



Jan Roubal

# Nepřekážet naději

Terapeutův  
průvodce  
depresivním  
polem



portál

Jan Roubal

# Nepřekážet naději

Terapeutův  
průvodce  
depresivním  
polem

Lektoroval: prof. PhDr. Jan Vymětal

© Jan Roubal, 2022

© Portál, s. r. o., Praha 2022

ISBN 978-80-262-1972-9

# Obsah

Poděkování . . . . .	5
Předmluva . . . . .	6
1 Jak deprese vlez pod kůži . . . . .	12
2 Depresíme spolu . . . . .	22
3 Proč to vlastně děláme? . . . . .	36
4 Terapeut v depresivní bažině . . . . .	45
5 Co vlastně děláme? . . . . .	57
6 Umožnit cítit bolest . . . . .	78
7 Umění „dělat nic“ . . . . .	89
8 Vzdát se naději . . . . .	105
9 Hlavně nepřekážet . . . . .	126
10 Pozvat cizince . . . . .	136
11 Na cestu . . . . .	153
D O D A T K Y	
12 Diagnóza jako opěradlo židle . . . . .	163
13 Nehádat se s léky . . . . .	176
14 Pohyb v sebevražedném poli . . . . .	188
Literatura . . . . .	198

# Poděkování

S vděčností myslím na všechny, od kterých jsem se po cestě učil.

A s láskou děkuji své ženě Kristině. Za všechno.

# Předmluva

*Bud' klidná, pravil jsem své duši, dej, ať na tebe sestoupí tma.*

...

*Bud' klidná, pravil jsem své duši, čekej a nedoufej,  
neboť bys doufala ve špatnou věc, čekej bez lásky,  
neboť bys milovala špatnou věc. Zbývá ještě víra,  
ale víra a naděje a láska spočívají jen v čekání.*

*Čekej a nemysli, neboť nejsi připravena myslet:  
tak tma se stane světlem a klid tancem.*

*Zurčení potůčků a blesk v zimě.*

...

T. S. ELIOT<sup>1</sup>

Tuto knihu píšu pro méně nebo více vyštavené psychoterapeuty. Pro ty, kteří střízlivíte po první fázi nadšení začátečníků, nebo už přímo zažíváte vyhořívání. Na příkladu práce s depresí zkusím ukázat, jak může být psychoterapie pro nás terapeuty nebezpečná. A také zkoumám, jak se v takovém nebezpečném poli můžeme smysluplně pohybovat. Jak to může být určitým způsobem radostné.

V depresi to hrozně bolí. Jako psychoterapeuti se snažíme trpícímu depresivnímu člověku ulevit. Vnímáme jeho bolest,

---

1 Eliot, T. S. (2014). *Čtyři kvartety*. Argo, s. 25.

soucítíme s ním. Když se mu takto chceme přiblížit, musíme se ale také lidsky do jeho trápení zanořit, musíme „riskovat sami sebe“ (Rogers, in Anderson, 1997). K tomuto humanistickému apelu bych rád doplnil instrukci, kterou slyšíme před startem letadla: než začnete zachraňovat, nasadte si masku sami. V této knize pro psychoterapeuty nabízím svůj pohled na to, jak si při psychoterapii deprese takovou masku nasazovat. Nepíšu tedy vlastně o tom, jak pracovat s depresivními lidmi. Píšu o tom, jak pracovat se sebou, když jako terapeuti sedíme s depresivním člověkem.

Osvědčené a doporučené přístupy pro psychoterapii deprese byly popsány již mnohokrát. V této knize bych se tedy místo na vhodné terapeutické intervence chtěl zaměřit spíše na mnohdy opomíjenou otázku: odkud psychoterapeutické intervence vychází? Z jakého místa terapeut<sup>2</sup> mluví, jakým způsobem je přítomen? Sebedůmyslnější a sebevíc výzkumně ověřovaná intervence nejspíš nebude moc fungovat, pokud ji bude provádět terapeut, který je sám vyděšený, neukotvený, mimo sebe. A naopak, velkou práci může udělat i úplně běžná a jednoduchá intervence, jako třeba úsměv. Taková intervence bude velmi mocná, pokud ji provede terapeut uvolněný, uzemněný a osobně v souladu se svým záměrem teď a tady. O tom se zde tedy pokouším psát: Jak můžeme jako terapeuti v tomto smyslu pracovat sami se sebou. Jak můžeme nastavit sami sebe, abychom byli dobře přítomni s druhým člověkem, který se propadl do deprese.

Základní rámec pro mě představuje prožitkově zaměřený humanistický přístup gestalt terapie. Ten jsem se naučil jako mateřský psychoterapeutický jazyk a do něj také integruji inspirace odjinud. Pracuji po svém a používám to, v čem se cítím sám sebou a o čem se domnívám, že lidem, se kterými pracuji, pomáhá.

---

2 Když mluvím o terapeutech a klientech obecně, používám kvůli plynulosti textu mužský rod. Proším vás, abyste si ale při čtení na těchto místech představili rod, který tam potřebujete.

Tímto způsobem se zde snažím představovat teoretické psycho-  
terapeutické koncepty. Jako inspirace, které si každý může po  
svém integrovat do vlastního terapeutického přístupu.

Gestalt terapie je směr, který vyrůstá z humanistické a existenciální tradice v psychoterapii. To pro mě znamená, že se snažím vidět klienta i sebe v jedinečnosti našich příběhů. Setkávat se s klientem jako s druhou lidskou bytostí a být si vědom jedinečnosti okamžiku, v němž se setkáváme. A také se s pokorou otevírat jedinečnému procesu nabývání smyslu, kterého se prolnutí našich příběhů v tento okamžik účastní. Smyslu, který nás přesahuje a který můžeme zažívat skrze naši tělesnou přítomnost teď a tady. Opakovaně zde používám slovo jedinečný, protože pro mě představuje určitou esenci tohoto přístupu. Znamená pro mě vlastně jednoduchou zásadu: to, co se děje teď, se ještě nikdy v historii a nikde na světě nestalo a už se nikdy nikde nestane. Dělat psychoterapii podle mě v podstatě znamená opakovaně se k této jednoduché zásadě vracet a prožívat ji znovu a znovu při setkání s druhým<sup>3</sup>.

V této knize předkládám koláž praktických zkušeností, teoretických konceptů a výzkumných zjištění. Každá z těchto složek je psána trochu jinak. Poznámky z praxe jsou často dosti jednoduché nápady, které mi jsou v mé práci nápomocné. Jejich jednoduchost je pro mě při práci výhodou, protože si je snadno vybavím a v náročné chvíli s klientem se jich přidržím. Praktické zkušenosti se prolínají s inspiracemi z teorie a výzkumu. Výběr uváděných teoretických a výzkumných textů je silně subjektivní. Zmiňuji zde, co z teorie se ke mně dostalo, promluvílo ke mně a pomáhá mi v mé práci<sup>4</sup>. Praktickou a te-

---

3 Podrobně přístup gestalt terapie popisují v knize *Současná psychoterapie* (Roubal, 2010).

4 Ta pomoc je myslím dvojího druhu. Jednak mě teoretické koncepty a výzkumná zjištění podporují tím, že mi umožňují vidět moji práci jako smysluplnou, zařazenou do širšího celku. A také ve mně vzbuzují zvědavost, ukazují mi moji rutinní práci v novém světle a snad mě tím trochu chrání před vyhořením.



oretickou část pak doplňuji výsledky svého zkoumání toho, co se děje s psychoterapeutem, který se setkává s depresivním klientem. Jak tuto náročnou situaci prožívá, jak jí rozumí, jak se v ní orientuje, co mu umožňuje ji zvládnout a jaké má možnosti ji proměňovat.

V knize se odvažuji předkládat svoje porozumění konceptům, u kterých mám leckdy podezření, že jim teď vlastně úplně porozumět nedokážu. Nahlížím do teoretického uvažování jiných autorů a dovoluji si vybírat ty aspekty jejich práce, které mě oslovily a složily se v mé mysli tak, že mi pomáhají v mé práci. Jsem si ale až bolestně vědomý toho, kolik jsem toho nepřečetl o zkušenostech jiných, kolik jsem toho minul z nashromážděné moudrosti psychoterapeutů přede mnou. Zároveň ale tuším, že i kdybych to všechno přečetl, stejně bych si na to musel ještě přijít sám. Předkládám vám tedy, na co jsem si přišel. A doufám, že se třeba od mého textu odrazíte ve vlastním teoretickém přemýšlení o své práci a popojdete kousek dál svým směrem.

Potřebuji zde na začátku zmínit ty, bez nichž by kniha v této podobě nemohla vzniknout. Některé části knihy jsou totiž mým volným a přepracovaným překladem textů, které jsme psali společně. Snažím se příspěvky svých kolegů odlišovat citacemi a rozvíjet v knize hlavně své vlastní nápady. Někde ale takové rozdělení není úplně možné. Na mnoha místech se objevují myšlenky, které vyrostly z našeho dialogu a které tak jsou společným dílem. S velkou vděčností zde tedy chci ocenit přínos všech svých kolegů, se kterými jsem se na své profesní cestě učil a rozvíjel s nimi různá témata popsaná v této knize. Jsou to zejména Gianni Francesetti (psychopatologie, diagnostika, teorie pole), Michela Gecele (psychopatologie, diagnostika), Elena Křivková (kombinace psychoterapie a léků), Dave Mann (práce se sebevražedným klientem), Tomáš Řiháček (zde prezentovaný výzkumný projekt) a Stáňa Dudová (teorie pole). Moc děkuji všem kolegům, kteří tuto knihu přečetli ve stavu

teprve nahrubo opracovaném a pomohli mi výsledný tvar do-  
brousit. S vděčností myslím také na lidi, které jsem potkal jako  
klienty a se kterými jsem učil asi nejvíc. Pod jmény Lucie, Ri-  
chard, Daniel, Vojta, Monika, Valerie, Viktor, Alžběta, Michal  
a Zuzana se s některými z nich potkáte i vy.

Přiznám se, že mám v této knize takovou jednu nerozváž-  
nou ambici: nastítnit vám, jak si představuji praktickou apli-  
kaci teorie pole při psychoterapeutické práci s lidmi s psycho-  
patologickou zkušeností, v tomto případě s depresí. Zkousím  
popisovat, jak se dívám na depresivní pole. Detailně ho pro-  
hlížím jako pod lupou, poslouchám ho, tuším ho. Z různých  
stran se pokouším nahlédnout to, co vidět není. Co se v psycho-  
terapeutické situaci děje, ale nezhmotňuje. Z čeho teprve pozo-  
rovatelné jevy psychoterapeutického procesu vyrůstají. Z velké  
části tedy píšu o něčem, co bychom si mohli představit jako  
podhoubí.

Pokouším se psát o neviditelném podhoubí situace teď  
a tady při setkání dvou lidí. O depresi samotné zde toho vlastně  
moc neuvádím<sup>5</sup>, píšu spíše o prožitkovém zázemí, ze kterého  
houba<sup>6</sup> zvaná deprese vyrůstá. Zároveň tuším, že se mi to po-  
psat nepodaří, protože slova jsou na příjemnou vlákninu pod-  
houbí příliš hrubá a velká. Popisováním tu neuchopitelnou jem-  
nost a proměnlivost vlastně ničím. Podhoubí nejde zahlédnout  
přímo, je v temnotě pod zemí. Propojené daleko dál a víc, než  
si dovedu představit. Domnívám se, že teorie pole se právě toto

---

5 Ve své habilitační práci *Gestalt terapie v klinické praxi. Teorie, praxe a vý-  
zkum v psychoterapii deprese* (Roubal, 2016) podrobně rozvádím teoretické  
koncepty interpersonální dynamiky deprese, vztahově zaměřené diagnostické  
postupy a perspektivy, výzkumně podloženou konceptualizaci terapeutova  
prožívání s depresivním klientem i odvozené možnosti psychoterapeutických  
intervencí.

6 Metaforu houby používám v knize opakovaně. Vědomě si dovoluji opomíjet to,  
že organismus houby zahrnuje jak podzemní podhoubí, tak nadzemní plodnici.  
Kvůli srozumitelnosti metafory používám laické názvosloví návštěvníka lesa.  
Co lze vidět vyrůstat nad zem, tomu se říká houba.

snaží uchopit, když popisuje procesy, před nimiž žasnu, které ale nemůžu plně pochopit. Zdá se mi dokonce, že to je pro moje dobro. Že moje mysl tímto způsobem chrání moje duševní zdraví a já jsem jí proto vděčný za svoji tupost a omezenost.

Jak vidíte hned zde na začátku, asi to nebude příliš jednoduché čtení. Prosím vás, abyste se naladili na můj styl psaní. Píšu, jako když vyřezávám figurku ze dřeva. Otáčím dřevo v dlani, odříznu šupinku, otočím, odříznu jinde, pak otočím zpět a zase a zase. Postupně se vynořuje tvar. Stejně tak se v této knize vracím k podobným tématům a z různých stran je opracovávám. Zvu vás k dobrodružství, během něhož se tímto způsobem začne vynořovat uchopitelný tvar. Mým záměrem ale není, abyste na konci knihy tento tvar pevně drželi. Spíše se pokusím být vám nápomocný, abyste se vyladili na jemnou tkaninu depresivního podhoubí. Pomocí metafor, příběhů i vědy se vás budu pokoušet zcitlivět, abyste potom mohli nacítit podhoubí deprese při setkání se svým klientem.

Mým záměrem v zásadě je, abychom jako terapeuti nežili v iluzi, že se nás ve vztahu s depresivním člověkem deprese nedotýká. Myslím si totiž, že ona v přítomnosti depresivního člověka svým podhoubím prorůstá i nás. Ovlivňuje tak, jací jsme my sami v kontaktu s depresivním člověkem. A nejspíš to jinak ani nejde a ani by to vlastně nedávalo smysl. Vždyť my potřebujeme risknout sami sebe, abychom dali šanci setkání s depresivním člověkem před sebou. Jako terapeuti ale můžeme tímto způsobem pracovat vědomě. Z práce v depresivním poli se pak může stát tvořivý, oživující a osvobozující proces. Naše svoboda jako by zalévala depresivní podhoubí. My potom můžeme sledovat, co z toho vyroste. Co se stane s depresí ve svobodné a tvořivé atmosféře?

# Jak deprese vleze pod kůži

*Ne málo mne postihla tato choroba,  
anebo mám snad říci:  
má paní Melancholie ...?*

ROBERT BURTON<sup>7</sup>

Lucie se s depresí potýkala opakovaně po celý život. Nepravdělně, spíš v závislosti na událostech, které ji potkávaly, se na několik měsíců nořila do naprostého útlumu, nečinnosti, nezájmu. V posledních třech letech byla dvakrát hospitalizována na psychiatrii. Antidepresiv vystříдалa několik, „trochu pomáhají, moc ne“. Lucii je 39, bydlí na vesnici v rodinném domě s manželem a dvěma čerstvě dospělými syny. Kvůli depresi má invalidní důchod.

Na psychoterapii ke mně Lucie chodí rok a půl. Chodí ráda, na sezeních hodně pláče, odchází uvolněná. „Je to tady pro mě taková oáza,“ říká. Okolní svět je pro ni nepřátelský a nebezpečný. Vyrůstala v rodině, kde otec bil matku, pil, ponižoval všechny kolem sebe. Co nejdřív z domova odešla. Brzy se vdala, manžel začal pít, bít ji, ponižovat ji. Synové to okoukali. Doma

7 Burton, R. (2006). *Anatomie melancholie*. Prostor (s. 31). K citátu je potřeba dodat, co autor vzkazuje přes čtyři století (jeho kniha vyšla poprvé 1621): „Přijde-li podřadný rétor sentence hledat si v textu, citáty pro všechny pády snadno by po ruce měl, co libě na jazyku splynou, tu ihned zavří se knižo...“ (s. 16).

se k ní všichni chovají „jako ke služce“. Už spoustu let, vlastně nic jiného nezná, lepší to nebude. Nedávno „omylem“ vystoupila z jedoucího vlaku, nechtěla se zabít, ale vlastně by jí nevařilo být mrtvá.

Dům, kde bydlí, je sice její po rodičích, nemá tam ale vlastní místo. Na noc, až když jdou všichni spát, si odsune stůl v kuchyni a rozloží gauč. Ráno musí dát zase kuchyň do původního stavu, než chlapi vstanou. Nadávají jí, že je pomalá, hloupá, „na hlavu“. Ona pláče. „Neřvi nám tady. To si nech k Roubalovi.“

Tak jsem se stal součástí systému. Při našich setkáních „v oáze“ psychoterapie Lucie nabere síly, aby mohla vydržet další týden. Za týden přijde na psychoterapii zase vyčerpaná a ubitá. Opět s ní sedím v té tíze a beznaději. Uleví se jí, že na to není sama, vypláče se.

Mám Lucii rád a už to takhle nemůžu vydržet. K čemu je taková psychoterapie dobrá? Jen pomáhám udržovat psychopatologii rodinného systému. Beznaděj. To s Lucií zažívám. A také bezmoc. Je jasné, co by bylo potřeba změnit a jak, ale Lucie k tomu nemá ani sílu, ani odvalu a já už jsem vyzkoušel všechno, co umím. Jediné, co můžu dělat, je poskytnout jí jednou za týden bezpečné místo, kde ji nikdo neponižuje. Aby nabrala trochu sil a mohla se nechat dál ponižovat a utlačovat doma. Začarovaný kruh. Bezmoc, beznaděj. Také únava, vyčerpání. A podráždění, vztek. Jsem použitý jako mazadlo do soukolí patologického vztahového soustrojí. Tak zase za týden na shledanou, Lucie. A kdo další má přijít teď?

Nejdřív jsem si všiml, že jsem radši začal psát zápisy než pracovat přímo s klienty. Bylo méně vyčerpávající sedět sám ukrytý v pracovně u počítače než se potkávat s lidmi, kteří ode mě čekali pomoc. Po pěti letech intenzivní psychotherapeutické práce s depresivními lidmi jsem je vlastně už ani nechtěl vidět. Byla to povinnost, do které jsem se musel

nutit. Moje tělo to začalo odmítat. Tak jsem to opravdu vnímal, tělesně. Moje tělo odmítalo sedět na terapeutické židli a dávalo mi to jasně najevo. Sedět s klienty jako psychotherapeut mě opravdu tělesně bolelo. Když jsem jel po práci na kole, po mnoha kilometrech, kdy jsem si užíval pohyb a krajinu, začaly najednou z těla do mysli vylézat příběhy mých klientů. Utrpení, bolest, bezmoc a beznaděj se mi dostaly pod kůži.

Potom jsem začal být sám depresivní. Pamatuji si moment, kdy mi to došlo. Nebyl jsem schopen doběhnout deset metrů na tramvaj, v nohách místo svalů voda. Jako stařeček jsem se došoural na zastávku, tramvaj už odjížděla a já čekal na další. Ano, pořádné vyhoření. Byl jsem donucen začít se starat sám o sebe. Nejsem si jistý, jak moc mi pomohla samotná antidepressiva, podstatné ale bylo přiznat si, že na to vlastními silami nestačím. Psychoterapie mi pak pomohla smířovat se s realitou a bylo důležité, že jsem v tom nebyl sám. Hodně mi také pomohlo přesměrování pozornosti na péči o tělo a o můj duchovní svět. Změnil jsem práci, ubral množství a závažnost klientů. Postupně se z té zkušenosti vyhoření stal důležitý transformační milník mého života. Nejen osobně, ale i profesně.

Začalo mě totiž zajímat, co se mi to vlastně přihodilo. Dodržel jsem rozumnou psychohygienu, odděloval práci od osobního života. Žil jsem šťastné a naplněné období v rodině, měl jsem kamarády, zájmy. A přesto se mi deprese dostala pod kůži. Jako bych nasákl utrpením lidí, se kterými jsem se v práci potkával. Jako kdybych se nakazil. Tak jsem to začal zkoumat. Zjistil jsem, že zdaleka nejsem sám, že podobnou zkušeností prošlo mnoho mých kolegů, jen o tom moc nemluvili. Také jsem objevil, že „nakažlivost deprese“ je již relativně dlouho studovaný jev. Začal jsem tedy sám zkoumat, co se s terapeutem děje v kontaktu s depresivním člověkem.

Kromě výzkumu mě moje osobní zkušenost vedla i k teoretickému promýšlení psychoterapie deprese. Zde byl zlomový zážitek z doby, kdy mé vyhoření kulminovalo. Chodili jsme se ženou vysoko v Alpách. Já jsem se tedy tenkrát spíš vlekl, mysl zaměstnaná sama sebou okolí příliš nevnímala. Poodešel jsem kousek stranou a do hlubokého skalnatého údolí ze mě moje frustrace vyřvala: „Já už kurva nechci nikomu pomáhat!“ Byl to silný moment, při kterém jsem se snad vyvlékl z navyklého způsobu, jak se vztahovat k utrpení, který se u nás předával z generace na generaci. A také to byl silný profesionální impulz. Chci dál dělat psychoterapii a zároveň už nechci pomáhat. Jde to? Co pak budu s klienty dělat? A k čemu jim to bude? Stal se z toho pro mě takový kóan a současně intelektuální výzva, která ve výsledku vedla až k této knize.

## **Výzkumná studie: Prožívání terapeutů v průběhu psychoterapeutického sezení s depresivními klienty**

Co se děje s psychoterapeutem v kontaktu s depresivním klientem?<sup>8</sup> Rozhodl jsem se toto téma, se kterým jsem se seznámil na vlastní kůži, více prozkoumat. Nejdřív jsem se začel do dosavadních výzkumných zjištění. Zajímavé je, že i v psychoterapeutické literatuře se děje to, co v naší praxi. Snažíme se pomoci depresivnímu člověku před sebou, a přitom sami na sebe zapomínáme. O tom, jak může psychoterapie pomoci, pojednává velké množství klinické i výzkumné literatury. Ale o pomáhajícím, který se při své práci setkává s emocionálně silnými depresivními stavy klienta, se toho ví relativně málo.

---

8 Kvůli zaměření na terapeuta se v knize vyhýbám podrobnější klasifikaci různých druhů depresivní zkušenosti. Ponechávám zde prostor terapeutům samotným, aby si dosadili jemnější odstíny toho, jak sami prožitkově rezonují s individuálně specifickou depresí svého konkrétního klienta.

## Šum v přijímači

Nepříjemné prožitky s obtížnými klienty představují rizikový faktor pro rozvoj profesionální nepohody a syndromu vyhoření (Jenaro a kol., 2007). Psychoterapeuti přesto mají obecně sklon své prožitky s klienty znevažovat jako nahodilé a čistě subjektivní, nebo je dokonce znehodnocují jako obtěžující, kontraproduktivní a neprofesionální (Wolf a kol., 2013). Tím, že psychoterapeuti své vlastní reakce vnímají jenom jako „šum“ v psychoterapeutickém procesu, nejen že zvyšují riziko rozvoje syndromu vyhoření, ale také „riskují, že přijdou o důležitý zdroj dat, která mohou přímo či nepřímo ovlivnit psychoterapeutickou alianci a mít negativní vliv na výsledky léčby“ (Wolf a kol., 2013, s. 8). Přehlížení vlastních prožitkových reakcí psychoterapeutů, může dokonce vést k poškození klientů (Castonguay, Boswell, Constantino, Goldfried a Hill, 2010).

Prožitky terapeutů jsou stále výzkumně dosti zanedbávanou oblastí. Odborné autority (Najavits, 2000; Hayes a Gelso, 2001) proto zdůrazňují, jak podstatné je věnovat se jim jako důležitému klinickému fenoménu, který se zákonitě objevuje v každodenní praxi a který psychoterapeuti mohou využívat k posílení terapeutického procesu. Konkrétně u depresivních klientů je pak zejména důležité zabývat se zkoumáním těch interakcí, při kterých dochází k odmítání depresivního člověka ostatními (Gurtman, 1986).

O vlivu deprese na terapeuta můžeme leccos odvodit z interpersonálních teorií deprese, které rozvádí, jak deprese vzniká a udržuje se ve vztazích. Můžeme předpokládat, že se tyto vztahové aspekty objevují i v psychoterapeutickém vztahu, kde se s nimi dá také pracovat. To je ale nedostatečně doloženo výzkumy, které by se detailně zabývaly tím, jak psychoterapeutická práce s depresí působí na terapeuty.



Výzkumníci 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 a Murray, 1981; Brody a Farber, 1996; McIntyre a Schwartz, 1998).

Málo se také odlišuje dlouhodobý vliv od aktuálního vlivu deprese přímo v průběhu sezení. Některé studie sice zkoumaly terapeutovy prožitky v průběhu sezení (např. Deutsch, 1984; Howard, Orlinsky a Hill, 1969; Williams, Polster, Grizzard, Rockenbaugh a Judge, 2003), věnovaly se jim ale obecně a nezabývaly se specificky terapií deprese.

Pro svoji kvalitativní výzkumnou studii jsem si tedy zvolil výzkumnou otázku: „Jak terapeuti prožívají psychoterapeutické sezení s aktuálně depresivním klientem?“ S ní jsem se obrátil na kolegy. Nejdříve jsem vedl polostrukturované individuální pohovory s terapeuty, kteří pracují s depresivními klienty. Do hloubky jsme prozkoumávali jejich zkušenost. Ptal jsem se jich:

„Jak si vybavujete své psychoterapeutické sezení s klientem, který je aktuálně depresivní?“

„Co jste při tomto sezení prožíval/a?“

„Jak se váš prožitek vyvíjel?“

„Co jste dělal/a?“

„Co vám pomáhalo?“

„Co se stalo potom?“

„Napadá vás výstižná metafora pro to, co se na sezení dělo?“

Na základě těchto rozhovorů jsem vytvořil provizorní teoretický model, který jsme dále rozpracovávali při diskusích ve skupinách dalších terapeutů<sup>9</sup>.

## **Prožitky, které v terapeutovi vzbuzuje právě deprese.**

Při zpracování rozhovorů jsem se zaměřil na ty prožitky terapeutů, které oni sami připisovali klientovu aktuálnímu depresivnímu stavu přímo na psychoterapeutickém sezení. Stranou jsem nechával další prožitky psychoterapeutů, ve kterých hrály ústřední roli osobní reakce terapeuta na osobnost klienta i jeho životní příběh a souvisely s terapeutovou vlastní historií, s jeho vlastními procesy.

Pro takovéto rozdělení jsem našel opodstatnění i v literatuře. Prožitky terapeuta s klienty byly historicky většinou teoreticky zahrnovány do konceptu protipřenosu. Tento koncept prošel dlouhým a komplexním vývojem. Obecně dnes hlavní teorie považují protipřenos za fenomén týkající se pocitů a emocí, který je spoluutvářený klientem i terapeutem (Gabbard, 1999). Gelso a Hayes (2007) ve svém integrativním konceptu rozdělili subjektivní prožitky terapeutů na (1) protipřenosovou složku spojenou s terapeutovými osobními nevyřešenými konflikty a slabými místy 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. Odkazují tím na starší Winnicottův (1949) koncept „objektivního“ protipřenosu představující obecně lidské reakce na

---

9 Celkově se výzkumu zúčastnilo 30 psychoterapeutů, z toho 17 žen a 13 mužů. Jejich teoretická orientace byla: dynamická a psychoanalytická psychoterapie (16), humanistická/experienciální/fenomenologická psychoterapie (15), rodinná/systemická terapie (3), integrativní psychoterapie (2) a kognitivně behaviorální terapie (2). 23 terapeutů absolvovalo 1 psychoterapeutický výcvik, 6 terapeutů absolvovalo 2 výcviky a 1 terapeut absolvoval 3 výcviky.

specifické způsoby klientova vztahování se. Také se odvolávám na zkoumání reakcí terapeutů na charakteristické způsoby, kterými klienti vyvolávají reakce v ostatních (Homqvist a Armelius, 1996), či na popis na terapeutových „situačních“ obtížích (Schröder a Davis, 2004).

Jsem vděčný za důvěru kolegů, kteří se mnou byli ochotni mluvit velmi otevřeně. Často totiž popisovali prožitky, za které se trochu styděli a které si obvykle nechávali pro sebe. Při rozhovorech nás kromě toho ale provázelo i určité objevitelské vzrušení, když jsme odhalovali hlubší vrstvy a jemnější odstíny toho, co s depresivními klienty zažívají.

Rozhovory jsem následně zpracovával kvalitativní metodou zakotvené teorie<sup>10</sup>. Ta umožňuje zkoumanému procesu detailně porozumět. Konečným výsledkem zakotvené teorie je pak obvykle kompaktní a jednoduchý model „jak věci fungují“ v určité vymezené oblasti (Glaser a Strauss, 1967; Strauss a Corbinová, 1999; Charmaz, 2006)<sup>11</sup>.

Ukázalo se, že v průběhu psychoterapeutického sezení „to funguje“ zhruba takto: Psychoterapeuti jako by se prožitkově pohybovali dvěma protichůdnými směry – směřují blíž k depresi, nebo naopak pryč od ní. Depresivnímu klientovi se tímto způsobem v průběhu sezení průběžně prožitkově „přibližují“ a zase se od něj „vzdalují“. Jeden z terapeutů to popisoval metaforicky jako pohyb nahoru a dolů ve studni: „Studna, jako hloubka té deprese, a (...) povrch, to denní světlo. (...) A buďto pustím klienta a naštvu se na něj, anebo se pustím toho hořejšku a budu tam s [klientem] a začnu se s ním identifikovat. (...) [Ten hořejšek] je ta denní realita. To, jak jsem na tom normálně, že žiju ve svém světě.“

---

10 Zde bych chtěl poděkovat Tomáši Řiháčkovi za tvořivou a respektující výzkumnou spolupráci.

11 Detailní rozbor použité metody viz. *An adventure in grounded theory method: Discovering a pattern in the flow of a therapy process* (Roubal, Řiháček, 2016).

## **Polarizace prožitků psychoterapeutů**

Přítomnost depresivního člověka v lidech obecně vyvolává dvě základní reakce (Coyne, 1976b): začnou sami pociťovat depresivní náladu, nebo depresivního člověka odmítají. U psychoterapeutů to není jiné. Při práci s klienty s rezistentní depresí zažívají velký rozsah emocí (McPherson, Walker a Carlyle, 2006; Levenson, 2013) od pečujících reakcí (pocitů blízkosti a porozumění nebo obav o klienty) až k silně nepříjemným (pocitů bezmoci, selhání, neschopnosti, vyčerpání, skleslosti, frustrace, trápení). „Na jedné straně se psychoterapeut cítí odmítán klientem a paralyzován depresivní symptomatologií, což často ústí v psychoterapeutovu agresivitu vůči klientovi (...). Na druhé straně depresivní klienti vyvolávají velkou péči, která může velice rychle vést k extrémní starostlivosti nebo kontrole klienta“ (Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 242).

Psychoterapeuti zažívají základní napětí mezi svým profesionálním postojem a osobní emoční reakcí na trpícího člověka. Množství výzkumů opakovaně ukázalo, že depresivní lidé v ostatních vyvolávají odmítavou, či dokonce nepřátelskou reakci (např. Gotlib a Robinson, 1982; Gurtman a kol., 1990; Marks a Hammen, 1982; Paukert, Pettit a Amacker, 2008; Strack a Coyne, 1983; Winer, Bonner, Blaney a Murray, 1981). Psychoterapeutovu lidskou reakci (pocitů frustrace, nudy, strachu, vzteku, nenávisti) pak můžeme chápat jako „síly, které odtahují psychoterapeuta od jeho profesního ideálu“ (Wolf a kol., 2013, s. 4). Prožitkové oddálení od klienta se zdá automatickou reakcí psychoterapeutů na deprimující a vyčerpávající pocity, které depresivní klient obecně v lidech vyvolává.

Z pohledu psychoanalýzy (McWilliams, 2011, s. 250) je možné terapeutovu prožitku s depresivním klientem

rozumět jako dvěma protichůdným reakcím: psychoterapeut má fantazie o tom, že je „citlivým, přijímajícím rodičem, kterého klient nikdy neměl“, či se naopak může cítit „nekompetní, chybní, poškozující, ‚ne dost dobrý‘ (introjektivní elementy) nebo zoufalý, demoralizovaný a zbytečný (anaktické elementy)“. Na vlastní hněv pak může terapeut nahlížet jako na indikátor svých nenaplněných potřeb v terapeutickém vztahu a vlastní nenávisť může vidět jako sílu, díky níž se může vymanit ze zátěže svých nenaplněných potřeb (Green, 2006). Zdá se, že psychoterapeutovy vlastní nenaplněné potřeby v kombinaci s klientovým nadměrným vyhledáváním ujištění (*reassurance-seeking*), které je specifické pro depresi (Joiner, Metalsky, Gencoz a Gencoz, 2001), vyústí v psychoterapeutovu odtažitou prožitkovou reakci.

Terapeutovy prožitky tedy oscilují mezi *sdílením depresivního prožitku a vzdalováním se od depresivního prožitku* a postupně se během psychoterapeutického sezení rozvíjejí. Tento proces jsme dál detailně zkoumali. Výsledkem je obecný model *Trajektorie spoluprožívání deprese* (Roubal a Řiháček, 2016), který rozlišuje jednotlivé fáze této trajektorie a jejich typickou sekvenci. Tento model bude představen v kapitole „Terapeut v depresivní bažině“. S pomocí takového modelu pak můžeme sledovat proměny prožitků psychoterapeutů, pojmenovávat vztahy mezi různými prožitky a dávat je do souvislosti s ostatními procesy odehrávajícími se v průběhu psychoterapeutického sezení (Roubal, 2014).<sup>12</sup>

---

12 Než se ale zanoříme více do prožitků terapeutů při setkání s depresivním klientem, možná se budete někdo chtít zastavit u samotného počátku takového setkání. Ve chvíli, kdy si jako terapeuti uvědomíme: tento člověk je depresivní. Co se v tu chvíli stane s naším nastavením vůči klientovi, jaké nároky v tu chvíli implicitně vznášíme sami na sebe? Jak tím vymezujeme prostor, kudy se pak může psychoterapeutický proces ubírat? Pokud by vás toto teď zajímalo, podívejte se na konci knihy na dodatek *Diagnóza jako opěradlo židle*, kde rozvádím, jak použít diagnostiku pro podporu psychoterapeutického procesu.