

## DEPRESE Z POHLEDU PSYCHOLOGIE OSOBNÍCH KONSTRUKTŮ

MARIE KOVÁŘOVÁ, MIROSLAV FILIP

*Psychologický ústav AV ČR, Brno*

### ABSTRACT

Depression from the view of  
psychology of personal constructs

*M. Kovářová, M. Filip*

The study focuses on application of the personal construct theory on the field of psychopathology and psychotherapy with emphasis on depression. The first section describes the theory of George Kelly that is focused especially on constriction as an important sign of the depressive construction system. The study compares empirical studies of his followers concerning cognitive complexity, constriction, construct content, polarized construing, interpersonal isolation, self-esteem and negative self-construing.

The influence of pharmacotherapy and psychotherapy on a construction system is mentioned. The last section describes the similarity of the principles of the cognitive therapy and the personal construct psychotherapy.

*key words:*

depression,  
psychology of personal constructs,  
psychotherapy

*klíčová slova:*

deprese,  
psychologie osobních konstruktů,  
psychoterapie

### ÚVOD

Cílem studie je přiblížit aplikaci psychologie osobních konstruktů na oblast psychoterapie a psychopatologie, s důrazem na diagnostickou kategorii deprese. Výchozí teorie, psychologie osobních konstruktů (PCP, Kelly, 1955, 1955/2001), byla již v české odborné literatuře blíže nastíněna (Filip, 2007, 2011). Rozvedeny jsou znaky konstrukčního systému, které mohou souviset s psychopatií, s důrazem na proces konstrukce. Popsány jsou také empirické studie Kellyho následovníků, zabývající se dalšími znaky konstrukčního systému osob s depresí. V posledních oddílech je porovnání pojetí deprese z pohledu deskriptivní diagnostiky a PCP. Konečně je zmíněn vliv farmakoterapie i psychoterapie na znaky konstrukčního systému. Závěrem jsou podána doporučení pro léčbu deprese z pohledu PCP.

### PSYCHOLOGIE OSOBNÍCH KONSTRUKTŮ

Podle Kellyho se lidé snaží predikovat, co se stane v budoucnosti a za tím účelem si vytváří hypotézy, provádí experimenty, verifikují své hypotézy, nebo jsou nuceni je přeformulovat. K tomu jim slouží tzv. systém osobních konstruktů (Kelly, 1955, 1955/2001). Osobní konstrukt je dichotomický, např. dobrý – zlý. Naše konstrukty se navzájem liší na základě našich minulých zkušeností i na základě anticipací budoucnosti.

---

*Došlo:* 5. 10. 2011; M. K., M. F., Psychologický ústav AV ČR, Veveří 97, 602 00 Brno; e-mail: 144270@mail.muni.cz

Vznik studie byl podpořen grantem č. P407/12/2432.

V aplikaci teorie na terapeutickou praxi je stěžejní akceptace hlediska konstrukčního alternativismu (Kelly, 1955, 1955/2001). Terapeut si je vědomý toho, že jeho pohled na danou situaci nemusí být shodný s pohledem klientovým. Snaží se konstruovat konstrukční systém svého klienta a přiblížit se tak jeho pohledu na věc. Přitom se jeho pohledem nenechá úplně podmanit a zároveň předvídá, jak bude klient reagovat během terapie. Vede klienta k uvědomění si, že mohou existovat i jiné alternativy, než které on momentálně vnímá, že jeho konstrukty mohou být použitelné i u jiných osob nebo situací, nebo naopak, že některé konstrukty se dají ohraničit jen na vybrané události a osoby. Tyto hypotézy klient postupně testuje, resp. ověřuje svým chováním, nejprve v bezpečí terapeutické místnosti, posléze je zkouší v reálném životě. Pokud opakovaně dojde k verifikaci nových nebo pozměněných konstruktů, je možné postupně změnit některé složky do té doby nefunkčního konstrukčního systému.

Kelly (1955, 1955/2001) popisuje obsahové a strukturální znaky konstrukčního systému, které mohou v určité podobě souviset s patologií nebo zapříčinit problémy vedoucí k vyhledání pomoci. Tyto znaky se mohou vyskytovat u různých duševních onemocnění. Nejsou ovšem přítomny vždy jen u nemocných osob, může je používat každý z nás. Klíčová je vhodnost jejich použití, tedy to, zda nám umožňují další predikci a validaci, příp. rekonstrukci konstrukčního systému, nebo zda nám v tomto procesu brání. Tyto znaky jsou dále blíže popsány:

#### **A. Dilatace - konstriktce**

Pod pojmem dilatace chápeme situaci, kdy člověk rozšíří rozsah vhodnosti, a tím rozsah použitelnosti konstruktů. Může k ní dojít v důsledku snahy eliminovat nesrovnalosti v konstrukčním systému. Bývá spojována s mánií (Kelly, 1955, 1995/2001). Opakem je konstriktce, tedy snaha minimalizovat nesrovnalosti v konstrukčním systému zúžením rozsahu vhodnosti konstruktů (Kelly, 1955, 2001). O vztahu konstriktce a deprese bude pojednáno dále.

#### **B. Volnost - vázanost**

Vázané (*tight*) konstrukty jsou takové, které vedou k neměnicím se predikcím. Volné (*loose*) konstrukty vedou k měnicím se predikcím, ale přesto si uchovávají svou identitu. Používáme je například při tvůrčí činnosti, ve fantaziích či ve snech. Volné konstruování bývá zmiňováno v souvislosti se schizofrenií (Kelly, 1955, 1955/2001).

#### **C. Jádrové konstrukty**

Jedná se o takové konstrukty, které určují naši identitu a existenci (Kelly, 1955, 1955/2001). Jádrové konstrukty zdravých osob by měly být pevné, sebe i své blízké by měly chápat stále stejně a integrovaně (Kelly, 1955, 1955/2001). S jádrovými konstrukty se pojí několik podstatných emocí, z nichž některé mohou souviset se vznikem psychopatologie.

S rozvojem depresivního onemocnění souvisí především úzkost. K úzkosti dochází v důsledku zjištění, že „události, se kterými jsme konfrontováni, leží mimo rozsah vhodnosti našich konstruktů“ (Kelly, 1955, s. 533). Jedná se tedy o události, k nimž nemáme žádné dispozice je vysvětlit a v budoucnu predikovat. Nebo vhodné konstrukty máme, ovšem výsledky anticipace nejsou ve shodě s naší predikcí (Kelly, 1955). Dalšími emocemi jsou pocit ohrožení, strach, vina, agresivita a hostilita.

S jádrovými konstrukty souvisí i tzv. konstrukty závislosti (*dependency constructs*) (Kelly, 1955, 1955/2011). Formují se v dětství a dítě pomocí nich konstruuje blízké osoby (především matku) ve vztahu ke svému vlastnímu přežití. Přestože se neřadí přímo mezi jádrové konstrukty, také ovlivňují interpersonální vztahy. Výskyt přenosu v průběhu terapie značí podle PCP přítomnost konstruktů závislosti.

## DEPRESE Z POHLEDU PCP

Pojetí deprese není Kellym systematicky rozpracováno. Pro něj byl charakteristickým rysem deprese proces konstrikce (Kelly, 1955/2001). Konstrikce může být reakcí na nové události, které spadají mimo rozsah vhodnosti našich konstruktů, nebo na události, které naše konstrukty vhodně nepředikovaly (viz definice úzkosti výše). Jedním z řešení, jak se vyhnout této invalidaci a z ní plynoucí úzkosti, je zúžit rozsah vhodnosti konstruktů, takže ty jsou poté aplikovatelné jen na omezený rozsah osob nebo událostí.

Dlouhodobá konstrikce se může projevovat uzavřením se do sebe, zpřetrháním vazeb s přáteli, snížením rozsahu zájmů jen na určitou oblast atd. Přesto nemusí dojít k redukci úzkosti. Protože je však konstrukční systém již dost ovlivněný procesem konstrikce, člověk nemá možnost experimentovat s novými možnostmi a činnostmi. Konstrikce se může manifestovat i tzv. konstrikčním pláčem.

Za definitivní konstrikci považuje Kelly sebevraždu (1955/2001). Podle něj (Kelly, 1961, podle Neimeyer, 1983) existují dvě situace, ve kterých se sebevražda jeví člověku jako rozumné řešení: Jednak se mu události v jeho životě mohou zdát předvídatelné, ale zároveň bez možnosti je ovlivnit. Tento pohled nazývá Kelly depresivní fatalismus. Druhá situace nastane, pokud se vše jeví jako nepředikovatelné. Sebevražda je pak pro člověka posledním pokusem, kdy může rozhodnout o tom, co nastane. Kelly jej pojmenoval totální úzkost. V obou případech se jedná o důsledek konstrikce. Kelly uvazuje i o možnosti výskytu sebevražedných tendencí v rodinné linii. Pokud člověk v důsledku deprese spáchá sebevraždu, jeho potomku může tento akt utkvět v paměti jako vědomá možnost, jak potvrdit depresi a jak na ni reagovat.

V klinickém kontextu konstrikci způsobuje farmakoterapie (anxiolytika) a hospitalizace s neměnným denním režimem a pevným rozpisem činností (Kelly, 1955/2001). Ke konstrikci dochází i v důsledku léčby elektrokonvulzivní terapií (EKT). Efekt EKT podle PCP spočívá ve způsobené částečné amnézii vedoucí ke konstrikci, takže klient nemusí čelit všem svým problémům. EKT je nutné propojit s psychoterapií. Ta klientovi pomáhá vybudovat novou strukturu, která při dalším vystavení událostem vyvolávajícím úzkost neselže.

Spíš než o unipolární depresi se Kelly (1955, 1955/2001) zmiňuje o maniodepresivním syndromu, přičemž tento pohled jeho následovníci opouští a ve svých výzkumech se převážně zaměřují na oddělené soubory manických a depresivních osob. Střídání období mánie a deprese chápe Kelly (1955/2001) jako posun na ose dilatace – konstrikce.

## KONSTRUKTIVISTICKÁ TEORIE DEPRESE NAVAZUJÍCÍ NA G. KELLYHO

Většina výzkumných studií probíhala v 70. a 80. letech, kdy byla problematika deprese podrobně rozpracována. Článek si klade za cíl podat přehled těchto studií jednotlivých znaků souvisejících s depresí (viz níže). Ve studiích je využíván Test repertoárových mřížek (Rep-Test), který slouží ke zjištění konstruktů používaných respondenty, a způsobu konstruování jim blízkých osob a self (Kelly, 1955, 1955/2001).

Z novější literatury je možné zmínit model Rossottiové a Wintera (2003) týkající se reakce na pocit ohrožení a z něj plynoucího chaosu a pocitu nejistoty. Jedním z možných následných stavů je i existenciální deprese a úzkost.

### **A. Kognitivní komplexita, diferenciacce a integrace konstrukčního systému**

Výsledky empirických studií v této oblasti jsou nejednoznačné. Na pojetí kognitivní komplexity existuje několik názorů. Může být chápána jako diferenciacce kognitivního systému, tedy jako počet nezávislých dimenzí, ale i jako integrace, tedy propojení

těchto dimenzí na vyšší úrovni. Ať už je kognitivní komplexita považována za diferenciaci, integraci nebo současně za vysokou míru diferenciaci i integrace, pro každý z těchto pohledů existuje navíc několik možných způsobů výpočtu její hodnoty (Gallifa, Botella, 2000). Vzniká tedy otázka, do jaké míry jsou výsledky studií navzájem srovnatelné.

V počátečních výzkumech (McPherson et al., 1973; Silverman, 1977) byl využit Rep-Test modifikovaný pro zkoumání poruchy myšlení u schizofrenie. Autoři zjišťovali míru intenzity neboli míru, v jaké jsou konstrukty navzájem propojené. Intenzita byla původně navržena jako ukazatel volnosti - vázanosti, ale z logiky svého výpočtu je považována i za ukazatel kognitivní integrace (Gallifa, Botella, 2000). McPherson et al. (1973) nezjistili v míře intenzity rozdíl mezi skupinami schizofreniků bez poruchy myšlení, manických a depresivních osob. Schizofrenici s poruchou myšlení vykázali nižší míru intenzity než ostatní skupiny. Silverman (1977) zjistil, že v porovnání s neklinickou kontrolní skupinou dosáhly depresivní osoby vyšší míry intenzity u konstruktů s afektivním obsahem (smutný, napjatý atd.). Rozdíl mezi skupinami u konstruktů s věcným obsahem (milý, hloupý atd.) nebyl statisticky významný, i když depresivní opět vykazovali vyšší hodnoty.

V další sérii studií (Space, Cromwell, 1980; Space, Dingemans, Cromwell, 1983) byla kognitivní diferenciaci odvozována z analýzy hlavních komponent jako počet faktorů a jako procento rozptylu prvního faktoru. Takto pojatá kognitivní diferenciaci nedokázala rozlišit mezi skupinou osob s depresí a psychiatrickou kontrolní skupinou (Space, Cromwell, 1980) a skupinou osob se schizofrenií a neklinickou kontrolní skupinou (Space, Dingemans, Cromwell, 1983).

Sheehanová (1981, 1985) vycházela z předpokladu, že depresivní lidé uvažují jen v jedné dimenzi a jejich konstrukční systém je tedy méně diferencovaný. Pro výpočet použila opět procento rozptylu pro první komponentu. Konstrukční systém depresivních vykazoval nižší míru diferenciaci v porovnání s lidmi bez diagnózy deprese (Sheehan, 1981). Autorka ve výzkumu použila modifikovaný Rep-Test, ve kterém respondenti posuzovali své předpoklady o tom, jak se na ně dívají významné osoby v jejich životě. Nejednoznačné jsou výsledky retestu. V první studii (Sheehan, 1981) došlo po 6-8 týdnech k nárůstu míry diferenciaci. Druhá studie (Sheehan, 1985) změny v míře diferenciaci po absolvování terapie osobních konstruktů (po 3-4 měsících) neodhalila. Rozdíl se ovšem prokázal mezi dvěma typy Rep-Testu. K menší diferenciaci konstrukčního systému došlo, pokud respondenti posuzovali druhé osoby a sebe. Naopak k větší diferenciaci došlo, pokud respondenti hodnotili sebe z pohledu, kterým je mohou vidět druzí lidé.

Ashworth, Blackburn a McPherson (1982) předpokládali nižší diferenciaci (měřenou jako procento rozptylu pro první komponentu a pro první tři komponenty) a zároveň vyšší integraci (zde označovanou pojmem monolitická struktura, tedy shluk vzájemně korelujících konstruktů) konstrukčního systému depresivních. Mezi skupinami rozlišovalo jedině procento rozptylu prvních tří komponent. Depresivní pacienti měli nižší míru diferenciaci, a to v porovnání s pacienty s mánií, se schizofrenií a s alkoholiky. Mezi depresivními pacienty, lidmi, kteří se z deprese již uzdravili, a neklinickou kontrolní skupinou nebyl rozdíl. Přestože vzorek depresivních pacientů nebyl z hlediska diagnóz sjednocený,<sup>1)</sup> mezi podskupinami se nenašel rozdíl. Po 120 dnech byl celý proces administrace zopakován se stejnými osobami z depresivní a manické skupiny, které se zúčastnily prvního testování a které byly nyní považovány za uzdra-

<sup>1)</sup> Zahrnuta byla psychotická bipolární afektivní porucha, psychotická unipolární deprese a neurotická deprese.

vené (Ashworth, Blackburn, McPherson, 1985). U depresivních vzrostla v porovnání s hodnotami z prvního testu míra diferenciacie. Tato skupina se nyní nelišila od jiných skupin zahrnutých v první studii, ani od uzdravených manických osob.

V dalších studiích (Angelillo et al., 1985; Neimeyer et al., 1983) bylo pro měření diferenciacie použito FIC (*Functionally independent construction*) a pro měření integrace index uspořádání (*Ordination*). FIC vychází z počtu na sobě nezávislých shluků konstruktů, uspořádání souvisí s extremitou hodnocení na škálách tvořených konstrukty (Gallifa, Botella, 2000). Neimeyer et al. (1983) použili modifikovaný Rep-Test, kde respondenti hodnotili sebe v různých rolích na konstruktech, které si vytvořili. FIC ani uspořádání nekorelovalo s hloubkou deprese. Angelillo et al. (1985) zjistili vyšší míru uspořádání u neklinické kontrolní skupiny. Skupina pacientů s depresí a s dystýmií a skupina s jiným psychiatrickým onemocněním<sup>2)</sup> se mezi sebou nelišily. FIC mezi jednotlivými skupinami opět nerozlišovalo.

Neimeyer, Heathová a Straussová (1985) využili modifikovaný Rep-Test, kde respondenti posuzovali sebe v různých rolích. Respondenti nejprve napsali určitý počet svých pozitivních, negativních a ideálních vlastností. Tyto charakteristiky byly považovány za první póly konstruktů. Respondenti posléze určili druhé póly konstruktů uvedením kontrastních vlastností k již existujícím pólům. Konstrukty přitom nesestávaly jen ze dvou pólů, ale měly podobu škály. Autoři zjistili, že hloubka deprese má vliv na diferenciaci (v podobě skóru FIC). Zpočátku je konstrukční systém člověka spíše integrovaný, a to v oblasti pólů s pozitivní valencí. Jak se deprese prohlubuje, dochází k diferenciaci, využívány jsou pozitivní i negativní póly konstruktů týkající se jádrové struktury rolí. U těžké deprese se projevuje opět posun k integraci, ovšem v oblasti pólů s negativní valencí.

Neimeyer a Feixas (1992) porovnávali odlišné metody měření deprese a další metody. Jednalo se o HRDS, BDI, Hopelessness Scale (HS), Crandell Cognitions Inventory (CCI), Attributional Style Questionnaire (ASQ), Cognitive Error Questionnaire (CEQ) a modifikovaný Rep-Test. V něm respondenti posuzovali sami sebe v různých rolích. Výzkumu se účastnily osoby trpící střední nebo těžkou unipolární depresí. Skóre diferenciacie bylo měřeno jako stupeň podobnosti self ve všech rolích, nicméně významně nekorelovalo s žádnou jinou metodou ani její subškálou.

## B. Konstrikce

Opět se projevuje nejednotnost v názoru, jaký znak konstrukčního systému považovat za ukazatel konstrikce. V některých případech bývá dávána do souvislosti s kognitivní komplexitou. Ashworth, Blackburn a McPherson (1982) předpokládali, že konstrikce a zároveň pre-emptivní myšlení<sup>3)</sup> povedou k nediferencované struktuře, a tím k nízké kognitivní komplexitě. Stejně pojetí kognitivní komplexity jako ukazatele míry konstrikce zastávali Space a Cromwellová (1980), viz oddíl o kognitivní komplexitě.

Ross (1985) očekával vyšší míru konstrikce u osob s hlubší depresí. Konstrikci přitom chápal jako nadměrné používání určitého bodu na ratingové škále (např. obou krajních bodů). Jeho hypotéza se nepotvrdila. Autor ovšem srovnával skupinu osob bez terapie s nejasně definovanou skupinou osob procházejících psychoterapií, která zahrnovala např. poruchy osobnosti, neurózy nebo alkoholismus.

<sup>2)</sup> Skupina byla nejasně určená, její součástí byli lidé např. s poruchou osobnosti nebo s posttraumatickou stresovou poruchou.

<sup>3)</sup> Jedná se o myšlení typu „jen toto, nic jiného“. Pokud se člověk považuje například za líného, je to jeho jediné pojetí, už se dál nekonstruuje jako zvědavý, úspěšný atd.

Neymeier, Heathová a Straussová (1985) zjišťovali míru konstrikce pomocí počtu středových ohodnocení na škále tvořené konstruktem, tedy jako ukazatel neaplikovatelnosti rolí self na daný konstrukt. Vztah s depresí se nepotvrdil, stejně tak ani souvislost mezi konstrikcí a suicidálními myšlenkami.

Sheehanová (1981, 1985) předpokládala, že důsledkem konstrikce vzniká rigidní, málo diferencovaný konstrukční systém s nízkou mírou konfliktu. Míru konfliktu zjišťovala pomocí tzv. vyvážených a nevyvážených triád. Vyvážené triády konstruktů jsou takové, jejichž výsledná hodnota po vynásobení hodnot všech možných korelací mezi páry konstruktů v triádě je pozitivní. Naopak nevyvážené triády jsou takové, kde výsledná hodnota je záporná. Výsledky studií její předpoklad potvrdily. Lidé s depresí v porovnání s kontrolní skupinou vykazovali menší konflikt při posuzování, jak je mohou vnímat jim blízcí lidé (Sheehan, 1981). V další studii došla Sheehanová (1985) k podobnému zjištění. V retestu po skončení terapie osob trpících depresí vzrostla míra konfliktu, přičemž změna byla znatelnější, pokud se jednalo o posuzování self z možného pohledu druhých jako v předchozí studii, než pokud se jednalo o posuzování druhých osob a self.

#### **D. Obsah konstruktů**

Silverman (1977) objevil rozdíl mezi konstrukty týkajícími se afektů a věcně zaměřenými konstrukty. Konstrukty s afektivním obsahem byly konstruovány intenzivněji (viz oddíl o kognitivní komplexitě). Ross (1985) neprokázal vztah mezi hloubkou deprese a použitím emočně zabarvených konstruktů (šťastný – smutný, citlivý – necitlivý a nadějný – beznadějný).

Sheehanová (1981) zjistila, že členové depresivní skupiny před léčbou nejčastěji používali konstrukty týkající se nízké energičnosti, po léčbě naopak nejvíce využívali konstrukty vysoké energičnosti. Nejčastější obsahovou kategorií u kontrolní skupiny byla aktivní sociální interakce.

Studie Angelilla et al. (1985) se zabývala vztahem deprese a obsahu konstruktů se zaměřením na společenskou žádoucnost, nežádoucnost a nejednoznačnost. Žádoucnost, nežádoucnost a nejednoznačnost posuzovaly dvě nezávislé osoby. U neklinické kontrolní skupiny v porovnání s depresivní skupinou i s psychiatrickou kontrolní skupinou byly méně používány nejednoznačné póly konstruktů. Používání nejednoznačných pólů pozitivně korelovalo s hloubkou deprese. Naopak korelace mezi počtem společensky žádoucích i nežádoucích pólů konstruktů s hloubkou deprese byla záporná. Autoři uzavřeli, že využívání nejednoznačných pólů konstruktů k anticipaci snižuje schopnost získat sociální potvrzení a zpětnou vazbu v běžném životě, což v důsledku brání vytváření dalších anticipací založených na minulých zkušenostech.

#### **E. Polarizované konstruování**

Polarizované konstruování znamená černobílé absolutistické vidění světa. Tendence k němu může vzniknout v důsledku dvou situací (O'Donovan, 1965):

- I. Projev patologie. Konstrukční systém, který neumožňuje vnímat jemné odstíny mezi extrémem, brání kvalitní anticipaci.
- II. Důsledek významnosti posuzovaných osob nebo událostí. Čím je pro nás daný člověk významnější, tím polarizovaněji ho hodnotíme. K vyšší míře polarizace také dochází, pokud konstruujeme sami sebe a pokud používáme vlastní konstrukty. Podle Kellyho (1969) by se u neklinické populace mělo nejvíce přiřazení nacházet na pólech a nejméně na středu škály.

Neimeyer et al. (1983) odvozovali míru polarizovaného konstruování od průměru hodnocení self v různých rolích; čím bylo hodnocení extrémnější, tím vyšší byla míra

polarizace. Potvrdil se vztah mezi polarizovaným konstruováním a hloubkou deprese. V další studii (Neimeyer, Heath, Strauss, 1985) vztah polarizovaného konstruování self s depresí ani s myšlenkami na sebevraždu potvrzený nebyl. Ovšem v porovnání s lidmi na čekacím seznamu klientů, kteří absolvovali desetitýdenní kognitivní terapii, vykázali pokles polarizovaného konstruování self. Studie Dingemans, Space a Cromwellové (1983) neodhalila rozdíl v polarizaci<sup>4)</sup> mezi skupinami schizofrenních a depresivních pacientů. Neklinická kontrolní skupina měla významně nižší míru polarizace. V retestu se hodnoty u depresivních osob přiblížily hodnotám neklinické skupiny, zatímco lidé se schizofrenií neklinickou skupinu stále převyšovali.

Studie Neimeyera a Feixase (1992) porovnávala modifikovaný Rep-Test s jinými metodami (HRSD, BDI, HS, CCI, ASQ, CEQ – viz oddíl o kognitivní komplexitě). Výsledky ukázaly střední zápornou korelaci polarizace s indexem diferenciací. Polarizace také mírně korelovala s dvěma subškálami ASQ (pozitivní internality a pozitivní stability).

#### **F. Vnímaná interpersonální izolace**

V PCP je interpersonální izolace operacionalizována jako průměr vzdáleností aktuálního self a druhých na konstruktech. Klíčové je tedy, zda sebe člověk hodnotí podobně jako druhé, nebo zda je mezi ním a ostatními osobami významný rozdíl.

Space a Cromwellová (1980) a Space, Dingemans a Cromwellová (1983) používali indexy identifikace, jednalo se o korelaci mezi self a významnými osobami. Nejnižší hodnotu identifikace dosáhla skupina depresivních osob, následovala ji psychiatrická kontrolní skupina, nejvyšší míru identifikace vykázala neklinická kontrolní skupina.

V další studii (Ashworth, Blackburn, McPherson, 1982) byla interpersonální izolace označována pojmem integrace self a druhých. Skupina depresivních osob dosáhla vyšší míry izolace než skupiny manických osob, osob vyléčených z deprese a neklinická kontrolní skupina. Depresivní skupina se již ale nelišila od skupin schizofreniků a alkoholiků. V retestu po 120 dnech (Ashworth, Blackburn, McPherson, 1985) došlo u depresivní skupiny k poklesu izolace a u manické skupiny k nárůstu; jen změna u manické skupiny byla statisticky významná. Osoby v depresivní a manické skupině se už v míře izolace mezi sebou nelišily a stejně tak ani od jiných skupin v předcházející studii.

Stejný trend se potvrdil i v dalším výzkumu (Hewstone, Hooper, Miller, 1981). Skupina pacientů s neurotickou depresí dosáhla v porovnání s neklinickou skupinou vyšší míry izolace. U depresivní skupiny proběhl v průměru po 3,5 týdnech (po propuštění z nemocnice) retest, u kontrolní skupiny retest následoval v průměru po týdnu. U depresivní skupiny došlo k poklesu vnímané izolace, mírněji poklesla izolace i u kontrolní skupiny. Obě skupiny se již v míře izolace mezi sebou nelišily.

Sheehanová (1985) zjistila, že v průběhu terapie došlo u depresivních pacientů k poklesu izolace, i když výsledky těsně nedosáhly statistické významnosti. Rozdíl byl znatelnější, když respondenti posuzovali sebe a druhé osoby, než když posuzovali sebe z možného pohledu druhých osob.

#### **G. Nízké sebehodnocení**

Nízkým sebehodnocením se rozumí odlišné vnímání aktuálního self a ideálního self. Jeho míra se zjišťuje jako průměrný rozdíl umístění aktuálního a ideálního self na konstruktech.

<sup>4)</sup> V tomto případě se jednalo o konstruování druhých osob a self z možného pohledu druhých.

Sheehanová (1981) rozdíl self a ideálního self označila pojmem sebeakceptace. Depresivní skupina vykazovala v porovnání s neklinickou skupinou nižší sebeakceptaci. V retestu po 6-8 týdnech došlo k jejímu nárůstu. V další studii již Sheehanová (1985) používala termín sebehodnocení. Prokázala jeho nárůst u depresivních pacientů po absolvování terapie v porovnání se stavem před terapií.

Rozdíly v míře sebehodnocení potvrdil i další výzkum (Ashworth, Blackburn, McPherson, 1982). Lidé s depresí měli nižší míru sebehodnocení než lidé s mánií, lidé uzdravení z deprese a nekliničtí pacienti. V navazující studii (Ashworth, Blackburn, McPherson, 1985) došlo u obou skupin ke změně. U uzdravených depresivních osob sebehodnocení narostlo, zatímco u uzdravených manických pokleslo, ale ani jedna změna nedosáhla statistické významnosti. Vyléčená skupina pacientů s depresí se již nelišila od skupiny vyléčených pacientů s mánií, uzdravených pacientů z deprese z předchozí studie a neklinických pacientů.

Neimeyer a Feixas (1992) zjistili vztah mezi sebehodnocením a skóry HRSR i BDI; čím hlubší byla deprese, tím více klesalo sebehodnocení. Sebehodnocení korelovalo s negativním konstruováním self (viz níže); čím nižší bylo sebehodnocení, tím negativněji bylo self konstruováno. Konečně bylo sebehodnocení ve vztahu se subškálou zoufalství CCI i s jeho celkovým skóre.

#### H. Negativní konstruování self

V sérii studií (Space, Cromwell, 1980; Space, Dingemans, Cromwell, 1983) respondenti u každého konstruktů v Rep-Testu určili, který pól vnímají pozitivněji a který negativněji. Negativní konstruování self bylo operacionalizováno jako procento rozptylu hodnocení self na pólech konstruktů, které respondenti označili za negativní. Skupina depresivních pacientů se v porovnání s neklinickou skupinou konstruovala negativněji. Počet pozitivních hodnocení self na konstruktech byl nejvyšší u neklinické skupiny, poté následovala psychiatrická skupina a poslední zůstala skupina depresivních osob. Autoři se také zabývali smíšenými valencemi self. Smíšená valence self značí, že člověk se hodnotí pozitivně i negativně v rámci skupiny vzájemně souvisejících konstruktů (faktorů). U depresivní skupiny byl vyšší výskyt smíšené valence self. Autoři v této souvislosti zmiňují tzv. přesmyky (*slot movement*), tedy pohyby v rámci jednoho bipolárního konstruktů. Člověk se může hodnotit pozitivně, v souvislosti s událostí ve svém okolí však reaguje přesunem na negativní pól konstruktů atd. Pokud k přesmykům dochází v negativním směru a na konstruktech významných pro pohled na self, může vzniknout reaktivní deprese. Ovšem v další studii (Dingemans, Space, Cromwell, 1983) byl nejvyšší počet přesmyků zjištěn u skupiny schizofreniků, zatímco depresivní a neklinická skupina se od sebe nelišily. Ross (1985) zjistil, že čím hlubší depresí lidé trpěli, tím méně se hodnotili jen pozitivně nebo jen negativně. Byl potvrzen i vztah mezi depresí a přesmyky, zde označovanými pojmem *slot-rattling*.

V sérii studií (Neimeyer et al., 1993; Neimeyer, Feixas, 1992; Sheehan, 1985) autoři zjišťovali průměrné procento konstruktů, na kterých bylo self přiřazeno na negativní pól. Během léčby došlo k významné redukci negativního konstruování self (Sheehan, 1985). Míra negativity self pozitivně korelovala s HS a dále se subškálami bezmocnosti a zoufalství CCI i s jeho celkovým skórem (Neimeyer, Feixas, 1992). Negativní konstruování self i budoucího self významně korelovaly s hloubkou deprese, přičemž negativní konstruování budoucího self dosáhlo vyšší hladiny významnosti a bylo také nejlepším prediktorem deprese, jak odhalila vícenásobná regrese (Neimeyer et al., 1993).

Studie Neimeyera, Heathové a Straussové (1985) potvrdila pozitivní vztah mezi depresí a negativním konstruováním self ve třech podobách: negativním konstru-



ováním self v různých rolích (jak si člověk myslí, že jej vidí ostatní), negativním konstruováním reálného self a negativním konstruováním budoucího self. Negativní konstruování reálného self a budoucího self také významně korelovalo se suicidálními myšlenkami. Terapie vedla ke zlepšení negativního konstruování reálného a budoucího self, nedošlo ale ke zlepšení valence self v různých rolích.

V přehledové studii (Pierce, Sewell, Cromwell, 1992) autoři upozorňují na další fenomén týkající se valence konstruování. Jedná se o tzv. zlatý poměr, který se mimo jiné projevuje i při hodnocení druhých osob: 68 % hodnocení je pozitivní, zbylých 32 % je negativní. U depresivních osob se poměr pozitivního a negativního hodnocení mění na 50:50. Autoři uzavírají, že depresivní osoby se neliší od ostatních jen v tom smyslu, že sebe konstruují negativně a ostatní pozitivně, ale také tím, že pokud sami sebe na některých konstruktech hodnotí pozitivně, ostatní osoby na tyto samé konstrukty umísťují na negativní póly.

## CH. Shrnutí

Neimeyer a Feixas (1992) porovnávali odlišné metody vztahující se k depresi. Faktorová analýza odhalila čtyři faktory. První faktor vysvětloval 27 % celkového rozptylu dat a sestával z CEQ, HS, CCI a složeného negativního skóru ASQ. Autoři tento faktor nazvali *kognitivní deformace*, protože subškály měří převážně kognitivní chyby, pesimismus nebo frekvenci negativního myšlení. Druhý faktor označený jako *depresivní symptomatologie* vysvětloval 15 % rozptylu a zahrnoval HRSD, BDI a CCI. Třetí faktor vysvětloval 13 % rozptylu a sestával z polarizace a z diferenciací. Diferenciace přitom měla negativní náboj. Autoři tento faktor pojmenovali *struktura konstrukčního systému*. Čtvrtý faktor vysvětloval 10,5 % rozptylu a sestával z negativní self a z rozdílu self a ideálního self. Byl označen jako *negativní konstruování self*. Z uvedené studie je zřejmé, že metody PCP mohou doplnit používané metody a že se při zkoumání deprese mohou zaměřit na ty stránky kognitivního systému, které tradiční měření odhalit nedokáží.

## SROVNÁNÍ DESKRIPTIVNÍ DIAGNOSTIKY A KONSTRUKTIVISTICKÉHO POHLEDU NA DEPRESI

PCP se nepokouší o vytvoření klasifikačního diagnostického systému. Kelly i další autoři se sice zmiňují o vlivu farmak, EKT i hospitalizace obecně, nepřichází ovšem s biochemickým modelem, který by jejich účinek vysvětlil. Stěžejní důraz kladou na dysfunkční konstrukční systém člověka, tedy na jeho mylné anticipace. Práce s klientem se soustřeďuje především na odstranění těchto příčin. Svým pojetím se PCP přibližuje Beckově kognitivnímu modelu deprese nebo kognitivně-behaviorálnímu modelu deprese.

MKN-10 (2006) řadí mezi obvyklé nebo nutné příznaky pro určení diagnózy deprese snížení energie a aktivity a v některých případech i příznaky somatického syndromu (ztráta zájmů, ranní probouzení atd., Alda, Höschl, Libigerová, 2004). Je to oblast, která může mít velký dopad na zdraví člověka, oblast, která především vede k vyhledání lékaře. Tyto projevy deprese ovšem PCP opouští; snížení zájmů a aktivit se dá považovat za projev konstrikce.

Dle MKN-10 (WHO, 2006) je u deprese přítomen pocit viny. Vina je v PCP chápána jako vědomí, že self se vzdaluje od svého pojetí v jádrové struktuře rolí (Kelly, 1955/2001). Nevzniká tedy důsledkem automatických myšlenek (pokazil jsem, co se dalo atd.), ale odklonem od sebepojetí. S depresí nemusí souviset.

Myšlenky na sebepoškození a sebevraždu jsou v MKN-10 (WHO, 2006) řazeny mezi příznaky deprese. Kelly (1955/2001) nepopírá souvislost deprese a možnosti

sebevraždy, za příčinu obou považuje konstrikt. Kromě přítomnosti minulých pokusů o sebevraždu je nejlepším prediktorem suicidálních pokusů beznadějí (Alda, Höschl, Libigerová, 2004). Tady dochází ke shodě mezi PCP a deskriptivním pojetím; k sebevraždě dochází v důsledku vnímané beznaděje neboli neschopnosti predikovat budoucí události, která vyústí v poslední pokus, jak o svém osudu rozhodnout.

#### EFEKT FARMAKOTERAPIE A PSYCHOTERAPIE

Díky studiím zahrnujícím retest je možné zabývat se otázkou, zda některé znaky konstrukčního systému vlivem léčby vymizí nebo se zmírní spolu s ústupem deprese.<sup>5)</sup> Pokud přetrvávají, můžeme předpokládat, že se jedná o stabilní znaky, které mohou predisponovat k rozvoji nemoci.

Roweová (1971) popisuje kazuistiku ženy se symptomy deprese. Její konstrukční systém měl polarizovanou strukturu, lidi vnímala buď jako dobré, nebo jako zlé. Autorka předpokládá, že pacientka ostatní osoby vinila ze své nemoci a projíkovala na ně svou agresi. Symptomy nemoci se u ní udržovaly spíše proto, že v určitém smyslu ospravedlňovaly její jednání. Být nemocná pro ni bylo přijatelnější než uznat, že její konstrukční systém selhal, že je nutné jej rekonstruovat. Roweová u takových pacientů předpokládá malé zlepšení při léčbě léky a EKT.

Silverman (1977) retestem po deseti dnech zjistil, že u pacientů v remisi v porovnání s pacienty bez remise poklesla intenzita pro afektivní konstrukty. Další studie (Hewstone, Hooper, Miller, 1981) odhalila pokles interpersonální izolace po propuštění z léčby - její hodnoty byly stejné jako u neklinické skupiny. Naopak, přetrvávající nižší sebehodnocení bylo interpretováno jako důsledek přetrvávající nejistoty týkající se self.

Sheehanová (1981) zjistila nárůst sebehodnocení po ukončení farmakoterapie, který ovšem nedosáhl hodnot neklinické skupiny. Autorka předpokládá, že negativní postoj k self může být permanentním znakem konstrukčního systému depresivních. Změnil se obsah konstruktů, původní převažující témata nízké energičnosti a emoční aktivace byla nahrazena vysokou energičností a aktivní sociální interakcí. Nedošlo k významným změnám diferenciací, intenzity a míry konfliktu. V další studii Sheehanová (1985) zkoumala efekt terapie osobních konstruktů. Po ukončení terapie došlo k významnému poklesu míry deprese, k nárůstu míry konfliktu, nárůstu sebehodnocení a k redukci negativního konstruování self. Naopak, statisticky významné nebyly změny diferenciací, intenzity a vnímané izolace self. Výraznější byly změny týkající se možného vnímání self druhými lidmi než změny týkající se vnímání druhých osob. Autorka předpokládá, že osoby trpící depresí dokáží dobře konstruovat druhé, ale mají problémy s chápáním toho, jak druzí vidí je.

Ashworth, Blackburn a McPherson (1985) se zabývali změnou u osob vyléčených z deprese pomocí farmakoterapie. Vzrostla kognitivní diferenciací; pokles v interpersonální izolaci a nárůst sebehodnocení nedosáhly statistické významnosti. Autoři předpokládají, že změny v sebehodnocení jsou důsledkem změny depresivní nálady a ostatních symptomů deprese.

Neimeyer, Heathová a Straussová (1985) zjistili, že po absolvování desetidenní skupinové kognitivní terapie došlo v porovnání s kontrolní skupinou bez terapie ke zlepšení jednak míry deprese (HRSD), jednak suicidálních myšlenek (SSI). Dále došlo k poklesu negativního hodnocení budoucího self, k redukci polarizovaného

<sup>5)</sup> Zjišťováno obvykle pomocí posuzovacích škál (HAMD, BDI atd.).

konstruování self v různých rolích a k poklesu negativního konstruování aktuálního self. Změny se ovšem neprojeví u negativního konstruování self obecně, konstriktce a interpersonální izolace. Přetrvávající míra interpersonální izolace je překvapivá, vezmeme-li v potaz předpoklad, že skupinová terapie by měla v klientech vzbudit pocit sounáležitosti.

#### DOPORUČENÍ PRO TERAPII A LÉČBU

Největší důraz je v PCP kladen na psychoterapii. Z technik zaměřených na modifikaci chování je možné u konstriktce využít předepisování pracovních, společenských nebo rekreačních aktivit (Kelly, 1955/2001). Vystavení novým zkušenostem je možné i prostřednictvím imaginace. Klient se tak zapojí do různých činností a má větší prostor k testování svého konstrukčního systému. Kelly (1955, 1955/2001) využíval tzv. terapii předepsaných rolí (*fixed role therapy*), kdy klient dostal popis fiktivní osoby s údaji, jak se ona osoba projevuje. Jeho úkolem bylo se do ní vžít a po určitou dobu se chovat tak, jak by se chovala ona. Mohl si vyzkoušet jiné způsoby jednání a zároveň si ověřit, jak na ně bude jeho okolí reagovat.

Neimeyer (1985b) shodně s Kellym předpokládá, že krátká hospitalizace doprovázená konstriktcí může depresivnímu člověku prospět, především hrozí-li riziko sebevraždy. Na druhou stranu by hospitalizace neměla vést k úplné bezmocnosti klienta po propuštění, kdy musí znovu čelit vnějšímu světu a dilataci.

Angelillo et al. (1985) navrhuje, aby se terapie zaměřovala na nárůst diferenciacce konstrukčního systému klienta tak, aby vše neviděl katastroficky. Terapie by se také měla soustředit na redukci negativního konstruování self, opět pomocí rozvoje diferencovanějšího konstrukčního systému. Konečně by se terapie měla zaměřit na nahrazení nejednoznačných pólů konstruktů póly jednoznačnými, ať již společensky žádoucími nebo nežádoucími.

Dle Space a Cromwellové (1980) se deprese může eliminovat přesunem přesmyků k pozitivním pólům konstruktů. Snížení náchylnosti k depresi lze dosáhnout buď reorganizací konstrukčního systému, nebo opět přesmyky, které vyústí v konzistentní a pozitivní faktory valence self. Terapie by se také měla zaměřit na snížení vnímané izolace od druhých osob. Sheehanová (1981) navrhuje, aby se terapie soustředila na vzájemné přibližování aktuálního a ideálního self; ideální self by se mělo stát reálnějším a dostupnějším.

Důrazem na kognitivní systém a na zpracování informací se pohled PCP blíží východiskům kognitivní terapie nebo kognitivně-behaviorální terapie. Tyto směry vidí hlavní cíl v odstranění dysfunkčních konstruktů/kognitivních schémat (Možný, Praško, 1999). KBT je podobně jako terapie osobních konstruktů založena na spolupráci terapeuta a klienta. Hlavní metodou je dialog, pomocí něhož má klient objevovat chyby ve svém myšlení. Kromě samotného sezení plní klient i domácí úkoly, pomocí nichž se přesvědčuje o platnosti svých přesvědčení a schémat (Možný, Praško, 1999). U obou přístupů je to klient, kdo přichází s novými pohledy na svůj konstrukční systém a dál jej upravuje; terapeut se jej k tomu snaží vést.

V konstruktivistické literatuře se objevuje názor, že terapie osobních konstruktů a kognitivní nebo kognitivně behaviorální terapie mohou od sebe přebírat svá východiska a navzájem se tak obohatit (Neimeyer, 1985a). Snaha rozvíjet svou teorii dalšími poznatky a zároveň obohacovat teorii jinou se jeví jako bezesporu užitečná, obzvláště v oblasti psychoterapie, kde může být ku prospěchu, pokud terapeut dokáže využít integrativního přístupu.

## ZÁVĚR

PCP se zaměřuje především na dysfunkční konstrukční systém osob s depresí. Mezi hlavní znaky depresivního onemocnění z pohledu PCP se řadí konstrikce, která vzniká s cílem snížit úzkost. S konstrikcí souvisí i malá míra konfliktu v konstrukčním systému. Další charakteristikou je měnící se míra diferenciacie. Výzkumy nepotvrdily jasnou souvislost mezi depresí a celkovou diferenciací konstrukčního systému. Jinak je tomu u diferenciacie self: nejprve se lidé konstruují pozitivně, s prohlubováním deprese dochází k diferenciaci a k pozitivnímu i negativnímu konstruování self, až konečně u hluboké deprese se konstruují jen negativně. S negativním konstruováním self souvisí i přesmyky. Typickými projevy deprese jsou i nízká míra sebehodnocení, vnímaná interpersonální izolace a polarizované konstruování. Polarizace přitom může odlišovat lidi s duševním onemocněním, u kterých je její míra vyšší, od neklinických osob. Častěji se vyskytují konstrukty související s tématy emoční aktivace, nízké energičnosti, nízké soběstačnosti a s emocemi nebo afekty. V porovnání se zdravými lidmi se objevuje také větší míra společensky nevyhraněných konstruktů.

Z PCP vychází terapie osobních konstruktů. Svým východiskem se podobá kognitivní nebo kognitivně-behaviorální terapii, důraz klade na modifikaci dysfunkčních konstruktů. Klient sám si má uvědomit, které jeho konstrukty jsou nefunkční. Nové pohledy a možnosti si ověřuje během sezení i mimo něj, ve svém reálném životě.

## LITERATURA

- Alda, M., Höschl, C., Libigerová, E. (2004): Poruchy nálady (afektivní poruchy). In: Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (Eds.), *Psychiatrie – druhé, doplněné a opravené vydání*. Praha, Tigris, 419-465.
- Angelillo, J., Cimboric, P., Doster, J., Chapman, J. (1985): Ordination and cognitive complexity as related to clinical depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 173, 546-553.
- Ashworth, C. M., Blackburn, I. M., McPherson, F. M. (1982): The performance of depressed and manic patients on some repertory grid measures: A cross sectional study. *British Journal of Medical Psychology* 55, 247-255.
- Ashworth, C. M., Blackburn, I. M., McPherson, F. M. (1985): The performance of depressed and manic patients on some repertory grid measures: A longitudinal study. *British Journal of Medical Psychology* 58, 337-342.
- Dingemans, P. M., Space, L. G., Cromwell, R. L. (1983): How general is the inconsistency in schizophrenic behavior? In: Adams-Webber, J. R., Mancuso, J. C. (Eds.), *Applications of personal construct theory*. Ontario, Academic Press, 265-284.
- Filip, M. (2007): Psychologie osobních konstruktů po padesáti letech: Proč je teorie George Alexandra Kellyho dodnes inspirující? *Československá psychologie* 51, 1-11.
- Filip, M. (2011): Schizofrenie z pohledu psychologie osobních konstruktů: teorie, výzkum, psychoterapie. *Československá psychologie* 55, 204-221.
- Gallifa, J., Botella, L. (2000): The structural quadrants method: A new approach to the assessment of construct system complexity via the repertory grid. *Journal of Constructivist Psychology* 13, 1-26.
- Hewstone, M., Hooper, D., Miller, K. (1981): Psychological change in neurotic depression: A repertory grid and personal construct theory approach. *British Journal of Psychiatry* 139, 47-51.
- Kelly, G. A. (1955): *The psychology of personal constructs, vol. 1: A theory of personality*. New York, W. W. Norton & Company Inc.
- Kelly, G. A. (1955/2001): *The psychology of personal constructs, vol. 2: Clinical diagnosis and psychotherapy*. New York, W. W. Norton & Company Inc. Seventh Edition, London, Routledge, 2001.
- Kelly, G. A. (1969): Nonparametric factor analysis of personality theories. In: Maher, B. (Ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly*. New York, Londýn, Sydney, Toronto, John Wiley & Sons, 301-332.
- McPherson, F. M., Blackburn, I. M., Draffan, J. W. & McFadyen, M. (1973): A further study of the grid test of thought disorder. *British Journal of Social & Clinical Psychology* 12, 420-427.
- Možný, P., Praško, J. (1999): *Kognitivně behaviorální terapie – úvod do teorie a praxe*. Praha, Triton.
- Neimeyer, R. A. (1983): *Toward a personal*

- construct conceptualization of depression and suicide. In: Epting, F. R. (Ed.), *Personal meanings of death; applications of personal construct theory to clinical practice*. Washington, Hemisphere Pub. Corp, 127-173.
- Neimeyer, R. A. (1985a): Personal constructs in clinical practice. In: Kendall, P. C. (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. New York, Academic Press, 275-339.
- Neimeyer, R. A. (1985b): Personal constructs in depression: research and clinical applications. In: Button, E. (Ed.), *Personal construct theory and mental health: Theory, research, and practice*. London, Croom Helm, 82-102.
- Neimeyer, R. A., Feixas, G. (1992): Cognitive assessment in depression: A comparison of some existing measures. *European Journal of Psychological Assessment* 8, 47-56.
- Neimeyer, R. A., Heath, A., Strauss, J. (1985): Personal reconstruction during group cognitive therapy for depression. In: Epting, F. R., Landfield, A. W. (Eds.), *Anticipating personal construct psychology*. Lincoln, University of Nebraska Press, 180-197.
- Neimeyer, R. A., Klein, M. H., Gorman, A. S., Griest, J. H. (1983): Cognitive structure and depressive symptomatology. *British Journal of Cognitive Psychotherapy* 1, 65-76.
- O'Donovan, D. (1965): Rating extremity: Pathology or meaningfulness? *Psychological Review* 72, 358-372.
- Pierce, D. L., Sewell, K. W., Cromwell, R. L. (1992): Schizophrenia and depression: Construing and constructing empirical research. In: Neimeyer, R. A., Neimeyer, G. J. (Eds.), *Advances in personal construct psychology*, Vol. 2. Greenwich, JAI Press, 151-184.
- Ross, M. V. (1985): Depression, self-concept, and personal constructs. In: Epting, F. R., Landfield, A. W. (Eds.), *Anticipating personal construct psychology*. Lincoln, University of Nebraska Press, 155-169.
- Rossotti, N. G., Winter, D. A. (2003): Threat and chaos. In: Chiari, G., Nuzzo, M. L. (Eds.), *Psychological constructivism and the social world*. Milano, Franco Angeli, 335-341.
- Rowe, D. (1971): Poor prognosis in a case of depression as predicted by the repertory grid. *British Journal of Psychiatry* 118, 297-300.
- Sheehan, M. J. (1981): Constructs and „conflict“ in depression. *British Journal of Psychology* 72, 197-209.
- Sheehan, M. J. (1985): A personal construct study of depression. *British Journal of Medical Psychology* 58, 119-128.
- Silverman, G. (1977): Aspects of intensity of affective constructs in depressed patients. *British Journal of Psychiatry* 130, 174-176.
- Space, L. G., Cromwell, R. L. (1980): Personal constructs among depressed patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 168, 150-158.
- Space, L. G., Dingemans, P., Cromwell, R. L. (1983): Self-construing and alienation in depressives, schizophrenics, and normals. In: Adams-Webber, J. R., Mancuso, J. C. (Eds.), *Applications of personal construct theory*. New York, Academic Press, 365-377.
- World Health Organization (2006): *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha, Psychiatrické centrum Praha.

#### SOUHRN

Studie je zaměřena na aplikaci teorie osobních konstruktů na oblast psychopatologie a psychotherapie, s důrazem na diagnostickou kategorii deprese. V první části je popsána teorie George Kellyho, která se soustřeďuje především na konstrikci jako na důležitý znak konstrukčního systému osob s depresí. Příspěvek srovnává empirické studie Kellyho následovníků týkající se kognitivní complexity, konstrikce, obsahu konstruktů, polarizovaného konstruování, interpersonální izolace, sebehodnocení a negativního konstruování self. Zmíněn je vliv farmakoterapie a psychotherapie na konstrukční systém. Poslední část popisuje podobnost principů kognitivní terapie a terapie osobních konstruktů.