
Psychoterapie deprese – přístup gestalt terapie

Roubal J.

Soukromá psychiatrická ambulance, Havlíčkův Brod
Institut pro gestalt terapii, Praha
Katedra psychologie FSS MU, Brno

SOUHRN

Psychoterapie, ať už samotná nebo v kombinaci s farmakoterapií, je podle dosavadních poznatků účinná při léčbě depresivního onemocnění a představuje dostupnou možnost zvýšení efektivity léčby deprese. Existuje však velké množství psychotherapeutických směrů, které k léčbě deprese přistupují z teoretického i praktického hlediska rozdílně. Tento článek přispívá k zpřehlednění spektra psychotherapeutických přístupů k depresi popisem gestalt terapie a její praktické aplikaci v klinické praxi. Popis je doplněn přehledem evidence účinnosti.

Klíčová slova: deprese, psychoterapie, kombinovaná léčba, gestalt terapie.

SUMMARY

Roubal J.: Psychotherapy of Depression – the Approach of Gestalt Therapy

According to current knowledge psychotherapy alone or in combination with pharmacotherapy is effective in the treatment of depressive disorder and represents an accessible possibility of increasing effectiveness of the treatment of depression. There is a great number of psychotherapeutic approaches and their theoretical perspectives and practical approaches to the treatment of depression differ. This article contributes to the transparency of the spectrum of psychotherapeutic approaches by description of gestalt therapy and its practical application in clinical practice. The description is supplemented by an overview of the evidence of efficiency.

Key words: depression, psychotherapy, combined treatment, gestalt therapy.

Čes. a slov. Psychiat., 103, 2007, No. 7, pp. 341–345.

ÚVOD

Deprese je multifaktoriálně podmíněný mechanismus, při jehož vzniku a udržování hrají roli endogenní, vývojové, reaktivní i somatické faktory [14]. Současná diagnostická klasifikace již nestaví na dichotomii endogenního a reaktivního subtypu deprese, která pocházela ze střetu Kraepelinovy medicínské koncepce a Freudovy psychoanalýzy [8]. Z tohoto důvodu také nelze dále jednoznačně doporučovat rozdílné metody léčby - indikovat u „biologické“ formy deprese biologické formy terapie a u „reaktivní“ formy deprese psychoterapii.

Jak farmakologické tak psychoterapeutické přístupy mají svá opodstatnění a je možné je výhodně kombinovat. Užívání medikace například lépe kontroluje riziko relapsu deprese, zatímco psychoterapie zlepšuje sociální a pracovní adaptaci pacienta [12]. Při kombinované léčbě psychofarmaky i psychoterapií výrazně klesá množství přetrvávajících příznaků i incidence nežádoucích účinků, které se u samotné farmakoterapie zpravidla objevují v souvislosti s vyšším dávkováním a častější kombinací více preparátů [4].

Přestože je v psychiatrických učebnicích pro léčbu deprese doporučována jako nejúčinnější kombinace farmakoterapie a psychoterapie, v praxi se kombinovaná léčba uplatňuje pouze v omezené míře. Existuje pro to několik důvodů. Kvalitní psychoterapie je obecně (a zvláště v regionech) dostupná hůře než kvalitní psychofarmakoterapie. Rozdíl je také v úrovni informovanosti - na jedné straně existuje široký výběr antidepressiv s podrobně popsanými žádoucími i nežádoucími účinky, na straně druhé není dostatečně rozšířené obecné povědomí a konsenzus, v čem spočívá psychotherapeutický přístup k depresi. Tato situace je navíc komplikována skutečností, že v současné době neexistuje jednotná, obecně akceptovaná psychotherapeutická teorie [10], tedy ani psychotherapeutická teorie deprese. Jednotlivé psychotherapeutické školy k depresi a její terapii přistupují rozdílně. Naproti tomu však existují výzkumné studie, v nichž se ukazuje, že různé psychotherapeutické postupy mají přibližně stejné procento příznivých výsledků, protože se zde uplatňují obdobné psychotherapeutické faktory, zasazené pouze do různých teoretických rámců [2]. Z metaanalýz výsledků psychoterapie u deprese (Grawe, Donati,

Bernauer, 1994) nejen vyplývá, 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 liší [18].

Počet různých psychoterapeutických přístupů dosahuje přibližně čtyř stovek [13] a stále se zvyšuje. To znesnadňuje orientaci při zvažování klinického uplatnění psychoterapie a vede k preferování zjednodušujících a obecně srozumitelných postupů. Tento článek se zaměřuje na gestalt psychoterapeutický přístup, který představuje méně známou, avšak v praxi osvědčenou metodu terapie deprese. V textu bude rozvedeno, jak jsou praktické zkušenosti s gestalt terapií deprese zobecněny do teorie a jak mohou být tyto poznatky zpětně využívány v praxi. Zmíněny budou dosavadní výzkumy zabývající se efektivitou tohoto psychoterapeutického směru při terapii deprese.

GESTALT TERAPIE

Gestalt terapie se zaměřuje na přítomný prožitek, důraz klade zejména na práci s emocemi. V přítomném vztahu s terapeutem či se skupinou pacient zvyšuje své uvědomění v emoční, kognitivní i tělesné složce a je poté schopen převzít zodpovědnost za svobodné vyjádření svých potřeb. Terapeut pracuje se vztahem tady a teď v průběhu terapie, dává pacientovi příležitost zpřítomnit v současné realitě zážitky a vzorce ze své osobní historie [1] a vyzkoušet nové, vhodnější způsoby fungování ve vztahu k okolí i k sobě samému. Terapeut vstupuje autenticky do dialogu s pacientem. Pracuje fenomenologicky, všímá si pacientových gest a pohybů, tónu hlasu, výrazu tváře, očního kontaktu a způsobu dýchání. Co nejméně užívá své interpretace a respektuje výklad, kterým pacient sám dává smysl svému prožitku. Terapeut má k dispozici pomocné techniky (např. prázdná židle či identifikace), spíše však tvořivě improvizuje a pomocí experimentů zvýrazňuje pacientovo prožívání.

Gestalt terapii založil F. Perls ve 40. letech 20. století. Na vzniku uceleného terapeutického směru se podíleli podstatnou měrou též L. Perlsová a P. Goodman. Gestalt terapie při svém vzniku čerpala z množství filozofických (existencialismus, fenomenologie, zen buddhismus) a psychologických (psychoanalýza, gestalt psychologie, holismus, bioenergetika) základech [9]. V 60. letech byl obraz gestalt terapie určován zejména Perlsovými popularizujícími demonstracemi s množstvím různých technik a experimentů, které byly vedeny myšlenkou, že člověk má zapomenout na své myšlenkové konstrukce a vrátit se ke smyslům. To na jedné straně pomohlo masivnímu rozšíření této metody, zároveň však vedlo k určitému znevěhodnění v odborných kruzích. V pracích Perls-

ových následovníků (např. G. Yontef, J. Zinker, E. a M. Polsterovi, J. Simkin, G. Wheeler) je gestalt terapie důkladněji teoreticky rozpracována, důraz je kladen zejména na fenomenologické hledisko, teorii pole a existenciální dialog. V současné době se více uplatňuje i v klinické praxi při terapii úzkostných a depresivních poruch, závislostí, poruch osobnosti, psychosomatických poruch i psychotických onemocnění.

TEORETICKÝ POHLED NA DEPRESI

Gestalt terapeutický pohled na depresi vychází ze specifického pojetí osobnosti. Osobnost člověka se z pohledu gestalt terapie v interakci s okolím neustále přetváří, jedná se tedy o dynamický proces a ne o statickou strukturu. Člověk sám sebe v každém okamžiku vytváří tím, že syntetizuje a dodává osobní význam biologicky založeným informacím svých emocí i kulturním poznatkům získaným z okolí [5].

Symptomy jsou při depresi doprovodnými jevy a gestalt terapie se zaměřuje více na specifické generující procesy či základní determinanty této poruchy [5]. Symptomy zmenšují rozsah souboru funkcí, které má pacient k dispozici pro zvládnání situací. Symptomy omezují pružnost reagování pacienta [20]. Ten pak není schopen v aktuální situaci reagovat v souladu se svou současnou potřebou, ale je determinován fixovaným vzorcem chování, při kterém se řídí zvykem a ne vědomou volbou [19]. Gestalt terapie pomáhá pacientovi, aby si tyto dříve naučené, fixované vzorce svého jednání a prožívání uvědomil. Tím od nich získává odstup, stává se na nich nezávislejším a své fungování může do větší míry regulovat vědomou a svobodnou volbou.

Gestalt přístup se prezentuje jako alternativa pohledu interpersonální terapie, v níž narušení rolí a interpersonální izolace (jakkoliv silné prekurzory deprese) způsobují depresi kognitivně behaviorálními pohledy, podle kterého jsou negativní myšlenky a názory základními determinanty deprese [5]. Deprese je v pojetí gestalt terapie v zásadě afektivní porucha. Psychické funkce jsou řízeny v první řadě skrytým emocionálním smyslem události a ne myšlenkami, názory nebo očekáváními od druhých. Negativní pohled na sebe, svět či budoucnost stejně jako behaviorální stažení mají dvojí původ. Odvozují se od základních emocí a reagují na ně, a také představují maladaptivní způsoby zvládnání událostí, které tyto emoce vyvolávají [6].

Tzv. depresogenní emocionální schémata, která se odvozují od časných životních prožitků významné ztráty, ponížení nebo bezmoci, uchovávají tento emocionální prožitek v primitivních podobách. Emocionální reakce pacienta na současnou situaci, která má podobné rysy jako tyto časné zkušenosti, mohou aktivovat maladaptivní depresogenní sché-

mata, která následně ovlivní současnou percepci i prožívání. Převládá emocionální schéma, při kterém se pacient cítí nemilován, ponížen, polapený, bezmocný a není schopen mobilizovat alternativní reakci. Takové schéma často zahrnuje introjиковaná negativní hodnocení typu „Jsem bezcenný“ [6]. Člověk v interakci s okolím se uspořádává depresivním způsobem („depresivní organizace self“) [6]. 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 pacienti jsou zaplaveni svými negativními afekty. Své emoce se snaží regulovat dysfunkčními strategiemi zvládnání jako je vyhýbavost, zmrtvování, neúplné procesování svých pocitů a stažení. Tím dále depresivní obtíže zvyrazňují [6]. Vytváří se bludný kruh deprese. Pacient postrádá sebedůvěru, vůli a motivaci kontaktovat se s okolím. Sám sebe zastavuje před akcí, která by mohla uspokojit jeho aktuální potřebu ve vztahu s okolním světem. Hlavní roli zde hraje zafixovaný kontaktní styl retroflexe, při kterém depresivní pacient impulzy a požadavky, směřující ven do okolí, otáčí zpět vůči sobě. Nevyjádří své potřeby vůči okolí a místo toho trápí sám sebe nespelnitelnými požadavky. Tím dochází k další frustraci pacientových neuspokojených potřeb, k dalšímu poklesu sebedůvěry, vůle a motivace (posílení „depresivní organizace self“) [6] a následně k ještě výraznější neschopnosti navázat kontakt.

TERAPIE DEPRESE V KLINICKÉ PRAXI

Gestalt terapie podobně jako jiné psychoterapeutické směry rozlišuje smutek a depresi. Odvolává se například na psychoanalytické pojetí Abrahama (1912) a poté Freuda (1917) v klasickém článku „Smutek a melancholie“. Ačkoli symptomatically mohou oba stavy imponovat velmi podobně, zásadní a určující rozdíl je ve ztrátě sebeúcty [17]. Zatímco v případě smutku terapeut podporuje přirozený proces truchlení, nesnaží se mu bránit, zasahovat do něj nebo ho obcházet, v případě deprese je terapeutický přístup odlišný. Terapeut nepodporuje prohlubování depresivního prožitku. Namísto toho zkoumá a podporuje existující osobnostní zdroje, pomáhá pacientovi budovat vnitřní i vnější podporu. Cílem gestalt terapie deprese je obnovit spontaneitu přetváření osobnosti v interakci s okolím podle aktuální potřeby (transformovat „depresivní organizaci self“) [6]. Pro praxi je tedy důležité rozlišovat mezi smutkem a depresí.

Pracovat psychoterapeuticky stejně se smutkem i s depresí může dokonce pacienta poškodit [17].

Gestalt terapeut podporuje uvědomění a přijetí emočního prožitku depresivního pacienta a učí ho novým způsobům zpracovávání emocí. Depresivní pacient například pocit hněvu často zpracovává retrofektivní autoagregací. V terapii se naproti tomu učí hněv využít k akci zaměřené ven do interakce s okolím. Používá se kombinace stylu intervencí, které se zaměřují jak na terapeutický vztah, tak na úkoly [6]. Gestalt terapeutický přístup k depresivním pacientům se významně odlišuje od běžně tradovaného gestalt přístupu, je daleko méně konfrontující a více podporující.

Greenberg popisuje tři fáze terapie deprese [6]:

1. Napojení a uvědomění

Počáteční terapeutická sezení (zpravidla zhruba tři hodiny) jsou věnována vytváření bezpečí, důvěrného pouta a budování terapeutického spojení. Terapeut naslouchá a sleduje pacientův styl afektivně kognitivního způsobu zpracovávání situací a odhaduje pacientovu kapacitu pro emocionální prožitkovou práci [5]. Terapeut podporuje důvěru ve vztahu, emocionální uvědomění pacienta a společně s ním stanoví počáteční zaměření terapie. Důležitý je pozorný, empatický a oceňující přístup.

Zvláště při práci se skupinou depresivních pacientů musí terapeut nejprve vytvořit bezpečné zázemí, atmosféru důvěry ve skupině [16]. Terapeut nastolí jasná skupinová pravidla a hranice, společně s pacienty vypracuje plán pro případ krize, eventuálně podepíše antisuicidální kontrakt. U těžších depresivních stavů je vhodné doplnit psychoterapii antidepresivní medikací.

Rozhodující je přístup terapeuta. Ten musí akceptovat aktuální emocionální stav pacienta, vzít vážně jeho stížnosti na smutek, neproduktivitu, nízké sebevědomí. Podstatné je, že v takové situaci terapeut pacienta neutěšuje planými nadějemi, ani však nerezignuje na svou snahu mu pomáhat. Oběma těmito způsoby obvykle reagují lidé v pacientově blízkém okolí. Tím v interpersonálním kontextu podporují pacienta v jeho sebeutváření depresivním způsobem (v jeho „depresivní organizaci self“) [6]. Pokud se terapeut nechová podle stejného vzorce, umožňuje pacientovi, aby i on vystoupil z rigidního vzorce chování. Základem přístupu terapeuta je v této počáteční fázi oceňování úsilí a podpora, spíše než frustrace, protože depresivní pacient frustruje sám sebe neustále [16].

2. Vybavování a zkoumání emocionálního materiálu

Jakmile je vytvořeno bezpečné pouto a silné pracovní společenství, terapeut reaguje na specifické projevy pacienta, které poukazují na depresogenní zpracování problémů, jako například vystupňovaná sebekritika, a navrhuje vhodné

intervence. Tyto intervence aktivně zapojují pacienta do emočně procesních úkolů během terapeutického sezení. Terapeut tvořivě uplatňuje intervence ve formě experimentů, které zdůrazňují charakteristické rysy procesu, který probíhá teď a tady. Greenberg [6] popisuje některé častěji používané intervence. Při dialogu na dvou židlích si pacient postupně přesedává z jedné pozice na druhou a externalizuje sebekritické výroky během sezení. Z jedné pozice vyjadřuje nelitostnou kritiku nebo negativní hodnocení, které pak v druhé pozici evokují emocionální reakci na kritiku a zpřístupňují adaptivnější emoce. Při dialogu s prázdnou židli se zpracovávají nevyjasněné emoce pacienta vůči významným blízkým osobám. Jedná se o práci s neukončenou záležitostí („unfinished business“), při které dochází k vyjádření původně potlačených primárních emocí. Pacient například vyjadřuje a zpracovává pocit krivdy, ublížení nebo vzteku vůči důležité blízké osobě, kterou si představuje na prázdné židli. Terapeut intervencuje v závislosti na aktuálním stavu pacienta, neplánuje a nestrukturuje terapeutické sezení předem [5]. Popsané techniky jsou pouze ukázkou a inspirací, ne rigidně uplatňovaným postupem. V praxi terapeut tvořivě v průběhu terapie vynalézá optimálně podpůrné i stimulující postupy, mnohdy daleko méně náročné než uvedené příklady.

Práce se soustředí na prožitek tady a teď, ne pouze na intelektuální rozpoznávání. Terapeut pomáhá pacientovi 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 pacientovi během sezení prožít a prozkoumat základní maladaptivní schémata, zpřístupnit primární emoce. Specifikem je zde práce s retroflexí při neschopnosti navázat kvalitní kontakt s okolím [16]. Depresivní pacient obrací proti sobě pocity a tendence, které by chtěl nasměrovat vůči svému okolí – například hněv nebo kritiku. Při práci s retroflexí je nutné přeměrovat energii vnitřního zápasu směrem do vztahu s vnějším světem [11]. Terapeut prozkoumává tyto vztahové vzorce přímo aktuálně ve svém vztahu s klientem. A v tomto vztahu také experimentuje s novými způsoby chování. Podstatné je přitom nalézt, zdůraznit a ocenit momenty, kdy pacient mobilizuje svoji energii k akci, která směřuje do interpersonálního kontextu. Jedná se například o drobné okamžiky, kdy pacient pohlédne druhému přímo z očí do očí, nebo kdy se odhodlá k vyjádření vlastního názoru. Terapeut tyto fenomény zaregistruje jako základní kameny nedeprativního způsobu zvládnání situace. Spolu s pacientem zvědomují zdroje podpory, které se v těchto okamžicích zpřístupňují. Při práci s retroflexí terapeut také povzbuzuje vlastním příkladem a otevřeně sdílí své prožitky a emoce [16].

3. Transformace

V této fázi se vytvářejí alternativní způsoby rea-

gování, nalézají se nové vnitřní zdroje pacienta a prožitkům se dodává smysl novými způsoby. Přímo v terapeutickém vztahu se vytvářejí nové emocionálních odpovědi, reflektují a transformují se základní maladaptivní schémata. Podstatné je ocenění nových pocitů a podpora nově objevujícího se sebepojetí. Terapeut aktivně upozorňuje na drobné praktické úspěchy v situaci teď a tady, vede pacienta k vyjádření sebeocenění [16]. Terapeut vystupuje aktivně, zvláště zpočátku více strukturuje sezení a ve spolupráci s pacientem vybírá terapeutické zaměření s cílem prohloubit prožívání. Pracuje buď s vnitřními prožitky, s jejich aktivním vyjádřením navenek či hledáním jejich individuálního smyslu a nebo s interpersonálními vzorci. Práci může facilitovat různými technikami, například používá prázdnou židli při neukončené záležitosti, nebo práci s tělem při opomíjení tělesných potřeb pacientem apod. Při práci se skupinou [16] terapeut kombinuje práci s interpersonálními vzorci chování, které jsou zřetelné teď a tady při terapii, s individuální prací s jednotlivými pacienty před skupinou. Skupina představuje mikrokosmos aktuálního společenského prostředí pacienta, který mu umožňuje porozumět si v takovéto společenské realitě a uvědomit si možnost modifikovat chování druhých v relativně bezpečné a přízpůsobivé experimentální situaci [5].

Přínosem gestalt terapie je zejména přímá práce s emocemi, tak jak se objevují v aktuálním vztahu terapeuta s pacientem. Přímo v terapeutické situaci se pak modifikuje pacientovo dysfunkční chování pomocí experimentů, které terapeut tvořivě uplatňuje podle aktuálního pacientova prožitku. Rozvíjejí se nová sebepojetí pomocí nalézání nových prožitků sebe v terapeutické situaci. Gestalt terapie propojuje slovní projev s činností, blíží se zde behaviorálnímu přístupu. Vybízí pacienta 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 vhlédů [5].

EVIDENCE ÚČINNOSTI

Gestalt terapie se postupně prosazuje v klinické praxi. Výzkumných prací, které se věnují gestalt terapii deprese, je však doposud malé množství. Greenberg a spol. prováděli v letech 1998-2000 srovnání efektivity léčby deprese rogersovskou, na klienta zaměřenou terapií, a procesově prožitkovou psychoterapií (nověji nazvanou „terapie zaměřená na emoce“), která představuje dialogickou formu gestalt terapie [7] a používá specifické gestaltové a prožitkové intervence zaměřené na proces. Výsledky studie [5] ukázaly signifikantně lepší účinnost procesově prožitkové psychoterapie a vedly k závěru, že efektivita terapie deprese, založené na podpůrném terapeutickém vztahu,

může být zvýšena použitím specifických intervencí zaměřených na emoce, které jsou charakteristické pro gestalt terapii.

Při jiné studii krátkodobé terapie (20 sezení) unipolární deprese bylo 63 pacientů randomizováno do tří skupin: KBT, gestalt terapie a tzv. „podpůrná na self zaměřená biblioterapie“ („Supportive Self-directed Bibliotherapy“ - SSB). Průběh deprese se celkově nelišil mezi jednotlivými skupinami. U pacientů s těžší depresí byla efektivnější KBT než gestalt terapie a obě byly lepší než SSB [15].

Další studie využívající srovnání s kontrolní skupinou čekatelů ukázala, že pacienti, kteří absolvovali krátkodobou skupinovou gestalt terapii, měli méně depresivních symptomů po skončení terapie i při kontrole za pět týdnů [3].

V jiné sérii studií (1988, 1991, 1992) Beutler a kol. zkoumali u depresivních pacientů účinnost tzv. „Focused Expressive Psychotherapy“ (FEP), což je forma skupinové terapie založená na principech gestalt terapie, která povzbuzuje pocitové oživení depresivních pacientů tím, že zesiluje uvědomění a podporuje expresi odmítaných emocí. FEP byla srovnávána s kognitivní terapií a s tzv. „podpůrnou/sebeřízenou terapií“ („supportive/self-directed“ (S/SD)) ve skupinách 4-8 depresivních ambulantních pacientů (20 setkání jedenkrát týdně). Ukázalo se, že všechny postupy byly efektivní při léčbě deprese, rozdíly však byly zjištěny v účinnosti pro různé pacienty. Pro externalizující pacienty, kteří depresi projikují, byla efektivnější kognitivní terapie. Pro internalizující pacienty, kteří zacházejí s depresí intrapunitivním způsobem, byla efektivnější FEP. Kognitivní terapie i FEP byly efektivnější pro pacienty v slabém odporu, u vysoce rezistentních byla efektivnější podpůrná terapie (S/SD). Podle těchto výzkumů se usuzuje, že celkově je terapie založená na gestalt přístupu nejúčinnější u značně socializovaných depresivních pacientů s tendencí k internalizaci a k malému odporu [13].

Ke komplexnějšímu zhodnocení gestalt terapie deprese je potřeba dalších výzkumných studií zaměřených nejen na efekt terapie, ale i na terapeutický proces.

ZÁVĚR

Deprese i její léčba představují komplexní fenomén a z toho důvodu existuje také velké množství teoretických konceptů deprese. Jejich vzájemným propojováním a obohacováním je možné mechanismy vzniku a udržování depresivní poruchy pochopit ve větší šíři a plastičtěji. Tomu by pak měly odpovídat specifičtější a efektivnější zaměřené léčebné postupy. Gestalt terapie k tomuto směřování přispívá. Přináší obohacující teoretický koncept zaměřený na proces a interpersonální kontext. Praktický přístup zaměřuje na prožitek teď a tady, na práci s emoce-

mi a experimentální zvědomění a modifikaci zneschopňujících depresivních strategií.

Článek vychází z práce k atestaci z psychiatrie II. stupně - Roubal J.: Přehled psychoterapeutických možností u deprese, Acta Psychiatrica Post Gradualia Bohemica, Praha, Galén, 2007, 4, s. 229–256.

LITERATURA

1. **Alonso, A.:** Group psychotherapy, combined individual and group psychotherapy 30.4. In: Kaplan, H. I., Sadock, B. J.: Comprehensive textbook of psychiatry. Seventh Edition on CD-ROM. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
2. **Beran, J.:** Psychoterapie a duševní hygiena. In: Raboch, J., Zvolský, P.: Psychiatrie. Praha, Galén, 2001.
3. **Cook, D. A.:** Gestalt treatment of adolescent females with depressive symptoms: A treatment outcome study. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 8-B, 2000, p. 4210.
4. **Fürst, A.:** Psychofarmakoterapie, psychoterapie a jejich kombinace. Praktický lékař, 5, 2003, s. 273-277.
5. **Greenberg, L. S., Watson, J., Goldman, R.:** Process experiential therapy of depression. In: Greenberg, L. S., Lietaer, G., Watson, J.: Handbook of experiential psychotherapy: Foundations and differential treatment. New York, Guilford, 1998.
6. **Greenberg, L., Watson, J.:** Emotion-focused therapy of depression. Washington D.C., APA Press, 2005.
7. **Greenberg, L.:** Re: Gestalt and depression [elektronická pošta]. Message to: Jan Roubal. Osobní komunikace, 11, 2004.
8. **Höschl, C.:** Poruchy nálady. In: Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J.: Psychiatrie. Praha, Tis, 2002.
9. **Chrástanský, J.:** Rigorózní práce: Teorie Gestalt terapie v perspektivě psychologického pohledu. Praha, Filozofická fakulta UK, 2004.
10. **Kratochvíl, S.:** Základy psychoterapie. Praha, Portál, 1997.
11. **Polster, E., Polster, M.:** Integrovaná Gestalt terapie. Boskovice, Albert, 2000.
12. **Praško, J.:** Psychoterapie a farmakoterapie u afektivních poruch. Psychiatrie, Supl. 1, 2005, s. 13-14.
13. **Prochaska, J. O., Norcross, J. C.:** Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi. Praha, Grada, 1999.
14. **Rahn, E., Mahnkopf, A.:** Psychiatrie – Učebnice pro studium i praxi. Praha, Grada, 2000.
15. **Rosner, R., Frick, U., Beutler, L. E.:** Course of depression in different psychotherapies - An application of hierarchical linear models. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 2, 1999, pp. 112-120.
16. **Roubal, J.:** Gestalt přístup v terapii deprese. Konfrontace, 1, 2004, s. 31-36.
17. **Smith, E.:** A Gestalt therapist's perspective on grief. Psychotherapy Patient, Haworth Press US, 1, 1985, pp. 65-78.
18. **Vymětal, J.:** Obecná psychoterapie. Praha, Psychoanalytické nakladatelství, 1997.
19. **Yontef, G. M.:** Awareness, dialogue and process. New York, The Gestalt Journal Press, 1993.
20. **Zinker, J.:** Tvůrčí přístup v Gestalt terapii. Brno, Era, 2004.

MUDr. Jan Roubal
Fakulta sociálních studií MU, katedra psychologie
Joštova 10
602 00 Brno
e-mail: janroubal@centrum.cz