupiny jsou doporučovány při multimetodickém způsobu tvorby dat právě jako doplňující metoda k individuálním rozhovorům (Morgan, 2001). Obohacující je zde interakce uvnitř skupiny, která je vyvolána tématy předkládanými výzkumníkem (a zároveň moderátorem skupiny). Oproti individuálním rozhovorům však ohniskové skupiny nedovolují výzkumníkovi zkoumat individuální zkušenost do detailu a umožňuje výzkumníkovi položit jen omezený počet otázek (Patton, 2002).

Ohniskové skupiny jsem v této fázi výzkumu zvolil jako formu variačního pořizování vzorku, kdy je cílem teoretické rozpracování doposud vytvořených kategorií a nalézání jejich vlastností (Strauss & Corbinová, 1999). Při vedení ohniskových skupin jsem se řídil zásadami, které formulovali Merton, Fiske a Kendall (1990): retrospektivní evokování

kontextu zkoumané zkušenosti, detailní zachycení šíře a specifičnosti zkušenosti, porozumění individuálním významům zkušenosti. Používal jsem podobné otázky jako v individuálních rozhovorech a moderoval jsem diskusi tak, aby sdílená zkušenost a diskuse účastníků umožnila zachycení co největší šíře individuálních rozdílů i vzájemných podobností zkoumaného fenoménu. Ohniskové skupiny se uskutečnily v rámci psychoterapeutické konference⁵. Účastníci se přihlásili na základě vypsané upoutávky a museli splňovat tato kritéria (1) ukončený psychoterapeutický výcvik (2) zkušenost práce s depresivními klienty. Výpovědi těchto terapeutů prezentuji ve Výsledcích s uvedením kódu ohniskové skupiny (FG1 a FG2).

V závěrečné fázi výzkumu v rámci selektivního kódování se další vzorek vybírá tak, aby bylo možné reflektovat a testovat zárodky doposud vytvořené teorie. Koncepty, které obstojí ve srovnání s realitou takto nově získaných dat, je pak možné začlenit do výsledné zakotvené teorie (Strauss & Corbinová, 1999). Na závěr výzkumného projektu (ve výzkumné fázi 6) jsem vedl ještě dodatečný osmý individuální rozhovor s účastníkem vybraným podle principu teoretického vzorkování za účelem validizace doposud vytvořeného modelu. Po analýze tohoto rozhovoru bylo dosaženo teoretické saturace a výběr vzorku byl ukončen.

Uvádím zde v textu souhrnné informace o účastnících výzkumu – terapeutech a výzkumnících. Podrobné informace o terapeutech jsou uvedeny v **Příloze 1**.

⁵ 26. česko-slovenská psychoterapeutická konference, Luhačovice, 16-20. 10. 2007

SOUHRNNÉ INFORMACE O TERAPEUTECH	
počet:	
30 psychoterapeutů, z toho:	
17 žen a 13 mužů	
8 individuálních rozhovorů	
22 účastníků dvou ohniskových skupin	
věk:	
26-67 let (m = 40.1, SD = 10.3)	
zkušenost psychoterapeutické práce s depresivními klienty:	
0,5-37 let (m = 10.3, SD = 8.9)	
teoretická orientace:	
dynamická a psychoanalytická psychoterapie	16
humanistická/experienciální/fenomenologická psychoterapie	15
rodinná/systemická terapie	3
integrativní psychoterapie	2
kognitivně behaviorální terapie	2
počet absolvovaných výcviků:	
23 terapeutů absolvovalo	1 výcvik
6 terapeutů absolvovalo	2 výcviky
1 terapeut absolvoval	3 výcviky

SOUHRNNÉ INFORMACE O VÝZKUMNÍCÍCH
Hlavní výzkumník, MUDr. Jan Roubal, shromáždil a analyzoval všechna data. Má dlouhodobou terapeutickou zkušenost s prací s depresivními klienty v prostředí psychiatrické nemocnice a v soukromé praxi. Celkově vykonává psychoterapeutickou profesi 20 let.
Mgr. Tomáš Řiháček, PhD. byl spoluautorem výzkumného designu a auditor analýzy. S depresivními klienty se ve své praxi setkává občasně a vykonává psychoterapeutickou praxi 10 let.
Oba výzkumníci sami pracují jako psychoterapeuti a používají experienciální metodu gestalt terapie, jejíž perspektiva jim sloužila jako senzitivizující koncept (Charmaz, 2006), který je explicitně přiznám a reflektován a poskytuje obecný rámec k porozumění zkoumanému fenoménu.

Individuální rozhovory trvaly 60 minut, ohniskové skupiny trvaly 90 minut, v obou případech byl pořízen audiozáznam. Přepsané rozhovory jsem vložil do programu Atlas.ti (verze 5), který jsem následně použil pro analýzu dat v počátečních fázích (otevřené a selektivní kódování). Atlas.ti je počítačový software vytvořený pro potřeby kvalitativního výzkumu (součást CAQDAS = computer assisted qualitative data analysis software),

specielně za účelem konstruování teorie vytvářené z dat. Software umožňuje snadné kódování, poznámkování, vytváření hyperlinkových odkazů a propojování kódů do větších, logicky propojených celků, na jejichž základě se vytváří výsledná teorie (Konopásek, 2008).

3.1.4. Etické aspekty výzkumu

Účastníci výzkumu byli předem seznámeni s výzkumným projektem (informativním popisem výzkumu zasláným e-mailem v případě individuálních rozhovorů a osobně výzkumníkem v případě ohniskových skupin). Byli také seznámeni s účelem výzkumu, metodě, trvání rozhovoru, možnosti zrušení či ukončení spolupráce z jejich strany. Obdrželi kontakt na výzkumníka pro případné dotazy a informace o anonymizaci dat i jejich uchování pro výzkumné účely. Účastníci výzkumu poté podepsali informovaný souhlas s účastí ve výzkumu.

Rozhovor byl veden s ohledem na možnou osobní citlivost tématu, míra intimity sdělovaných informací byla průběžně při rozhovoru s terapeutky kontraktována tak, aby zůstávala pro terapeutky komfortní a přitom výzkumníkovi přinášela co nejbohatší data. Po rozhovoru byla účastníkům po vypnutí audiozáznamu nabídnuta možnost debriefingu.

V přepsaných rozhovorech byly smazány identifikující údaje a účastníkům výzkumu přiděleny přezdívky, které byly poté používány po celou dobu analýzy dat i pro prezentaci výsledků. Dvě studentské asistentky, které mi pomáhaly v počátečních fázích výzkumu (zadávání přepisů do programu Atlas.ti, základní roztřídění dat), podepsaly závazek k mlčenlivosti o konkrétních skutečnostech výzkumu. Nahrávky rozhovorů i jejich přepisy jsou uchovány na mém osobním datovém disku pod heslem, z diktafonu i počítače byly smazány.

3.1.5. Výzkumný postup a metoda analýzy dat ⁶

Pro zajištění kredibility kvalitativní studie je nezbytné detailně popsat výzkumný postup. Z tohoto důvodu jsem si po celou dobu výzkumu vedl výzkumný deník, do kterého jsem systematicky a detailně zaznamenával jednak provedené dílčí kroky při vytváření dat a jejich analýze, metodologické otázky a zpětné vazby kolegů výzkumníků, tak i obecnější úvahy a otázky o postupně se vytvářející teorii. To bylo výhodné zejména při fázi axiálního a selektivního kódování, kdy mi deník usnadňoval metodu neustálého porovnávání a mohl jsem se vracet k zaznamenanému myšlenkovému postupu při vytváření teorie. Deník má 43 stran, začíná v roce 2001 prvními rozvahami o předmětu výzkumu a prezentovaný výzkum je zde podrobně popisován od roku 2007. V závěrečné fázi při reflexi a popisu procesu výzkumu jsem na základě výzkumného deníku mohl vytvořit detailní sekvenci fází, kterými jsem v průběhu celého výzkumného procesu procházel. Seznam a shrnutí obsahu jednotlivých výzkumných fází uvádím v následujícím textu.

Výzkumné fáze:

1. Sebereflexe výzkumníka
2. Vedení individuálních rozhovorů a formulování předběžného ústředního konceptu
3. Vedení ohniskových skupin a vypracování kategorií
4. Vytvoření modifikovaného paradigmatu pro axiální kódování a reanalýza dat
5. Vytvoření sekvenčního modelu a hledání procesových variant
6. Validizace modelu pomocí teoretického vzorkování
7. Validizace modelu auditorem

3.1.5. 1. Výzkumná fáze 1: Sebereflexe výzkumníka

Výzkumníkovy zkušenosti, znalosti a hodnoty nevyhnutelně vstupují do výzkumného procesu. Čím více je výzkumník angažován ve výzkumném tématu, tím více je náchylný k tomu, aby jeho hodnoty pronikly do vytváření dat a do analýzy a utvářely je směrem k vlastnímu předporozumění. Aby bylo možné tento vliv „kontrolovat“ alespoň do určité míry, výzkumníci si musí rozvinout reflexivitu - postoj neustálé kritické sebereflexe vůči

⁶ Při tvorbě výzkumného designu jsem spolupracoval s Mgr. Tomášem Řiháčkem, PhD.

vlastnímu sociálnímu zázemí, předpokladům, hodnotám, postojům apod. (Finlay & Evans, 2009). Finlay a Evans (2009) také zdůrazňují důležitost toho, aby výzkumník reflektoval své emocionální a vztahové aspekty, které nevědomě přináší do výzkumného procesu. Nicméně úplná eliminace výzkumníka osobního vkladu do výzkumu je nejen nemožná, ale i nežádoucí. Protože právě díky svým znalostem, teoretické senzitivitě (viz např. Glaser, 1978; Strauss & Corbinová, 1999) a osobním vhlédům výzkumník konceptualizuje hrubý materiál dat do propracovaného teoretického systému.

Použil jsem techniku dvou židlí, která kromě svého terapeutického využití je vhodná právě také pro sebereflexi výzkumníka (Finlay & Evans, 2009). Mezi židlemi jsem si přisedával a vedl jsem rozhovor sám se sebou o svých zkušenostech při vedení terapie s depresivními klienty, o svých prekonceptcích ohledně zkoumaného tématu a o vlastním přístupu k fenoménu deprese. Na jedné židli jsem kladl otázky z pozice výzkumníka a na druhé židli odpovídal z pozice terapeuta a teoretika. Rozhovor sloužil jako pilotní a nebyl zahrnut do analýzy; byl nahrán, přepsán a použit k následujícím účelům: (1) Uvědomění si toho, s jakým předporozuměním přistupuje výzkumník k tématu; (2) Uvědomění si emocionálních a vztahových osobních aspektů výzkumníka, které mohou vstupovat do vedení výzkumného rozhovoru; (3) Upřesnění oblasti výzkumu a vyjasnění výzkumné otázky; (4) Identifikování podstatných otázek (a odložení nepodstatných) pro vedení dalších výzkumných rozhovorů a jejich konkrétní formulace tak, aby vedly k získání bohatých dat; (5) Validizace výzkumných nálezů auditorem v konečné fázi výzkumu (Výzkumná fáze 6).

Má předporozumění zahrnovala osobní zkušenosti s náročností psychoterapeutické práce s depresivními klienty a vlastní pojetí deprese související s osobními hodnotami a historií. Významné také bylo rozpoznání důležitosti mého konceptuálního porozumění psychoterapeutickému procesu, psychopatologii a diagnostice a jeho reflektované využití jako senzitivizujícího konceptu. Senzitivizující koncept (*sensitizing concept*) poskytuje počáteční bod a dočasný nástroj pro započítí analýzy (Charmaz, 2006), představuje východisko pro budování analýzy zakotvené teorie a dodává výzkumníkovi smysl pro to, jak vznikající kategorie mohou popsat pozorované případy zkoumaného fenoménu (Bowen, 2006). Z důvodu potřeby důkladné reflexe tento svůj senzitivizující koncept ve formě procesuálně prožitkového pojetí gestalt terapie proto rozpracovávám v teoretické části této práce.

3.1.5. 2. Výzkumná fáze 2: Vedení individuálních rozhovorů a formulování ústředního konceptu

Vedl jsem postupně polostrukturované individuální pohovory se sedmi psychoterapeuty, jak je popsáno v oddíle *Výzkumný soubor a metoda vytváření dat*. Přepsané rozhovory jsem analyzoval postupy otevřeného kódování (Strauss & Corbin, 1999). V průběhu této fáze se zužovala výzkumná otázka a na jejím konci z analýzy vyvstal ústřední koncept nalézání „prožitkové vzdálenosti od klienta“.

Otevřené kódování. Analytický proces začíná pečlivým a opakovaným čtením dat. Výzkumník hledá části textu, které se vztahují k výzkumné otázce. Tyto části, které mohou mít délku jednoho slova nebo i několika odstavců, uchopí tím, že jim dodá kód a postupně je propracovává do konceptů (kategorií), ze kterých se stávají „stavební kameny“ vynořující se teorie. Tyto koncepty by měly vyjadřovat esenci zkoumaného fenoménu abstraktním a výstižným způsobem a zároveň být pevně ukotvené v datech (Řiháček & Hytych, 2013). Název otevřeného kódování pochází z otevřeného a nehodnotícího postoje výzkumníka, který by neměl dělat předčasné soudy o tom, co je a co není důležité, a měl by spíše zvažovat rozmanité způsoby toho, jak je možné data konceptualizovat. Kódy (a později koncepty) se mohou pojmenovat názvy pocházejícími přímo z dat („in vivo“ kódy), mohou být vytvořeny přímo výzkumníkem, nebo je možné použít již existující vědecké koncepty (Strauss & Corbinová, 1999). Počáteční kódy mají podle Charmaz (2006) být otevřené (ve smyslu nehodnotícího postoje), blízké k analyzovaným datům, jednoduché, precizní a výstižné.

Postupoval jsem tak, že jsem vedl rozhovor s psychoterapeutem ohledně jeho prožitku při psychoterapii s depresivním klientem a přepis provedeného rozhovoru jsem následně analyzoval pomocí postupu otevřeného kódování (s využitím softwaru Atlas.ti). Tato počáteční analýza identifikovala hlavní témata rozhovoru (konceptualizované například v kategoriích „ohrožení klientovou depresí“ nebo „tendence ochránit se“) a ozřejmila, která témata je potřeba více prozkoumat. To mi umožnilo následující rozhovor více zacílit a získával jsem tak bohatší data, která detailněji popisovala zkoumané procesy odehrávající se v průběhu terapeutického sezení. Postupně jsem metodou otevřeného kódování analyzoval všech sedm individuálních rozhovorů, nové kódy jsem porovnával s těmi, které jsem zachytil v předchozích datech pomocí zjišťování rozdílů a podobností. Kódy jsem shlukoval do

kategorií⁷, u kterých jsem dále pojmenovával jejich vlastnosti a rozvíjel vztahy mezi nimi, čímž vznikaly zárodky vznikající teorie, jak je podrobněji popsáno v následující výzkumné fázi.

Výzkumná otázka. V této fázi také došlo ke specifikaci a zúžení výzkumné otázky. Z pokračující analýzy vyplynulo další zúžení tématu na prožívání i zvládání prožitku pouze přímo v rámci psychoterapeutického sezení. Dlouhodobé prožívání i mezi sezeními v průběhu celého psychoterapeutického procesu jsem do analýzy nezahrnul. Metoda zakotvené teorie se obvykle volí pro zkoumání oblastí, které před tím nebyly systematicky prozkoumávány. To znamená, že výzkumníci na začátku ani nemusí přesně vědět, jakou otázku je potřeba položit. Později, když výzkumný proces již začal a výzkumník se zorientovává ve zkoumané oblasti, má již lepší pozici pro rozhodování, jak zacílit výzkum, aby dosáhl užitečných výsledků.

Centrální koncept. V oblasti prožívání terapeutů se postupně vyjasňovaly hlavní kategorie jako „odstup od prožitku klienta“, „vymezování se vůči prožitku klienta“, „kopírování prožitku klienta“. Další kategorie popisovaly různé způsoby, díky kterým se terapeuti od klienta prožitkově vzdalují, nebo se mu prožitkově přibližují. Metafora „prožitkové vzdálenosti od klienta“ se ve výpovědích respondentů často opakovala, terapeuti ji sami od sebe a nezávisle na sobě přirozeně používali k popisu svého prožitku. V analýze se postupně dostávala do pozice centrálního konceptu. Glaser a Strauss (1967), zakladatelé metody zakotvené teorie, zdůrazňovali roli centrálního konceptu v zakotvené teorii. Centrální koncept je zastřešující princip, který má objasňující potenciál a úzké vztahy s mnoha dílčími koncepty. „Drží“ celou teorii pohromadě a dodává jí kompaktnost a srozumitelnost. Často je ve formě dosti obecných psychologicko/sociálních procesů (Glaser, 1978). Přítomnost centrálního konceptu je aspekt, kterým se odlišuje metoda zakotvené teorie od jiných kvalitativních metod.

⁷ Pojmy „kategorie“ a „koncept“ je možné pro praktické účely při použití metody zakotvené teorie chápat jako synonyma (Řiháček, Hytych, 2013). V dalším textu používám oba dva tyto pojmy, přičemž dávám přednost pojmu „kategorie“ tam, kde se jedná o třídění jevů, a pojmu „koncept“ tam, kde popisují jejich podstatu pomocí příslušných vlastností. Při popisu výsledků uvádím názvy kategorií a konceptů kurzívou s velkým počátečním písmenem.

3.1.5. 3. Výzkumná fáze 3: Vedení ohniskových skupin a propracování kategorií

Pokračoval jsem ve sběru dat, abych propracoval a vyjasnil kategorie z předcházející analýzy. Vedl jsem dvě ohniskové skupiny (viz. oddíl **Výzkumný soubor a metoda vytváření dat**) zaměřené na prožívání terapeutů při psychoterapii depresivních klientů a zajímal jsem se zvláště o to, jak moc se prožitek terapeuta při psychoterapeutickém sezení přibližuje nebo vzdaluje depresivnímu klientovi. V souladu s principem teoretického vzorkování jsem tedy cíleně získával další data pro další rozvíjení centrálního konceptu, který se objevil v předchozí analýze. Přepisy rozhovorů v ohniskových skupinách jsem opět analyzoval s využitím softwaru Atlas.ti. Data z ohniskových skupin obohatila kategorie vytvořené dříve o jemné detaily, díky čemuž bylo možné lépe vymezit vlastnosti jednotlivých kategorií.

V této fázi jsem přešel od počátečního kódování dat řádek po řádku k dalšímu kroku. Vrátil jsem se znovu k datům a analyzoval je podle vodítek uváděných Charmaz (2006): vybíral jsem nejužitečnější koncepty z počáteční fáze otevřeného kódování, testoval jsem je srovnáváním s daty a kodoval jsem větší segmenty textu. Tento krok analýzy popisovaný jako zaměřené kódování (*focused coding*) (Charmaz, 2006) představuje další fázi metody zakotvené teorie, při které výzkumník začíná být méně otevřený, při kódování se více zaměřuje a na místo nových a nových kódů cíleně pracuje pouze s kódy, které jsou užitečné pro vytváření teorie.

Kódy se stejným obsahem jsem sdružoval do jedné kategorie. Komentáře k jednotlivým kódům jsem použil k popisu vlastností dané kategorie. Kategorie popisující podobné jevy jsem dále sdružoval do kategorií vyššího řádu. Tímto způsobem jsem velký počet kódů (celkem 1 112 kódů) z počátečního otevřeného kódování postupně tematicky uspořádal do 30 kategorií sdružených do čtyř hlavních kategorií (*Situace, Prožitek, Polarizace, Hrana*), které jsem stručně charakterizoval a vymezil vůči sobě. Ukázka postupu otevřeného kódování je popsána v **Příloze 2**. Seznam kategorií na konci otevřeného kódování je uveden v **Příloze 3**.

K jednotlivým kódům jsem si psal poznámky (*early memos*) (Charmaz, 2006), které mne vedly k postupnému cílenějšímu zaměřování se na vztahy mezi nimi. Při kódování jsem

nyní přecházel na nižší úroveň abstrakce a vyhledával nejdůležitější data, která odpovídala na otázku: Jak terapeuti reagovali (prožitkově) na depresivního klienta? Co přispívalo k jejich různým reakcím? Jakými způsoby zvládali své prožitky? Co přispívalo k jejich různým způsobům zvládání? Odpovědi nalezené v datech vedly k vymezení tří jádrových konceptuálních kategorií (*core conceptual categories*) (Charmaz, 2006): *Vtahování*, *Polarizace*, *Hrana*. Vznikající kategorie jsem dále rozvíjel a popisoval jejich vlastnosti a dimenze, jejichž systematické rozvíjení se stává základem pro určování vztahů mezi kategoriemi (Strauss a Corbinová, 1999).

Porovnával jsem data mezi sebou, dával jsem koncepty vzájemně do souvislostí, zapracovával jsem citáty, u každého kódu jsem se vracel k přímé výpovědi a hledal jsem jemnější významové nuance. Třídil jsem poznámky ke kódům a používal je jako další doplnění popisu hlavních kategorií. Zaměřil jsem se přitom na ústřední kódy (*focused codes*) (Charmaz, 2006), které se přímo vztahují k centrálnímu konceptu *Prožitkové oscilace* a popisují „prožitkový pohyb“, nacházel jsem také „prázdná místa“ (detailnější popis stavů mezi extrémy). S ohledem na definované jádrové konceptuální kategorie (*Vtahování*, *Polarizace*, *Hrana*) jsem znovu prošel všechny kódy a příslušné části textu, utřídil je, upřesnil jejich názvy, psal komentáře a pokročilé poznámky (*advanced memos*) (Charmaz, 2006), které již představují zárodky teorie, sdružoval jsem je a koncepčně propojoval. Centrální koncept *Prožitkové vzdálenosti* se dále rozvinul do konceptu *Prožitkové oscilace* mezi terapeutovým emočním napojením na klienta a terapeutovým oddálením se od klientova prožitku.

3.1.5. 4. Výzkumná fáze 4: Vytvoření modifikovaného paradigmatu pro axiální kódování a reanalýza dat

Abych mohl dále propracovat teoretické vztahy mezi koncepty, provedl jsem dva metodologické kroky: (1) vybral jsem z dat 32 konkrétních terapeutických událostí a (2) vytvořil jsem modifikované paradigma pro axiální kódování, které jsem použil k reanalýze zmíněných událostí.

Teoretické koncepty, které se do této fáze výzkumu při analýze objevily, bylo potřeba teoreticky konzistentně propojit. K tomu posloužil analytický postup axiálního kódování za použití axiálního paradigmatu (*axial coding paradigm*) (Strauss a Corbinová, 1999).

Axiální kódování představuje nástroj vyvinutý Straussem a Corbinovou (1999) k usnadnění nalézání teoretických vztahů mezi koncepty. Spočívá v rozdělení konceptů do několika teoretických typů v zásadě rozdělených na podmínky, akce/interakce a důsledky, které souvisí s určitým fenoménem. Jako pomůcka pro rozpracování a určení vztahů mezi subkategoriemi a kategoriemi navrhuje Strauss a Corbinová (1999) toto axiální paradigma:

Příčinné podmínky → jev → kontext → intervenující podmínky → strategie jednání a interakce → následky

Axiální kódovací paradigma je zdrojem neshod mezi představiteli metody zakotvené teorie. Zatímco pro Strausse a Corbinovou (1999) slouží jako užitečný nástroj při vytváření bohaté teorie, z hlediska Glasera (1992) představuje násilné vměstňávání dat do prefabrikované a potenciálně nevhodné formy. S přihlédnutím na tento Glaserův argument by se výzkumníci neměli vázat jen na jedno paradigma a měli by raději vypracovat vlastní metodu odpovídající jejich datům a výzkumnému cíli. Touto zásadou jsem se řídil také ve své studii. Při dosavadní analýze metodou otevřeného kódování se objevily kategorie různého druhu, které bylo možné uvést do vzájemných vztahů a zobecnit do jednoduché sekvence popisující procesy související s prožitkovou změnou:

Situace → Prožitek → Zvládání → Následek

Tato sekvence sloužila jako originální axiální paradigma, které představuje modifikaci původního modelu doporučeného Straussem a Corbinovou (1999) pro rozpracování teoretických vztahů mezi koncepty. Modifikaci jsem provedl proto, aby axiální paradigma odpovídalo výzkumné otázce a povaze analyzovaných dat. Axiální paradigma popisuje sekvenci, při níž se (1) terapeut ocitá v situaci s depresivním klientem, kterou určitým způsobem popíše (kategorie *Situace*). (2) Tuto situaci terapeut prožívá (kategorie *Prožitek*) a (3) svůj prožitek různými způsoby zvládá (kategorie *Zvládání*), (4) což má *Důsledky* na změnu *Situace*. To dále ovlivní terapeutův *Prožitek* a sekvence může probíhat znovu od začátku.

Paradigmatický model jsem použil k reanalýze dat, což mi pomohlo data nově uspořádat do logicky provázaného celku. Zaměřil jsem se již pouze na ty části dat, které přímo popisovaly proces v průběhu terapeutického sezení. Z nich jsem vybral 32 úryvků, které popisovaly konkrétní terapeutickou událost a vynechal jsem obecné komentáře terapeutů a popisy kontextu situace. Ze všech identifikovaných událostí jsem 6 událostí z analýzy

vyjmul, protože zde chyběly základní informace o některé složce používaného paradigmatu. Další 4 události jsem vyřadil, protože po bližším zkoumání se ukázalo, že klienti nebyli ve skutečnosti depresivní, přestože jejich problémy se jako depresivní jeví. Po této redukci jsem pracoval s 22 událostmi. Vlastní modifikované paradigma jsem použil k detailnější reanalýze dat, při které vybrané konkrétní události sloužily jako analytické jednotky.

Jednotka analýzy určuje „jak velký díl dat“ se srovnává s jiným (Glaser & Strauss, 1967; Patton, 2002). Definoval jsem jednotku analýzy jako terapeutickou událost rozdílné délky, která popisuje určitou sekvenci terapeutových prožitků v interakci s určitým klientem v průběhu terapeutického sezení. Jednotlivé události jsem porovnával s paradigmatickým modelem, v rámci každé události jsem hledal vztahy mezi kontextuálními charakteristikami terapeutické situace, terapeutovým prožitkem, jeho zvládacími strategiemi a následky těchto strategií a vytvořil jsem schematický popis sekvence kategorií u každé události. Následně jsem tyto události srovnával mezi sebou a hledal podobnosti a rozdíly.

3.1.5. 5. Výzkumná fáze 5: Vytvoření sekvenčního modelu a hledání procesových variant

V této fázi probíhalo selektivní kódování, což je závěrečná a obvykle nejobtížnější fáze výzkumného postupu (Strauss a Corbinová, 1999). Ve výzkumu dochází k integraci dat do výsledné podoby zakotvené teorie. Toho se dosahuje tak, že se konceptualizuje „kostra“ procesu a všechny důležité kategorie se uvedou do vztahu k centrální kategorii jako ústřednímu jevu, kolem něž se integrují ostatní identifikované kategorie. Výsledný konstrukt se opakovaně ověřuje podle údajů v základních datech.

Základní sekvence. Za použití metody neustálého porovnávání (*constant comparative method*) (Charmaz, 2006; Glaser & Strauss, 1967) jsem analyzované události porovnával mezi sebou a hledal podobnosti i rozdílné varianty. Na základě tohoto analytického kroku jsem vytvořil tzv. provizorní teoretický konstrukt, model *Základní sekvence*, který popisuje obecné řazení fází emocionálních reakcí terapeutů na jejich depresivní klienty.

Následně jsem se opět vrátil k datům a srovnával sekvence v jednotlivých událostech se *Základní sekvencí*. Zdůrazňoval jsem jedinečnost průběhu každé události a porovnával je také mezi sebou. Důležité bylo sledovat logiku výpovědi terapeuta a ne vlastní představu, jak

by měly jít kroky za sebou. Při zpracování událostí se objevovaly nové možnosti průběhu, varianty a obohacení o detaily. Vnímám jsem drobné odchylky a identifikoval různé průběhové varianty, které jsem porovnával mezi sebou. Následně jsem hledal vysvětlení, proč se průběh lišil. Zajímavé bylo, že ačkoliv jsem se již po několikáté díval na stejná data, nyní jsem je viděl jinak, více jsem si všiml procesu a souvislostí mezi jednotlivými fázemi. Ukázka zpracování jedné konkrétní události (E12) je uvedena v **Příloze 4**. Výskyt fází *Základní sekvence* u jednotlivých událostí je zaznamenán v **Příloze 5**.

Základní sekvence:

- | | |
|----|---|
| 1. | Vtahování (popis <i>Situace</i> : terapeut pociťuje, jak ho vtahuje atmosféra situace s depresivním klientem) |
| | ↓ |
| 2. | Bezmoc, lítost (popis <i>Prožitku</i> terapeuta v dané situaci) |
| | ↓ |
| 3. | Snaha o změnu symptomů (popis <i>Zvládnání</i> : terapeut své prožitky zvládá tím, že se snaží danou situaci změnit) |
| | ↓ |
| 4. | Neměnnost (popis <i>Situace</i> : terapeut nevidí efekt své snahy) |
| | ↓ |
| 5. | Frustrace (popis <i>Prožitku</i> terapeuta, když se situace nemění) |
| | ↓ |
| 6. | Bod obratu (popis <i>Zvládnání</i> : terapeut své prožitky zvládá tím, že danou situaci akceptuje) |
| | ↓ |
| 7. | Vztah (popis <i>Situace</i> : symptomy ustupují do pozadí a do popředí se dostává vztah) |
| | ↓ |
| 8. | Úleva, ambivalence (popis <i>Prožitku</i> terapeuta) |

Dimenzionalizace. Dimenze je aspekt konceptu, který popisuje jeho vnitřní variabilitu. Dalším krokem ve výzkumném procesu byla dimenzionalizace (*dimensionalizing*) (Strauss & Corbinová, 1999; Charmaz, 2006), při které se koncepty se propojují na „hlubší úrovni“, aby bylo zřejmé „jak věci fungují“, za jakých okolností a s jakými důsledky. Dimenzionalizace je pokročilý proces propracovávání konceptu a pouze ty nejdůležitější koncepty dosáhnou této úrovně. V tomto případě dvě oddělené kategorie (*Přibližování se k depresivnímu prožitku* a *Vzdalování se od depresivního prožitku*) se ukázaly být dvěma póly

prožitkové oscilace. Vytvořily tedy základní dimenzi, která popisuje, jak prožitková oscilace může vypadat v různých podmínkách.

Komplexní teorie. V této fázi došlo k významnému posunu v konstruování výsledné teorie. K popisu *Základní sekvence* jsem dodal pohyb v dimenzi *Přibližování se k depresivnímu prožitku* a *Vzdalování se od depresivního prožitku*. Kombinací *Základní sekvence* a pohybu na zmíněné dimenzi jsem vytvořil prozatímní verzi komplexní teorie, která popisuje průběh *Prožitkové oscilace* při psychoterapeutickém sezení. Model znázorňující tuto teorii jsem nazval *Trajektorie spoluprožívání deprese*. Tímto pojetím se propojily dosavadní dílčí koncepty a teorie již „držela pohromadě“. Následně jsem se znovu vrátil k datům a porovnával jsem průběhy konkrétních událostí s obecným modelem *Trajektorie spoluprožívání deprese* i mezi sebou. Hledal jsem nepravidelnosti a rozpory, propojoval jsem dosavadní dílčí koncepty zaznamenané v poznámkách do jednoho celku, vyhledával jsem ilustrativní citáty z dat a dopracovával jednotící schémata do konzistentní podoby. Každou z variant jsem ilustroval příkladem konkrétní události. Zastoupení jednotlivých průběhových variant událostí je uvedeno v **Příloze 6**. Takovouto důkladnou reanalýzou jsem výsledný teoretický konstrukt validizoval a také jsem identifikovat tři různé varianty průběhu (viz. **Výsledky**, oddíl **Variabilita obecného modelu**).

3.1.5. 6. Výzkumná fáze 6: Dosažení teoretické saturace pomocí teoretického vzorkování

Vzhledem k tomu, že model vychází ze vzorku terapeutů s převážně psychodynamicko/psychoanalytickou či humanisticko/experenciální orientací, validizoval jsem model následně podle principu teoretického vzorkování (*theoretical sampling*) (např. Strauss & Corbinová, 1999; Charmaz, 2006). Doplnil jsem tedy data tím, že jsem vedl další výzkumný rozhovor se zkušeným KBT terapeutem (24 let zkušenosti práce s depresivními klienty). Soustředil jsem se specificky na to, jak své prožitky zvládá terapeut, který v rámci své teoretické orientace není primárně zaměřený na vztah, ale místo toho cíleně pracuje se symptomy. Mým záměrem bylo prozkoumat zejména jednu fázi procesu (*Snaha o změnu symptomů*) a také doplnit polaritní způsob psychoterapeutické práce oproti experenciálně či dynamicky zaměřeným terapeutům, pro které je psychoterapeutický vztah v popředí. Rozhovor byl přepsán a vybral jsem z něj další 4 události, z nichž 2 byly posléze vyřazeny,

protože popisovaly terapii s klientem, kde deprese nebyla primární diagnózou. Zbylé dvě velmi detailně popsané události jsem analyzoval postupem popsaným ve **Výzkumné fázi 4 a 5**. Výsledky byly plně konzistentní s dosavadním teoretickým modelem.

Určitý rozdíl, který se však již netýkal modelu popisujícího prožitky, spočíval v tom, že KBT terapeut zpracovával své prožitky jinak, než psychodynamicky a prožitkově zaměření terapeuti. Používal převážně racionální zpracování, zejména techniku kognitivní restrukturace. Lze nicméně zobecnit, že terapeuti ke zvládnání svého prožitku používají postupy, které mají ve své profesní výbavě, které používají při práci s klienty. Psychodynamičtí terapeuti vlastní prožitky totiž zpracovávali pomocí interpretace, experienciální terapeuti díky ukotvení ve vlastním uvědomění a KBT terapeut pomocí kognitivní restrukturace.

Teoretická saturace. Protože data získaná v rámci teoretického vzorkování z takto rozdílného zdroje nepřispěla k teoretickému konstruktovi žádnými novými informacemi, dalo se vyvodit, že bylo dosaženo teoretické saturace. Teoretická saturace je pojmenováním takové fáze výzkumného procesu, kdy další analýza nepřináší žádné nové kategorie a nepomáhá ani k rozpracování stávajících (Charmaz, 2006). Další sběr dat proto nebyl potřeba a výslednou teorii bylo možné považovat za výsledek výzkumného postupu zakotvené teorie.

3.1.5.7. Výzkumná fáze 7: Validizace modelu

Pro zajištění kredibility výzkumu byly provedeny tyto kroky: (1) výzkumníkova sebereflexe s ohledem na zkoumané téma, (2) opakovaná analýza dat, která vyjevila jemnější významy a umožnila více strukturovat a detailněji dopracovat výsledný model, (3) zahrnutí teoretického vzorkování a uplatnění principu teoretické saturace, (4) využití zpětné vazby respondentů z fáze teoretického vzorkování, který srovnal výsledný model s vlastní klinickou zkušeností, (4) využití zpětné vazby účastníků ohniskové skupiny, kteří srovnávali výsledný model s vlastní klinickou zkušeností, (5) zapojení auditora. První tři kroky k zajištění kredibility výzkumu jsou popsány výše v jednotlivých fázích výzkumu. Nyní zde popíši závěrečné tři validizační kroky.

Respondent z teoretického vzorkování. Poslednímu respondentovi jsem po skončení výzkumného rozhovoru představil model *Trajektorie spoluprožívání deprese* a požádal ho, aby ho srovnal se svými zkušenostmi. Podstatné zde bylo, že terapeut k modelu přistupoval

z perspektivy kognitivně behaviorální terapie a nesdílel teoretické předporozumění ani s výzkumníkem, ani s ostatními terapeuty zapojenými do výzkumu. Navíc tento terapeut mohl při srovnávání svých zkušeností s teoretickým modelem čerpat z 24 let dlouhé psychoterapeutické praxe s depresivními klienty. Terapeut potvrdil, že model velmi dobře odpovídá jeho vlastní zkušenosti s depresivními klienty. Specifikoval ale, že odpovídá zkušenosti terapeuta jen s klienty, jejichž deprese se v průběhu sezení nezlepšuje.

Ohnisková skupina. Výsledný model *Trajektorie spoluprožívání deprese* jsem prezentoval a následně diskutoval v rámci ohniskové skupiny na mezinárodní psychoterapeutické konferenci zaměřené na výzkum⁸. Účastníci ohniskové skupiny (16 psychoterapeutů) diskutovali o modelu a porovnávali jej s vlastními klinickými zkušenostmi. Validizační diskuse (60 minut) prokázala, že předložený teoretický model se shoduje s klinickými zkušenostmi této skupiny velmi zkušených terapeutů. Zpětná vazba účastníků přispěla ke konsolidaci modelu a pomohla reflektovat některá omezení, jak jsou popsána v části **Diskuse**.

Audit. Konečná validizace modelu byla provedena pomocí auditu jiným výzkumníkem (informace o tomto výzkumníkovi viz **Výzkumný soubor a metoda vytváření dat**). Ten provedl audit analýzy tak, že porovnal data (popisy jednotlivých událostí) s výsledky (konceptualizace jednotlivých událostí pomocí modelu *Trajektorie spoluprožívání deprese*). Auditor také srovnal mé původní prekoncepce a předpoklady, se kterými jsem do výzkumného projektu vstupoval a které byly zachyceny v úvodní sebereflexi pomocí rozhovoru se dvěma židlemi (viz. **Výzkumná fáze 1: Sebereflexe výzkumníka**). Auditorovy závěry byly: (1) teorie je dobře zakotvena v datech, neopomíjí žádný důležitý aspekt popisovaný v datech a je teoreticky konzistentní, (2) prekoncepce a počáteční předpoklady hlavního výzkumníka nezkreslily proces analýzy nežádoucím způsobem, ale naopak zvýšily výzkumníkovu teoretickou citlivost (Glaser, 1978; Strauss & Corbinová, 1999) vůči fenoménům, které byly přítomny v datech. Auditor také poskytl komentáře, které pomohly k další konsolidaci konečného modelu.

Charmaz (2006) udává čtyři kritéria, která by měly studie prováděné metodou zakotvené teorie splňovat. : (1) Kredibilita: Výsledky jsou dostatečně zakotveny v datech a bylo jich dosaženo systematickým porovnáváním; (2) Originalita: Výsledná teorie přináší nové uchopení zkoumaného jevu); (3) Rezonance: Lidé, kteří mají zkušenost se zkoumaným

⁸ Research Conference „The Challenge of Establishing a Research Tradition for Gestalt Therapy“. Cape Cod, MA, USA. April 17-20, 2013

jevem, vnímají výslednou teorii jako smysluplnou a přínosnou. (4) Užitečnost: Výsledná teorie popisuje obecné procesy pomocí interpretací použitelných jak v praxi, tak pro další výzkum. Tato kritéria jsem zajišťoval kroky popsány ve **Výzkumné fázi 7** a jejich limity v prezentované studii reflektuji v **Diskusi**.

3.2. Výsledky

3.2.1. Ústřední koncept: Prožitková oscilace

Když terapeuti mluvili o svých zkušenostech v průběhu psychoterapeutického sezení, měli tendenci popisovat svůj prožitek ve vztahu ke klientovu depresivnímu prožitku jako buď podobný anebo opačný. Používali přitom metaforu „prožitkové vzdálenosti“ a udávali, že se klientovi střídavě prožitkově „přibližují“ a „vzdalují“. *Prožitková oscilace* představuje zastřešující koncept, který umožňuje popsat proměny prožitku terapeutů: „Já mám pocit, že hrozně osciluji vždycky během té terapeutické hodiny (...) Jako kdybych tam musela být jen chvíli. V zájmu nějakého zachování vztahu se sebou (...) Že bych šla k ní na chvíli a pak bych poodešla (...) Že v tom jakoby osciluji.“(FG1)

<i>k depresivnímu prožitku</i> ← Prožitková oscilace → <i>od depresivního prožitku</i>

Jeden z terapeutů to popisoval ilustrativní metaforou. V přítomnosti depresivního klienta si připadal, jakoby se pohyboval nahoru a dolů ve studni: „Studna, jako hloubka té deprese a (...) povrch, to denní světlo. Mám pocit, že chci být v hloubce té deprese, být tam s tím klientem. A zároveň udržet kontakt [s povrchem nahoře]. (...) A buďto pustím klienta a naštvu se na něj anebo se pustím toho hořejšku a budu tam s ním [klientem] a začnu se s ním identifikovat. (...) [Ten hořejšek] je ta denní realita. To, jak jsem na tom normálně, že žiji ve svém světě.“(FG1)

V průběhu analýzy se ukázalo, že *Prožitkové oscilaci* je možné porozumět jako důsledku interakce dvou různých fenoménů: (1) terapeuti byli ovlivněni situací směrem k jednomu či druhému prožitkovému pólu, přičemž byli spíše pasivními příjemci vlivu depresivního klienta a v reakci na to (2) zapojili aktivní, i když často ne vědomé zvládací

úsilí, aby svůj prožitek změnili. Koncepty, popisující tyto dva fenomény nyní podrobněji rozvedu.

3.2.1.1. Prožitek navozený situací

Kategorie *Prožitek navozený situací* se skládá z těchto kategorií: (a) *Vtahování do depresivního prožitku* a (b) *Odpuzování od depresivního prožitku*.

Vtahování do depresivního prožitku. Když terapeuti byli v terapeutické situaci v přítomnosti depresivního klienta, cítili, že jejich prožitek je “vychylován” klientem bez toho, že by to sami zamýšleli a kontrolovali. Na jedné straně si připadali “vtahování” do depresivního spoluprožívání, na druhé straně si připadali, že jsou od něj “odpuzování”. Terapeuti si často v průběhu sezení tento vliv neuvědomovali a objevovali ho až v průběhu výzkumného rozhovoru. Z toho bylo možné usoudit, že tyto reakce byly z velké míry automatické a nevědomé.

Když terapeuti zažívali *Vtahování do depresivního prožitku*, všimli si, že se jejich prožitek proměňuje a liší se od toho, jak sami sebe obvykle vnímají: „Od toho kontaktu s ním [klientem] jsem se nedokázala odpoutat. A vnímám to u sebe, že jsem se dostala na nějakou hladinu, která mi není vlastní... Hladinu nějaké své nálady. A já musím jít jako dolů, když jsem tam s tím klientem.“(FG1)

Prožitek terapeutů začal připomínat prožitek jejich depresivního klienta: "Mám pocit, že mě stahuje dolů, do nějakého toho zoufalství... do nějaké černé díry"(FG1) Terapeuti začali cítit beznaděj, připadali si nekompetentní a obviňovali se ze selhání. Vykazovali tedy příznaky přítomné u deprese, což naznačuje, jak se jejich prožitek přiblížil k depresivnímu prožitku jejich klientů.

Odpuzování od depresivního prožitku. Terapeuti také pozorovali také opačnou tendenci, kdy se cítili vzdalováni od svých klientů. Začali se obávat: „Neutopit se v tom s ní! (...) Neutopit se (...) v tom tématu, v tom prožívání, v té beznaději.“(Diana) Cítili tendenci uniknout, ukončit kontakt s klientem. Začali cítit nespokojenost, nedůvěru, frustraci a hněv na klienta: „Mně to vlastně vyvolává takovou obranou reakci, popudí mě to. Co mi to tam dělá!?“(FG2)

3.2.1.2. Aktivní zvládání vlastního prožitku

Kategorie *Aktivní zvládání vlastního prožitku* se skládá z těchto kategorií: (a) *Odpojování se od depresivního prožitku* a (b) *Připojování se k depresivnímu prožitku*.

V reakci na *Vtahování do depresivního prožitku* a *Odpuzování od depresivního prožitku*, kdy se prožitek terapeutů měnil bez jejich aktivního přispění, terapeuti také zvládali a měnili svůj prožitek aktivně: "Tak já samozřejmě nezůstanu v té depresi s ním. Já musím mít kontakt s realitou. (...) Ale zároveň si neumím představit, že bych byla jenom pozitivně nabitá v kontaktu s ním. Protože já potřebuji mu rozumět." (FG1) Terapeuti používali dva typy aktivního zvládání vlastního prožitku: buď se připojili ke klientovu prožitku, nebo se od něj odpojovali. Tyto způsoby zvládání byly více záměrné a vědomé oproti automatickým reakcím popisovaným výše.

Odpojování se od depresivního prožitku. Terapeuti přesouvali svoje zaměření z klienta na svoje vlastní potřeby a získávali prožitkový odstup od situace. Pro *Odpojování se od depresivního prožitku* terapeuti používali následující strategie: zaměřování se na sebe, zdůrazňování vlastní profesionální role a práce na kognitivní úrovni. „Strategie, která je racionálnější: Já vždycky když padám [do deprese s klientem], tak si uvědomím, že existuje nějaký problém, že existuje nějaká teorie na to. (...) Nebo že tam přece něco musí fungovat. A tak se snažím nějak se chytit těchhle věcí. Vzdálit se od toho [klientovy deprese] a říct si, že to má nějakou dynamiku, nějaké důvody. Ten člověk tam nesedí jen proto, že si to vymyslel. Že to má nějakou dlouhou historii. A to i dává nějakou naději, že to půjde. Ty deprese jsou periodické, to znamená, že se to zase zlepší.“ (FG2)

Odpojování se od depresivního prožitku se ale v jiných případech odehrávalo více na emocionální úrovni: „Když jdu blíž, mám pocit... lítost a odevzdanost. A právě to nemohu vydržet dlouho. Nebo neumím to, nebo nechci! (...) Jako vzbouřím se (...): 'Prostě tohle ne! Na to seru!... Tohle je k nevydržení. Tohle prostě nechci!' (...) Tohle je něco, co je neúnosné, [abych] tam zůstávala déle. Něco, co mi není vůbec příjemný a tak se proti tomu vzepřu a jakoby poodstoupím.(FG1). *Odpojování se od depresivního prožitku* si terapeuti v některých případech v průběhu sezení plně neuvědomovali a přiznali si ho až posléze, jak to bylo například u Adama: „Ta bezmoc, ta byla asi nejhorší (...) No, vedl jsem takové ty naučené řeči [ke klientovi]ve smyslu: Musíme to vydržet, musíte chvílku počkat, než zaberou ty léky. Takže jakoby ta role toho experta (...) Dělal jsem to pro toho klienta a zároveň i pro sebe.“ Extrémní *Odpojování se od depresivního prožitku* vedlo k terapeutově prožitkové izolaci a

další vzdalování se od klienta se zastavilo, až když si terapeuti uvědomili, že postrádají empatii. Toto uvědomění bylo doprovázeno pocity studu nebo úleku, protože ho považovali za neetické. To následně probouzelo jejich soucítění s klientem.

Připojování se k depresivnímu prožitku. Terapeuti se zaměřovali na potřeby klienta a nalad'ovali se na depresivní klientův prožitek. Někteří, jako např. Garry, aktivně vzdorovali tendenci *Odpuzování od depresivního prožitku*: „Kdybych se nesnažil, tak já myslím, že uteču. Teď jsem to nemyslel fyzicky, ale třeba i fyzicky.“ (Garry) Jejich profesionální role se stávala méně důležitou a vztah s klientem vystupoval do popředí: „Měla jsem ji jako ráda. (...) Jsem si říkala: 'Musíme to vydržet!'“ (Cecile) Zaměřovali se méně na symptomy deprese a více na osobnost klienta: „Možná mi pomáhá ten podobný příběh, že se nějak vyvíjí a můj příběh se také nějak vyvíjí. Takže mě to zajímá (...) a také mě to inspiruje ke změnám u mě.“ (Diana)

Pro *Připojování se k depresivnímu prožitku* terapeuti používali tyto strategie: přebírání zodpovědnosti za proces terapie, zdůrazňování vlastní lidské přítomnosti a práce více na emocionální úrovni. Extrémní *Připojování se k depresivnímu prožitku* vedlo k prožitkovému splývání s klientem. Další prožitkové přibližování ke klientovi se zastavilo, když se terapeuti začali obávat sami o sebe. Pak také pocítili sebeprotektivní potřebu separovat se od klienta.

3.2.1.3. Shrnutí

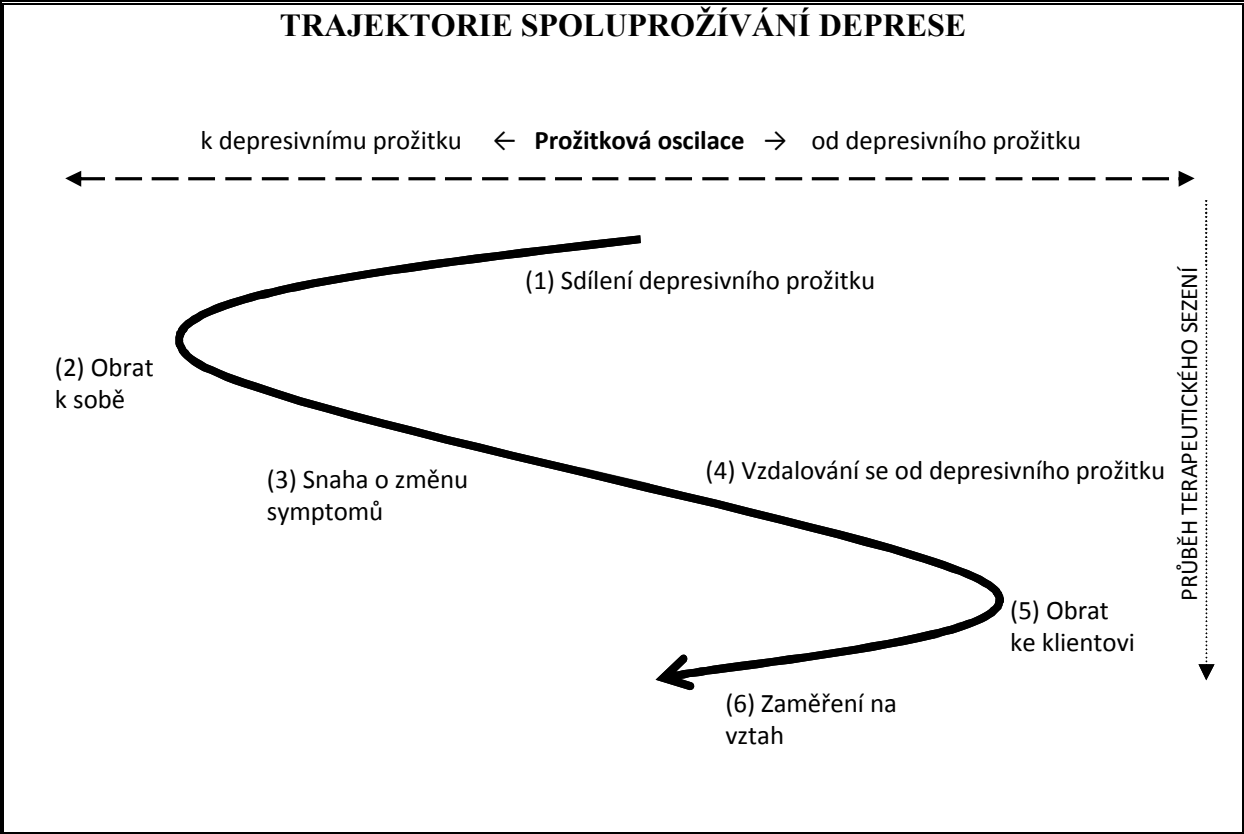
Terapeutův prožitek se v průběhu sezení střídavě přibližoval depresivnímu prožitku klienta a oddaloval se od něj. Tento oscilující pohyb byl způsoben kombinací vlivů situace (*Vtahování do depresivního prožitku / Odpuzování od depresivního prožitku*) a aktivního zvládnání prožitku (*Připojování se k depresivnímu prožitku / Odpojování se od depresivního prožitku*). Terapeuti byli neustále vtahováni do toho, aby se identifikovali s prožitkem depresivního klienta, a zároveň odpuzováni, aby zaujali polaritní prožitkovou pozici vůči klientovi. Aktuální prožitkový pohyb na jednu či druhou stranu závisel na způsobu, kterým terapeuti aktivně zvládali tyto vlivy situace.

k depresivnímu prožitku ← **Prožitková oscilace** → od depresivního prožitku

Prožitek navozený situací:	Aktivní zvládnání vlastního prožitku:
<i>Vtahování do depresivního prožitku</i>	<i>Odpojování se od depresivního prožitku</i>
<i>Odpuzování od depresivního prožitku</i>	<i>Připojování se k depresivnímu prožitku</i>

3.2.2. Teoretický model: Trajektorie spoluprožívání deprese

Proces terapeutovy *Prožitkové oscilace* mezi dvěma póly se postupně rozvíjel v průběhu terapeutického sezení. Bylo možné rozlišit jednotlivé fáze této trajektorie a jejich typickou sekvenci tak, jak je to znázorněno v obecném modelu *Trajektorie spoluprožívání deprese* (Roubal & Řiháček, 2014). Tato obecná sekvence fází se objevovala jednou nebo i vícekrát během jednoho sezení, v některých případech bylo možné v popisech událostí nalézt pouze části této sekvence. V následujícím textu rozvádím jednotlivé fáze modelu *Trajektorie spoluprožívání deprese*, který vystihuje výslednou teorii.



3.2.2.1. Fáze 1: Sdílení depresivního prožitku

Na začátku se prožitek terapeutů začínal podobat prožitku jejich depresivních klientů. Terapeuti zažívali pochybnosti o sobě, sebeobviňování, pocity selhávání, bezmoc, beznaděj a také celkový útlum a únavu. Popisovali, že zakoušeli příznaky deprese sami na sobě, jakoby se propadali do spoluprožívání deprese s klientem: „Pro mě je nejtěžší (...) ten pocit bezmoci“(FG2) „Bezmoc. Nemůžu mu [klientovi] pomoci.“(FG1) „Jakože vůbec nevím, co s tím mám dělat.“(Cecile) „Uvědomuji si tu nicotu, tu prázdnotu, tu nesmyslnost toho.“(FG2)

Terapeuti ztráceli odstup od prožitku klienta, postrádali nadhled a širší perspektivu, připadali si stahováni dolů do deprese ke klientovi: "Stává se mi (...) že se do toho nějak dostanu. Dolů. Že si říkám, vždyť to je strašně beznadějně. Vůbec se jim nedivím, z toho není cesty ven."(FG2) Zažívali také smutek, úzkost, prázdnotu, strach o klienta i strach z vlastního selhání. Vnímali ztrátu schopnosti jasného myšlení a koncentrace: "Mi to vlastně vůbec nemyslelo"(Cecile). Na tělesné úrovni vnímali ztuhlost, tíhu, slabost, vyčerpání a únavu: „Když tam s ním sedím, tak cítím strašnou únavu. Takový prostě, že mám pocit, že už ani nezvednu ruku.“(FG2)

Dominantními pocity terapeutů byla beznaděj, že "nic nemá smysl a nic nejde"(Fanny) a pocit ztráty smyslu, které sdíleli s klientem: "To cítím s nimi úplně beznadějně. Že je to všechno v háji, že nic nemá smysl." (FG2); "Já sama se vlastně stávám součástí té ztráty smyslu. Že já sama ztrácím smysl. Potom, co se tam s námi děje." (FG2)

V této fázi se terapeuti dostali prožitkově blízko klientově depresivnímu prožitku. Byli převážně ovlivněni situací ve smyslu *Vtahování do depresivního prožitku*.

3.2.2.2. Fáze 2: Obrat k sobě

Terapeuti se v této fázi natolik prožitkově přiblížili klientovi, že přestali vnímat sami sebe a jejich prožitek začal splývat s depresivním prožitkem klientů. Spoluprožívání deprese s klientem začalo terapeutů osobně ohrožovat: „Klient mne táhne dolů, to mne ubíjí.“(FG1) Terapeuti zažívali obavy sami o sebe: „Abych se do toho příliš neponořila“(FG2); "Jako by spadnout do takové beznaděje, bezmoci. Prostě, že nic nejde, že je to všechno špatně. Jo, když bych v tom zůstala."(Diana) Prožitkové sdílení s klientem pro ně již bylo příliš intenzivní a postupně překračovalo kapacitu terapeutů. Spoluprožívání deprese se stupňovalo až do bodu

obratu, kdy se terapeuti přestali na klienty prožitkově naladovat. Namísto toho se zaměřili sami na sebe, instinktivně se začali chránit: „Ochránit, no. Myslím, že takovou negativitu, jakou má ona vůči sobě... [Já se obávám o sebe,] kdybych to jako k sobě pustil...“(Garry)

Jeden z účastníků ohniskové skupiny popisoval, jak sdílený depresivní prožitek deformoval jeho vnímání sebe sama. „Dostal se v emocích“ tak blízko k depresivnímu klientovi, že přestal vnímat sám sebe jako odborníka, člověka, který má kapacitu pomoci. Až když jeho prožitek dosáhl určité intenzity, prožitkově se od klienta odpojil a uvědomil si sám sebe, svoji pozici a své zdroje: „Tak jak se k němu dostávám v těch emocích, blíž k tomu klientovi, tak je nějaká mez, kdy já si [sám sobě] řeknu: 'To je tak těžké!' [A ke klientovi:]‘Ty by si měl jít člověče k psychologovi‘. Než mi dojde, že tam vlastně je! (...) Zapomenu, že jsem tam jako psycholog. Protože vnímám, jak moc je to pro mě těžké, když mi to popisuje. A myslím, že to je tou blízkostí (...) [A pak mi pomůže] uvědomit si, že jsem to já.“(FG2)

„Obrat k sobě“ znamenal pro terapeuty okamžik intenzivního uvědomění sebe sama: „Snažím se třeba narovnat... Uvědomit si svůj dech, prostě dýchat víc... Přes tělo být v kontaktu s tím, co jsem já, aby mě to nespláchno.“ (FG2) Terapeuti postupně prožívali situaci s depresivním klientem jako osobně ohrožující a začali chránit sami sebe. V tomto bodě obratu začali zvládat svoji vlastní zkušenost pomocí aktivního *Odpojování od depresivního prožitku* a směr prožítkového pohybu se obrátil.

3.2.2.3. Fáze 3: Snaha o změnu symptomů

V této fázi se prožitek terapeutů od prožitku depresivního klienta začal vzdalovat. Terapeuti přestali na osobní rovině sdílet prožitek s klientem a zaujali prožitkově odtažitější, bezpečnější pozici experta. Z této pozice se pak zaměřovali na příznaky deprese u svého klienta, depresivní prožitek tím externalizovali a odosobňovali. To jim umožnilo zastavit své další propadání do spoluprožívání deprese a získávat prožitkový odstup. Snažili se o efektivní léčbu deprese a brali na sebe zodpovědnost za změnu klientova stavu. Volili více direktivní přístup, dávali klientovi praktické rady a snažili se mu pomoci řešit jeho problémy: „Mě to svede k tomu, že hledám řešení.“(Diana)

Intervence, kterými se snažili změnit symptomy deprese, sloužily zároveň i terapeutům samotným jako způsob zvládnání jejich vlastního prožitku a především jako způsob, jak uniknout vtahujícímu pocitu bezmoci: „Mě ten člověk aktivizuje. Začnu být

najednou velice aktivní, začnu vymýšlet, začnu mít spoustu nápadů, začnu o něj pečovat, starám se o něj. Vím, že je to trošku taková past, do které se chytám. Že je to pro mě snazší, než s ním zůstat.“(FG2)

Prožitek depresivního klienta je obecně charakterizován pokleslou náladou, únavou, apatií a beznadějí. Terapeuti svůj vlastní prožitek v přítomnosti takového klienta zvládali také tím, že se přelad'ovali na protikladné prožitky. Aktivně vzdorovali propadání se do pasivity a bezmoci. „Mně tam automaticky naskočí takový ten (...) napumpovací potenciál. Tedy čím ten dotýčný je skleslejší, tak o to já urputněji mobilizuji.“(FG2) Terapeuti se snažili dodávat klientovi optimismus, změnit postoj, který má klient vůči sobě i světu kolem, odvrátit ho od depresivního prožitku a zaměřit se na příjemné a pozitivní, oceňovat klientovy kvality. „Dával jsem jí rád takové ty plané útěchy.“(Adam) Posléze si uvědomovali, že tyto intervence sloužily z velké míry jim samotným ke zvládnání vlastního prožitku: „Že cítím například tu tíhu (...) a zároveň mu říkám, jak je pro mě důležité, že... že si to tu dovolí [přinést vlastní těžkou zkušenost do terapie] ... Snažím se tam [ukázat] to propojení s tím, že vlastně už jen to, že přišel, má smysl. Jakože něco dělá. A mnohokrát jsem si uvědomila, že to dělám víc pro sebe v tu chvíli.“ (FG2)

V této fázi terapeuti zvládali svůj prožitek dvěma specifickými způsoby *Odpojování od depresivního prožitku*: zaštiťovali se expertní rolí a polarizovali své prožitky vůči depresivnímu prožitku klienta.

3.2.2.4. Fáze 4: Vzdalování se od depresivního prožitku

Jak terapeutické sezení postupovalo, prožitek terapeutů se víc a víc vzdaloval od depresivního prožitku jejich klienta. Snaha terapeutů o změnu symptomů deprese klienta nebyla v průběhu jednoho terapeutického sezení úspěšná. Jejich povzbuzování, aktivita a optimismus nevedly ke změně, terapeuti neviděli uspokojivé výsledky své snahy. Klient se neměnil podle jejich očekávání, byl stále depresivní a zůstával ponořen do prožitků prázdnoty, rezignace a beznaděje.

Terapeutům připadalo, že „tlačí někam, kde je zavřeno“ (Fanny), že se situace „zasekla na jednom místě“ (Fanny), nebo že klientka „ustrnula... v těch stejných cyklících se tématech a v těch stejných opakujících se jejích větách, že to stejně nic nemá smysl a že vlastně stejně už se toho [deprese] nikdy nezbaví a že stejně ten svět je takový jako neutěšený

a...“ (Joseph). Terapeuti byli netrpěliví a frustrovaní, implicitně obviňovali klienta za svá selhání, cítili hněv: "Mám prostě takový vztek. Jsem vyloženě jakoby našťvaný. (...) Ta nehybnost, ta inertnost [mě štve]. [Je to jako] když člověk volá do černé díry."(FG1)

Terapeuti se prožitkově vzdalovali od klienta do té míry, že ho přestávali vnímat jako člověka a viděli ho pouze jako nositele symptomů, které se nechtějí měnit podle jejich očekávání: „Pocit takový... že [bych řekl klientovi:] ‚Kdybys jenom trochu chtěl, trochu se víc snažil, tak ono to půjde!‘ Takže tohle to ve mně vyvolává.“(FG2); "Se jí zeptám [po nějaké době]: ‚A jak se cítíte teď?‘ A ona: ‚Ještě hůř‘. Tak jako já to považuji i za svoje selhání. Proto taky mám vztek. Že se mi nepodařilo jí pomoci."(FG1); "Vlastně se jakoby zlobím. Jakoby na něj, že bych ho nejradši kopl!"(FG1)

Terapeuti se vymezovali vůči klientovi: "Jsem si říkala: ‚Pane Bože, takhle bych nechtěla nikdy dopadnout‘."(Cecile) Jeho prožitek jim připadal nepochopitelný nebo ho zlehčovali: „Připadá mi to neskutečné, že může něco takového [takový depresivní stav] existovat. Je to pro mě prostě naprosto neuvěřitelná věc.“(Brian); „Vyvažoval jsem to tím humorem... Že v těch tragických momentech hledám nějakou jako tragikomedii (...) Je pro mě těžké vzít to vážně.“(Garry) Terapeuti měli chuť kontakt s klientem úplně ukončit: „Jsem měl pocit, že už snad by bylo rozumný to [terapii] ukončit“(Joseph). Také pociťovali tendenci depresivního klienta odeslat k jinému odborníkovi a vyhnout se tak dalšímu kontaktu s ním.

Terapeuti se v této fázi prožitkově více a více vzdalovali od svého klienta. Byli hlavně ovlivněni *Odpuzováním od depresivního prožitku*.

3.2.2.5. Fáze 5: Obrat ke klientovi

Terapeuti se v této fázi natolik prožitkově vzdálili od klienta, že vůči němu ztráceli empatii. Tak moc se chránili před tím, aby spoluprožívali depresi s klientem, že dočasně opustili svoji pomáhající pozici: „Bezmoc, našťvanost. Pocit, že to nemá smysl. Většinou mě napadá, že by bylo asi dobré, kdyby tu sebevraždu spáchal, o které tedy stále hovoří... To mě napadne. A to mě taky zastaví! To je přesně ta stopka, která mě hodí zase zpátky... [Cítím] až takové zděšení a hanbu [v tu chvíli].“(FG2)

Terapeuti se dostali do bodu obratu, kde si připustili, že jejich snaha zbavit klienta symptomů deprese nebyla úspěšná. Skončili vyčerpaní a frustrovaní, protože jejich snaha způsobit změnu u klienta se v přítomném okamžiku zdála být marná. Přestali usilovat o

změnu a smířili se se současnými omezenými možnostmi klienta i celé terapeutické situace, přijali realitu aktuálního klientova stavu a začali měnit svůj terapeutický přístup: „Já si uvědomím, (...) že je to moje unáhlenost nebo překotnost anebo tíha, že chci rychle, aby se to [změnilo]... Tak [to to místo toho začnu dělat jinak a] jsem tam dál [s ním] (...) a víc mlčím zase. (...) Naladění se na to jeho tempo. Nějak tak.“(FG2) Terapeuti vystoupili z role experta, který působí změnu, a prostě zůstávali v přítomnosti druhého: „Můžu s ní sedět, ale nemůžu jí pomoci.“(Cecile)

V této fázi terapeuti zažívali vnitřní napětí mezi přirozenou tendencí ochránit sami sebe a svoji profesionální zodpovědností. Začali zvládat svůj prožitek aktivním *Připojováním se k depresivnímu prožitku* a prožitkové vzdalování se od klienta se zastavilo. *Obrat ke klientovi* představoval moment intenzivního uvědomění přítomnosti klienta jako člověka, se kterým se terapeut setkává.

3.2.2.6. Fáze 6: Zaměření na vztah

V této fázi se prožitek terapeutů začal opět přibližovat k prožitku depresivního klienta. Terapeuti se místo na symptomy zaměřili na vztah: „Já se k ní přidám. Že se sice nic nezlepší, jako nedojdeme k východisku, nedojdeme k ničemu [novému], ale jakoby tam může nastat nějaký kontakt. Jsem s ní, (...) [je tam] nějaký jako vztah.“(Fanny)

Jednalo se nejen o změnu terapeutického přístupu směrem ke klientovi, ale i o způsob, jakým terapeuti zvládali své vlastní prožitky: „No, já mám pocit, že mě... pomáhá, když tam právě nastanou ty momenty nějakého hlubšího kontaktu. Že to začnu vnímat aspoň trochu smysluplně a nějak skrze to mohu mít toho člověka ráda i s tím vším. To pomůže, že tam není jen ta temnota, ale jakoby i něco živého vlastně. Něco opravdu živého. [Mně pomáhá,] že tam není jenom ta „smrt“ (...) [ale také] život je tam... Když jsem se dostala blízko k ní, že jsem necítila jenom tu její depresi, ale i ji jako bytost.“(Fanny)

Terapeuti redefinovali svoji roli v dané situaci a to jim umožnilo opět se začít prožitkově přibližovat ke klientovi: „Že ho jako přestanu rozhýbávat, ale spíš se přidám k němu.“(Fanny) Rezignací na změnu symptomů a zaměřením na vztah se pro terapeuty stala jejich práce znovu smysluplnou. Přineslo jim to úlevu a umožnilo dál zůstat s klientem: „To byla úleva... To byla skutečně docela úleva, když člověk měl pocit, že to [zlepšení deprese] není jenom nějaká [moje] povinnost. (...) Že vlastně pro ni [jen samotné] to setkání (...) má i

nějaký takový pozitivní přínos. (...) Tak to mě vlastně docela pomohlo.“(Joseph)

Terapeuti nepřebírali veškerou zodpovědnost za proces terapie, jak to dělali ve fázi *Snaha o změnu symptomů*, ale také nekladli zodpovědnost pouze na klienta, jako ve fázi *Vzdalování se od depresivního prožitku*. Považovali zodpovědnost za sdílenou terapeutem i klientem a to jim pomohlo zvládat svůj prožitek v přítomnosti depresivního klienta.

Terapeuti také v této fázi zažívali ambivalenci. Prožívali jednak úlevu, když zanechali neproduktivního snažení, zároveň však setrvali ve sdílení nepříjemného prožitku s klientem: „To bylo takové to, jakože se postavíš pevně na zem. Dosedneš jako, že se tam přestaneš zmítat v nějaké aktivitě, ale prostě usedneš. Tak jako sedíš, teď ta zeď je neprostupná. Na jednu stranu je to úleva od té aktivity, ale na druhou stranu sedíš jako v něčem blbém.“(Fanny)

V této fázi terapeuti zvládali svůj prožitek aktivním *Připojováním se k depresivnímu prožitku* a nechali se ovlivnit *Vtahováním do depresivního prožitku*, takže znovu spoluprožívali depresi s klientem. Avšak tentokrát mohli regulovat intenzitu přibližování více vědomě díky uvědomění, které získali ve fázích *Obrat k sobě* a *Obrat ke klientovi*.

3.2.3. Variabilita obecného modelu

Prožitky terapeutů v průběhu každé zkoumané události bylo možné popsat specifickou variantou *Trajektorie spoluprožívání deprese* za použití dvou aspektů: (1) směr prožitékového pohybu (ke spoluprožívání deprese, nebo od něj) a (2) intenzitou prožitékového pohybu.

Intenzita prožitékového pohybu. Terapeuti popisovali, že jejich prožitékové reakce nabíraly různou intenzitu (ta byla při analýze odvozena od použitých adjektiv). Někteří, jako Brian, prožívali jenom mírnou reakci ve smyslu sdílení depresivního prožitku: „Vnitřně s ní souhlasím, že to tak může být. Je mi jí vlastně líto.“(Brian) V jiných případech silný pohyb směrem ke klientovi mohl vést až k prožitékové identifikaci s klientem a ke ztrátě terapeutova uvědomění si vlastních potřeb a zdrojů, jako v případě Adama: „No, klesalo mi sebevědomí hrozně rychle. Říkal jsem si: ‚Od čeho tady vůbec jsem?! Nemůžu. Bezmoc, bezmoc...‘ Tohle bylo asi nejhorší.“(Adam)

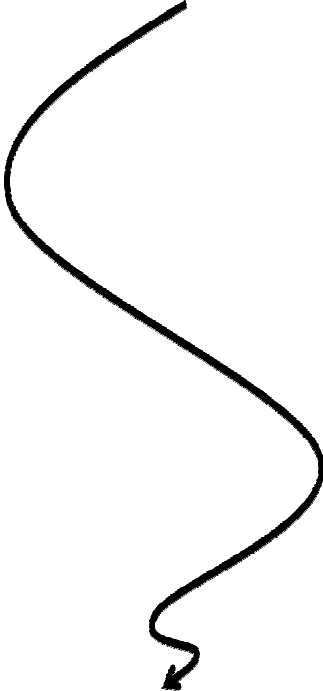
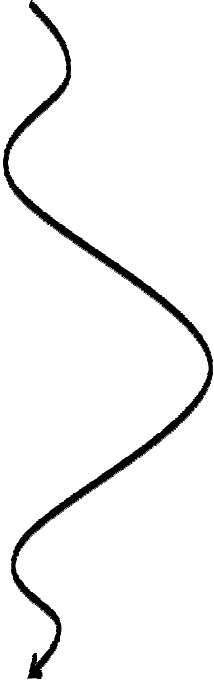
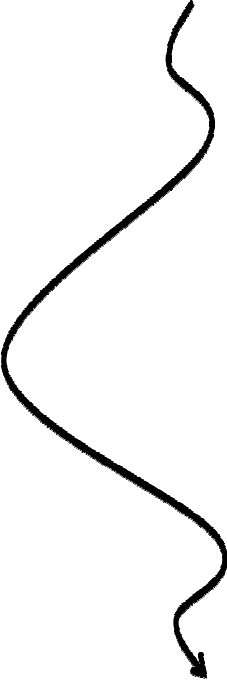
Pohyb na druhou stranu, když se terapeuti prožitékově diferencovali od svých klientů, mohl také nabírat méně či více intenzivní podobu. Eva popisovala pouze mírný prožitékový odstup: „A že jsem teda zvědavá, jestli to zvládne nebo ne. Když tak jako tady slibuje (...)

Neobvyklý pocit... Trošku jako z pozice moci.“(Eva) Jiní se vzdálili tak moc od svých klientů, že s nimi ztratili osobní kontakt: „Se úplně přistihnu při tom, že bych s ním zalomcovala: (...) ,Tak kurva, co ty máš za problémy jako?! Kdybys věděl [co jsou to opravdové problémy]...!“(FG2)

Procesové varianty. Identifikoval jsem tři procesové varianty *Trajektorie spoluprožívání deprese*. **První varianta**, přítomná ve 13 z 22 událostí, odpovídá obecné sekvenci charakterizované vyváženým pohybem jak ve směru sdílením depresivního prožitku a tak opačně při vzdalování se od depresivního prožitku. Takový průběh *Prožitkové oscilace* lze ilustrovat Josefovým popisem: „[S ním cítím] své pocity hluboké beznaděje. (...) Možná úplně (pocit) marnosti ne, já jsem možná měl v tu chvíli spíš pocit, že stačí ho trošku pošoupnout. Ale možná už trochu (pocit) únavy z toho, že zase to (je) celý dokola. (...) A pak (...) [jsem začal cítit, že] se přesto snad, možná přeci jenom už bude dařit. (...) Přes tu naději [mi přišla] (...) nějaká taková úleva a možná takový příjemnější pocit, že přece jenom to vlastně s ním má smysl. (...) Někdy cítím jakýsi pocit možná trochu až lehké zloby, [jako bych si v duchu říkal]: ‚To snad ani není možný!‘ Jo, tenhle pocit. A někdy prostě spíš mám pocit, [jako bych si říkal]: ‚No jo, tak zase...‘ Jako [pocit] nějaké chápající tolerance vůči němu. (...) Nějak to asi u mě osciluje.“

Zbývající události lze shrnout do dvou variant, ve kterých vždy dominoval jeden z obou pólů. Zaměření na druhou a třetí variantu umožnilo prozkoumat více specificky zvládací strategie, které terapeutům pomohly vypořádat se s vlastními prožitky, když zůstávali blízko jedné ze dvou polaritních pozic. **Druhá varianta**, přítomná ve 4 událostech, byla charakterizována terapeutovým výrazným vzdalováním se od depresivního prožitku s pouze mírným pohybem směrem ke sdílení depresivního prožitku. Terapeuti prožitkově oscilovali daleko od klientova prožitku a vzdorovali vlivu *Vtahování do depresivního prožitku*. Ke zvládnutí vlastních pocitů frustrace hněvu vůči klientovi bez toho, aby tyto pocity odehrávali, terapeuti používali jednu obecnou strategii: udržovali si profesionální odstup, ze kterého se zaměřovali na klienta. Takový průběh lze ilustrovat případem Garryho, který používal humor a vědomé rozhodnutí nepřijmout klientovu perspektivu zkreslenou depresí. To mu dodávalo potřebný pocit smyslu: „Kdybych bral vážně, to, co říká, ... tak si říkám, (...) [že] opravdu jako ta sebevražda je pro ni adekvátní řešení. Opravdu si ten život postavila tak, že už v něm nemá..., nečeká cokoli pozitivního, nebo cokoli příjemného, že by se mohlo v jejím životě vůbec stát. (...) Snažím se to atakovat, (...) dělat legraci. (...) Humor mi pomáhá s ní tam zůstat. (...) Pořád tomu věřím, jinak bych nebyl schopný s ní pracovat, být tam s ní.“

Třetí varianta přítomná v 5 událostech, byla charakteristická obráceným vzorcem. Dominoval zde výrazný pohyb ke klientovi směru ke sdílení depresivního prožitku a pouze mírný pohyb na opačnou stranu s vzdalováním se od depresivního prožitku. Terapeuti prožitkově oscilovali blízko klientova prožitku a dokázali zvládat svoji zkušenost bez toho, že by se nechali významně polarizovat pomocí *Odpuzování od depresivního prožitku*. Aby se udrželi blízko u prožitku svých klientů a přitom se nenechali vtáhnout do sdílení depresivního prožitku s nimi, terapeuti používali jednu obecnou strategii: zaměřovali se na sebe samotné jako na součást terapeutického vztahu. Tento proces můžeme ilustrovat případem Briana, který byl schopen přijmout limity svých terapeutických možností a smysluplně konceptualizovat svoji roli: „Je to ta smysluplnost, že to teď má [pro mne] smysl (...) Aspoň pro tuhle chvíli. Jako bych neviděl ten smysl ve velkém horizontu, ale jenom ten smysl toho setkání (...) [Já vím, že] já jsem ten, kdo je jí v tuhle chvíli k dispozici, (...) ten, kdo slyší její zoufalství a je tam s jejím zoufalstvím. (...) Z jedné strany jsem v tom klidný, protože si říkám, vždyť je to v pořádku. Ona prostě nikoho jiného nemá, tak jsem tady já. (...) A z druhé strany je to vlastně taková tíha, protože je to vlastně hrozně závazné [pro mne], (...) že bych to měl vydržet. Že je to takový jako nárok.“

<p>Trajektorie typu I vyvážené Přiblížení-Oddálení 13 událostí příklad: Joseph</p>	<p>Trajektorie typu II převaha Oddálení 4 událostí příklad: Garry</p>	<p>Trajektorie typu III převaha Přiblížení 5 událostí příklad: Brian</p>
		

Nastínění procesových variant je prvním krokem k navrhovaným navazujícím výzkumným projektům, jak je rozvedeno v **Diskusi**. Data, která byla v prezentované studii k dispozici, dovozovala pouze předběžnou typizaci *Trajektorie spoluprožívání deprese*, kterou bude potřeba v dalších výzkumech upřesňovat a validizovat pro konkrétní, přesně definované podmínky.

3.2.4. Další vývoj: Balancování na hraně

V průběhu sezení se postupně snižovala intenzita prožitkových výkyvů a narůstalo uvědomění terapeutů. Terapeuti zvládali svůj prožitek více vědomě a méně následovali své impulzy jedním či druhým směrem. Prožitky terapeutů s relativně menší intenzitou oscillovaly kolem „hrany“. Takovýto popis vývoje prožívání terapeutů lze na základě dostupných dat

vyvodit pouze jako předběžný závěr, který vyžaduje validizaci v dalších výzkumech, jak je rozvedeno v **Diskusi**.

Hrana. Metafora „hrany“ vychází z obrazu, který terapeuti popisovali: Při prožitkovém přibližování ke klientovi si připadali jako by „sklouzávali dolů do černé díry“ ke klientovi a při prožitkovém vzdalování jako by odcházeli na bezpečnou zem tak daleko od „černé díry“, že na klienta neviděli. Při snížené intenzitě prožitkových výkyvů nabývala oscilace menší amplitudy a terapeuti balancovali „na hraně černé díry“. Při balancování na hraně si terapeuti byli více vědomi tendencí vychylujících jejich prožitek (*Vtahování do depresivního prožitku / Odpuzování od depresivního prožitku*) a více vědomě volili způsoby zvládání svého prožitku (*Odpojování se od depresivního prožitku / Připojování se k depresivnímu prožitku*). To jim umožnilo více regulovat intenzitu svého spoluprožívání deprese tak, aby ani nesplynuli s klientem v depresivním prožitku ani se od něj prožitkově neizolovali.

Naděje v beznaději. Terapeuti referovali o tom, co jim pomáhalo, když byli v přítomnosti depresivního klienta. Shodli se na tom, že nejdůležitější bylo vlastní prožitek „prostě vydržet“. To znamená, tolerovat vlastní prožitek navozený depresivním klientem, zvláště pak pocit bezmoci: „Těžké to unést v tu chvíli. Unést to s tím, že se vlastně... Že nemůžu s ním nic dělat, nemůžu s ním pracovat na něčem konkrétním. Je to o tom tam s ním být. Prostě to tam s ním nějakým způsobem vydržet.“(FG2) K tomu každý z terapeutů používal vlastní individuálně rozdílné způsoby, které je možné obecně rozdělit na dva typy strategií. Terapeutům jednak pomáhalo racionálně zhodnotit situaci z odstupu a zasadit ji do širšího časového a prostorového kontextu. Také jim pomáhalo naopak se do situace s klientem více prožitkově ponořit a zaměřovat se na oživující aspekty u sebe, u klienta i v terapeutickém vztahu. Mohli pak sdílet s depresivním klientem jeho prožitek, ale už s ním nesdíleli jeho depreseí zkreslené vnímání okolní reality i sebe sama. „Nějak se naladit na tu bolest“, ale ne na to „že nikde už není nic cenného.“(Fanny) Zůstávat dál s klientem jim pak umožňovala paradoxní naděje v beznaději: „Ta naděje. Jakože i když ji nevidím tu naději, tak jako doufám, že ji zase uvidím.“(Fanny)

3.3. Diskuse

3.3.1. Srovnání výsledků s literaturou

Prožitkový pohyb. Empirická literatura ukazuje, že prožitkový pohyb směrem k depresivnímu člověku a od něj je již dlouho klinicky pozorovaným a také empiricky zkoumaným fenoménem. Coyne (1976b) zkoumal interpersonální reakce vyvolané přítomností depresivního člověka a identifikovat dvě základní reakce: indukci depresivní nálady a odmítnutí depresivního člověka. Tyto tendence jsem v prezentovaném výzkumu také identifikoval jako kategorie *Sdílení depresivního prožitku* a *Vzdalování se od depresivního prožitku*. Přestože Coyneův výzkum nebyl zaměřený specificky na terapeuty, můžeme předpokládat, že tyto přirozeně lidské reakce se u nich také objevují.

Prožitkové oddálení se zdá být automatickou reakcí terapeutů na deprimující a vyčerpávající pocity, které depresivní klient vyvolává. Přestože v jedné studii King a Heller (1984) neuspěli v replikování Coyneových závěrů, Gurtman (1986) přesvědčivě dokázal, že odmítání depresivních lidí lze konzistentně nalézt napříč studiemi a metodami. Množství výzkumů opakovaně ukázalo, že depresivní lidé vyvolávají odmítavou či dokonce nepřátelskou reakci v ostatních (např. Gotlib & Robinson, 1982; Gurtman, Martin & Hintzman, 1990; Marks & Hammen, 1982; Paukert, Pettit & Amacker, 2008; Strack & Coyne, 1983; Winer a kol., 1981). Green (2006) teoreticky zdůvodňuje, že terapeutovy neuspokojené seberegulační potřeby mohou vést k pocitům frustrace a hněvu vůči klientovi. Dokonce specifikoval, že na hněv lze nahlížet jako na indikátor terapeutových nenaplněných potřeb a na nenávisť jako na sílu, která terapeuta může vymanit ze zátěže nenaplněných potřeb. Lze předpokládat, že terapeutovy nenaplněné potřeby společně s klientovým nadměrným vyhledáváním ujišťování (*reassurance-seeking*), které je specifické pro depresi (Joiner, Metalsky, Gencoz & Gencoz, 2001), vyústí v terapeutovu odtažitou prožitkovou reakci.

Prožitkové přiblížení. Také terapeutovo prožitkové napojení se zdá být stálým a specifickým rysem popisovaným v empirické literatuře. Rossberg, Karterud, Pedersen & Friis (2007) zjistili souvislost mezi klientovými depresivními příznaky a terapeutovými pocity nízké sebedůvěry a zahlcení. Jejich studie však byla prováděna na klientech s poruchami osobnosti. Fenomén nazývaný „nakažlivost deprese“ (Coyne, 1976a), který je rozveden v teoretické části této práce, popisuje přenos emočních a behaviorálních projevů deprese

(nízká nálada, skleslost, anhedonie, pesimismus apod.) z depresivního člověka na druhého člověka. Tento fenomén byl důkladně zkoumán na různých populacích a v různých uspořádáních. Znamky deprese byly rozpoznány dokonce již po krátkém a často i nepřímém kontaktu s depresivním člověkem a „nakažlivost deprese“ se objevovala i v dlouhých vztazích ať už mezi spolubydlícími nebo partnery. V metaanalýze Joinera a Katzové (1999) 25 ze 40 studií prokázalo existenci „nakažlivosti“ deprese v blízkých vztazích (i když pro další výzkum je doporučována lepší specifikace podmínek tohoto fenoménu). Bohužel však výzkum popisující „nakažlivost deprese“ v terapeutickém vztahu stále chybí. Můžeme však předpokládat, že podobné procesy jako v jiných vztazích se objevují i v terapeutickém vztahu.

Ne všechny studie dokládají fenomén terapeuta prožitkového naladění na depresivního klienta. Například Stephens a Hokanson (1987) ve své studii behaviorálních projevů, které zprostředkovávají interpersonální reakce na depresi, také potvrdili odmítavou reakci, ale nezjistili žádné známky indukce negativní nálady. Tento výzkum však nebyl prováděn na skutečně depresivních klientech, ale na lidech, kteří depresivní klienty hráli, takže můžeme předpokládat, že hluboké automatické emoční naladění terapeuta na existenciální prožitek deprese (jak je popisován níže ve vztahu k současným neurovědním zjištěním) se nemohlo projevit. Na druhou stranu odmítnutí je vysvětlováno jako reakce na depresivní chování (které lze namodelovat). V porovnání s odmítavou reakcí je indukce nálady výzkumně méně spolehlivě potvrzená (Gurtman, 1986), méně jasná a jejich vztah k odmítavé reakci potřebuje další zkoumání. Na tuto potřebu reaguje prezentovaný výzkum, který dává odmítavou reakci a indukci depresivní nálady do vzájemné souvislosti v teoretickém modelu *Trajektorie spoluprožívání deprese*.

Spektrum prožitků terapeutů. Kvalitativní aspekty výše zmíněných fenoménů v terapeutickém vztahu zkoumali McPherson, Walker a Carlyle (2006). Použili interpretativní fenomenologickou analýzu k popisu prožitku terapeutů při práci s klienty s rezistentní depresí a pojmenovali širokou škálu emocí od pečujících reakcí (pocity empatie a obav o klienty) až k negativním (pocity bezmoci, selhání, neschopnosti, vyčerpání, skleslosti, frustrace, trápení). Podobné prožitky terapeutů se objevily a byly konceptualizovány také v našem výzkumu, ale ve zmíněné studii byl navíc nalezen pozitivní vliv na terapeuty (užívání si výzvy, uspokojení z práce, pocit „omnipotence“). McPherson, Walker a Carlyle (2006) ve své studii nerozlišovali ale mezi prožitky přímo během sezení a dlouhodobými zkušenostmi. Z jejich výsledků se zdá, že pozitivní vliv se objevil při dlouhodobém průběhu terapie a to může vysvětlovat, proč jsem ho nenalezl v datech přímo ze sezení.

V porovnání s relativně malým množstvím empirických studií lze v teoretické literatuře nalézt komplexní popis prožitků terapeutů při práci s depresivními klienty. Levenson (2013) uvádí výčet běžných terapeutových interpersonálních reakcí při práci s chronicky depresivními klienty, které jsou často zmiňovány v literatuře. Tento seznam zahrnuje širokou škálu emočních stavů od toho, kdy si terapeuti připadali „vtaženi“ až k tomu, kdy cítili „zlost“ nebo „naštvanost“. Všech 19 popsanych prožitkových stavů, kromě „nudy“ se také objevilo v datech, která jsem získal v rámci prezentovaného výzkumu. Avšak Levensonové přehled tyto prožitky neklasifikuje, ani neupřesňuje vztahy mezi nimi.

Polarizace. V několika teoretických analýzách byly vztahy mezi různými druhy prožitků terapeutů více konceptualizovány a to často ve smyslu polarit. Wolf, Goldfried a Muran (2013) popisují základní napětí mezi terapeutovým profesionálním postojem a jeho osobní emoční reakcí na trpícího člověka. Popisují terapeutovy negativní pocity (frustrace, nuda, strach, vztek, nenávisť) jako „síly, které odtahují terapeuta od jeho profesního ideálu“ (Wolf, Goldfried & Muran, 2013, s. 4). Polarizace se objevuje také v obecném psychiatrickém popisu (Rahn & Mahnkopf, 200, s. 242), kde je deprese popisována jako výjimečná díky tomu, že v terapeutech vyvolává takto rozdílné reakce: „Na jedné straně se terapeut cítí odmítán pacientem a paralyzován depresivní symptomatologií, což často ústí v terapeutovu agresivitu vůči pacientovi (...) Na druhé straně depresivní pacienti vyvolávají velkou péči, která může velice rychle vést k extrémní starostlivosti nebo kontrole pacienta.“ V tomto popisu je již více vyjádřeno procesové hledisko a v zásadě popisuje určitý druh dynamiky *Sdílení depresivního prožitku - Vzdálení se od depresivního prožitku*. Rahn and Mahnkopf se však na rozdíl od našeho modelu, který je zaměřený na vnitřní terapeutovu zkušenost, věnují terapeutovým reakcím na klienta v rámci polarit pasivity versus aktivity vůči klientovi.

Teoretický pohled z pohledu psychoanalýzy (McWilliams, 2011) je možné také shrnout do dvou základních polaritních protipřenosových reakcí na depresivního klienta. Na jedné straně (*complementary countertransference*) může mít terapeut fantazie o tom, že se stává „bohem“ nebo „dobrou matkou“ nebo „citlivým, přijímajícím rodičem, kterého klient nikdy neměl“ (McWilliams, 2011, p. 250). Na druhé straně (*concordant countertransference*) se terapeut může cítit buď „nekompetentní, chybující, poškozující, „ne dost dobrý“ (introjektivní elementy) nebo zoufalý, demoralizovaný a zbytečný (anaklitické elementy)“ (McWilliams, 2011, s. 250). V praxi se terapeutovy prožitky umísťují na kontinuální škále mezi těmito dvěma póly, stejně jako se anaklitické a introjektivní typy deprese mísí v individuálním poměru u každého klienta.

V prezentované studii jsem zkoumal, jak terapeuti byli automaticky vtahováni do depresivní zkušenosti (*Vtahování do depresivního prožitku*) a sdíleli depresivní prožitek s klientem a jak byli na druhou stranu od depresivního prožitku odtahováni (*Odpuzování od depresivního prožitku*). To můžeme nahlížet z teoretické perspektivy terapie zaměřené na emoce (Elliott a kol., 2003; Greenberg a kol., 1993), která rozlišuje mezi primární adaptivní emocí a sekundární reaktivní emocí. *Vtahování do depresivního prožitku* je možné vidět jako primární bezprostřední, přímou a nenaučenou emocionální odpověď na situaci, kdežto *Odpuzování od depresivního prožitku* lze nahlížet jako sekundární reakci na primární emoční odpověď. Na základě této emoční teorie Elliott (2013) popisuje různé terapeutovy negativní prožitky a klasifikuje „známky obtíží v terapeutické alianci“ (*alliance difficulty markers*) do tří hlavních skupin: (1) obtíže související s konfrontací v terapeutickém vztahu (*confrontation difficulties*), (2) obtíže související se stahováním se v rámci terapeutického vztahu (*withdrawal difficulties*) a (3) obtíže související specificky s osobností terapeuta (*therapist specific difficulties*). V prezentované studii jsem se záměrně nevěnoval třetí skupině (zdůvodnění viz kapitola **Výzkumná otázka**) a prožitky, které jsou popsány v teoretickém modelu *Trajektorie spoluprožívání deprese*, dobře korespondují s Eliotovými obtížemi související se stahováním se v rámci terapeutického vztahu (*withdrawal difficulties*). Je možné dát do souvislosti fázi *Snaha o změnu symptomů* s obtížemi Elliotem nazvanou Odmítání sebe-uvědomování a úkolů (*Self-consciousness and task refusal*) (klient odmítá vykonávat terapeutické aktivity, což vyvolává v terapeutovi pocity kontroly i úzkost ohledně vlastní kompetence a vede k frustraci a naštvání). Jiné obtíže, souhrnně nazvané Skryté obtíže související se stahováním se (*Covert withdrawal difficulties*) (klient se nezapojuje do procesu terapie, což probouzí v terapeutovi pocity bezmoci vedoucí k reaktivní frustraci a vzteku, nebo emoční nezáujatost vedoucí k nudě a ospalosti) lze tematicky propojit s kategoriemi prezentovaného výzkumu *Sdílení depresivního prožitku* a *Vzdalování se od depresivního prožitku*.

Prezentovaný teoretický model *Trajektorie spoluprožívání deprese* doplňuje výše zmíněné nálezy tím, že propojuje terapeutovy různé emoční odpovědi do koherentního procesového modelu, který dovoluje sledovat změny prožitků terapeuta, pojmenovávat vztahy mezi nimi a dávat je do souvislosti s mikroprocesy v průběhu terapeutického sezení.

3.3.2. Proč se terapeuti nepoučí z dřívějších zkušeností

V průběhu analýzy mne pronásledovala jedna znepokojující otázka. Proč terapeuti opakují *Trajektorii spoluprožívání deprese*, i když takovou zkušenost s depresivními klienty již měli mnohokrát předtím? Dokonce i velmi zkušené terapeuti ve zkoumaném vzorku referovali, že byli opakovaně chyceni do fixovaného vztahového vzorce s depresivním klientem. Proč se terapeuti nepoučili z dřívějších kontaktů s depresivními klienty? Chtěl bych zde nabídnout k diskusi několik možných vysvětlení.

Emoční nakažlivost. Koncept „emoční nakažlivosti“ lze vysvětlit neustálou automatickou imitací a synchronizací behaviorálních vyjádření emocí (Hatfield a kol., 1993), které se dějí přirozeně a často nevědomky. Joiner a Katz (1999) ve své metaanalýze dokládají, že deprese je „nakažlivá“ nejen emočně, ale že se spíše jedná o komplex všech depresivních symptomů jako je bezmoc, únava, anhedonie apod. Levenson (2013, s. 2014) popisuje, jak se tyto „automatické“ a „univerzální“ emoční odpovědi projevují také na tělesné úrovni a tvrdí, že terapeut do značné míry nemá na výběr, jestli je má ovládnout nebo vyjádřit. Le Doux (1996) ve svých neurovědných zjištěních rozlišuje tyto automatické emoční odpovědi přenášené pomocí amygdaly od emocí produkovaných thalamo-neokortikální cestou, která je pomalejší, ale umožňuje více vědomé zpracování.

Párování. Neurovědné výzkumy zabývající se vzájemnou propojeností mysli, mozku a vztahů nabízí další zajímavé podobnosti. Premotorické kortikální neurony nazývané zrcadlové neurony (*mirror neurons*) (Gallese & Goldman, 1998) vykazují stejný vzorec aktivity jak v případě, kdy subjekt vykonává určitou na cíl zaměřenou aktivitu, tak i tehdy, když pouze pozoruje druhého, který tuto aktivitu vykonává. Taková neuronální aktivita je „primárně praktická...“, protože zahrnuje přímé párování nebo propojování vlastního těla a těla druhého. Zdá se, že dochází k okamžitému párování“ (Thompson, 2001, s. 9). Spojení mezi zrcadlovými neurony ve frontálních a parietálních oblastech kortexu a souvisejících oblastech tak „vytváří neuronální představu mentálního stavu druhého člověka (...). Představa intencionálního stavu druhého člověka je potom použita k zahájení behaviorální imitace a vnitřní simulace“ (Siegel, 2012, s. 176). Když se tato perspektiva použije na téma zkoumané v prezentované studii, je možné vyvozovat, že terapeutův mozek se okamžitě páruje s mozkem depresivního klienta, a to ještě před tím, než si toho terapeut všimne, nebo to může vědomě ovlivnit. Tato terapeutova „vnitřní simulace“ klientova mentálního stavu vede k tomu, že terapeut spoluprožívá depresi s klientem. Zdá se, že díky automatické povaze

takové odpovědi se jí terapeut nemůže vyhnout, dokonce i když ji prožíval a reflektoval již dříve ve své práci.

Užitečnost synchronizace. Nejenže se terapeuti nemohou této reakci vyhnout, dokonce by bylo neterapeutické toto počáteční naladění na klienta přeskočit, protože představuje cennou „bránu do empatie“ (Siegel, 2012, s. 165) a otevírá „intersubjektivitu vědomí“ (Thompson, 2001, s. 15). Thompson (2001, s. 15) ve své fenomenologické analýze empatie tvrdí, že „abychom vnímali druhého, musí zde již být přítomna otevřená intersubjektivita, která je nezbytná k prožitku vnímání“. Jak ukazují neurovědy, „sdílení základních posuzovacích a nabuzujících procesů vytváří základní způsob, jakým se člověk propojuje s druhým v rámci emočního vztahu“ (Siegel, 2012, s. 169). Vyšší neverbální synchronizace mezi klientem a terapeutem souvisí s tím, jak klienti sami hodnotí kvalitu terapeutického vztahu, své vědomí vlastní účinnosti a také souvisí s větší redukcí symptomů (Ramseyer & Tschacher, 2011). Na základě neurovědných nálezů Greenberg (2006) zdůrazňuje pravoemisférové a neverbální působení terapeutického vztahu, které nejúčinněji ovlivňuje klientovu afektivní seberegulaci a probíhá z velké míry bez uvědomování.

Když je terapeut na klienta naladěn a vyjádří porozumění klientovu vnitřnímu afektivnímu stavu, poskytuje to klientovi zkušenost, že ten druhý jeho afektivní stav vidí a sdílí (Greenberg, 2006). Terapeut dosahuje k depresivnímu klientovi tím, že se na něj naladí a přemostuje tak interpersonální „propast“ (*abyss*) (Francesetti & Roubal, 2013) vytvořenou depresí. Toto přemostění je již samo o sobě léčivé, protože facilituje u depresivního člověka rozvoj paralelního prefrontálně probíhajícího procesu. „Důvěrná a vzájemná lidská komunikace může přímo ovlivnit neuronální systémy, které jsou zodpovědné za dodávání významu, flexibilní reagování a tvarování subjektivního prožitku emočně pulzujícího života“ (Siegel, 2012, s. 169).

Deprese versus truchlení. V datech prezentovaného výzkumu lze najít i jiný možný způsob výkladu. Ve dvou událostech terapeuti popisovali sezení s klientem, který nebyl depresivní, nýbrž truchlil. Tyto události jsem nezahrnul do analýzy, poskytly nicméně zajímavé porozumění, protože terapeutův prožitek s truchlícím klientem se lišil od prožitku s depresivním klientem. S truchlícím klientem terapeut prožíval *Sdílení depresivního prožitku*, ale nevnímal to jako zahlcující nebo nebezpečné, jak tomu bylo v případě s depresivním klientem. Namísto toho zůstávat prožitkově blízko smutku klienta pro něj sice bylo těžké, ale zároveň i naplňující a uspokojující. Terapeut mohl v takovém sdílení zůstávat tak dlouho, jak klient potřeboval, a prožitková trajektorie se neodchylovala pryč od klienta. Domnívám se, že rozdíl spočívá v odlišné dynamice truchlení a deprese. Tento rozdíl můžeme shrnout z gestalt

terapeutického vztahového pohledu takto: „Při truchlení člověk ztrácí toho, ke komu byl navázán, kdežto při depresi ztrácí podmínky, které takovéto navázání vůbec umožňují.“ (Francesetti & Roubal, 2013).

Přirozený proces truchlení představuje efektivní způsob zpracování zásadní ztráty. Terapeut v takovém případě zůstává prožitkově blízko ke klientovi a podporuje ho, aby prošel tímto truchlícím obdobím a dokončil „úkoly truchlení“ (Sabar, 2000, s. 152-168). Pro terapeuta představuje prožitkové přiblížení se ke klientovi přirozeně lidský impuls léčitele. A protože truchlíci a depresivní klienti vykazují podobné symptomy, stane se to samé terapeutovi také s depresivním člověkem. Zde je však klientova intrapersonální a interpersonální dynamika odlišná. Až když je terapeut *Vtažen do depresivního prožitku* s klientem, uvědomí si tento podstatný rozdíl. S depresivním klientem nemůže terapeut spoléhat na přirozený proces truchlení, protože při depresi je takový proces narušen. Proto nemůže terapeut zůstávat prožitkově blízko klientovi. Cítí nebezpečí, že bude díky *Vtahování do depresivního prožitku* sám zatažen interpersonálního bludného kruhu deprese.

Prezentovaný výzkum ukazuje, že vztahové naladění se na depresivního klienta ohrožuje terapeuta samotného a vyvolává v něm odtahovací reakci. Na jednu stranu „naladění umožňuje, aby léčebný vztah začal“ (Siegel, 2010, s. XX), na druhou ale představuje pro terapeuta významné riziko vlastního propadu nálady. Lze předpokládat, že toto riziko by bylo možné snížit, pokud by si terapeut byl vědom aktuálních procesů v průběhu sezení. Emoční nakažlivost, která je převážně spontánní a nevědomou reakcí, by se pak mohla proměnit v empatii, uznávaný terapeutický nástroj, který je více kognitivní a vědomý a který lze dále kultivovat a používat ve prospěch klienta. Data, která jsem měl v rámci této studie, však takovou možnost pouze naznačují, neumožňují ji však verifikovat. Navazující výzkum by se mohl ubírat právě tímto směrem. Terapeutovu naladění na depresivního klienta lze rozumět nejen jako riziku pro vznik syndromu vyhoření u terapeuta, ale také jako přirozené a nevyhnutelné podmínce pro efektivní terapii deprese. „Zrcadlové schopnosti našich mozků nám umožňují si empaticky představit, co se děje v druhém člověku. Vnitřní simulace - proces přijímání a rezonování s emočními stavy druhého - pokládáme za první stupeň soucitu neboli „sou-cítění“ s druhým člověkem“ (Siegel, 2012, s. 165).

3.3.3. Implikace pro praxi: Práce na hraně kluzkého svahu

Z výsledků prezentovaného výzkumu lze vyvodit určitá doporučení, jak terapeuti mohou zvládat své emoční prožívání v průběhu psychoterapeutického sezení. Tato doporučení, která jsem vyvodil jako „vedlejší produkt“ při analýze, zde nabízím k diskusi.

Balancování na hraně. Co umožňuje terapeutům *Balancovat na hraně*, tedy vydržet vlastní nepříjemný prožitek a zároveň zůstat v kontaktu s klientem. Terapeutovo balancování zdůrazňují také Pentecost & McNab (2007), kteří zkoumali prožitky terapeutů pracujících s dětskými depresivními klienty. Jejich koncept „udržování spolupráce s nadějí i zoufalstvím“ (*keeping company with hope and despair*) poskytl v jejich studii zastřešující teoretický rámec pro uvažování terapeutů o kvalitě terapeutického vztahu a dělil se na tři hlavní témata: (1) nalézání rovnováhy mezi akcí a reflexí (*striking the balance between action and reflection*), (2) unést to, že terapeut je svědkem emoční bolesti (*bearing witness to emotional pain*) a (3) udržování naděje naživu (*keeping hope alive*).

Sebepodpůrné strategie. Co ve zde prezentované studii pomáhalo terapeutům ustát vratkou pozici „na hraně“? Používali v zásadě dva druhy strategií: buď od situace získali odstup (*Pozorování z odstupu*), nebo se do ní plně ponořili (*Kontakt se živostí*). To dobře koresponduje se dvěma základními způsoby zvládnání vlastních reakcí na depresivní klienty, jak je popisuje Levenson (2013): (1) použití teorie a (2) empatie (Levenson dodává ještě sebeuvědomění, které ale pokládám spíše za podmínku zvládacích strategií).

Pozorování z odstupu. První užitečná strategie respondentů zde prezentované studie bylo *Pozorování z odstupu*. *Sdílení depresivního prožitku* zkreslovalo vnímání terapeutů: čas se zdál vléct nekonečně pomalu a obtíže nabývaly obrovských rozměrů (teoretické rozvedení tohoto zkreslujícího vlivu deprese viz kapitola **Interpersonálně procesový koncept deprese**). Zdálo se, že není šance na terapeutickou změnu, jakoby klientova deprese měla trvat na vždy. Ale když se terapeuti na reálnou situaci podívali z odstupu, vypadala jinak: Terapeutické sezení brzy skončí, depresivní epizoda se zlepší během několika týdnů (např. též s pomocí antidepresiv), atd. Tím, že terapeuti získali nadhled a emoční odstup, vymanili se ze zkreslujícího vlivu depresivního spoluprožívání a byli schopni racionálně zhodnotit situaci, dát ji do širšího kontextu času a místa. Terapeuti si také uvědomili, že mají kapacitu po určitý vymezený čas ustát náročnou situaci s klientem a potom z ní vystoupit. Též pro ně bylo užitečné uznání vlastních limitů a ujasnění si toho, co jsou schopni v přítomném sezení ovlivnit a co ne. Takovéto přiznání vlastních limitů je důležité pro terapeuta samotného,

protože jak zjistil Deutsch (1984) ve svém výzkumu mapujícím zdroje stresu psychoterapeutů, jedním z podstatných stresorů je terapeutovo přesvědčení, že by měl fungovat s co nejvyšší výkonností a kompetencí se všemi klienty a vždy.

Jiný způsob, jak respondenti prezentovaného výzkumu podpořili sami sebe, bylo ukotvení se ve „třetí straně“ dialogu (*third party*) (Francesetti, Gecele & Roubal, 2013). Touto záchytnou „třetí stranou“ byly jejich vlastní teoretické znalosti, které jim umožnily situace konceptualizovat, nebo na vzpomínky na to, co jim v minulosti pomohlo v terapii s jinými depresivními klienty. Podobně ukazuje Levenson (2013), že terapeuti používali své prožitky k vytváření konceptualizace případu, intervenčních strategií a zkoumání pokroků v terapii. Je zajímavé, že moji respondenti s různým teoretickým zázemím používali různé nástroje k tomuto stejnému účelu. KBT terapeuti používali kognitivní restrukturalizaci, gestalt terapeuti používali ukotvení v uvědomění zde a nyní a rodinně systemičtí terapeuti používali vyjasňování rolí v širším kontextu.

Prezentovaná studie zkoumala fenomén podobný tomu, jež v rámci konceptu „zprostředkované traumatizace“ (*vicarious traumatization*) popisují McCann a Pearlman (1990) u traumatizovaných klientů (viz kapitola **Prožitek terapeutů při práci s depresivními klienty**). Zde jsem se zabýval klientelou depresivních klientů a zaměřil se důkladněji na detaily procesu přímo v průběhu terapeutického sezení, což umožnilo pojmenovat zejména riskantní fáze, kdy je terapeut ohrožen zprostředkovanou traumatizací (fáze *Obrat k sobě*) anebo rizikem ztráty empatie vůči klientovi (fáze *Obrat ke klientovi*). Specificky tyto fáze (body obratu prožitkového pohybu) představovaly pro terapeutů jak okamžiky zvýšeného uvědomění nebezpečí vlastní traumatizace, tak také momenty mobilizace terapeutické kapacity, aby byli schopni věnovat pozornost jak potřebám klienta, tak svým vlastním. Extrémní emoce (beznaděj nebo frustrace), které terapeuti prožívali v bodech obratu, můžeme dát do souvislosti s výše zmíněnými „známkami obtíží v terapeutické alianci“ (*alliance difficulty markers*) Elliott (2013, s. 79). Místo aby zůstávali „zoufalí v uvíznutí“ (Wolf, Goldfried & Muran, 2013, s.4), terapeuti dokázali porozumět svému prožitku v kontextu mikroprocesů terapeutického sezení a rozpoznat své vlastní přispění k probíhající interakci. Toto porozumění jim sloužilo jako nástroj k ukotvení se, který jim dovolil reagovat „terapeuticky a ne automaticky“ (Wolf, Goldfried & Muran, 2013, s. 5).

Zde prezentovaný obecný model *Trajektorie spoluprožívání deprese* může v tomto smyslu sloužit jako integrativní teoretický nástroj a jako referenční rámec, který umožní terapeutům rozpoznat různé fáze jejich prožitků a vztahy mezi nimi, aby byli schopni „vnímavého sebeuvědomění“ (Elliott, 2013, s. 78). Takové ukotvení v konceptualizaci

terapeutické situace může pomoci terapeutovi, aby nebyl zahlcen tíhou, prázdnotou a beznadějí, když se setkává s člověkem prožívajícím depresi. Pomáhá terapeutovi se ukotvit a zvládnout vlastní prožitek a nabídnout „neustálou dostupnost“ (*persistent availability*), což je nejdůležitější a zároveň také nejvíce frustrující úkol při práci s člověkem, který prožívá depresi (Francesetti & Roubal, 2013). Na základě svého uvědomění se terapeut může osvobodit od automatického reagování na klienta a tím vytváří i pro klienta možnost vystoupit z rigidního depresivního vzorce, který Greenberg a kol. (1998) nazývají depresivní organizací self (člověk je zahlcen pocity strachu, osamění, nejistoty a studu; rozvíjí se negativní přesvědčení o sobě samém a ostatních).

Kontakt se živostí. Druhou užitečnou strategií respondentů při *Balancování na hraně* byl *Kontakt se živostí*. Terapeuti našli potřebnou sebepodporu tím, že se prožitkově ponořili do situace více a zaměřili se na oživující aspekty sebe sama klienta a terapeutického vztahu. Nesnažili se měnit situaci tím, že by přinášeli živost zvenku, z prostředí mimo terapeutickou situaci, ale bylo pro ně důležité zaměřit se na živost, která zde ve vztahu s depresivním klientem již byla přítomná, i když přehlížená. Nacházeli živost v situaci samé, v sobě, v klientech a v terapeutickém vztahu. To jim umožnilo sdílet depresivní prožitek se svými klienty, ale nesdílet jejich vnímání okolní reality a sebe sama, které bylo zkreslené depresí. Terapeuti přeměrovali svoji pozornost od depresivních symptomů k živému člověku, což jim umožňovalo nenechat se inhibovat spoluprožíváním deprese. Wolf, Goldfried & Muran (2013, s. 278) ve svých vodítcích pro práci s negativními reakcemi na klienty uvádí: „Tím, že si zůstáváme vědomi svých emočních reakcí a jsem schopni je tolerovat bez toho, že budeme automaticky jednat podle těchto impulsů a pocitů, dokážeme přetvořit to, jak prožíváme klienta, do více empatického a soucitného stavu a reakcí.“

Pro respondenty v prezentované studii bylo nejtěžší zažívat beznaděj a bezmoc, když se zdálo, že proces terapie stagnuje. Nicméně proces terapie ve skutečnosti nestagnoval, pouze se nevyvíjel směrem ke zlepšování depresivních symptomů, tedy směrem, který terapeuti očekávali a který by jim samotným prožitkově ulevil. Terapeuti byli nuceni rezignovat na to, že sami způsobí změnu depresivních symptomů, a na místo toho se zaměřovali na klienta jako člověka. Proces terapie se tedy rozvíjel způsobem, který posiloval terapeutický vztah a tak umožňoval vytvořit nezbytný vztahový základ pro změnu depresivních symptomů. Podle Blatta a kol. (2010) terapeutický vztah představuje základ, který facilite změny v negativní sebereprezentaci témat, která klienti prezentují, tak kognitivní organizaci jejich interpersonálních schémat. Souhrnem lze tedy vyvodit, že soucitný postoj spolu s přerámováním vlastních prožitků jako přirozených reakcí umožní

terapeutům, aby neobviňovali klienta za vlastní nepříjemné pocity vzbuzené jeho depresí. Tímto způsobem terapeuti narušují interpersonální bludný kruh deprese v terapeutickém vztahu.

Nesnažit se příliš. Ustát zkušenost „na hraně“ neznamená úplně rezignovat, ale nesnažit se příliš. Terapeuti metaforicky pojmenovávali, že když se příliš snaží vytáhnout klienta po kluzkém svahu deprese, oba (klient i terapeut) jen sklouzávají hlouběji do „černé díry“ depresivního prožívání. Místo toho terapeut jen potřebuje držet klienta a zaměřit se na udržení nestabilní pozice na hraně kluzkého svahu, aby nespadol do sdílené pasivity a zároveň aby se nevyčerpával neproduktivní snahou o změnu. Když se vzdali snahy o okamžitou změnu, zažívali terapeuti naději, že změna přijde právě, když se o ni přestanou snažit, když se smíří se současnou beznadějí.

Haccoun a Laviguer (1979) zjistili, že terapeuti intervenovali více s depresivními klienty než s klienty, kteří prožívali hněv. Tváří tvář klientově depresivní pasivitě a neměnnosti sloužily intervence terapeutovi ke zvládnutí jeho vlastního prožitku. Zaměření na klienta a potlačení vlastních pocitů byly identifikovány (spolu s využitím sebeuvědomění) jako hlavní zvládací strategie začínajících terapeutů při zvládání vlastních reakcí na klienty (Williams, Judge, Hill & Hoffman, 1997). V kvalitativní studii terapeutů, kteří cítili nudu nebo úzkost (William, Polster, Grizzard, Rockengaugh & Judge, 2003), terapeuti popisovali své silné tendenci zaměřovat se na klienta ve chvílích, kdy se objevovalo riziko, že by je jejich vlastní vnitřní reakce rozptylovaly. Prezentovaná studie tento fenomén vysvětluje tím, že konceptualizuje fázi *Snaha o změnu*, kdy velká terapeutova aktivita představuje způsob zvládání jeho vlastních obtížných prožitků navozených depresivním klientem.

Ve Farberově (1983) studii toho, jak psychoterapeutické praxe působí na samotné psychoterapeuty, ¾ respondentů uváděly nedostatek pozorovatelného pokroku v terapii jako nejčastější důvod vlastních negativních deprimujících pocitů. Wolf, Goldfried & Muran (2013) dokládají, že psychoterapeuti, kteří reagují obranně a používají techniky automaticky a rigidně, jednak poškozují terapeutický proces a tak negativně ovlivňují výsledky terapie. Terapeuti potřebují vydržet „napětí když sedí v beznaději, místo toho, aby se hnali za akcí“ Pentecost & McNab (2007, s. 409). Tento přístup lze také nalézt mezi principy, které Williams & Levitt (2007) popisují jako nápomocné při posilování klientovy schopnosti samostatně ovlivňovat věci (*agency*). Zkušení terapeuti, kteří se zúčastnili jejich výzkumu, považovali za důležité netlačit klienty v případě stagnující terapie k vykonávání úkolů, ale raději využít takové okamžiky k lepšímu naladění a porozumění klientovy zkušenosti a také k vytvoření nového vhledu a zlepšování terapeutické strategie.

Lze tedy nabídnout následující shrnutí: Když se terapeut zaměří na vlastní prožitky a investuje do jejich zvládnání, pracuje pro klienta. Jak zjistili McIntyre & Schwartz (1998) ve svém výzkumu, terapeutovo uvědomění si protipřenosu může být důležité pro pozitivní výsledek terapie. Hill & Knox (2009) na základě přehledu teorií o propracovávání terapeutického vztahu a relevantní empirické literatury obecně konstatují, že propracovávání terapeutického vztahu pomáhá vyjádřit a přijmout pocity, vyřešit problémy, posílit vztah a přenést to, co se klient naučí i do jiných vztahů mimo terapii. V případě prezentované studie se to týká přímo terapeutových pocitů zde a nyní s depresivním klientem. Je možné předpokládat, že terapeutovo dobré zvládnání vlastních emocí v průběhu terapeutického sezení se následně odráží v pozitivní alianci definované jako „vzájemný a dynamický proces průběžné spolupráce“ (Muran & Hunger, 2013, s. 24), která je následně předpokladem pozitivního výsledku terapie (Horvath & Symonds, 1991). Tento závěr podporuje také nepřímá evidence Rosenbergera a Hayese (2002) toho, že způsoby jak terapeut zvládá vlastní protipřenos, souvisí s tím, jak klient vnímá kvalitu pracovní aliance. Nadále však, jak také tvrdí Gelso a Hayes (2007), je potřeba další výzkum ke zkoumání komplexních a subtilních způsobů jak terapeutovy schopnosti zvládat svůj protipřenos zprostředkují vztah mezi protipřenosem a výsledkem terapie. Prezentovaná studie dílčím způsobem na tuto potřebu odpovídá.

3.3.4. Limity a implikace pro další výzkum

Definování deprese. Termín deprese je v této studii používán pro pojmenování stavu, který zahrnuje množství heterogenních subtypů a projevů tak, jak to popisuje Levensonová (2013). Určení klientovy depresivity bylo založeno na klinickém posouzení terapeutů - respondentů. Data od klientů s dominantní jinou než depresivní symptomatologií (hraniční, závislá, truchlící) byla z analýzy vyloučena, aby byla depresivní symptomatologii zachována jako primární. Přesnější specifikace depresivního stavu klientů nebyla provedena. Takto široká koncepce deprese představuje limit prezentovaného výzkumu a neumožnila rozlišit mezi reakcemi terapeuta na rozdílné depresivní stavy a různé druhy interpersonální dynamiky. Přesnější specifikace deprese ať už kvantitativní (za použití posuzovacích škál pro zhodnocení závažnosti deprese) nebo kvalitativních (upřesnění intrapsychické a interpersonální dynamiky deprese) by mohla být slibným krokem pro budoucí výzkum.

Anaklicktická a introjektivní deprese. Přestože se deprese navenek projevuje symptomatologicky podobně, existují výrazné rozdíly v subjektivním prožívání vývojové zranitelnosti a fenomenologii deprese, které lze multidimenzionálně konceptualizovat (Blatt & Homann, 1992). Blatt (2004) popisuje dva vývojově různě determinované typy deprese: *anaklicktická* neboli závislá deprese (zahrnující témata opuštění a ztráty) a *introjektivní* deprese (zahrnující přísnou sebekritiku). Reis a Grenyer (2002) tyto depresivní subtypy validizovali tím, že poukázali na jejich rozdílné vazbové vzorce (*attachment patterns*). Hardy a spol. (1998) rozlišují u těchto subtypů málo se zapojující (*under-involved*) a příliš se zapojující (*over-involved*) interpersonální styly klientů. Zjistili, že terapeuti používají více na vztah a emoce zaměřený přístup (který koresponduje s kategoriemi *Sdílení depresivní zkušenosti* a *Zaměření na vztah*) s příliš se zapojující (*over-involved*) klienty a více kognitivní metody léčby (kategorie *Vzdalování se od depresivního prožitku*) s málo se zapojující (*under-involved*) klienty. Přestože v praxi se spíše setkáváme s postupným přechodem mezi těmito subtypy deprese (McWilliams, 2011), odpovídající terapeutovy reakce na různé intrapsychické a interpersonální dynamiky deprese je potřeba blíže prozkoumat v dalším výzkumu.

Genderové rozdíly. Presentovaná studie nebere v potaz genderové rozdíly u deprese, které spočívají v různých stylech zvládání (Murakumi, 2002). Muži mají tendenci mírnit svoji depresivní náladu aktivitami, které odvádějí pozornost. Naproti tomu ženy mají tendenci zvýrazňovat depresivní náladu reflektováním depresivního stavu a jeho možných příčin (Nolen-Hoeksema, 1987). Nejenže genderové rozdíly mezi depresivními klienty mohou vyvolat různé reakce u terapeutů, ale také pohlaví terapeutů může hrát roli v prožívání a zvládání klientovy deprese, protože gender ovlivňuje také reakci na depresi (Nolen-Hoeksema, 2001). Podle Hammena a Peterse (1978) jsou muži více kritičtí vůči depresivním ženám a jsou více ochotni akceptovat depresivní muže a vice versa. Howard, Orlinsky a Hill (1969) tvrdí, že terapeutky (oproti terapeutům mužům) zažívají méně často nepříjemné pocity s klienty (ale pouze 40% klientů v této studii bylo depresivních). Naproti tomu však McIntyre a Schwartz (1998) nenalezli signifikantní rozdíl mezi mužskými a ženskými terapeuty v protipřenosových reakcích na depresivní klienty.

Různé psychoterapeutické orientace. Mým záměrem bylo shromáždit data od širokého spektra terapeutů, které by zahrnovalo různé psychoterapeutické přístupy a rozdílnou délku profesní zkušenosti. To na jednu stranu umožnilo vytvořit obecný a integrativní model, který lze použít napříč různými skupinami terapeutů. Odvolávám se zde na tvrzení Wolfa, Goldfrieda a Murana (2013), že všichni terapeuti bez ohledu na svoji psychoterapeutickou

orientaci jsou ohroženi prožíváním problematických emocí, které ale také mohou používat jako důležitý zdroj klinických dat. Na druhou stranu pokud se vyberou jenom některé jasně definované terapeutické přístupy, jak to udělal Hardy a kol. (1998) v případě psychodynamicko-interpersonální a kognitivně-behaviorální časově limitované léčby deprese, umožní to porovnávat je mezi sebou navzájem a dávat do souvislosti zvládací strategie terapeutů s rozdílným teoretickým zázemím a praktickým výcvikem. To by umožnilo rozpoznat specifické silné a slabé stránky každého přístupu v případě zvládnutí terapeutových vlastních prožitků.

Různá délka praxe. Podobně také odlišování mezi začínajícími a zkušenými psychoterapeuty by přineslo více specifických informací o tom, jaký vliv mají roky praxe na terapeutovo prožívání a zvládací strategie, a také o specifických rizicích vyhoření, která terapeuty potkávají během celé jejich kariéry. Brody a Farber (1996) například zjistili, že ve srovnání se zkušenými psychoterapeuty začínající psychoterapeuti ve větší míře považují své emoce za příliš silné, příliš časté a mají potřebu se proti nim bránit. Také Williams a kol. (2003) při zkoumání toho, jak terapeuti zvládají rušící sebeuvědomování, odlišili strategie začínajících psychoterapeutů (více sebeodhalení) od strategií zkušených psychoterapeutů (více zastavujících technik (*stopping techniques*)). Také McIntyre a Schwartze (1998) podobně dokládají, jak delší profesionální zkušenost terapeutů snižuje pravděpodobnost toho, že psychoterapeuti budou psychologicky ovlivněni depresivními klienty ve smyslu prožívání dominance nebo obtíží. Zaměření na vliv délky praxe na prožitky terapeutů v průběhu sezení by tedy mohlo být slibnou inspirací pro výzkum navazující na prezentovanou studii.

Perspektiva terapeutů. Data byla získávána od terapeutů, což zaměřilo výzkumnou pozornost na méně prozkoumanou část terapeutického vztahu. Zároveň však to představuje určité omezení, protože terapeutická situace tak byla nahlížena pouze z perspektivy jedné ze zúčastněných stran. Když například terapeuti tvrdili, že “se nic neděje, klient zůstává pořád stejný”, referovali pouze o svém vlastním vnímání terapeutické situace. Jejich vyjádření může znamenat, že klient neplní terapeutova očekávání, ale ne to, že se nic neděje s klientem. Perspektiva klienta zde jasně chybí. Pokud by se simultánně s prožitky terapeutů zkoumaly také prožitky klientů při sezení, jak tomu bylo například ve studii Williamsové a Levittové (2007) zabývající se klientovými prožitky s různými terapeuty, umožnilo by to plastičtější způsobem popsat vztahovou dynamiku včetně průběžného prožívání obou stran terapeutického vztahu. Obecný model *Trajektorie spoluprožívání deprese*, který vzešel z prezentované studie, může sloužit jako základ pro následné komplexnější výzkumné projekty.

Zpětné vybavování. Další omezení prezentovaného výzkumu je způsobeno tím, že terapeuti referovali o tom, co si sami vybavují ze svých prožitků v průběhu terapeutického sezení. Metoda získávání a zpracování dat, kterou jsem použil, tj. kvalitativní analýza vybavovaných událostí (*qualitative analysis of recalled events*), je zmiňována Hillovou a Knoxovou (2009) jako jedna z doporučených metod pro zkoumání toho, jak je propracováván terapeutický vztah a používá se pro výzkumné designy podobné zde prezentované studii (např. Abba, Chadwick & Stevenson, 2008; Williams, Polster, Grizzard, Rockengaugh & Judge, 2003). Nicméně tento způsob sběru dat nevyhnutelně sebou nese paměťové zkreslení a selekci. Terapeuti se mohli zaměřovat na klienty, se kterými měli určité zvláštní vztahy, nebo na klienty se zvlášť závažnými příznaky. Také si mohli vybavovat terapeutická sezení, která byla zvlášť náročná, složitá, nebo je potřebovali ve větší míře ještě emočně i racionálně zpracovávat. Po posledním rozhovoru (pořízeném při teoretickém vzorkování ve Fázi 6 výzkumného postupu) jsem v rámci validizace modelu obdržel zpětnou vazbu, že model odpovídá velmi dobře prožitkům terapeuta s klientem, který zůstává depresivní po celou dobu terapeutického sezení, avšak nekoresponduje plně s tím, když se klientova deprese v průběhu sezení zlepšuje. Proto jsem také omezil výsledný teoretický model pouze na terapeutovo prožívání v průběhu sezení s aktuálně depresivním klientem. Tím, že jsem se zaměřil specificky na takto definované prožitky a ponechal stranou delší průběh a širší kontext terapie, neměl jsem v rámci této studie potřebná data k zodpovězení dalších zajímavých otázek, jako například: Objevuje se vzorec popsaný *Trajektorii depresivního spoluprožívání* v celém průběhu terapie, nebo se mění? Je tento vzorec odlišný v terapiích, které úspěšně postupují oproti těm, kde se postup nedaří? Je potřeba dalších výzkumů rozlišujících různé charakteristiky klientů, terapeutů, terapeutického procesu i jednotlivých událostí, aby bylo možné varianty prezentovaného modelu, které by odpovídaly specifickým podmínkám.

Postupy navrhované pro další výzkum. Vedení výzkumných rozhovorů okamžitě po terapeutickém sezení, jako to bylo provedeno v případě kvalitativní studie protipřenosu Hayese a kol. (1998), nebo využití nahrávek terapeutických sezení pro vybavování prožitků (*tape-assisted recall procedures*), jako například v studii zkoumající terapeutovy reflexe v průběhu terapeutického sezení (Rober a kol., 2008), by umožnilo zkoumat různě odlišné druhy terapeutických sezení tak, jak se přirozeně v procesu terapie objevují, zůstat blíže k terapeutově prožitku navozeném v jasně popsané terapeutické situaci a zaměřovat se na mikroprocesy v průběhu terapeutického sezení, které jsou pro takové odlišné situace specifické. Následně by bylo vhodné použít *Task analysis procedure* (Greenberg, 2007), při

ktelé by *Trajektorie spoluprožívání deprese* mohl sloužit jako první fáze této metody zaměřená o objevení a vybudování teoretického modelu (*discovery oriented model building phase*). Obecný model *Trajektorie spoluprožívání deprese* by pak mohl být validizován a bylo by možné ho rozvinout směrem k detailnějšímu popisu procesů změny v průběhu sezení nahlížených z perspektivy terapeuta prožitku. Jako poslední krok by bylo možné uvést do souvislosti proces a výsledek terapie, aby bylo zřetelné, jak terapeutův vlastní prožitek a jeho zvládnání ovlivňuje efektivitu léčby klientovy deprese. Procesový model a možná též kvantitativní nástroj, který by byl výsledkem takovéto komplexní studie, by potom mohl mít i obecnější implikace a mohl by být používán pro zkoumání a popis prožitků terapeutů také s jinými než depresivními populacemi klientů.

3.4. Závěr: Soucit se sebou

Závěry prezentovaného výzkumu potvrzují doporučení Carla Rogerse: „Nemůžeš nikomu pomoci bez toho, abys riskoval sám sebe“ (in Anderson, 1997) a doplňují jej o druhou část: „A také nemůžeš nikomu pomoci bez toho, aby ses staral i sám o sebe“. Ve snaze pochopit a přijmout perspektivu trpícího člověka terapeuti sami trpí a výsledkem takového neustálého naladování může být „vyčerpání ze soucitu“ (*compassion fatigue*) (Figley, 2002). Zásadně důležité proto je, jak terapeuti reagují na své vlastní negativní prožitky. Tyto prožitky „nemají být potlačeny anebo odmítnuty, ale naopak mají být rozpoznány tolerantním a sebestříjícím způsobem“ (Elliott, 2013, s. 76).

Teoretické koncepty jako ten, který nabízí prezentovaná studie, mohou nejen pomoci terapeutům, aby se při náročném psychoterapeutickém sezení s depresivním klientem ukotvili tím, že konceptuálně porozumí svému prožitku, a byli tak schopni ustát vlastní prožitky. Umožní jim také porozumět vlastním prožitkům a transformovat tyto často negativní pocity do soucitu. Wolf, Goldfried and Muran (2013, s. 5) to popisují takto: „Soucit není jen vnímavost vůči utrpení klienta, je také vnímavostí k vlastnímu utrpení s cílem porozumět interakci, která vytváří psychoterapeutický vztah.“ Pokud by terapeuti použili výsledný model zde prezentované studie pro práci s depresivními klienty, mohli by porozumět vlastním prožitkům bezmoci, vyčerpání a beznaděje jako prožitkovému pohybu směrem ke klientovi, který posiluje terapeutický vztah jako nezbytný základ psychoterapeutické práce. Na druhou stranu by svým prožitkům netrpělivosti, vzteku a frustrace mohli porozumět jako

prožitkovému pohybu od klienta, který terapeutovi umožňuje věnovat se i vlastním potřebám a přinášet do terapie perspektivu alternativní vůči klientovi. Oba dva pohyby tedy mohou sloužit posilování společných účinných faktorů psychoterapie.

Siegel (2010) ve své syntéze neurovědných a psychoterapeutických poznatků předkládá dobře známý příklad instrukcí na začátku letu letadlem, kdy je potřeba, abychom si nejdříve sami nasadili kyslíkovou masku a až potom začali pomáhat lidem kolem nás. V psychoterapii to přeneseně znamená rozvíjet terapeutovo porozumění sobě a soucit se sebou. To, že terapeut pečuje sám o sebe, je možné považovat za „prerekvizitu pro vykonávání psychoterapie“ (Wolf, Goldfried & Muran, 2013, s. 276). Doufám, že výsledky mé studie mohou terapeutům pomoci pozorně si všimnout a se soucitem k sobě samým zvládat širokou škálu prožitků, se kterými se setkávají, když pracují s depresivními klienty. Především pak doufám, že takový přístup poslouží k posílení terapeutické aliance a podpoře terapeutického procesu v jejich praxi a bude tak ku prospěchu klientům, kteří trpí depresí.

4. Literatura

- Abba, N., Chadwick, P., & Stevenson, C. (2008). Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research, 18*(1), 77-87.
- Abela, J. R. Z., Zuroff, D. C., Ho, M. R., Adams, P., & Hankin, B. L. (2006). Excessive Reassurance Seeking, Hassles, and Depressive Symptoms in Children of Affectively Ill Parents: A Multiwave Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*, 171-178.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York, NY: Basic Books.
- APA Ethical Guideline Research [staženo 8.3. 2013 z http://www.sandplay.org/pdf/APA_Ethical_Guidelines_for_Research.pdf]
- Baalen, D. (1999). *Gestalt diagnosis*. Oslo: Norsk Gestaltinstitut.
- Balcar, K. (2003). Rozměry deprese, přednáška na 4. dni logoterapie a existenciální analýzy. [<http://www.volny.cz/slea/logoden2003.html>]
- Barber, P. (2008). Qualitative research. In P. Brownell (Ed.), *Handbook for Theory, Research, and Practice in Gestalt Therapy (37–63)*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.
- Barron, J. W. (1998). *Making Diagnosis Meaningful: Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders*. Washington DC: American Psychological Association.
- Bartuska, H., Buchsbaumer, M., Mehta, G., Pawlowsky, G., & Wievesnagrotzki, S. (Eds.), (2008). *Psychotherapeutic diagnostics*. New York, Wien: Springer.
- Benazon, N. R. & Coyne, J. C. (2000). Living with a Depressed Spouse. *Journal of Family Psychology, 14*(1), 71–79.
- Beran, J. (2001). Psychoterapie a duševní hygiena. In: J. Raboch, & P. Zvolský (Eds.), *Psychiatrie, (468-487)*. Praha, Galén.
- Beutler, L. E., Engle, D., & Shoham-Salomon, V. (1991). University of Arizona: Searching for differential treatments. In: L. E. Beutler, & E. Larry (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies (90-97)*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Binswanger, L. (1960). *Melancholie und Manie*. Neske: Pfullingen. (it. trans. *Melanconia e mania*, Bollati Boringhieri, Torino, 2006).
- Blanck, G., & Blanck, R. (1992). *Ego-psychologie, teorie a praxe*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.

- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review, 12*, 47-91.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L. & Auerbach, J. S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research, 20*(1), 37-54.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Volume III. Loss. Sadness and Depression*. London: The Hogarth Press.
- Bondy, B. (2003). Pathophysiology of depression and mechanisms of treatment. *Dialogues in clinical neuroscience, 4*, 7-20.
- Bookwala, J., & Schulz, R. (1996). Spousal Similarity in Subjective Well-Being: The Cardiovascular Health Study. *Psychology and Aging, 11*, 582-590.
- Borgna, E. (1988). *I conflitti del conoscere*. Milano: Feltrinelli.
- Borgna, E. (2008). *Nei luoghi perduti della folia*. Milano: Feltrinelli.
- Boswell, P. C., & Murray, E. J. (1981). Depression, schizophrenia and social attraction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*(5), 641-647.
- Bowen, G. A. (2006). Grounded Theory and Sensitizing Concepts. *International Journal of Qualitative Methods, 5*(3), Article 2.
- Bowman, C. E., & Nevis, E. (2005). The history and development of gestalt therapy. In A. L. Woldt, & S. M. Toman (Eds.), *Gestalt Therapy. History, Theory, and Practice (3-20)*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Brody, E. M., & Farber, B. A. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy, 33*(3), 372-380.
- Brownell, P. (2010). *Gestalt Therapy. A Guide to Contemporary Practice*. New York: Springer.
- Buber, M. (1969). *Já a ty*. Praha: Mladá fronta.
- Burchill, S. A. L., & Stiles, W. B. (1988). Interactions of Depressed College Students With Their Rommates: Not Necessary Negative. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 410-419.
- Burley, T. & kol. (2004). *Gestalt Therapy and Schizophrenia – Why and How*. Prague: Paper presented at The Sixth European Conference of European Association for Gestalt Therapy.
- Byrne, M. (2001). Grounded theory as a qualitative research methodology. *Association of Operating Room Nurses. AORN Journal, 73*, 6.

- Cain, N. R. (2000). Psychotherapists with personal histories of psychiatric hospitalization: Countertransference in wounded healers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 22-28.
- Callieri, B. (2001). *Quando vince l'ombra. Problemi di psicopatologia clinica*. Roma: EUR.
- Cancrini, L. (2006). *L'oceano borderline*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Carlock, C. J., Glaus, K. H. & Shaw, C. A. (1992). The Alcoholic: A Gestalt View. In E. C. Nevis (Ed.), *Gestalt Therapy*. New York: Perspectives and Applications, Gardner Press.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R., & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65, 34-49.
- Cavaleri, P. (2007). *Vivere con l'altro*. Roma: Città Nuova.
- Clemmens, M. C. (2005a). Gestalt approaches to substance use/abuse/dependency. In A. L. Woldt, & S. M. Toman (Eds.), *Gestalt Therapy. History, Theory, and Practice (279–300)*. London, Thousand Oaks: Sage Publications.
- Clemmens, M. C. (2005b). *Getting Beyond Sobriety: Clinical Approaches to Long -Term Recovery*. Hillside, New York: Analytic Press.
- Cohen, A. (2002). Gestalt Therapy and Post-Traumatic Stress Disorder: The Potential and Its (Lack of) Fulfilment. *Gestalt!*, 6, 1.
- Cook, D. A. (2000). Gestalt treatment of adolescent females with depressive symptoms: A treatment outcome study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 8-B*, s. 4210.
- Coyne, J. C. (1976a). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193.
- Coyne, J. C. (1976b). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.
- Coyne, J. C., Kessler, R. C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. B., & Creden, J. F. (1987). Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 347-352.
- Cross, D. G., Sheehan, P. W. & Khan, J. A. (1982). Short- and long-term follow-up of clients receiving insight-oriented therapy and behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 103-112.
- Čeveliček, M., Hytych, R. & Roubal, J. (2013). Představení vybraných modelů psychoterapeutické formulace případu. *Československá Psychologie*, 57(5), 447-460.
- Čeveliček, M., Roubal, J. & Hytych, R. (2014). Využití formulace případu ve výuce a výcviku psychoterapie. *Psychoterapie*, 8(1), 44-54.

- D'Angelo, P. (2011). *Estetica*. Roma-Bari: Laterza.
- Desideri, F. (2011). *La percezione riflessa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Delisle, G. (1991). A Gestalt perspective of personality disorder. *British Gestalt Journal*, 1(1), 42–50.
- Deutsch, C. J. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15(6), 833-845.
- Dorner, K., & Plog, U. (1999). *Bláznit je lidské*. Praha: Grada.
- Dreitzel, H.P. (2010). *Gestalt and process. Clinical diagnosis in Gestalt therapy*. A field guide, Berlin, EHP Verlag Andreas Kohlhage, Begisch Gladbach.
- Elliott, R. (2013). Therapist negative reactions: A person-centered and experiential psychotherapy perspective. In A. W. Wolf, M. R. Goldfried & J. C. Muran (Eds.), *Transforming negative reactions to clients. From frustration to compassion* (pp. 69-90). Washington, DC: American Psychological Association.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (493-540). New York: John Wiley and sons.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2003). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Evans, K., & Gilbert, M. (2005). *An introduction to integrative psychotherapy*. Houndmills and New York: Palgrave Macmillan.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441.
- Finlay, L., & Evans, K. (2009). *Relational-centered research for psychotherapists: Exploring meanings and experience*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Francesetti, G. (2008). *Panic Attacks and Postmodernity – Gestalt Therapy: Between Clinical and Social Perspectives*. New York: Gestalt Journal Press.
- Francesetti, G., & Gecele, M. (2009). A Gestalt therapy perspective on psychopathology and diagnosis. *British Gestalt Journal*, 18(2), 5-20.
- Francesetti, G., & Gecele, M. (2011). *L'altro irraggiungibile. La psicoterapia della Gestalt con le esperienze depressive*. Milano: FrancoAngeli.
- Francesetti G., Gecele M., Roubal J. (2013). *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. Milano: FrancoAngeli.

- Francesetti, G., & Roubal, J. (2013). Gestalt therapy approach to depressive experiences. In G. Francesetti, M. Gecele & J. Roubal (Eds.), *Gestalt therapy in clinical practice: From psychopathology to the aesthetics of contact* (pp. 433-494). Milano: Franco Angeli.
- Francesetti, G., Gecele, M., & Roubal, J. (2013). Gestalt Therapy Approach to Psychopathology. In G. Francesetti, M. Gecele, & J. Roubal (Eds.), *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact* (59 - 76), 1. vydání. Milano: FrancoAngeli.
- Freud, S. (1917). Trauer Und Melancholie. *Int. Z. Psychoanal.*, 4(6), 288-301.
- Fuhr, R., Sreckovic, M., & Gremmler-Fuhr, M. (2000). Diagnostics in Gestalt herapy. *Gestalt Review*, 4(3), 237-252.
- Fürst, A. (2003). Psychofarmakoterapie, psychoterapie a jejich kombinace. *Praktický lékař*, 5, 273-277.
- Gabbard, G. O. (1997). Dynamic Therapy in the Decade of the Brain. *Connecticut Medicine*, 61(9), 537-542.
- Gabbard, G. O. (1999). *Countertransference issues in psychiatric treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O. (2000). Mood Disorders, Psychodynamic Aspects. In: H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition on CD-ROM (14.9)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gallese, V., & Goldman, A. (1998). Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in Cognitive Sciences*, 2, 493-501.
- Gecele, M., & Francesetti, G. (2007). The Polis as the Ground and Horizon of Therapy. In: G. Francesetti (Ed.), *Panic Attacks and Postmodernity. Gestalt Therapy Between Clinical and Social Perspective*. Milano: FrancoAngeli.
- Gelso, C. J. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24(2), 117-131.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilroy, P. J., Murra, J., & Carroll, L. (2002). A preliminary survey of counselling psychologists' personal experiences with depression and treatment. *Professional Psychology: Research & Practice*, 33(4), 402-407.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. San Francisco, CA: University of California.

- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Aldine.
- Glaser, G. G. (1992). *Basics of grounded theory analysis: Emergence vs. forcing*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Gold, E. K., Zahm, S. G. (2008). The need for gestalt therapy research. In P. Brownell (Ed.), *Handbook for Theory, Research, and Practice in Gestalt Therapy (27–36)*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.
- Goldfried, M. R. (1995). Toward a Common Language for Case Formulation. *Journal for Psychotherapy Integration*, 5(3), 221-4.
- Goodman, C. R., & Shippy, R. A. (2002). Is It Contagious? Affect Similarity Among Spouses. *Aging & Mental Health*, 6, 266-274.
- Gotlib, I. H., & Robinson, L. A. (1982). Response to depressed individuals: Discrepancies between self-report and observer-rated behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 231-240.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Gottingen: Hogrefe.
- Green, L. B. (2006). The value of hate in the countertransference. *Clinical Social Work Journal*, 34(2), 187-199.
- Greenberg, E. (2002). Love, admiration, or safety: A system of Gestalt diagnosis of borderline, narcissistic, and schizoid adaptations that focus on what is figure for the client. *Gestalt!*, 6 (3), 393–405.
- Greenberg, L. (2008). Quantitative research. In P. Brownell (Ed.), *Handbook for Theory, Research, and Practice in Gestalt Therapy (64–89)*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.
- Greenberg, L. S. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 17(1), 15-30.
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. (2007). Case formulation in Emotion-Focused Therapy. In: T. D. Eells (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Case Formulation, (379-411)*. New York, London: The Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. (2005). *Emotion-focused Therapy for Depression*. Washington D. C.: APA Press.

- Greenberg, L. S., Watson, J., & Goldman, R. (1998). Process Experiential Therapy of Depression. In: L. S. Greenberg, G. Lietaer, & J. Watson. (Eds.), *Handbook of Experiential Psychotherapy: Foundations and Differential Treatment (227-248)*. New York: Guilford.
- Greenberg, L., Rice, L., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York, NY: Guilford Press.
- Gruetter, T. (2004). Interpersonal Psychotherapy of Depression by Klerman and Weismann. Písemný materiál k přednášce: Špindlerův Mlýn, V. sjezd psychiatrické společnosti ČLS JEP.
- Gurman, A. S., & Lebow, J. L. (2000). Family Therapy and Couple Therapy. In: H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry. Seventh Edition on CD-ROM (30.5)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gurtman, M. B. (1986). Depression and the response of others: Reevaluating the reevaluation. *Journal of Abnormal Psychology, 95*(1), 99-101.
- Gurtman, M. B., Martin, K. M., & Hintzman, N. M. (1990). Interpersonal reactions to displays of depression and anxiety. *Journal of social and Clinical Psychology, 9*, 256-267.
- Haccoun, D. M., & Laviguer, H. (1979). Effects of Clinical Experience and Client Emotion on Therapists' Responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(2), 416-418.
- Hammen, C., & Peters, S. D. (1978). Interpersonal consequence of depression: Responses to men and women enacting a depressed role. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 322-332.
- Hardy, G. E., Stiles, W. B., Barkham, M., & Startup, M. (1998). Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 304-312.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. L., & Rapson, R. L. (1993). Emotional contagion. *Current Directions in Psychological Sciences, 2*, 96-99.
- Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (2001). Clinical implications of research on countertransference: Science informing practice. *Psychotherapy in Practice, 57*(8), 1041-1051.
- Hayes, J. A., McCracken, J. E, McClanahan, M. K., & Hill, C. E. (1998). Therapist perspectives on countertransference: Qualitative data in search of a theory. *Journal of Counseling Psychology, 45*(4), 468-482.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research, 19*(1), 13-29.
- Hirshfeld, R., & Shea, T. (2000). Mood Disorders, Psychotherapy. In: H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition on CD-ROM*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins .

- Höll, K. (2008). Integrative gestalt psychotherapy. In: H. Bartuska, M. Buchsbaumer, G. Mehta, G. Pawlowsky, S. Wienesnagrotzki (Eds.), *Psychotherapeutic diagnostics, (119-122)*. New York, Wien: Springer.
- Homqvist, R., & Armelius, B. (1996). Sources of therapists' countertransference feelings. *Psychotherapy Research, 6*, 70-78.
- Hood, J. C. (2007). Orthodoxy vs. power: The defining traits of grounded theory. In A. Bryant, K. Charmaz (Eds.), *The SAGE handbook of grounded theory* (s. 151–164). London: Sage.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology, 38*(2), 139-149.
- Howard, K. I., Orlinsky, D. E., & Hill, J. A. (1969). The therapist's feelings in the therapeutic process. *Journal of Clinical Psychology, 25*(1), 83-93.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Los Angeles, CA: Sage.
- Charmaz, K. (2009). Shifting the grounds: Constructivist grounded theory methods. In J. M. Jaspers, K. (1963). *General Psychopathology (trans. from German by J. Hoenig and M.W. Hamilton)*. Manchester: Manchester University Press.
- Jenaro, C., Flores, N., & Arias, B. (2007). Burnout and coping in human service practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*, 80-87.
- Joiner, T. E. (1994). Contagious depression: Existence, specificity to depressed symptoms, and the role of reassurance seeking. *Journal of Personality & Social Psychology, 67*(2), 287-298.
- Joiner, T. E., & Katz, J. (1999). Contagion of depressive symptoms and mood: Meta-analytic review and explanations from cognitive, behavioral, and interpersonal viewpoints. *Clinical Psychology and Science Practise, 6*, 149–164.
- Joiner, T. E., Jr., & Metalsky, G. I. (1995). A prospective test of an integrative interpersonal theory of depression: A naturalistic study of college roommates. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 778–788.
- Joiner, T. E., Jr., Metalsky, G., Gencoz, F. & Gencoz, T. (2001). The Relative Specificity of Excessive Reassurance-Seeking to Depressive Symptoms and Diagnoses Among Clinical Samples of Adults and Youth. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*, 35-41.
- Jonesová, E., & Asen, E. (2004). *Systemická párová terapie a deprese*. Hradec Králové: Konfontace.

- Joyce, P., Sills, Ch. (2011). *Základní dovednosti v gestalt psychoterapii*. Praha: Portál.
- Katz, J., Beach, S. R. H. & Joiner, T. E., Jr. (1999). Contagious Depression in Dating Couples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 1-13.
- Kimura, B. (2000). *L'entre. Une approche phénoménologique de la schizophrénie*. Grenoble: Editions Jérôme Millon.
- Kimura, B. (2005). *Scritti di psicopatologia fenomenologica*. Roma: Giovanni Fioriti.
- King, D. A., & Heller, K. (1984). Depression and the response of others: A re-evaluation. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 477-480.
- Knop, J., Roubal, J. (2009). Gestalt terapie. In *Praha, Psychologická encyklopedie (B. Baštecká - ed.), Aplikovaná psychologie* (s. 110-114). Praha: Portál
- Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2006). "Difficult patients" in mental health care: A review. *Psychiatric Services*, 57(6), 795-802.
- Konopásek, Z. (2008). Making thinking visible with Atlas.ti: Computer assisted qualitative analysis as textual practices. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(2) Art. 12.
- Kostínková, J. (2009). *Zkušenost ženy v partnerství s mužem nemocným depresí (Magisterská diplomová práce)*. Brno: MU FSS, Katedra psychologie.
- Kratochvíl, S. (1997). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Kryl, M. (2006). Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(5), 250-255.
- Le Doux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21, 401-419.
- Levenson, H. (2013). Time-limited dynamic psychotherapy: Working with reactions to chronically depressed clients. In A. W. Wolf, M. R. Goldfried & J. C. Muran (Eds.), *Transforming negative reactions to clients: From frustration to compassion* (pp. 193-220). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lorenz, K. (2003) *Takzvané zlo*. Praha: Academia.
- Mackewn, J. (2004). *Gestalt psychoterapie*. Praha: Potrál.
- Macher, J. P., & Crocq, M. A. (2002). Editorial. Dialogues in Clinical Neuroscience. *Pathophysiology of Depression and New Treatments*, 4, 1-2.

- Marks, T., & Hammen, C. L. (1982). Interpersonal mood induction: Situational and individual determinants. *Motivation and Emotion*, 6, 387-399.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress*, 3(1), 131-149.
- McIntyre, M. S., & Schwartz, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 923-931.
- McPherson, S., Walker, C., & Carlyle, J. (2006). Primary care counsellors' experiences of working with treatment resistant depression: A qualitative pilot study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(4), 250-257.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Melnick, J. (2003). Countertransference and the gestalt approach. *British Gestalt Journal*, 12(1), 40–48.
- Melnick, J., & Nevis, S. M. (1998). Diagnosing in the Here and Now: a Gestalt Therapy Approach. In *Handbook of Experiential Psychotherapy, Foundations and Differential Treatment*. New York: Guilford.
- Mentzos, S. (2000). *Rozumíme sami sobě? Neurotické zpracování konfliktů*. Praha: Lidové noviny.
- Merian, S. D. (1993). The use of gestalt psychotherapy with clients suffering from bulimia. *The British Gestalt Journal*, 2, 125–130.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Librairie Gallimard.
- Merton, R.K., Fiske, M., & Kendall, P.L. (1990) *The focussed interview* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage
- Minkowski, E. (1933). *Le temps vécu: études phénoménologiques et psychopathologiques*. Paris: Presses Universitaires de France (it. trans. *Il tempo vissuto*, Einaudi, Torino, 2004).
- Mione, M., & Conte, E. (2004). Postmodernità e relazione educativa: l'età della
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing
- Morgan, D.L. (2001). *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.

- Murakumi, J. (2002). Gender and depression: Explaining the different rates of depression between men and women. *Perspectives in Psychology*, 5, 27–34
- Muran, J. C., & Hunger, C. (2013). Power plays, negotiations and mutual recognition in the therapeutic alliance: „I never met a client I didn't like... eventually“. In: A. W. Wolf, M. R. Goldfried, & J. C. Muran (Eds.), *Transforming Negative Reactions to Clients. From Frustration to Compassion* (23-44). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Najavits, L. M. (2000). Researching therapist emotions and countertransference. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 322-328.
- Nesse, R. M. (2000). Is Depression an Adaptation?. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 14-20.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101(2), 259–282.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Direction in Psychological Science*, 10, 173–176.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy Relationships that Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. London: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Wampold, B., E. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships: Research Conclusions and Clinical Practices. In: Norcross, J. C. (Ed.), *Psychotherapy relationships that work. Evidence-Based Responsiveness. Second Edition* (423-429). New York: Oxford University Press.
- Nummenmaa, L., Hirvonen, J., Parkkola, R., & Hietanen, J. K. (2008). Is emotional contagion special? An fMRI study on neural systems for affective and cognitive empathy. *NeuroImage*, 43, 571-580.
- O'Leary, E. (1992). *Gestalt therapy: Theory, practice, and research*. New York: Chapman & Hall.
- Parlett, M. (2005). Contemporary gestalt therapy: Field theory. In A. L. Woldt, & S. M. Toman (Eds.), *Gestalt Therapy. History, Theory, and Practice*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Paukert, A. L., Pettit, J. W., & Amacker, A. (2008). The role of interdependence and perceived similarity in depressed affect contagion. *Behavior Therapy*, 39, 277-285.
- Pentecost, D., & McNab, S. (2007). Keeping company with hope and despair: family therapists' reflections and experience of working with childhood depression. *Journal of Family Therapy*. 29, 403-419.

- Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (2004). *Gestalt terapie, Vzrušení lidské osobnosti a její růst*. Praha: Triton.
- Philippson, P. (2001). *Self in Relation*. London: Karnac Books.
- Pine, F. (1985). *Developmental Theory and Clinical Process*. New Haven: Yale University Press.
- Polster, E. (1995). *A Population of Selves*. San Francisco: Jossey Bass.
- Polster, E., & Polster, M. (2000). *Integrovaná Gestalt terapie*. Boskovice: Albert.
- Praško, J. (2005). Psychoterapie a farmakoterapie u afektivních poruch. *Psychiatrie Supplementum*, 1, 13-14.
- Praško, J., & Šlepecký, M. (1995). *Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch*. Praha: PCP.
- Praško, J., Prašková, H., & Prašková, J. (2003). *Deprese a jak ji zvládat. Stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál.
- Price, J. (1967). The Dominance Hierarchy and the Evolution of Mental Illness. *Lancet*, II, 7502, 243-246.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi*. Praha: Grada.
- Raboch, J., Anders, M., & Kryl, M. (2006). Depresivní poruchy u dospělých. In: J. Raboch, et al. (Eds.), *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče II*. Praha: Vademecum pro PC.
- Rahn, E., & Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie – Učebnice pro studium i praxi*. Praha: Grada.
- Ramseyer, F., & Tschacher, W. (2011). Nonverbal synchrony in psychotherapy: Coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 284-295.
- Reck, C., & Mundt, C. (2002). Psychodynamic therapy methods in depressive disorders: Pathogenesis models and empirical basis. *Nervenarzt*, 73, 613-619.
- Rehman, U. S., Gollan, J., & Mortimer, A. R. (2008). The marital context of depression: Research, limitations and new directions. *Clinical Psychology Review*, 28, 179-198.
- Reis, S., & Grenyer, B. S. (2002). Pathways to anaclitic and introjective depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 445-459.
- Rennie, D. L. (1998). Grounded theory methodology: The pressing need for a coherent logic of justification. *Theory & Psychology*, 8(1), 101-119.
- Rennie, D. L. (2000). Grounded theory methodology as methodical hermeneutic: Reconciling realism and relativism. *Theory & Psychology*, 10(4), 481-502.

- Rennie, D. L., & Fergus, K. D. (2006). Embodied categorizing in the grounded theory method: Methodical hermeneutics in action. *Theory & Psychology, 16*(4), 483–503.
- Rennie, D. L., Phillips, J. R., & Quartaro, G. K. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology. *Canadian Psychology, 29*(2), 139–150.
- Riemann, F. (1999). *Základní formy strachu*. Praha: Portál.
- Righetti, P. L. (2005). *Ogni bambino merita un romanzo. Lo sviluppo del sé dall'esperienza prenatale ai primi tre anni di vita*. Roma: Carocci.
- Rober, P., Elliot, R., Buysse, A., Loots, G., & De Corte, K. (2008). What's on the therapist's mind? A grounded theory analysis of family therapist reflections during individual therapy sessions. *Psychotherapy Research, 18*(1), 48-57.
- Robine, J. M. (2011). *On the Occasion of an Other*. Gouldsboro ME: Gestalt Journal Press. (it. trans. *Il dispiegarsi del sé nel contatto*, FrancoAngeli, Milano, 2011).
- Rook, K. S., Pietromonaco, P. R., & Lewis, M. A. (1994). When are Dysphoric Individuals Distressing to Others and Vice Versa? Effects of Friendship, Similarity and Interaction Task. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 548-559.
- Rosenberg, E. W., & Hayes, J. A. (2002). Origins, consequences, and management of countertransference: A case study. *Journal of Counseling Psychology, 49*, 221-232.
- Rosner, R., Frick, U., & Beutler, L. E. & Daldrup, R. (1999). Course of Depression in Different Psychotherapies. An Application of Hierarchical Linear Models. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 28*(2), s. 112-120.
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry, 48*, 225-230.
- Roubal, J. (2004). Gestalt přístup v terapii deprese. *Konfrontace, 1*, 31-36.
- Roubal, J. (2007a), Depression - A Gestalt Theoretical Perspective. *British Gestalt Journal, 16*(1), 35-43.
- Roubal, J. (2007b). Deprese – diagnóza vztahu. *Psych@som (Psychosomatická medicína), 1*(1).
- Roubal, J. (2007c). Přehled psychoterapeutických možností u deprese. *Acta psychiatrica postgradualia bohemica, Praha, Galén, 4*, 229-256.
- Roubal, J. (2007d). Psychoterapie deprese: přístup gestalt terapie. *Česká a slovenská psychiatrie, 103*(7), 341-345.
- Roubal, J. (2008). Fenomén bludného kruhu deprese z pohledu pěti psychoterapeutických směrů. *Československá psychologie, LII*(6), 615-624.

- Roubal, J. (2010a). Gestalt terapie. In: Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.). *Současná psychoterapie* (164-194). Praha: Portál.
- Roubal, J. (2010b). Diagnostikování a intervence v gestalt terapii. *Psychoterapie*, 2, 91-98.
- Roubal, J. (2012). The Three Perspectives Diagnostic Model: How Can Diagnostics Be Used In The Gestalt Approach And In Psychiatry Without An Unproductive Competition. *Gestalt Journal of Australia & New Zealand*, 8(2), 21-53.
- Roubal, J., Gecele, M., Francesetti, G. (2013). Gestalt Therapy Approach to Diagnosis. In: Francesetti G., Gecele M., Roubal J. *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. Milano: FrancoAngeli, 79-106.
- Roubal, J., & Řiháček, T. (2014). Therapists' in-session experiences with depressive clients: A grounded theory. *Psychotherapy Research*. (in press)
- Řiháček, T., Hytych, R. (2013). Metoda zakotvené teorie. In: Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. (Eds.). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. (pp.44-74). Brno, Masarykova univerzita.
- Sabar S. (2000). Bereavement, grief and mourning: A gestalt perspective. *Gestalt Review*, 4(2), 152-168.
- Salonia, G. (1989). Dal Noi all'Io-Tu: contributo per un teoria evolutiva del contatto. *Quaderni di Gestalt*, 8/9, 45-54.
- Salonia, G. (1992). Tempo e relazione. L'intenzionalità relazionale come orizzonte ermeneutico della Gestalt Terapia. *Quaderni di Gestalt*, 14, 7-20.
- Salonia, G. (2001a). Disagio psichico e risorse relazionali. *Quaderni di Gestalt*, 32/33, 13-22.
- Salonia, G. (2001b). Tempo e relazione. L'intenzionalità relazionale come orizzonte ermeneutico della psicoterapia della Gestalt. In Spagnuolo Lobb, M. (Ed.), *La Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e clinica*. Milano: FrancoAngeli.
- Salonia, G. (2007). Social Changes and Psychological Disorders. Panic Attacks in Postmodernity. In G. Francesetti (Ed.), *Panic Attacks and Postmodernity. Gestalt Therapy Between Clinical and Social Perspectives*. Milano: FrancoAngeli.
- Sandler, J., Dare, C., & Holder, A. (1994). *Pacient a analytik*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Segrin, C. (2004). Concordance On Negative Emotion In Close Relationships: Transimission Of Emotion Or Assortative Mating? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 836 – 856.
- Segrin, C., & Abramson, L. Y. (1994). Negative Reactions to Depressive Behaviors: A Communication Theories Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 655-668.

- Schröder, T. A., & Davis, J. D. (2004). Therapists' experience of difficulty in practice. *Psychotherapy Research, 14*(3), 328-345.
- Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist*. New York: W. W. Norton & Company.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How the relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Siegel, S. J., & Alloy, L. B. (1990). Interpersonal Perceptions And Consequences of Depressive-Significant Other Relationships: A Naturalistic Study of College Roommates. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 361-373.
- Sichera, A. (2001). A confronto con Gadamer: per una epistemologia ermeneutica della Gestalt. In M. Spagnuolo Lobb (Ed.), *Psicoterapia della Gestalt (17-41)*. Milano: Ermeneutica e clinica, FrancoAngeli.
- Smith, E. (1985). A Gestalt Therapist's Perspective on Grief. *Psychotherapy Patient, 2*(1), 65-78.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Los Angeles, CA: Sage.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Londyn: Sage.
- Spagnuolo Lobb, M. (1990). Il sostegno specifico nelle interruzioni di contatto. *Quaderni di Gestalt, 10/11*, 13-23.
- Spagnuolo Lobb, M. (2001a). From the Epistemology of Self to Clinical Specificity of Gestalt Therapy. In J. M. Robine (Ed.), *Contact and Relationship in a Field Perspective*. L'Exprimerie: Bordeaux.
- Spagnuolo Lobb, M. (2001b). La teoria del sé in psicoterapia della Gestalt. In M. Spagnuolo Lobb (Ed.), *La Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e clinica*. FrancoAngeli: Milano.
- Spagnuolo Lobb, M. (2002). A Gestalt Therapy Model for Addressing Psychosis. *British Gestalt Journal, 11*(1), 5-15.
- Spagnuolo Lobb, M. (2003a), Creative Adjustment in Madness: A Gestalt Therapy Model for Seriously Disturbed Patients. In M. Spagnuolo Lobb, & N. Amendt- Lyon (Eds.), *Creative License, The Art of Gestalt Therapy (25-31)*. Wien- New York: Springer.
- Spagnuolo Lobb, M. (2003b), Therapeutic Meeting as Improvisational Co- Creation. In M. Spagnuolo Lobb, & N. Amendt-Lyon (Eds.), *Creative License. The Art of Gestalt Therapy (30)*. Wien-New York: Springer.

- Spagnuolo Lobb, M. (2007b). L'adattamento creativo nella follia: un modello terapeutico gestaltico per pazienti gravi. In M. Spagnuolo Lobb, & N. Amendt-Lyon (Eds.), *Il permesso di creare. L'arte della psicoterapia della Gestalt*. Milano: FrancoAngeli.
- Stemberger, G. (2008). Gestalt theoretical psychotherapy. In: H. Bartuska, M. Buchsbaumer, G. Mehta, G. Pawlowsky, S. Wievesnagrotzki (Eds.), *Psychotherapeutic diagnostics (97-108)*. New York, Wien: Springer.
- Stephens, R. S., & Hokanson, J. E. (1987). Responses to depressed interpersonal behavior: Mixed reactions in a helping role. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(6), 1274-1282.
- Stern, D. N. (1995). *The Motherhood Constellation*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (1998). *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Stolorow, R. & kol. (1999). *Psicopatologia intersoggettiva*. Urbino: Quattro Venti.
- Strack, S., & Coyne, J. C. (1983). Social confirmation of dysphoria: Shared and private reactions to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 798-806.
- Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
- Strümpfel, U., & Goldman, R. (2006). Kontaktní gestalt terapie. In J. Cain, & J. Seeman (Eds.), *Humanistická psychoterapie, příručka pro výzkum a praxi, 1. díl (260–298)*. Praha: Triton
- Swanson, C., & Lichtenberg, P. (1998). Diagnosis in Gestalt therapy: A modest beginning. *The Gestalt Journal*, 21, 5–17.
- Thompson, E. (2001). Empathy and consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 8(5-7), 1-32.
- Van Orden, K. A., & Joiner, T. E. (2006). A Role For The Contagion of Emotion? A Comment on Segrin (2004). *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 825-832.
- Vavřda, V. (2004a). Psychoanalytická psychoterapie. In: J. Vymětal, J. (Ed), *Obecná psychoterapie (231-253)*. Praha, Grada.
- Vymětal, J. (1997). *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Vymětal, J. (2003). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada.
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 773-781.

- Weissman, M. M., & Markowitz, J. C. (2000). Interpersonal Psychotherapy. In: H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry. Seventh Edition on CD-ROM (30.7.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wheeler, G. (1991). *Gestalt Reconsidered*. New York: Gardner Press.
- Wheeler, G., & McConville, M. (2002). *The Heart of Development. Gestalt Approaches to Working with Children, Adolescents and Their Worlds*. Hillsdale, NJ: Analytic Press/Gestalt Press.
- Williams, D., & Levitt, H. M. (2007). Client's experiences of difference with therapists: Sustaining faith in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 18*(3), 256-270.
- Williams, E. N., & Morrow, S. L. (2009). Achieving trustworthiness in qualitative research: A pan-paradigmatic perspective. *Psychotherapy Research, 19*(4-5), 576-582.
- Williams, E. N., Judge, A. B., Hill, C. E., & Hoffman, M. A. (1997). Experiences of Novice Therapists in Prepracticum: Trainees', Clients', and Supervisors' Perceptions of Therapists' Personal Reactions and Management Strategies. *Journal of Counseling Psychology, 44*(4), 390-399.
- Williams, E. N., Polster, D., Grizzard, M. B., Rockenbaugh, J., & Judge, A. B. (2003). What happens when therapists feel bored or anxious? A qualitative study of distracting self-awareness and therapists' management strategies. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 33*(1), 5-18.
- Williams, L. (2006). Spirituality and Gestalt: A Gestalt-Transpersonal perspective. *Gestalt Review, 10*(1), 6-21.
- Winer, D., Bonner, T., Blaney, P., & Murray, E. (1981). Depression and social attraction. *Motivation and Emotion, 5*, 153-166.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the countertransference. *Int J Psychoanal, 30*, 69-75.
- Wolf, A. W., Goldfried, M. R., & Muran, J. C. (2013). Conclusion and clinical guidelines. In A. W. Wolf, M. R. Goldfried & J. C. Muran (Eds.), *Transforming negative reactions to clients: From frustration to compassion* (pp. 269-282). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wolf, A. W., Goldfried, M. R., & Muran, J. C. (2013). Introduction. In A. W. Wolf, M. R. Goldfried & J. C. Muran (Eds.), *Transforming negative reactions to clients: From frustration to compassion* (pp. 3-18). Washington, DC: American Psychological Association.
- Yontef, G. M. (2001). Relational Gestalt Therapy. In J. M. Robine (Ed.), *Contact and Relationship in a Field Perspective*. Bordeaux: L'Exprimerie.

- Yontef, G. M. (2005), Gestalt Therapy Theory of Change. In A. L. Woldt, & S. M. Toman (Eds.), *Gestalt Therapy: History, Theory and Practice (81-100)*. Thousand Oaks CA: Sage.
- Yontef, G. M. (2006). Gestalt therapy theory of change. In: A. L. Woldt, & S. M. Toman (Eds.), *Gestalt therapy. History, theory, and practice, (81-100)*. Sage Publications, Thousand Oaks.
- Yontef, G. (2009). *Gestalt terapie. Uvědomování, dialog a proces*. Praha: Triton.
- Zezulka, R. (2013). *Setkání dvou depresí: Zkušenost psychoterapeutek potýkajících se s depresí v terapii depresivních klientů*. Brno: MU FSS, Katedra psychologie.
- Zinker, J. (2004). *Tvůrčí přístup v Gestalt terapii*. Brno: Era.

5. Přílohy

5.1. Příloha 1: Podrobné informace o terapeutech

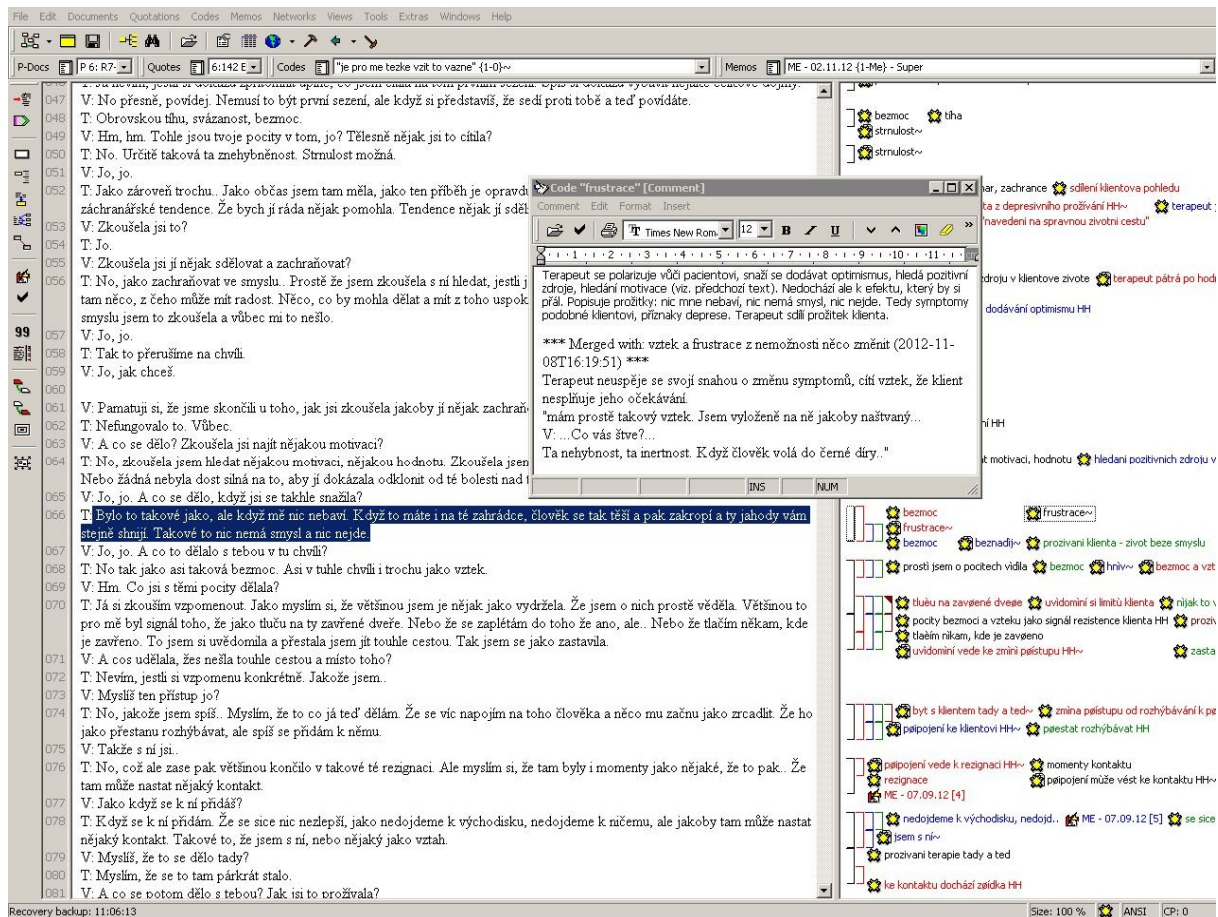
OHNISKOVÁ SKUPINA 1				
účastník	věk	pohlaví	psychoterapeutický výcvik	zkušenost psychoterapeutické práce s depresivními klienty (roky)
F1	40	F	dynamická psychoterapie, rodinná terapie, KIP	16
F2	67	F	KIP	10
F3	26	M	gestalt terapie	0,6
F4	41	F	krátkodobá psychoanalytická psychoterapie, KIP	13
F5	30	F	gestalt terapie	5
F6	38	M	dynamická psychoterapie (SUR)	10
F7	37	F	daseinsanalýza	7
F8	32	F	gestalt terapie	6
F9	41	M	skupinová psychoanalytická psychoterapie	13
F10	34	F	integrovaná psychoterapie	4
F11	57	F	humanistická psychoterapie	26
F12	51	M	KBT	24
F13	45	M	krátkodobá psychoanalytická psychoterapie	10
F14	61	M	dynamická psychoterapie (SUR), systemická terapie	37
OHNISKOVÁ SKUPINA 2				
účastník	věk	pohlaví	psychoterapeutický výcvik	zkušenost psychoterapeutické práce s depresivními klienty (roky)
F15	36	M	rodinná terapie (V. Satirové)	3,5
F16	41	F	dynamická psychoterapie (SUR)	5
F17	43	F	gestalt terapie	5
F18	29	M	PCA	2,5
F19	26	F	dynamická psychoterapie (SUR)	1,5
F20	28	F	dynamická psychoterapie (SUR)	0,5
F21	28	F	skupinová psychoanalytická psychoterapie	3
F22	33	M	integrovaná psychoterapie	6

INDIVIDUÁLNÍ ROZHOVORY				
účastník	věk	pohlaví	psychoterapeutický výcvik	zkušenost psychoterapeutické práce s depresivními klienty (roky)
P1	32	M	gestalt terapie	7
P2	52	M	dynamická psychoterapie (SUR), gestalt terapie	25
P3	42	F	gestalt terapie	12
P4	45	F	dynamická psychoterapie (SUR), gestalt terapie	15
P5	42	F	gestalt terapie, skupinová psychoanalytická psychoterapie	7
P6	33	F	gestalt terapie, body terapie	5
P7	44	M	gestalt terapie	6
P8	49	M	KBT	24

5.2. Příloha 2: Ukázka postupu otevřeného kódování

1. krok: Otevřené kódování (v programu Atlas.ti)

Vytvoření kódu *Frustrace* z přepisu 6. rozhovoru (Fanny)



2. krok: Spojování kódů do kategorií

Kódy se stejným obsahem se sdružují do jedné kategorie. Zde je příklad spojení kódů *Frustrace* a *Vztek a frustrace z nemožnosti něco změnit*. Takovýmto propojením ještě s dalšími významově stejnými kódy vzniká jedna kategorie, pro niž je jako výstižný použit název *Frustrace*. Komentáře k jednotlivým kódům jsou použity k popisu vlastností dané kategorie.

Meaning unit:

Bylo to takové jako (...) na zahrádce, člověk se tak těší a pak zakropí [tj. zaprší] a ty jahody vám stejně shnijí. Takové to: „nic nemá smysl a nic nejde“. (Fanny)

Meaning unit:

Mám prostě takový vztek. Jsem vyloženě (...) naštvaný (...) Ta nehybnost, ta inertnost [mě štve]. [Je to jako] když člově volá do černé díry... (FG1)

Code: Frustrace**Comment:**

*Terapeutka se polarizuje vůči klientovi. Pokouší se dodávat klientovi optimismus, hledá pozitivní zdroje a motivaci (ve smyslu předchozího textu). Zamýšlený efekt se ale nedostavuje a terapeut si připadá frustrovaný.
Prožitek, který následuje („Nic nemá smysl...“) je podobný depresivním symptomům klienta. Terapeutka sdílí prožitek s klientem.*

Code: Vztek a frustrace z nemožnosti něco změnit**Comment:**

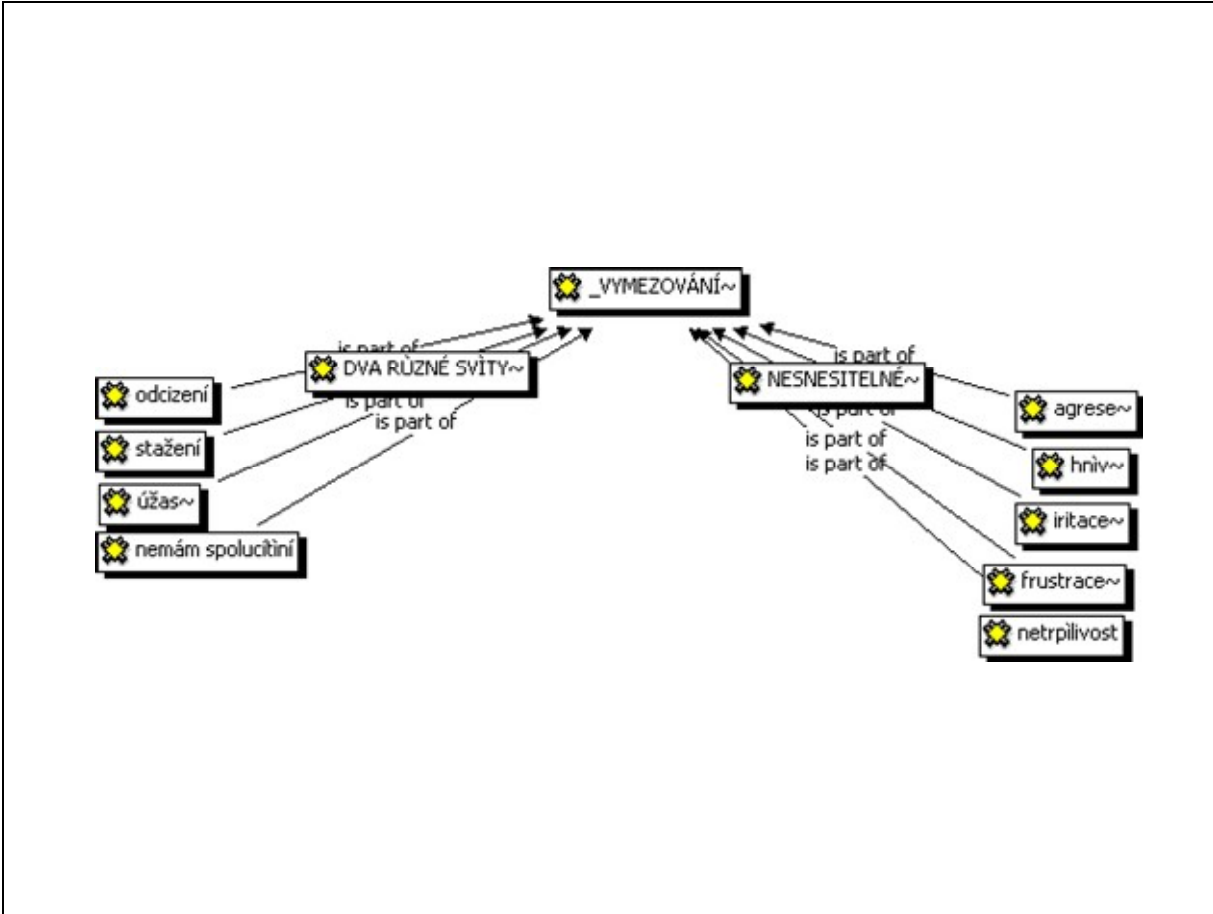
Terapeut neuspěje se svojí snahou o změnu symptomů, cítí vztek, že klient nesplňuje jeho očekávání.



Spojení kódů a vypracovávání kategorie **Frustrace**

3. krok: Vytváření větších kategorií

Kategorie popisující podobné jevy se sdružují do kategorií vyššího řádu. Kategorie *Frustrace* se spolu s kategoriemi *Agrese*, *Hněv*, *Iritace* a *Netrpělivost* sdružuje do vyšší kategorie *Nesnesitelné* (in vivo název) a ta spolu s kategorií *Dva různé světy* (in vivo název) vytváří jim nadřazenou kategorii *Vymezování*.



5.3. Příloha 3: Seznam kategorií před axiálním kódováním

CELKEM 4 HLAVNÍ KATEGORIE ČLENĚNÉ DO 30 – TI PODKATEGORIÍ

1. SITUACE

CHARAKTERISTIKA KATEGORIE: Jedná se o specifika terapeutické situace s depresivním klientem, jak je vnímají terapeuti. Jsou zde zařazeny různé způsoby, kterými se terapeut snaží uchopit, porozumět, dodat smysl své zkušenosti s depresivním klientem. Jedná se o pracovní hypotézy terapeutů, metafory i obecnější zkušenosti z práce s depresivními klienty.

POZNÁMKA: Nejsou zde zařazeny přímé popisy prožitku terapeutů (ty jsou v kategorii Prožitek) ani způsoby, jak tyto prožitky terapeuti zvládají (ty jsou v kategoriích Zvládání Hrana a Zvládání Polarizace). Tematicky se některé podkategorie (z kategorie Situace) částečně překrývají s kategoriemi v nad-kategorii Prožitek. V nad-kategorii Prožitek ale terapeuti přímo popisují své bezprostřední prožitky s depresivním klientem (např. „cítím lítost“). Oproti tomu v nad-kategorii Situace popisují již své porozumění situaci a svému prožitku v ní (např. „připadám si jako záchranář“).

PODKATEGORIE:

- 1.1. Neměnnost
- 1.2. Vtahování do deprese
 - 1.2.1. Klient uvízl
 - 1.2.2. Terapeut se propadá s klientem
 - 1.2.3. Obavy z vtahování
- 1.3. Snaha uniknout
 - 1.3.1. Signály ohrožení
 - 1.3.2. Ochránit se
 - 1.3.3. Odpojit se
- 1.4. Ztráta kontaktu
 - 1.4.1. Devalvace klienta
 - 1.4.2. Izolovat se
 - 1.4.3. Pro klienta není místo
 - 1.4.4. Nelze se napojit
- 1.5. Přeladění z deprese
- 1.6. Kontakt
- 1.7. Mezi dvěma světy
 - 1.7.1. Vědomé regulování intenzity
 - 1.7.2. Být spolu jen částečně
 - 1.7.3. Kontakt s klientem i s okolní realitou
 - 1.7.4. Různé perspektivy
 - 1.7.5. Vydržet oscilování

2. PROŽITEK

CHARAKTERISTIKA: V této kategorii jsou zde obsaženy všechny prožitky terapeutů v situaci s depresivním klientem, o kterých terapeuti mluví. Tato kategorie se tedy snaží zachytit bezprostřední prožitek terapeutů v situaci teď a tady. Různé způsoby konceptualizace prožitku (např. pracovní hypotézy) nejsou v této kategorii zahrnuty (jsou zařazeny do kategorie Situace). Kategorie Prožitek tedy mapuje emocionální a tělesnou reakci terapeuta na depresivního klienta (resp. to, jak o této své reakci terapeuti referují) na rozdíl od kategorie Situace, která mapuje, jak terapeuti situaci s depresivním klientem (a svému prožívání) v ní rozumí.

PODKATEGORIE:

2.1. Sdílení

1.1.1. Celkové ochromení

2.1.2. Selhávání vůči nárokům

2.1.3. Tělesný prožitek

2.2. Vymezování

2.2.1. Nesnesitelné

2.2.2. Dva různé světy

2.3. Ambivalence

2.4. Kontakt z odstupu

3. POLARIZACE

CHARAKTERISTIKA: Terapeut se ocitá ve specifické situaci s depresivním klientem (Situace) a tato situace specifickým způsobem ovlivňuje jeho prožívání (Prožitek). Terapeut se musí se svým prožitkem nějak vypořádat, zacházet s ním. Různé způsoby zvládnání vlastního prožitku popisují dvě kategorie: Polarizace a Hrana. Způsoby zvládnání se myslí všechny vědomé strategie i nevědomované impulzy, které terapeut při zvládnání svých prožitků používá.

Kategorie Polarizace zahrnuje ty způsoby zvládnání vlastního prožitku terapeuta, při kterých se terapeut dostává do prožitkově polaritního naladění než jeho depresivní klient. Depresivní prožitek depresivního klienta je z diagnostického hlediska charakterizován pokleslou náladou, únavou, apatií a beznadějí. Terapeut svůj prožitek v přítomnosti takového klienta zvládá tím, že se přeladuje na protikladné prožitky. Je více aktivní (Aktivizace), snaží se klientův stav změnit pomocí dodávání energie (Povzbuzování) či direktivním ovlivňováním klienta (Direktivní přístup). Terapeut se nenechá vtáhnout do spoluprožívání klientovy deprese. Namísto toho se vymezuje do pozice pomáhajícího experta, který má od deprese odstup, je v jiném prožitkovém světě. Z této bezpečnější, vzdálenější pozice se pak obrací na klienta jako ochránce (Ochraňování), utěšitel (Utěšování) nebo dokonce za něj přebírá zodpovědnost (Zneschopňování). Terapeut se také může odtáhnout od prožitku depresivního klienta přímo (Odmítání) či nepřímým, že klientovy obtíže nebere vážně (Zlehčování).

PODKATEGORIE:

3.1. Aktivizace

3.2. Povzbuzování

3.3. Direktivní přístup

3.3.1. Rady

- 3.3.2. Terapeut jako norma
- 3.3.3. Hledat řešení
- 3.4. Ochraňování
- 3.5. Utěšování
- 3.6. Zneschopňování
- 3.7. Odmítání
- 3.8. Zlehčování

4. HRANA

CHARAKTERISTIKA: Zvládání prožitku je oblast, která obsahuje dvě velké kategorie. Zvládání „polarizací“ a zvládání „na hraně“. Terapeut zažívá dvě protichůdné tendence: je stahován dolů (vtahování do prožitku deprese) a cítí potřebu uniknout. Při zvládání těchto prožitků zůstává „na hraně“, nenásleduje ani jednu z těchto protichůdných tendencí, vydrží napětí mezi nimi. Při zvládání na hraně terapeut přijímá limity klienta i terapeutické situace. Nedodává optimismus, nepolarizuje se, nesnaží se "ho aktivizovat", ale pomáhá mu "se aktivizovat".

Existují různé způsoby zvládání na hraně. Jeden z nich je snaha o **napojení se na smutek, ale ne na beznaděj**. Terapeut se napojí na prožitek a zároveň nesdílí vidění sebe a světa, které z toho prožitku vychází. Zastaví se na úrovni sdílení prožitku. Při zvládání svého prožitku již klienta nenásleduje, zvládá ho po svém. Každá noha terapeuta je v jiném světě - terapeut sdílí depresivní prožitek klienta, ale nesdílí jeho obraz světa, který si na základě svého prožitku klient vytváří. Pro pozici na hraně je tedy typická ambivalence.

Jak se liší zvládání na hraně od zvládání polarizací? Zásadní je, že při zvládání na hraně terapeut zachovává určitou míru kontaktu s prožitkem klienta. Reguluje si intenzitu spoluprožívání, ale pořád přijímá realitu klientova prožitku. Např. u kódu "pohyb" („*mi dělá strašně dobře i nějaký minimální pohyb*“) terapeut neztuhne spolu s klientem, hýbe se a to mu umožňuje s klientem zůstat. Naproti tomu u polarizace se terapeut také může hýbat, ale je to kvůli tomu, aby se ochránil před spoluprožíváním klientovy deprese, aby se oddálil (a ne zůstal). Snaží se popírat, nevidět, nevnímat realitu klientova aktuálního prožitkového světa. Snaží se změnit situaci.

PODKATEGORIE:

Čím je to umožněno?

- 4.1. Zpomalit
- 4.2. Neusilovat o změnu
 - 4.2.1. Přestat s aktivitou
 - 4.2.2. Rezignace
 - 4.2.3. Připojení bez ambice

Co dělá?:

- 4.3. Vzдорovat vťahování
 - 4.3.1. Regulovat intenzitu
 - 4.3.2. Vymezit se
 - 4.3.3. Vědomé vzdorování
- 4.4. Balancování

- 4.4.1. Blíž a dál
- 4.4.2. Kontakt s klientem i realitou kolem

Co při tom pomáhá?:

- 4.5. Naděje
 - 4.5.1. Vydržet v naději
 - 4.5.2. Smysluplnost
- 4.6. Nadhled
 - 4.6.1. Racionální zpracování
 - 4.6.2. Obecné zkušenosti
 - 4.6.3. Vědomí dočasnosti
 - 4.6.4. Vlastní kompetence
 - 4.6.5. Odlehčit
 - 4.6.6. Neprohlubovat emoce
- 4.7. Vědomí okolní reality
 - 4.7.1. Vědomí kontextu
 - 4.7.2. Vědomí rozdílného příběhu
- 4.8. Vědomí vlastních limitů
- 4.9. Zaměření na sebe
 - 4.9.1. Ohraničení
 - 4.9.2. Vlastní živost
 - 4.9.3. Sebepodpora
 - 4.9.4. Tělo

K čemu to vede?:

- 4.10. Vydržet
- 4.11. Být s
 - 4.11.1. Vydržet je náročné
 - 4.11.2. Terapeut má víc zdrojů než klient
 - 4.11.3. Od rozhýbávání ke kontaktu
 - 4.11.4. Kontakt s živým člověkem
 - 4.11.5. Připojení oživuje
 - 4.11.6. Naladění

5.4. Příloha 4: Ukázka zpracování události jako analytické jednotky

Událost 12 (E12)

Fanny (F1)

Přepis události:

(...)

V: (...) Zkus říct, jak jsi to prožívala (...) při terapii s ní.

T: Od začátku jsem to vnímala jako těžké. Měla jsem otázku, jestli vůbec to může mít naději ta terapie. Vlastně ona ještě přišla s tím, že chodila do nějaké [jiné] terapie a že nic. A zároveň jakože to můžu zkusit, že do toho můžu jít.

(...)

T: [Cítila jsem] obrovskou tíhu, svázanost, bezmoc.

V: Hm, hm. Tohle jsou tvoje pocity v tom, jo? Tělesně nějak jsi to cítila?

T: No. Určitě taková ta znehybnělost. Strnulost možná.

V: Jo, jo.

T: Jako zároveň trochu.. Jako občas jsem tam měla: „ten příběh je opravdu strašně těžký“. A měla jsem tam takové ty záchranářské tendence. Že bych jí ráda nějak pomohla. Tendence nějak jí sdělit, že přece v tom životě ještě je něco jiného.

V: Zkoušela jsi to?

(...)

T: Prostě že jsem zkoušela s ní hledat, jestli je tam ještě nějaká hodnota v tom životě. Jestli je tam něco, z čeho může mít radost. Něco, co by mohla dělat a mít z toho uspokojení. Něco, čeho si může ještě vážit. V tomhle smyslu jsem to zkoušela a vůbec mi to nešlo. (...) Nefungovalo to. Vůbec. (...) Zkoušela jsem hledat nějakou hodnotu. Tak jako žádná nebyla. Nebo žádná nebyla dost silná. (...)

V: Jo, jo. A co se dělo, když ses takhle snažila?

T: Bylo to takové jako (...) na zahrádce, člověk se tak těší a pak zakropí [tj. zaprší] a ty jahody vám stejně shnijí. Takové to: „nic nemá smysl a nic nejde“.

V: Jo, jo. A co to dělalo s tebou v tu chvíli?

T: No tak jako asi taková bezmoc. Asi v tuhle chvíli i trochu jako vztek.

V: Hm. Co jsi s těmi pocity dělala?

T: Já si zkouším vzpomenout. Jako myslím si, že většinou jsem je nějak jako vydržela. Že jsem o nich prostě věděla. Většinou to pro mě byl signál toho, že jako tluču na ty zavřené dveře. Nebo že se zaplétám do toho že: „ano, ale...“. Nebo že tlačím někam, kde je zavřeno. To jsem si uvědomila a přestala jsem jít touhle cestou. Tak jsem se jako zastavila.

V: A cos udělala?

(...)

T: No, jakože jsem spíš... (...) že se víc napojím na toho člověka a něco mu začnu jako zrcadlit. Že ho jako přestanu rozhýbat, ale spíš se přidám k němu. (...) No, což ale zase pak většinou končilo v takové té rezignaci. Ale myslím si, že tam byly i momenty jako nějaké, že to pak... Že tam může nastat nějaký kontakt.

V: Jako když se k ní přidáš?

T: Když se k ní přidám. Že se sice nic nezlepší, jako nedojdeme k východisku, nedojdeme k ničemu, ale jakoby tam může nastat nějaký kontakt. Takové to, že jsem s ní, nebo nějaký jako vztah. (...) Myslím, že se to tam párkrát stalo.

V: A co se potom dělo s tebou? Jak jsi to prožívala?

T: No stejně nepříjemně. (...) Nebo možná ne tolik nepříjemně. Možná, že to bylo takové to, že se postavíš pevně na zem. Dosedneš jako, že se tam přestaneš zmitat v nějaké aktivitě, ale prostě usedneš. Tak jako sedíš, teď ta zeď je neprostupná. A na jednu stranu je to úleva od té aktivity, ale na druhou stranu sedíš jako v něčem blbém.

V: Hm. V čem?

T: V nějakém smutku, beznaději, bezvýchodnosti.

Zpracování události:

Komentář:

Tato sekvence pěkně ilustruje Obecný model. Opakuje se zde to, že pohyb kolem hrany souvisí s rozdělením (vnímané) zodpovědnosti za průběh terapie. A také úleva poté, co si terapeut přestává brát všechnu zodpovědnost, přestává usilovat o změnu a přijímá situaci tak, jak je.

Obecný model:

1. Vtahování
2. Obrat – zachraňování se
3. Snaha o změnu
4. Polarizování
5. Obrat – ke klientovi
6. Zaměření na vztah
7. Pohyb na hraně

Srovnání s Obecným modelem:

1. Vtahování

Terapeut je vtahován do spoluprožívání deprese hned od prvního okamžiku setkání s depresivním klientem.

Prožívá situaci jako obtížnou, pochybuje o naději na změnu.

„Od začátku jsem to vnímala jako těžké. Měla jsem otázku, jestli vůbec to může mít naději ta terapie. „

Jedná se o stav úplně na začátku terapie, ještě předtím, než terapeut začne diagnostikovat klienta či popisovat situaci. Jde o první dojem terapeuta ještě předtím, než terapie začne, než spolu terapeut a klient naváží vztah (tím tento rozhovor doplňuje B1 a C1).

Proti tomu se staví profesní zodpovědnost, která terapeuta prožitkově vytahuje ze spoluprožívání deprese blíže k hraně. Nepodléhá beznaději, chce to zkusit, zažívá i určitý optimismus. Tím se odděluje od prožívání klienta.

„A zároveň jakože to můžu zkusit, že do toho můžu jít... Že mám pocit, že s každým to stojí za to zkusit.“

S klientem ale terapeut zažívá *„obrovskou tíhu, svázanost, bezmoc... taková ta znehybnělost. Strnulost možná.“*

2. Obrat – zachraňování se

Tato fáze zde není zastoupena.

3. Snaha o změnu

Terapeut se snaží vymanit z této svázanosti a bezmoci vlastní aktivitou. Prožívá „záchrannářské tendence“, snaží se klientovi pomoci, dodat mu naději, radost, uspokojení.

„měla jsem tam takové ty záchrannářské tendence. Že bych jí ráda nějak pomohla. Tendence nějak jí sdělit, že přece v tom životě ještě je něco jiného...jsem zkoušela s ní hledat, jestli je tam ještě nějaká hodnota v tom životě. Jestli je tam něco, z čeho může mít radost. Něco, co by mohla dělat a mít z toho uspokojení. Něco, čeho si může ještě vážit.“

4. Polarizování

„V tomhle smyslu jsem to zkoušela a vůbec mi to nešlo. Nefungovalo to. Vůbec.“

„...zkoušela jsem hledat nějakou motivaci, nějakou hodnotu. Zkoušela jsem hledat nějakou hodnotu. Tak jako žádná nebyla. Nebo žádná nebyla dost silná“

Terapeut prožívá demotivaci, ztrátu smyslu.

„Bylo to takové jako, ale když mě nic nebaví. Když to máte i na té zahrádce, člověk se tak těší a pak zakropí a ty jahody vám stejně shnijí. Takové to nic nemá smysl a nic nejde. „

Je tedy opět vtahován do spoluprožívání deprese. Zároveň se ale prožitkově vůči klientovi i polarizuje a kromě bezmoci i zažívá vztek.

„No tak jako asi taková bezmoc. Asi v tuhle chvíli i trochu jako vztek.“

5. Obrat – ke klientovi

Terapeut si tyto své pocity uvědomí, nenásleduje impulz prožitkově se vzdálit od klienta, vydrží je. Pocity vezme jako vodítko k dalšímu postupu, signál k tomu, aby se zastavil a změnil přístup ke klientovi.

„Co jsi s těmi pocity dělala? ... většinou jsem je nějak jako vydržela. Že jsem o nich prostě věděla. Většinou to pro mě byl signál toho, že jako tluču na ty zavřené dveře. Nebo že se zaplétám do toho: „ano, ale...“ Nebo že tlačím někam, kde je zavřeno. To jsem si uvědomila a přestala jsem jít touhle cestou. Tak jsem se jako zastavila.“

6. Zaměření na vztah

Terapeutka změní svůj přístup, bere si méně zodpovědnosti za změnu, méně se snaží aktivně změnu navodit.

Oproti tomu více zodpovědnosti nechává klientovi.

„se víc napojím na toho člověka a něco mu začnu jako zrcadlit. Že ho jako přestanu rozhýbávat, ale spíš se přidám k němu...“

7. Pohyb na hraně

Terapeut rezignuje na rychlou změnu, kterou by mohl aktivně vyvolat. Zároveň ale více vystupuje do popředí vztahový aspekt setkání: „Jsem s ní“. „Nic se nezlepší, ale může nastat kontakt“.

„No, což ale zase pak většinou končilo v takové té rezignaci. Ale myslím si, že tam byly i momenty jako nějaké, že to pak.. Že tam může nastat nějaký kontakt... Když se k ní přidám. Že se sice nic nezlepší, jako nedojdeme k

východisku, nedojdeme k ničemu, ale jakoby tam může nastat nějaký kontakt. Takové to, že jsem s ní, nebo nějaký jako vztah... Myslím, že se to tam párkrát stalo.“

Nedochází tedy již k velkým prožitkovým výkyvům ve smyslu vtahování nebo polarizování. Terapeut se pohybuje na hraně, kolem ní.

Terapeut prožívá úlevu od aktivity: „*prostě dosednout*“. Je smířený s tím sedět ve smutku, beznaději, bezvýchodnosti, strachu.

„A co se potom dělo s tebou? Jak jsi to prožívala? No jako stejně nepříjemně... Nebo možná ne tolik nepříjemně. Možná, že to bylo takové to jakože se postavíš pevně na zem. Dosedneš jako, že se tam přestaneš zmítat v nějaké aktivitě, ale prostě usedneš. Tak jako sedíš, teď ta zeď je neprostupná. Ale na jednu stranu je to úleva od té aktivity, ale na druhou stranu sedíš jako v něčem blbém...V nějakém smutku, beznaději, bezvýchodnosti. „

Shrnutí:

1. SITUACE-1 (tíha, pochybnosti o možnosti změny)
2. ZVLÁDÁNÍ („stojí za to to zkusit“)
3. PROŽITEK-1 (tíha, svázanost, bezmoc, znehybnělost, strnulost)
4. ZVLÁDÁNÍ-1 (záchranářské tendence; snaha pomoci; snaha dodat naději, radost, uspokojení)
5. ZVLÁDÁNÍ-1_pokračování (hledání motivace, hodnoty; snaha odklonit od bolesti)
6. SITUACE-2 (neúspěšná snaha o přeladění, o změnu symptomů)
7. SITUACE-2_pokračování (nic nemá smysl, nic nejde)
8. PROŽITEK-3 (bezmoc, vztek)
9. BOD OBRATU-2 (vydržet; jen registrovat; zpracovat jako signál, že tento způsob nemá žádoucí efekt; zastavit se)
10. ZVLÁDÁNÍ-2_pokračování (napojení, zrcadlení; „přestanu ho rozhýbávat, spíš se přidám k němu“)
11. SITUACE-3 („nic se nezlepší, ale může nastat kontakt“; jsem s ní)
12. PROŽITEK-4 (úleva od aktivity; „prostě dosednout“; sedět ve smutku, beznaději, bezvýchodnosti, strachu)

5.5. Příloha 5: Výskyt fází základní sekvence u jednotlivých událostí

číslo události	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
kód události	A1	A2	B1	B2	C1	C2	D1	E1	E2	E3	E4	F1	F2	F3	G1	G2	G3	G4	G5	H1	H2	H3	H4	H5	H6	I1	
vtahování (situace)																											
lítost, bezmoc (prožitek)																											
snaha o změně symptomů (zvládnání)																											
neměnnost (situace)																											
frustrace (prožitek)																											
bod obratu (zvládnání)																											
vztah (situace)																											
úleva, ambivalence (prožitek)																											

5.6. Příloha 6: Zastoupení průběhových variant událostí

	varianta 1: Přiblížení- Oddálení	varianta 2: Oddálení	varianta 3: Přiblížení	vyřazeno: jiná diagnóza	vyřazeno: neúplná událost
počet událostí	13	4	5	4	6
čísla událostí	E1, E5, E6, E7, E9, E10, E12, E13, E23, E26, E27, E28, E29	E16, E17, E18, E24	E3, E4, E8, E14, E21	E22,E30,E31, E32	E2, E11, E15, E19, E20, E25