

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

ONLINE PSYCHOTERAPIE A
PRACOVNÍ SPOJENECTVÍ
PERSPEKTIVOU KLIENTŮ
S GENERALIZOVANOU
ÚZKOSTNOU PORUCHOU

ONLINE PSYCHOTHERAPY AND WORKING ALLIANCE
FROM THE PERSPECTIVE OF CLIENTS WITH
GENERALIZED ANXIETY DISORDER



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Adéla Janoušková**

Vedoucí práce: **PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.**

Olomouc

2023

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „*Online psychoterapie a pracovní spojení perspektivou klientů s generalizovanou úzkostnou poruchou*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31.3.2023

Podpis

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu PhDr. Janu Šmahajovi, Ph.D. za odborné vedení, za pomoc a cenné rady při zpracování diplomové práce. Velké poděkování patří také účastnicím výzkumu – Andree, Blance, Cilce a Dagmar, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	4
	ÚVOD	6
	TEORETICKÁ ČÁST	7
1	Historický vývoj a základní dělení online terapie a poradenství	8
1.1	Milníky vývoje počítače a internetu	8
1.2	Historie využití počítače v psychologii	9
1.3	Vývoj poskytování distančních forem péče v psychologii a psychiatrii	11
1.4	Psychoterapie a psychologické poradenství realizované prostřednictvím internetu	13
1.4.1	Druhy internetového poradenství	14
2	Specifika práce s klientem v kyberprostoru	19
2.1	Online disinhibiční efekt	19
2.2	Generační rozdíly ve vztahu k ICT	21
3	Online terapie formou videokonference	25
3.1	Postoje terapeutů k online terapii	26
3.2	Online terapie v době pandemie Covid-19	27
3.3	Kontraindikace k online terapii	28
3.4	Výhody a úskalí	29
3.4.1	Neverbální komunikace.....	33
3.5	Etická a technická doporučení související s online terapií	35
3.6	Účinnost online terapie.....	36
4	Pracovní spojení	39
4.1	Role pracovního spojení v online terapii	44
5	Generalizovaná úzkostná porucha	48
5.1	Příznaky a léčba generalizované úzkostné poruchy	48
5.2	Online terapie a pracovní spojení u klientů majících generalizovanou úzkostnou poruchu.....	52
	VÝZKUMNÁ ČÁST	56
6	Výzkumný problém	57
6.1	Výzkumné cíle a výzkumné otázky	58
7	Typ výzkumu a použité metody	59
7.1	Interpretativní fenomenologická analýza	59
7.2	Přehled použitých metod	62
7.2.1	Inventář WAI-SR	62
7.2.2	Polostrukturovaný rozhovor	63

8	Tvorba dat a výzkumný soubor	65
	8.1 Etické hledisko a ochrana soukromí.....	67
	8.2 Reflexe výzkumníka.....	68
9	Práce s daty a její výsledky	70
	9.1 Andrea	71
	9.2 Blanka.....	73
	9.3 Cilka	75
	9.4 Dagmar	76
	9.5 Společná témata.....	77
	9.5.1 Témata související s pracovním spolenectvím.....	79
	9.6 Odpovědi na výzkumné otázky	81
10	Diskuze	83
11	Závěr.....	90
12	Souhrn	91
	LITERATURA.....	94
	PŘÍLOHY.....	112

ÚVOD

Po více než 50 letech existence internetu se v posledních letech výrazně rozšířila možnost realizovat psychoterapii v online prostředí, například prostřednictvím videokonference. Významnou roli zde sehrála pandemie Covid-19. V tomto období nemohli psychoterapeuti pracující na přímou platbu určitou dobu realizovat setkávání tváří v tvář a museli tak volit jiné možnosti, jak zůstat s klienty v kontaktu.

Ač byla online psychoterapie v době pandemie Covid-19 svým způsobem nouzovou variantou, mohou existovat skupiny lidí, pro které je výhodnější, bezpečnější, jednodušší či dostupnější. Zároveň jsou však hojně diskutovány limity online psychoterapie, například týkající se navázání pracovního spojení a jeho kvality (Fernández-Álvarez, J., & Fernández-Álvarez, H., 2021; Watts et al., 2020). Nejnovější výzkumné studie (Bouchard et al., 2022; Watts et al., 2020) naznačují, že klienti online psychoterapie mající generalizovanou úzkostnou poruchu si mohou vybudovat vyšší míru pracovního spojení než v rámci psychoterapie tváří v tvář. Vzhledem k tomu, že se jedná o nové výzkumy, není nyní jasné, z jakého důvodu by tomu mohlo tak být. Autoři si výsledky vysvětlují některými obecnými výhodami online psychoterapie či výsledky jiných výzkumů netýkajících se generalizované úzkostné poruchy. Výstupy z daných dvou prací mě zaujaly a po prostudování dostupné literatury jsem se rozhodla tématu ve své diplomové práci věnovat. Jedná se o problematiku, pro kterou zatím není dostatek teoretické opory, a byly realizovány téměř výhradně práce s kvantitativní výzkumnou částí. Proto jsem dané téma vnímala jako ideální pro kvalitativní výzkum, který by umožnil hloubkové, detailní prozkoumání zkušeností klientů online psychoterapie majících generalizovanou úzkostnou poruchu. Konkrétně se věnuji tomu, jaký význam pro klienty s generalizovanou úzkostnou poruchou představuje pracovní spojení a jaká je obecně jejich zkušenost s online psychoterapií.

Ráda bych výsledky práce přispěla k oblasti, o které je v současné době tak málo poznatků. Pokud by se v budoucnu online psychoterapie opravdu ukázala jako určitým způsobem přijatelnější pro některé osoby s generalizovanou úzkostnou poruchou, mohlo by to vést například ke zvýšení zájmu o psychoterapii mezi těmi klienty, kterým psychoterapie tváří v tvář nevyhovovala.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORICKÝ VÝVOJ A ZÁKLADNÍ DĚLENÍ ONLINE TERAPIE A PORADENSTVÍ

V této kapitole se budeme nejdříve krátce věnovat historii vzniku počítače a internetu. Historický vývoj poté propojíme s oblastí psychologie a popíšeme, jak ji daný technický pokrok ovlivnil. Na závěr kapitoly zmíníme jednotlivé druhy internetového poradenství.

1.1 Milníky vývoje počítače a internetu

Za duchovního otce počítače je považován Charles Babbage. Vytvořil koncept „analytického stroje“, s vývojem daného počítačového stroje se však objevily problémy a v roce 1834 byl projekt zastaven. První počítač (*Complex Number Computer*) byl v roce 1940 představen Americké matematické společnosti na letním setkání v Hannoveru. Technický pokrok však nebyl patrný pouze v USA, ale i v Anglii. V roce 1937 matematik Alan M. Turing popsal princip univerzálního počítače, detailní informace byly však zveřejněny až v roce 1975, anglická vláda tento milník držela v přísné tajnosti. Dějiny počítače se psaly také v dalších evropských zemích, ale výsledky jejich snahy nebyly srovnatelné s výsledky USA nebo Velké Británie. V Československu byl vznik prvního počítače úzce spjat s činností Antonína Svobody. První počítač byl v rámci Laboratoře matematických strojů vyroben v roce 1953 (Naumann, 2009).

Internet definují způsoby, kterými jsou počítače schopny odesílat a přijímat data prostřednictvím globálně dohodnutých protokolů umožňujících počítačům propojit se. Tuto definici Lister et al. (2009) označují jako technickou, protože popisuje internet jako prostředek pro komunikaci počítačů za účelem toku a výměny dat. Na začátku 60. let v době studené války se v USA začaly objevovat myšlenky na vytvoření sítě, která by propojovala nejdůležitější vojenské, vládní a vědecko-výzkumné počítače (Palovský & Sklenák, 1998). Významným průkopníkem rozvoje internetu byl J.C.R. Licklider z Massachusettského technologického institutu, který v roce 1962 představil koncept galaktické sítě (*Galactic Network*; Lister, 2009). První testovací síť vznikla v roce 1968 v Národní výzkumné

laboratoři ve Velké Británii, o rok později byla vybudována síť s označením ARPANET v USA (Palovský & Sklenák, 1998), ze které později vznikl internet (Falk, 1995). První ARPANET spojení se uskutečnilo roku 1969, v roce 1970 byl zahájen oficiální provoz (Naumann, 2009). V roce 1990 síť ARPANET přestala existovat, ale internet pokračoval ve svém rychlém rozvoji, v roce 1992 bylo k internetu připojeno milion počítačů po celém světě (Falk, 1995). V roce 1991 se k internetu připojila Česká republika, Slovensko o rok později (Naumann, 2009). V roce 1990 se zrodila služba *World Wide Web*, první verze Internet Exploreru se objevila v roce 1995 (Palovský & Sklenák, 1998). Internet používají každý den stovky milionů lidí po celém světě.

Z psychologického hlediska se stal prostředkem mezilidské komunikace, který může významně ovlivňovat rozhodnutí, chování, postoje a emoce lidí. Jeho existence vytvořila virtuální sociální prostředí, ve kterém se mohou lidé setkávat, diskutovat, spolupracovat a vyměňovat si informace (Barak, 2008).

1.2 Historie využití počítače v psychologii

Prvním dobře zdokumentovaným případem potenciálního použití počítačového programu pro terapeutické účely se stal program ELIZA (Mallen et al., 2005). Byl vytvořen v roce 1966 Josephem Weizenbaumem na Massachusettském technologickém institutu. Počítač hrál roli terapeuta, konkrétně rogersovsky orientovaného, a uživatel si s ním mohl posílat zprávy (O'Regan, 2018). Program vyvolal zájem i odborné veřejnosti, například psychoanalyticky zaměřeného psychiatra Kennetha Colbyho. Pokud by se ELIZA osvědčila, mohla dle něj fungovat jako terapeutický nástroj široce dostupný například psychiatrickým nemocnicím majícím nedostatek terapeutů. Představoval si, že by byl počítačový systém schopen zvládnout i několik stovek pacientů za hodinu (Weizenbaum, 1976). Program ELIZA fungoval tak, že identifikoval klíčová slova ve vstupním materiálu (zpráva uživatele) a odpovídal na něj pomocí několika pravidel. Například pokud uživatel ve své zprávě zmínil slovo „všichni“, program vygeneroval otázku, kdo jsou ti všichni (Robinson, 1973).

V roce 1973 byla vydána kniha *The computer in psychology*, která se věnovala tématu zvyšujícího se používání počítačů v psychologii (Apter & Westby, 1973).

Robinson (1973) se ve své kapitole dané knihy (Apter & Westby, 1973) zamýšlí nad způsoby, jakými by mohly být počítače využívány v oblasti klinické psychologie:

1. Úložiště klinických informací

Záznamy o pacientech by bylo v počítači lehké nalézt a reprodukovat.

2. Administrace diagnostických metod

Prvním automatizovaným procesem pro diagnostiku byl sběr klinických dat pomocí administrace diagnostické metody – nejdříve prostřednictvím jednoduchého počítačového zařízení, které produkovalo celkový skóre i jednotlivé subskóre, později jej nahradil počítač.

3. Automatizace psychologického testování

Možnost vyhodnocení diagnostických metod prostřednictvím počítače představovala významné ušetření času. V době vydání knihy byl v této doméně největší pokrok v počítačové interpretaci *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI; Hathaway & McKinley, 1942).

4. Automatizace úvodního rozhovoru

Stillman et al. (1969, cit. podle Robinson, 1973) vytvořili *Computer Assisted Special Enquirer* (CASE). Tato metoda měla mimo jiné za cíl zefektivnit proces přijetí nového klienta do péče. Ten musel fyzicky dorazit na dané místo, ale místo kontaktu s odborníkem byl nejdříve usazen před obrazovku počítače a odpovídal na různé otázky. Například při kladné odpovědi na otázku „Byl/a jste už někdy psychologicky léčen/a?“ se objevila návazná otázka „Byl/a jste už někdy hospitalizován/a na psychiatrii?“. Pokud klient odpověděl kladně, systém položil otázku kolikrát. Autoři předpokládali, že by tímto odborníci ušetřili čas – nemuseli by pokládat otázky sami a mohli by jen pročíst získané odpovědi.

5. Diagnostika

Využití pouze počítače pro diagnostiku je problematické, protože nejsou vytvořena explicitní pravidla interpretace získaných informací. Lidské klinické rozhodování je potřebné.

6. Terapeut

Autor si kladl otázku, zda by mohl počítač fungovat také jako terapeut. Počítač by musel mít velkou kapacitu a bylo by vyžadováno více než pouze generování výstupu ze vstupu jako u programu ELIZA. Za potenciálně možnou považoval automatizaci behaviorální terapie v rámci které je dle autora interakce klienta a terapeuta méně komplexní.

O více než dvacet let později uvádí Barak (1999) rozmanité způsoby využití internetu v oblasti psychologie:

- získání informací k psychologickým konceptům;
- vyhledání návodů ke svépomoci;
- psychologické testování;
- pomoc v rozhodování ohledně zahájení terapie;
- získání informací o psychologických službách;
- jednorázové rady psychologa prostřednictvím e-mailu;
- psychologické poradenství a terapie prostřednictvím různých modalit, které budou blíže představeny v podkapitole 1.4.1.

1.3 Vývoj poskytování distančních forem péče v psychologii a psychiatrii

Telemedicínu (*telehealth, telemedicine*) lze definovat jako použití telekomunikačních technologií k získání informací týkajících se zdraví a k poskytnutí samotné zdravotní péče navzdory fyzické vzdálenosti mezi lékařem a pacientem (Nickelson, 1998). Telekomunikační metody typu telefonu se používaly pro lékařské konzultace na dálku od poloviny 19. století (Riva et al., 2004). Před vynalezením telefonu bylo možné s druhým člověkem na dálku slovně komunikovat jen asynchronně a v psané formě, jeho objev přinesl do mezilidské komunikace velký průlom, zejména přispěním k rozšíření přirozené vztahové sítě člověka (Horská et al., 2010). Autorem základní myšlenky telefonu byl Alexander Graham Bell. V roce 1875 byl telefon již k dispozici veřejnosti, ve stejném roce byla založena společnost *Bell Telephone Company*, v roce 1880 bylo funkčních 30 000 kusů po celém světě (Naumann, 2009). Rychlý technologický pokrok významně měnil (a stále mění) způsob, jakým lidé komunikují a žijí. Zdravotní péče je jedna z oblastí, která by mohla být nejdramatičtěji ovlivněna těmito moderními technologiemi (Riva et al., 2004). Dříve odborníci zvažovali, zda telefon do svých ordinací umístit. Nyní je

již většina praktikujících odborníků dostupná na telefonu (Kraus & Stricker, 2010). Konzultace po telefonu byly praktikovány po několik desetiletí. Jejich použití bylo nicméně velmi limitované a bylo vždy vnímáno jako doplněk terapie tváří v tvář, nikoliv jako její alternativa (Weinberg & Rolnick, 2020).

V současné době je prostoupení internetu do domovů a pracovišť již spíše realitou než možností ke zvážení. Internet nabývá na významu jako alternativa klasického poskytování psychologické pomoci. Současně se v posledních letech také rapidně rozrostla literatura na toto téma (Berger, 2017). Mnoho klientů vyhledává různé služby v oblasti duševního zdraví online a většina odborníků internet používá alespoň pro odesílání a přijímání e-mailů a jiné pracovní aktivity (Kraus & Stricker, 2010). E-mail je nejstarší službou internetu určenou pro komunikaci, jeho vznik se datuje ještě do období sítě ARPANET. Ač je nejstarší, v 90. letech byl nejpoužívanější komunikační službou (Palovský & Sklenák, 1998). V současné době je těžké nalézt odborníka, který by e-mail nepovažoval za užitečný způsob, jak udržovat kontakt s klientem, nebo pro kontakt s klientem či potenciálním klientem nepoužíval telefon (Suler, 2010). Americká psychologická asociace (APA) se k poskytování psychologických služeb prostřednictvím telefonu či internetu vyjádřila poprvé v roce 1995 a poté v roce 1997. Závěrem APA bylo, že v tuto chvíli neexistuje dostatek důkazů z výzkumných aktivit pro rozhodnutí, zda je tento způsob účinný. Bylo také doporučováno, aby se k dané nové možnosti přistupovalo s opatrností. Vyjádření APA tak přirozeně ovlivnilo následný vývoj, kdy většina odborníků váhala, zda distanční poskytování psychologické péče klientům nabídnout. Několik let poté, co byl v 90. letech 20. století v USA internet představen veřejnosti, byl koncept online poradenství a terapie stále velmi nový, neregulovaný a nepříliš známý (Kraus, 2010). Rozvoj této možnosti zároveň nebyl rovnoměrný po celém světě, v USA se vyvíjel mnohem dříve a intenzivněji než například v České republice. První test psychoterapie přes počítač se odehrál v USA v roce 1972. Martha Ainsworth, významná představitelka internetového poradenství, organizovala od roku 1982 svépomocné a podpůrné skupiny, v rámci kterých mohli uživatelé přes počítač diskutovat o citlivých tématech. Za hlavního průkopníka e-terapie je považován David Sommers. Jako první vytvořil placenou internetovou službu, která nefungovala pouze na bázi jednorázového zodpovězení e-mailového dotazu. Nabízel déletrvající online pomoc v různých formách, pracoval prostřednictvím e-mailu, chatu a videokonference (Horská et al., 2010).

1.4 Psychoterapie a psychologické poradenství realizované prostřednictvím internetu

Psychoterapie je „zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho mezosobní vztahy i tělesné procesy tím způsobem, že usnadňuje navození žádoucích změn, či tyto změny přímo vyvolá, a tak podporuje uzdravení či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví” (Vymětal, 2004, str. 20). Vybíral a Roubal (2010) psychoterapii definují jako „léčebnou činnost, při níž psychoterapeut využívá své osobnosti a svých dovedností k tomu, aby u klienta došlo k žádoucí změně směrem k uspokojivějšímu požívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění” (str. 30). Někteří odborníci by si přáli vymezit, aby označení „psychoterapeut“ směli používat pouze psychiatři a kliničtí psychologové (*tedy v oblasti zdravotnictví, pozn. autorky*). Druhý, dnes početnější proud, za psychoterapeuta považuje každého, kdo absolvoval psychoterapeutický výcvik a vysokoškolské vzdělání humanitního, medicínského, sociálního, pedagogického nebo teologického směru (Vybíral, 2010). Vzhledem k tomu, že někteří představitelé psychoterapeutické komunity považují psychoterapii za činnost probíhající výhradně v oblasti zdravotnických zařízení, bude pro psychoterapii v dalších částech práce užíván termín „terapie” a pro poskytovatele této služby pojem „terapeut“, protože v případě online terapie se nejedná o zdravotnickou činnost. Určitá výjimka existovala pouze v době restrikcí spojených s pandemií Covid-19 (kdy pojišťovny proplácely klinickým psychologům určitý počet distančních konzultací, viz podkapitola 3.2). Ačkoliv pojem „terapeut“ není nijak právně ukotven, v této práci bude za terapeuta považován ten, kdo má dle širšího pojetí Vybírala (2010) vysokoškolské vzdělání humanitního, medicínského, sociálního, pedagogického nebo teologického směru a dokončený psychoterapeutický výcvik. Vzhledem k tomu, že je psychoterapeutických výcviků velké množství, pro snadnější orientaci autorky v této problematice by se mělo ideálně jednat o výcviky mající certifikaci České asociace pro psychoterapii (kterých je k listopadu 2022 třicet; Česká asociace pro psychoterapii, n. d.) nebo schválené Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.

Nagel a Anthony (2010) definují psychologické poradenství jako krátkodobou terapii, která obvykle trvá do doby, než klient získá novou perspektivu a dovednosti, nebo když dosáhne krátkodobých cílů nastavených na předchozích konzultacích. Cílem poradenství je především podpora a pomoc, zejména aby se člověk efektivně orientoval ve světě a vyrovnával se se životem. Poradce se snaží podpořit klientův růst, rozvoj, zralost a lepší uplatnění klienta (Procházka et al., 2014). Vybíral (2010) odlišuje terapii a poradenství

několika kritérii. Poradenství bývá krátké, jednorázové, případně i časově vymezené. Zaměření poradenství je na (vy)řešení dané situace nebo události, ve srovnání s terapií nezachází tak do hloubky. Poradce člověka nediagnostikuje, zaměřuje se na problém, k jehož vyřešení poskytuje informace, rady a návody. Terapie je naopak zaměřena na člověka a pomáhá mu objevit, proč myslí, cítí se a jedná určitým způsobem. Řiháček (2014) se zabýval otázkou, zda je vůbec možné rozlišit poradenství a terapii, a definoval tři roviny, na kterých lze o těchto rozdílech uvažovat. První rovina se týká metody, kdy podle Řiháčka neexistuje žádný smysluplný rozdíl, protože poradenství i terapie vycházejí ze stejných terapeutických přístupů. Druhá rovina přihlíží k tomu, jakými způsoby jsou tyto přístupy aplikovány na klienty. Zde je možné nalézt rozdíly v míře, ale nikoliv v podstatě přístupů. K významnějšímu rozlišení dochází až na třetí rovině, na rovině profese. Pro poradenství specifická by zřejmě byla samotná edukace, udělování rad, patrné již z etymologie slova poradenství. Poskytování informací a rad se však nachází i v repertoáru činností terapeuta. Na druhou stranu ani poradenství samotné nemůže spoléhat pouze na poskytování rad, nýbrž musí brát v potaz také vztah a samotný proces, který může být někdy důležitější než rada sama o sobě.

1.4.1 Druhy internetového poradenství

Počítačem zprostředkovaná mezilidská komunikace (*CMC, computer-mediated communication*) je „aktivita, při které uživatelé komunikují s jinými uživateli za použití digitalizovaných informací přenášených prostřednictvím telefonu nebo jiných způsobů telekomunikace (kabel, satelit; Lister et al., 2009, str. 420)“. Mezi prostředky CMC je řazen e-mail, chatové místnosti, sociální sítě a hovory s užitím zvuku a obrazu (Lister et al., 2009). Existuje několik způsobů, jakými lidé mohou na internetu získat psychologickou pomoc, konkrétně psychologické poradenství, terapii či krizovou pomoc. Internetové poradenství „je poradenskou službou klientům, kteří se ocitli v situaci, pro jejíž řešení vyhledávají pomoc odborníků prostřednictvím internetu a zároveň nechtějí, nebo nemohou komunikovat s odborníkem pomocí telefonu, nebo osobně“ (Horská et al., 2010, str. 33). Internetové poradenství může být realizováno prostřednictvím různých forem internetového kontaktu, například prostřednictvím chatu, VOIP či videokonference. Počátky internetového poradenství v České republice jsou datovány do druhé poloviny 90. let 20. století (Horská et al., 2010). Níže následuje výčet daných forem online poradenství a terapie, podrobněji jsou jejich vlastnosti popsány ve složkách komunikační cesty Sulera (2008).

A. E-mail

Pro použití e-mailu k psychologickým službám je někdy používán pojem *e-terapie*. Za možné výhody je označována nezávislost na místě nebo času, klient může napsat kdykoliv. Použití e-mailu se jeví jako vhodné pro osoby s poruchami řeči nebo sluchu. Introspektivní povaha této služby umožňuje klientům udělat si čas a prostor na to, aby sdíleli svůj příběh bez přerušování. Ze strany terapeuta není nutné okamžité, pružné reagování jako u chatu nebo videohovoru. E-mail je také často využíván při prvním kontaktu klienta a poskytovatele služby (Sluková et al., 2022).

B. Chat

Jedná se o službu umožňující komunikaci s jiným uživatelem sítě v reálném čase prostřednictvím počítače, chytrého telefonu či tabletu (Sluková et al., 2022). Komunikace prostřednictvím chatu se odehrává v chatové místnosti po časově předem ohraničenou dobu (např. 50 minut; Nagel & Anthony, 2010). V České republice jej využívá například iPoradna (Olomoucká linka důvěry; Horská et al., 2010). Chat vyhledávají především mladší klienti (Sluková et al., 2022) a můžeme jej označit za elektronickou obdobu rozhovoru (Horská et al., 2010).

C. Volání přes internet (*Voice over Internet Protocol, VoIP*)

Umožňuje přenos hlasu po internetu, VoIP můžeme označit také jako telefonování přes internet. Jedná se o obdobu klasického telefonického hovoru. V České republice se jedná o programy jako je například ICQ či Skype, který v době napsání knihy používala Modrá linka (Horská et al., 2010). ICQ vzniklo v roce 1996 a k únoru 2022 jej aktivně používá již pouze okolo 11 milionů uživatelů na světě měsíčně (Knight, 2022).

D. Videokonference

Nabízí možnost přenosu zvuku a obrazu přes internet, jedná se o obdobu klasického rozhovoru tváří v tvář (Horská et al., 2010). Videokonference bude detailně představena v kapitole č. 3.

Berger (2017) dále doplňuje kategorii vedených svépomocných programů (*Internet-based guided self-help treatments*), které kombinují webový svépomocný program a méně četný, ale pravidelný e-mailový kontakt s odborníkem. Příkladem může být například iCBT (*Internet-based Cognitive Behavioral Therapy*).

Suler (2008) definoval šest složek komunikační cesty mezi odborníkem a klientem v prostředí kyberprostoru. Kyberprostor je definován jako „virtuální prostor obývaný uživateli elektronických sítí, jehož hlavními vlastnostmi jsou interakce a pocit nové formy společnosti, z níž může pramenit nové pojetí vlastní identity“ (Riva & Galimberti, cit. podle Viktorová & Zielina, 2015, str. 7). Každá z těchto složek může být považována za dimenzi.

1) Synchronní/asynchronní

V rámci synchronní komunikace se klient a profesionál nacházejí u počítače ve stejnou dobu a interagují navzájem ve stejném časovém rámci. Můžeme zde zařadit chat a videokonferenci. Plynulost této formy komunikace je ovlivňována technickými faktory, například rychlostí internetového připojení. Asynchronní komunikace naopak neprobíhá ve stejném časovém rámci. Příklady asynchronní komunikace jsou e-mail, diskuzní fóra a oddálené zhlédnutí audio nebo video nahrávek. Výhodou asynchronní komunikace je absence nutnosti naplánování či sjednání schůzky. Dává časový prostor oběma stranám, klient i poradce si mohou oba rozmyslet, co napíší (Horská et al., 2010). Chybí však široce přijímané standardy pro asynchronní komunikaci s odborníkem, musí být tedy nastaveny individuálně. Zároveň je nutné při volbě synchronní či asynchronní komunikace zvážit, jaká míra pocitu přítomnosti odborníka (vysoká například u videohovoru, nízká u e-mailu) bude klientovi vyhovovat. Synchronní interakce mohou být spontánnější, což může vést k menší kontrole vlastních vyjádření ze strany klienta, a tudíž k většímu odhalení jeho skrytých myšlenek. Ačkoliv rychlost odesílání odpovědí a případné proluky mezi zprávami leccos napoví, drobná zaváhání mohou zůstat nedetekovaná. Pro klienty mající obtíže s verbální komunikací (například se sociální úzkostí) může být asynchronní komunikace preferovanější.

2) Textová/senzorická

Mezi textové interakce řadíme například chat, e-mail, diskuzní fóra, senzorická je videokonference. Do kategorie komunikace bohaté na senzorické podněty lze zařadit také virtuální realitu, která má v psychologii široké možnosti využití, například v léčbě fobií. Textová komunikace postrádá komunikační vodítka přítomná v interakci tváří v tvář, je zde zvýšená anonymita a může se objevit online disinhibiční efekt (viz následující kapitola). Bojí-li se lidé vyhledat pomoc psychologa osobně, mohou preferovat z důvodu anonymity například kontakt e-mailem či prostřednictvím chatu. Současně je z důvodu chybějících vizuálních

a zvukových vodítek, která pomáhají interpretovat smysl sdělení, v textové komunikaci větší prostor pro vznik nedorozumění a projekcí.

3) Imaginární/realistický

Imaginární virtuální prostředí mohou mít široké množství terapeutických aplikací. V multimediálním prostředí se může jednat například o využití avatarů jakožto vizuálních reprezentací sebe sama. Imaginární prostředí však mohou být nevhodná pro klienty s psychotickými stavy.

4) Automatizovaný/interpersonální

Plně automatizovanou terapii se snažil simulovat například program ELIZA.

5) Neviditelný/přítomný

Tato dimenze se týká neviditelnosti/přítomnosti jak klienta, tak odborníka. Variantou neviditelnosti na straně odborníka by bylo například nenápadné pozorování klientova chování v určitém terapeutickém online prostředí, případě poslouchání kolegovy individuální či skupinové práce nebo proces supervize. Stejně tak mohou klienti „neviditelně“ pozorovat ostatní na skupinových online sezeních či v online komunitě, což může podněcovat proces zástupného učení. Zde je však nutné poznamenat, že neviditelnost ze strany druhého odborníka bez vědomí klienta či klientů by bylo v rozporu s etickými zásadami. Pocit přítomnosti klienta či terapeuta je maximalizována, když je komunikace synchronní a sensorická, například v případě videohovoru.

6) Individuální/skupinová

Kyberprostor nabízí příležitost pro realizaci jak individuálních, tak skupinových aktivit. Jednou z důležitých vlastností internetu je právě jeho schopnost shromáždit osoby, které trápí stejný problém, například do online podpůrných skupin (Weinberg, 2020).

Lidé mající interpersonální úzkost, schizoidní poruchu osobnosti nebo sociální fobii mohou mít užitek nejdříve z terapeutického programu, který začíná s textovými, asynchronními, případně i automatizovanými vstupy, a postupně se dostávat k synchronní, sensorické variantě kontaktu tváří v tvář (Suler, 2010). Brunet a Schmidt (2007) za výhodu internetu považují možnost vybudování potřebné míry asertivity pro stydlivé osoby v méně ohrožujícím a méně hodnotícím prostředí. Nabízejí také možnou hierarchii vystavení klienta formě intervence: pouze mikrofon bez zapnuté kamery → pouze zapnutá kamera (*zřejmě*

s možností chatu) → zapnutá kamera i mikrofon s komunikačním partnerem stejného pohlaví → zapnutá kamera i mikrofon s komunikačním partnerem bez ohledu na pohlaví.

2 SPECIFIKA PRÁCE S KLIENTEM V KYBERPROSTORU

Z psychologického hlediska mohou lidé kyberprostor vnímat jako rozšíření jejich myslí či osobností – tedy jako vlastní intrapsychický svět, určitý prostor odrážející jejich zájmy, postoje a preference. Ačkoliv některé psychologické fenomény fungují obdobným způsobem i v kyberprostoru, existují i takové, které jsou pro kyberprostor specifické (Barak & Suler, 2008). Jedná se například o online disinhibiční efekt a částečně také o sebe-odhalení.

Sebe-odhalení (nebo také sebe-odkrývání, *self-disclosure*) je definována jako „interakce mezi alespoň dvěma jednotlivci, kdy má jeden z nich v úmyslu záměrně prozradit druhému něco osobního“ (Greene et al., 2006, str. 410). Odlišují sebe-odhalení ve třech různých módech, jedním z nich je sebe-odhalení, které se neodehrává tváří v tvář (*non-face-to-face disclosure*), ale například prostřednictvím e-mailu. Greene et al. (2006) za benefit tohoto způsobu sebe-odhalení považují to, že jednotlivci mohou danou informaci odkrýt způsobem, který při osobní interakci není možný. Upozorňují však, že interagujícím dotyčným je dostupné méně neverbálních vodítek oproti sebe-odhalení tváří v tvář (viz podkapitola č. 3.4.1). Procesy sebe-odhalení v prostředí internetu se liší napříč jednotlivými prostory a aplikacemi internetu, jako jsou například chatovací místnosti, e-mail, webová stránka nebo sociální síť (Ševčíková et al., 2014). Barak a Suler (2008) poznamenávají, že lidé mohou mít tendenci k hlubšímu a rychlejšímu sebe-odhalení v kyberprostoru než tváří v tvář, a to zřejmě také z důvodu online disinhibičního efektu.

2.1 Online disinhibiční efekt

V kyberprostoru mohou mít lidé tendenci dělat a říkat věci, které by tváří v tvář nedělali a neříkali. Dokáží se více otevřít, uvolnit se, mohou ztrácet zábrany. Tento jev Suler (2004) pojmenoval jako online disinhibiční efekt. Disinhibice může fungovat ve dvou odlišných směrech. Někdy o sobě lidé sdílí velmi osobní věci, odhalují své emoce, obavy, přání. Tento jev nazýváme benigní disinhibice, zatímco toxická disinhibice označuje užívání vulgárních výrazů, přehnané kritiky, mohou se objevit také projevy vzteku

a vyhrožování (Suler, 2010). V rámci online terapie by tedy někteří klienti mohli paradoxně pociťovat vyšší míru pocitu blízkosti než v terapii tváří v tvář (Aafjes-van Doorn, 2022). Obtěžující disinhibované chování bývá někdy označováno jako *flaming* (rozohňování se; Vybíral, 2013).

Online disinhibiční efekt podporují následující jevy (Suler, 2010):

1) Anonymita (Neznáte mě)

Online disinhibiční efekt je udržován anonymitou, kterou lze na internetu do jisté míry získat. Když mají lidé možnost oddělit své jednání od své identity a reálného světa, cítí se méně zranitelně, když se mají s něčím svěřit. I přesto, že online komunikace umožňuje lidem být do určité míry anonymní či použít přezdívku, například když klient terapii poptává, pro psychology by bylo problematické vést terapii s klienty, jejichž identitu neznají. Prvním důvodem, proč to není vhodné, je otázka bezpečnosti klienta (Kraus, 2010). Americká psychologická asociace například ve svém dokumentu týkajícího se informovaného souhlasu s poskytováním telepsychologických služeb uvádí doporučení existence „záchranného plánu“, který bude obsahovat alespoň jeden nouzový kontakt a kontakt na nejbližší pohotovost v místě bydliště klienta (American Psychological Association, 2020). Druhým důvodem je vyhnout se možnosti duálního vztahu, kdy by například v případě textové komunikace mohl být klientem někdo, koho terapeut zná (Kraus, 2010). Většina doporučených postupů zahrnuje určitou formu plánování klientovy bezpečnosti. Důležité je také ustanovení blízké osoby (*patient support person*), která může být kontaktována v případě nouzové události (Tuerk & Shore, 2015).

2) Neviditelnost (Nevidíte mě)

Nabývá významu u textové formy komunikace. I v případech, kdy je známa totožnost chatujícího, příležitost nebýt fyzicky viditelný umocňuje disinhibiční efekt.

3) Asynchronicita (Tak příště)

V asynchronní komunikaci mají lidé možnost odpovědět až za určitou dobu, svou odpověď si promyslet. Fakt, že se člověk nemusí vypořádat s okamžitou reakcí komunikačního partnera na svou zprávu, může být disinhibující. Suler také vymezuje pojem zóna reflexe, což je časový úsek, během kterého může příjemce o své odpovědi na zprávu popřemýšlet, než na ni odpoví.

4) Solipsistická introjekce (Je to jen v mé hlavě)

Daný fenomén je pozorovatelný v asynchronní komunikaci, kdy může být čtení doručené zprávy prožíváno tak, jako by příjemce slyšel hlas odesílatele v hlavě. Příjemce samozřejmě nemusí vědět, jaký má odesílatel hlas, ale může použít svou fantazii. Stejně tak si může vytvořit představu o tom, jak odesílatel vypadá.

5) Disociativní představivost

Nabývá významu u hráčů počítačových her, zejména s fantasy tématikou. Lidé mohou mít pocit, že imaginární postavy, které vytvořili, žijí ve světě odděleném od požadavků a zodpovědnosti, kterou mají v reálném světě. Myslí si, že když vypnou počítač, tak hra a jejich identita ve hře končí (Suler, 2004).

6) Minimalizace sociálního statusu (Jsme si rovni)

V online prostředí nemusí být uživatelům vzájemně znám jejich sociální status a nemusí mít ani takový význam, jaký by měl v reálném životě (Suler, 2004). Na internetu jsou stírány rozdíly týkající se postavení, může být redukováno vnímání autority.

2.2 Generační rozdíly ve vztahu k ICT¹

Pojmem „generace“ je označována kohorta osob, které se narodily v podobném časovém rozpětí. Tito lidé jsou ve srovnatelném věku, životním stádiu a byli ovlivněni konkrétním časovým obdobím a souvisejícími aspekty jako jsou soudobé události, trendy a vývoj (McCrindle & Wolfinger, 2011). Jako první rozdělili vrstevníky podle dat narození do skupin William Strauss a Neil Howe. Jednotlivé generace definovali ve své knize (Strauss & Howe, 1991), generaci X nazvali „třináctá generace“, generaci Y „generace milénia“ nebo také „net generace“. Pojmy generace X, Y a Z se začaly používat až později (Berg, 2020).

V současné populaci spolu dle Marka McCrindle a Emily Wolfinger (2011) žije sedm generací.

¹ Informačním a komunikačním technologiím

Tabulka 1: Přehled generací

*1901-1924	*1925-1945	*1946-1964	*1965-1979	*1980-1994	*2000-2013	*2013→
Generace hrdinů	Generace budovatelů	Baby boomers	Generace X	Generace Y	Generace Z	Generace alfa
telefon		televize	walkman počítač	internet e-mail PlayStation SMS	smartphone sociální sítě tablet notebook	rozvoj technologie virtuální reality
1. světová válka	2. světová válka	obnova zničených zemí vysoká zaměstnanost ekonomická prosperita (USA)				
	světová hospodářská krize					

Pozn.: Uvedené technologické novinky jsou zařazovány do časových rozmezí ne dle roku jejich objevu, ale dle toho, kdy byly dostupné veřejnosti. Tabulka vychází z informací uvedených v literatuře (Berg, 2020; Kubátová & Kukulková, 2013; McCrindle & Wolfinger, 2011).

McCrindle a Wolfinger (2011) navázali na práci spisovatele Marca Prenskyho, který poukázal na odlišný vztah generací k používání digitálních technologií, a zařadili daných sedm generací do následujících kategorií:

- Digitální cizinci

Za digitální cizince je považována generace hrdinů, kteří byli ve starším středním věku, když přišel technologický pokrok.

- Digitální imigranti

Baby boomers dosáhli dospělosti bez digitálních technologií. Zatímco někteří nové technologie přijali, někteří jsou k jejich používání zdrženliví.

- Digitálně adaptivní

Masivní rozvoj digitálních technologií se odehrával v době, kdy byla generace X teenageri (pozdní 80. léta a počátek 90. let 20. století).

- Digitální domorodci

Generace Y, Z a Alfa prakticky po celý život doprovázejí digitální technologie.

Starší dospělí mohou mít méně zkušeností jak s technologiemi, tak s možnostmi péče o duševní zdraví, což může limitovat jejich možnosti mít užitek z online poradenství a terapie. Pro starší osoby však může mít online terapie výhody, například mají-li obtíže s chůzí, či by pro ně dojíždění bylo složité. Ačkoliv se již zvýšil počet studií zabývajících se touto tematikou, realizované výzkumy mají malý počet participantů a často se jedná o výzkumné designy bez kontrolní skupiny (Richardson et al., 2009). Otázkou však stále zůstává, jaká je souvislost mezi věkem a používáním ICT. Egede et al. (2009, 2015) byli jedni z mála, kteří se tomuto tématu věnovali. Výzkumný soubor sestával z 241 mužů a žen z populace válečných veteránů majících depresivní poruchu ve věku od 58 let ($M = 63,9$; $SD = 5,1$). Polovina z nich měla online terapii a polovina terapii tváří v tvář. Jejich výsledky naznačují, že terapie u starších lidí by mohla být poskytována online, výsledky klientů u online terapie i terapie tváří v tvář byly obdobné. Ač se jednalo o randomizovanou kontrolní studii (*randomized controlled trial, RCT*), má výzkum také své limity. Výzkumný soubor sestával z 97,5 % mužů a pro poskytování online terapie nebyl použit notebook či počítač, ale určitý typ videotelefonu (KMEA TV500SP), který vypadal jako klasická pevná linka, jen s rozdílem, že jeho součástí byla kamera s displejem. Pro seniory tak mohl být tento způsob online terapie uživatelsky příjemnější, protože zařízení pevné linky již pravděpodobně znali a někdy používali. V novějším výzkumu Dores et al. (2020), který se týkal poskytování psychologických služeb během pandemie Covid-19, nebyl zaznamenán statisticky významný vztah mezi věkem a používáním ICT. Nicméně zaznamenali vztah s četností a délkou terapeutických sezení v online prostoru, psychologové vyššího věku vedli kratší online sezení. To by dle autorů mohlo být způsobeno větším diskomfortem, který s používáním ICT zažívali. Jedná se však pouze o jejich interpretaci. Ač může být obecně předpokládáno, že se zvyšujícím se věkem mohou být lidé k používání ICT zdrženlivější, protože nejsou digitálními domorodci, v tuto chvíli neexistuje dostatek studií, které by svými

výsledky poukazovaly na to, že pro starší klienty nemusí být online poradenství a terapie vhodné.

3 ONLINE TERAPIE FORMOU VIDEOKONFERENCE

Pojmem „online terapie“ jsou dle Ernest (2020) označovány všechny distanční formy terapie probíhající prostřednictvím internetu – nejčastěji přes e-mail, chat nebo formou videohovoru (je používán i termín videokonference). V následujících kapitolách této práce bude pro plynulost textu pojem „online terapie“ označována terapie formou videohovoru (videokonference). Weinberg a Rolnick (2020) se zamýšleli nad tím, jak by měla být online terapie pojmenována. Označení „e-terapie“ podle nich není přesné, protože implikuje použití e-mailu, zatímco „virtuální terapie“ zase zní, jako by nebyla online terapie reálná. Dle Marthy Ainsworth je pojem e-terapie komunikací poradce nebo psychoterapeuta s klientem prostřednictvím internetu nabývající různých forem, například se může jednat jen o jednu otázku, e-mailovou komunikaci, chat, videokonferenci či komunikace internetovým telefonem (Horská et al., 2010). Označení pro online terapii tedy není jasně vymezeno, v posledních letech byla používána podobná pojmenování pro odlišné formáty distanční psychologické péče (Aafjes-van Doorn, 2022). Tato forma terapie je z nabízených technologických variant nejpodobnější kontaktu tváří v tvář² (Théberge-Lapointe et al., 2015) a umožňuje živé spojení například mezi lidmi žijícími daleko od sebe za účelem komunikace (Castelnuovo et al., 2004). Klient i terapeut se mohou vzájemně vidět a slyšet a komunikovat spolu v reálném čase, a to navzdory fyzické vzdálenosti (Watts et al., 2020). Technickými požadavky na videokonferenční systém jsou počítačový systém, kamera, mikrofon, videokonferenční platforma, připojení k internetu a vhodná místnost (Sluková et al., 2022). Ač online terapie připomíná terapii tváří v tvář nejbližší, přináší také mnohé technické výzvy, nutnosti Wi-Fi připojení a používání online platform. Vzhledem k těmto požadavkům může být online terapie náchylnější k možné ztrátě klienta než například terapie realizovaná prostřednictvím telefonního hovoru (Aafjes van Doorn, 2022). Ernest (2020) zmiňuje různé programy využitelné pro online terapii v českém a slovenském prostředí. Jedná se o často používaný Skype, který však v USA nenaplnuje bezpečnostní standardy a není využíván. Dále jsou to například Google

² Kontaktem tváří v tvář je myšlena klasická, prezenční forma terapie, kdy se klient i terapeut nacházejí v jedné místnosti.

Hangouts, FaceTime (mají-li oba aktéři zařízení značky Apple) a Zoom. Videohovory lze také realizovat přes různé sociální sítě (Facebook Messenger, WhatsApp) nebo další platformy jako je Whereby či Doxy.me. Práce s klientem v rámci online terapie také vykazuje určitá specifika. Cipolletta et al. (2018) analyzovali nahrávky online sezení realizovaných prostřednictvím programu Skype. Zjistili, že online terapie velmi často začíná ujištěním se, zda se aktéři navzájem vidí a slyší. Zároveň jsou pro videokonferenci velmi specifická přerušení z technických důvodů. Tato přerušení mohou mít podobu velmi krátkých „zamrznutí“ obrazu, výpadků zvuku až úplného odpojení klienta od videokonferenční místnosti. I krátké výpadky však mohou mít za následek ztrátu či přerušení toku konverzace a mohou přispívat ke vzniku nedorozumění mezi terapeutem a klientem. Tuerk a Shore (2015) zmiňují další ze specifík videokonferenčního kontaktu, a to možnost vidět současně jak komunikačního partnera, tak i sebe, obvykle v rámečku ve spodní části obrazovky. Ačkoliv pro terapeuta může být tento nástroj prospěšný (umožňuje kontrolu toho, zda komunikuje efektivně, například výraznost užití neverbální komunikace), naopak u klienta není považována za ideální. Neustálá přítomnost vlastního obrazu může klienta rozptylovat a nemusí být vhodná u určitých skupin klientů, například těch, kteří mají obtíže s představou o vlastním těle (*body image*) nebo jsou v terapii noví.

3.1 Postoje terapeutů k online terapii

Online terapie má potenciál ke zvýšení přístupu k psychologické a psychoterapeutické péči, a postoj terapeutů, tedy samotných poskytovatelů těchto služeb, hraje zásadní roli. Ve studiích, které se věnují tématu postoje odborníků na poskytování svých služeb online, je jako nejčastější pochybnost uvedena právě obava týkající se technických problémů. Dále mívají terapeuti strach, že online terapie může být neosobní, negativně zasahující do terapeutického vztahu, nebo ztěžující možnost rozpoznat neverbální podněty u klientů. Oslovení odborníci také vykazovali nižší míru spokojenosti s online terapií než klienti (Connolly et al., 2020).

Castelnuovo et al. (2004) definovali pět odlišných teoretických pozic, které odborníci zastávají v problematice online terapie:

- a) Jediný relevantní rozdíl mezi terapií tváří v tvář a online terapií (*samozřejmě se zachováním stejného terapeutického přístupu*) je pouze změna prostředí, ve kterém se terapie odehrává (pracovna psychologa vs. online prostředí).

- b) Terapie může probíhat online, ale není možné říci, že by byla ekvivalentní s terapií tváří v tvář, protože komunikace je postižena významnými odlišnostmi (např. absence neverbální komunikace).
- c) Terapie může probíhat online a mohla by být preferovaně použita u určitých skupin pacientů.
- d) Terapie tváří v tvář je něco úplně jiného než online terapie, tyto formy nelze srovnávat.
- e) Online terapie může sloužit pouze k obohacení některých aspektů terapie tváří v tvář.

3.2 Online terapie v době pandemie Covid-19

Pandemie Covid-19 významně ovlivnila způsob a možnosti poskytování služeb psychologů a psychoterapeutů (Sluková et al., 2022). Situace s Covidem-19 ovlivnila také podobu terapie v Česku, Slovensku a Německu. Počet terapeutických sezení tváří v tvář byl redukován, zatímco počet sezení uskutečněných online či po telefonu v těchto zemích vzrostl (Humer et al., 2020). Z důvodu nečekaného zavedení restriktivních epidemických opatření, která limitovala přímý kontakt klientů a odborníků, bylo výrazně omezeno či dokonce až zastaveno poskytování služeb terapie a poradenství (Sluková et al., 2022). Situace spojená s pandemií Covid-19 postavila terapeuty do nové pozice, kdy museli řešit otázky, kterými se nikdy nemuseli zabývat. Například jak být i nadále k dispozici klientům, a to i přes různá omezení pohybu a služeb, a jak vlastně pokračovat v práci a současně respektovat bezpečnostní opatření. Možným řešením těchto úskalí bylo začít poskytovat terapeutické služby online, což bylo do té doby doménou pouze malého okruhu terapeutů a plnilo to spíše doplňkovou funkci k terapii tváří v tvář (Ernest, 2020). Portugalští psychologové ve výzkumu Dores et al. (2020) odpovídali, že před pandemií Covid-19 nepoužívali digitální technologie v rámci své praxe, protože je vnímali jako neosobní, neúčinné, nefunkční, neetické či nepřilíživě bezpečné. V roce 2020, kdy byl Covid-19 významně rozšířen, proběhl průzkum Americké psychologické asociace, který vyplnilo více než 2000 členů. 76 % uvedlo, že nyní poskytují své služby distančně, například po telefonu nebo prostřednictvím videohovoru. Dalších 16 % kombinovalo terapii tváří v tvář a distanční terapii (online či po telefonu; American Psychological Association, 2020).

Békés et al. (2020) se zabývali postoji psychoterapeutů k online terapii v době, kdy byla pandemie Covid-19 na počátku (březen 2020). Do výzkumu se zapojilo 145 terapeutů ze Severní Ameriky a Evropy. Polovina z nich neměla žádnou předchozí zkušenost s online

terapií. Ti, kteří předchozí zkušenost s online terapií měli, k ní zaujali pozitivnější postoj. Ačkoliv se ve většině případů jednalo o nedobrovolný přechod do online prostředí, většina zúčastněných odborníků k této skutečnosti zaujala pozitivní postoj. Mnoho terapeutů však uvádělo, že se cítili více unaveni, méně kompetentní a sebejistí, méně autentičtí. V souladu s předchozími výzkumnými aktivitami měli pozitivnější postoj k online terapii terapeuti pracující kognitivně-behaviorálním přístupem oproti těm, kteří se identifikovali s psychodynamickým přístupem. Pozitivní postoj k online terapii byl identifikován jako významný prediktor vnímané účinnosti terapie. Terapeuti, kteří měli pozitivní postoj, svá online sezení vnímali jako účinnější. I tyto výsledky však byly také získány v době výrazného rozšíření covidu-19, konkrétně v Izraeli (Khatiba et al., 2022).

V říjnu 2020 byl zahájen grantový projekt *Možnosti on-line psychosociální péče pro situace omezeného přímého kontaktu*, který je řešen katedrou psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Projekt má za cíl vypracovat postupy distanční odborné psychosociální péče v situacích omezeného přímého kontaktu (Jochmannová, 2021). Výstupem je například metodika Slukové et al. (2022) a kniha *Péče on-line v psychosociálních oborech: možnosti, limity, rizika* (Jochmannová et al., 2023).

3.3 Kontraindikace k online terapii

Před započítím online terapie by měla být dle Sulera (2008) zjištěna klientova vhodnost k této formě terapie. Konkrétně by měly být posouzeny například počítačové dovednosti, obeznámenost s online technologiemi a psychologickými aspekty online komunikace a postoje k samotné online terapii.

Dle Krause (2010) není online terapie doporučena v případech, kdy klient:

- a) má sebevražedné myšlenky, myšlenky někomu ublížit nebo někoho zabít, nebo vykazuje násilné chování;
- b) nachází se v krizové situaci či jakékoliv situaci, která jej ohrožuje na životě;
- c) má nedávnou historii sebevražedného, násilného nebo závislostního chování;
- d) je závislý na alkoholu či drogách³;
- e) má bludy nebo halucinace.

³ Dle Tuerka a Shore (2015) je kontraindikací pouze neléčená závislost.

Mimo výše uvedené lze zmínit také další kontraindikace (Tuerk & Shore, 2015):

- f) klient distanční formu kontaktu odmítl;
- g) jeho psychický stav je vážně dekompenzován;
- h) potřebuje akutní hospitalizaci;
- i) nemá vhodné technické prostředky;
- j) není možné zajistit soukromí (např. je pravidelně vyrušován během sezení členy rodiny) a bezpečí;
- k) pečující osoba není přítomna (například klienta s demencí);
- l) je třeba sdělit vážnou skutečnost ovlivňující klientův život či život jeho blízkých, například informace o závažné diagnóze;
- m) je přítomna akutní psychóza, mánie nebo psychotické stavy⁴;
- n) má deficit sensorických funkcí, který by vylučoval schopnost iniciovat komunikaci nebo v rámci online terapie komunikovat;
- o) je indikována potřeba uvedení nějakého nouzového kontaktu, ale klient nemá možnost někoho určit.

3.4 Výhody a úskalí

Za výhody online terapie můžeme označit:

- a) Vyšší dostupnost psychologické péče pro klienty, kteří:
 - jsou izolovaní¹;
 - žijí v oblastech bez dostupnosti psychologické péče¹;
 - se nacházejí ve vězení¹;
 - pracují v armádě¹;
 - mají pocity úzkosti, agorafobii, sociální úzkost¹, obsedantně-kompulzivní poruchu³;
 - jsou v akutní krizi a nemají možnost získat okamžitou pomoc tváří v tvář⁴;
 - se obávají sociální stigmatizace spojené s duševními onemocněními (například váleční veteráni a adolescenti, pro které je velmi důležitý názor vrstevníků)²;

⁴ Online terapie je výrazně nevhodná zejména v případě, kdy by mohl být psychický stav distančním kontaktem zhoršen – například přítomností obav souvisejících s možným zneužitím dat (Tuerk & Shore, 2015).

- kvůli zdravotnímu stavu se nemohou vzdálit z místa bydliště (osoby se zdravotním postižením, senioři, nemocní klienti)³;
- pečují o děti nebo jiného člena rodiny³;
- jsou pracovně zaneprázdněni³;
- hodně cestují nebo žijí v zahraničí³.

¹: Rees & Stone, 2005; ²: Alavi & Omrani, 2019; ³: Sluková et al., 2022, ⁴: Stoll et al., 2020.

- b) Není limitována místem, například při přestěhování klienta je možné v terapii pokračovat online bez ohledu na to, kde se nachází (Weinberg & Rolnick, 2020).
- c) Čas pracovníka i klienta je efektivně využit, je uspořen čas, který by strávil cestováním do ordinace (Sluková et al., 2022).
- d) Větší pocit bezpečí pro klienty, kteří se necítí příliš komfortně v přímém sociálním kontaktu. Zvýšení pocitu bezpečí a kontroly nad situací u některých klientů, když mohou o náročných tématech hovořit z prostředí domova (Sluková et al., 2022).
- e) Vystává zde možnost využití technologických prvků, například možnost sdílení dokumentů, zapnutí či vypnutí videokamery a zvuku (Sluková et al., 2022).
- f) Širší rozsah psychologických služeb, než by mohl klient v některých případech získat tváří v tvář v místě bydliště, např. možnost výběru z mnoha terapeutických směrů (Stoll et al., 2020)

Simpson et al. (2021) za další výhodu online terapie považují také možnost klienta uzpůsobit si podmínky, v rámci kterých se cítí bezpečně, a současně tak usnadňovat vývoj terapeutického vztahu u klientů, kteří se ve vztazích necítí komfortně, například lidé s vyhubou poruchou osobnosti. V rámci videohovoru tak mohou prozkoumat, jaké jsou jejich pocity související s intimitou a bezpečím při různých možnostech umístění a velikosti obrazu terapeuta na obrazovce, úrovni očního kontaktu a usazení v různých vzdálenostech od kamery. Online terapie může těmto klientům pomoci aktivněji se zapojit do života a případně získat dovednosti k tomu, aby následně v terapii pokračovali tváří v tvář (Chen et al., 2021). Stoll et al. (2020) za jednu z výhod online terapie považují také anonymitu, konkrétně možnost vystupovat jako klient anonymně. Proč to dle jiných autorů není ideální, je blíže popisováno v podkapitole č. 2.1. Stejně tak je možné dle de Boer et al. (2021) využít online terapii k poskytování partnerské, manželské a rodinné terapie. Chen et al. (2021) ve svém článku popisují, že by klienti a terapeuti mohli v některých případech paradoxně pociťovat vyšší míru blízkosti při fyzické vzdálenosti

v rámci online terapie. Uvádějí, že přítomnost klienta i terapeuta ve stejné místnosti může evokovat mnoho reakcí. Někteří klienti mohou pociťovat úzkost, která může bránit v tom, aby byl schopen navázat kontakt s aspekty svého vnitřního prožívání. Zmiňují zkušenost z terapie veterána s PTSD, který uvedl, že měl obavy z toho, jaký bude mít na terapeuta dopad svěřením se s tím, že byl ve svém minulém vztahu pachatelem domácího násilí. Uvedl, že se při psychologické péči tváří v tvář tomuto tématu vyhýbal, protože pociťuje stud a vinu. Obával se reakce terapeuta a obrazovka počítače mu tak posloužila jako „psychický filtr“ ochraňující terapeuta před tíží sdělení a současně se cítil méně úzkostně ohledně dopadu svých slov na terapeuta. Online terapie tedy může poskytovat vyšší míru pocitu anonymity a prolamovat bariéry k vyhledání odborné pomoci, které někteří lidé mohou mít. Zároveň může stejně jako v případě zmíněného příkladu klienta s PTSD umožnit klientům otevřít témata, která by se styděli otevřít v rámci terapie tváří v tvář. Za příklad dobré praxe lze označit například projekt Parafilik pod záštitou Národního ústavu duševního zdraví, konkrétně novou možnost (od května 2022; Národní ústav duševního zdraví, 2022) umožňující lidem s parafiliiemi opět kontaktovat telefonní krizovou linku, využít online poradenství formou položení dotazu v poradně či nově se také zapojit do terapie online formou. Dle Chena et al. (2021) je v online terapii také možné dosáhnout větší míry intimity. Terapie tváří v tvář se obvykle odehrává v kanceláři či ordinaci, zatímco v rámci online terapie umožňuje klient terapeutovi nahlédnout do svého osobního prostoru, čímž lze také získat nové informace o jeho způsobu života, například může zahlédnout police s knihami, rodinné fotky či umělecká díla. To však platí i naopak, terapeut se také může přiblížit klientovi touto možností nahlédnutí do svého osobního prostoru. Na druhou stranu však autoři zmiňují, že tento aspekt přináší určitou vyšší neformálnost oproti setkávání v ambulanci. Přinášejí také další příklady z praxe, kdy může dle jejich názoru online terapie přinášet určitý přínos. Například klientka mající poruchu příjmu potravy popisovala pocity hněvu, závisti a studu, které měla v přítomnosti štihlé terapeutky, a z tohoto důvodu terapii vždy velmi brzy ukončila. V rámci online terapie není vidět postava terapeuta, což pro ni bylo přijatelnější. Zároveň často zmiňovaný limit online terapie, omezená možnost sledovat neverbální komunikaci (viz podkapitola 3.4.1), byl pro jiného klienta poměrně osvobozující v tom, že v rámci terapie tváří v tvář nadměrně pozoroval řeč těla svého terapeuta a hledal jakékoliv známky toho, že je odsuzován.

Online terapie má však i mnoho úskalí a limitů, jako například:

- absence osobního kontaktu⁴;
- zvýšené nároky na zajištění bezpečnosti a důvěrnosti informací¹;
- potřeba ochrany soukromí v průběhu konzultace, kdy mohou být doma ostatní členové rodiny¹;
- nemají-li klienti možnost zajistit si soukromí a bezpečné prostředí, je kontakt ztížen⁴;
- je vyžadována technická zdatnost jak ze strany terapeutů, tak ze strany klientů¹;
- nemá-li terapeut s daným klientem zkušenost v kontaktu tváří v tvář, může být těžké posoudit případné změny v prožívání a fungování v porovnání s předešlou úrovní¹;
- potřeba vynaložit větší míru úsilí do udržení blízkosti, soustředění a nerozptylování jinými stimuly ve srovnání s terapií tváří v tvář²;
- online prostor není univerzálně vhodný pro všechny terapeutické techniky a přístupy, například pro odborníky, kteří pracují s tělesnými vodítky a tělesným kontaktem (*Somatic Experiencing, Eye Movement Desensitisation and Reprocessing...*), by byl kyberprostor velmi limitující³;
- není vidět celá postava klienta¹;
- technické podmínky ovlivňují kvalitu kontaktu s klientem¹;
- riziko únavy a vyčerpání spojené se zvýšením používáním ICT⁴;
- omezení možnosti odborné práce s pohybem, cvičením a pomůckami, nemožnost využít podpůrného dotyku nebo objetí⁴;
- otázka neverbální komunikace (podrobněji viz následující podkapitola)²;
- chybějící nebo nekompletní standardy pro poskytování online terapie⁵ (k roku 2020);
- možný vyšší nárok na udržování hranic terapeuta⁵, například při pracovní komunikaci prostřednictvím sociálních sítí;
- potenciální zvýšení sociální izolace klienta a další rizika používání technologií, např. rozvoj závislosti na internetu⁵;
- pro některé klienty zvýšení míry úzkosti ohledně používání videokonference k online terapii⁶;
- technologická rizika (například rizika spojená s ochranou dat a výpadky signálu⁴;
- zodpovědnost za zajištění soukromí a prostředí pro kontakt je přenášena i na klienta⁴.

¹: Ernest, 2020; ²: Weinberg & Rolnick, 2020; ³: Suler, 2010; ⁴: Sluková et al., 2022;

⁵: Stoll et al., 2020; ⁶: Simpson & Reid, 2014

3.4.1 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace, jako například řeč těla, postoj, gesta, volba oblečení a výraz obličeje, je považována za důležitá, abychom byli schopni správně pochopit příchozí sdělení, vzájemně si rozuměli (Kraus, 2010), a byli schopni správně rozpoznat fyzický a psychický stav člověka a sdílet empatii (Sluková et al., 2022). Téma neverbální komunikace v online terapii je hojně zmiňováno v odborných pracích autorů zabývajících se touto problematikou. Absence neverbálních podnětů v online terapii je dlouhodobě vnímána jako její limit. Postoj, tón hlasu, oční kontakt a další neverbální vodítka mohou odborníkovi poskytnout mnoho detailních informací, ale mohou být vnímány také jako zatěžující, rozptylující nebo zastrahující (Castelnuovo et al., 2004). Na obrazovce je obvykle tvář klienta zobrazena z větší blízkosti, než je tomu u kontaktu tváří v tvář, což může na druhou stranu rozpoznání emocí také usnadnit (Sluková et al., 2022). Někteří autoři (například Weinberg & Rolnick, 2020) jsou přesvědčeni, že v rámci online terapie není možné neverbální komunikaci klienta detekovat a tím pádem na ni adekvátně zareagovat. Online terapie je dle Khatiba et al. (2022) charakterizována obtížemi týkajícími se neverbální komunikace. Předpokládají, že obtíže v neverbální komunikaci mohou zapříčinit těžkosti ve vyjadřování empatie. Jiní (Connolly et al., 2020; Inchausti et al., 2020; Kraus, 2010; Sluková et al., 2022; Thompson-de Benoit & Kramer, 2020; Tuerk & Shore, 2015) to nevnímají takto definitivně. Inchausti et al. (2020) uvádějí, že v rámci online terapie je možné dobře zachytit výraz obličeje, zatímco věnování pozornosti neverbální komunikace vyžaduje určité úsilí. Dle Krause (2010) zachycení neverbální komunikace není možné, má-li terapeut možnost využít pouze textového nebo hlasového nástroje. Sluková et al. (2022) hovoří o omezení neverbální komunikace, avšak uvádějí, že některé problematické aspekty snížené možnosti neverbální komunikace mohou být nahrazeny technickými doplňky, například kamerami, které jsou schopny zachytit širší prostor (PTZ kamery). Sezení tváří v tvář umožňují terapeutům komunikovat vřelost a bezpečí mnoha různými smyslovými kanály, například přímým očním kontaktem, tónem hlasu, otevřeným držením těla, pohyby těla, synchronií a naladěním. To vše je mnohem těžší koordinovat přes obrazovku, ale není to nemožné (Thompson-de Benoit & Kramer, 2020). Možnost přímého pozorování některých aspektů neverbální komunikace je v rámci videokonference poměrně snížená, protože se obvykle tělo pacienta, zejména paže, ruce a nohy, nacházejí mimo obraz. Při soustředění však mohou být detekovány výrazy tváře a další neverbální indikátory afektivních projevů jako je například pláč, třes, zrychlené dýchání. Stejně tak je i pro klienty

důležité vidět dostatečně kvalitní a adekvátně veliký obraz svého terapeuta, klientova možnost pozorovat mimiku obličeje přispívá ke schopnosti detekovat vyjádření vřelosti, autenticity a empatie terapeuta (Tuerk & Shore, 2015). Watts et al. (2020) a Théberge-Lapointe et al. (2015) jsou naopak zastánci přesvědčení, že neverbální komunikace klienta je pozorovatelná.

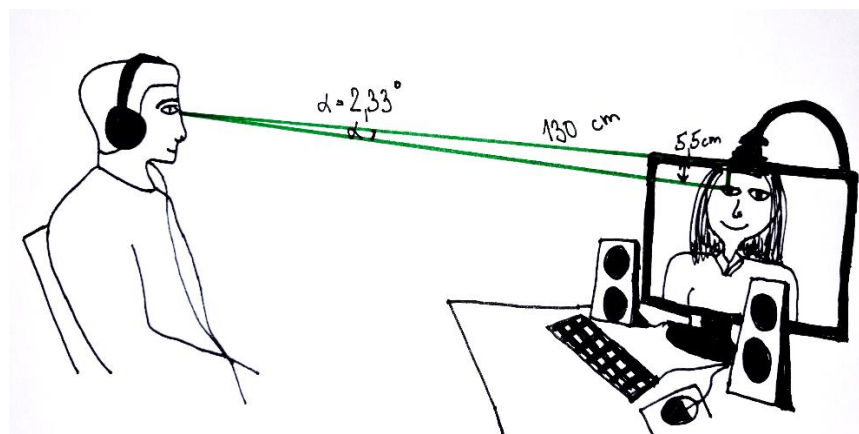
Je důležité věnovat se také faktorům, které jsou spojeny s tím, jak lidé adaptují své chování v rámci používání technologií. Terapeuti mohou používat více neverbální komunikace k tomu, aby se vyhnuli přerušení řeči klienta, k čemuž může dojít, kdyby začali mluvit oba současně (Watts et al., 2020). Je tedy nutné, aby si klient a terapeut zvykli na to, že mezi verbálními výměnami je nutné dělat větší pauzy z důvodu redukce možného mluvení zároveň, kdy není slyšet ani jedna strana (Bouchard et al., 2020). Vzhledem k tomu, že je pozorování těla v rámci online terapie omezené, terapeuti se mohou snažit sdělit více prostřednictvím výrazů obličeje a gest rukou (Tuerk & Shore, 2015). Může se jednat například i o častější pokyvování hlavou nebo ukázání zdvižených palců (Watts et al., 2020). Dané pokyvování je častá technika k vyjádření aktivního naslouchání, opakované pokyvování hlavou však může být na druhou stranu vnímáno jako rozptylující nebo nepříjemné (Tuerk & Shore, 2015).

Weinberg a Rolnick (2020) se zamýšleli nad otázkou, zda je možné, aby online terapie fungovala tak jako klasická forma terapie, a to přesto, že aktéři nejsou společně v jedné místnosti. Zmiňují například polyvagální teorii Stephena Porges (2011). Dle něj je terapie založena na bezpečí, které terapeut poskytuje klientovi. Jejich fyzická blízkost aktivuje mechanismus, který se zaměřuje na zjištění, zda je bezpečné udržovat s druhým emocionální blízkost. Důležitým faktorem je však obličej, zejména jeho vrchní část. Na jednu stranu je sice mnohdy v rámci online terapie obličej více viditelný, chybí však důležité informace o řeči těla a například dechu. V rámci snahy o udržení emocionální blízkosti v rámci online terapie je velmi doporučováno spoléhat se na hlas, který může dle polyvagální teorie sloužit jako signál bezpečí pro mozek (Thompson - de Benoit & Kramer, 2020).

V rámci výzkumů byl také hojně diskutován oční kontakt v online terapii. Terapeuti, kteří při sezeních tváří v tvář dbali na intenzivnější oční kontakt a lehké naklonění trupu ke klientovi, byli svými klienti vnímáni jako více empatictí (Dowell & Berman, 2013). V rámci online terapie se nejedná o oční kontakt v pravém slova smyslu. Ačkoliv se může terapeut nebo klient dívat přímo do kamery, není to přímý oční kontakt. Udržování očního kontaktu bylo pro terapeuty začínající s videokonferencí jedním z důležitých otazníků. Hraje

důležitou roli ve vyjádření empatie a respektu, někteří terapeuti poskytující online terapii si proto oproti terapii tváří v tvář psali méně poznámek a více se dívali na klienta na obrazovce, aby o tuto důležitou možnost nepřišli (Tuerk & Shore, 2015). Grondin et al. (2021) testovali technická nastavení webkamery k tomu, aby usnadnili snahu klienta a terapeuta o oční kontakt. Hledali ideální úhel webkamery, očí terapeuta a očí klienta. Autoři doporučují, aby alespoň terapeut měl možnost vést sezení prostřednictvím stolního počítače, který má dostatečně velký monitor (minimálně 22"), a umožňuje tak sedět dále od monitoru, což pomáhá obou stranám kromě obličeje vidět také část těla, dle fotografií v článku po pas účastníka. Za ideální vzdálenost těla od monitoru považují 1,3 metru. Využití stolního počítače přináší také další výhodu v tom, že notebook má kameru zabudovanou, a webkamera ke stolnímu počítači může být dle potřeby nakloněna. Nákres daného nastavení zobrazuje Obrázek č. 1 níže.

Obrázek 1: Nákres nastavení pro online terapii, volně překresleno dle fotky ve výzkumu Grondina et al. (2021)



3.5 Etická a technická doporučení související s online terapií

Odborníci poskytující své služby prostřednictvím online terapie by měli ctít odborné standardy a dodržovat etické zásady konzistentní s těmi, které používají pro osobní setkávání. Měl by být také poskytnut k podpisu (v souladu s právními předpisy daného státu případně elektronickému) informovaný souhlas obsahující také informace o poskytované službě, zajištění soukromí, důvěrnosti, uchovávání záznamů, potenciálních rizicích, případně ceně a s cenou související vyúčtování (Tuerk & Shore, 2015). V České republice dosud neexistovala metodika týkající se videokonferenčního kontaktu, většina zdrojů informací pocházela ze zahraničí, například z USA. Americká psychologická asociace v roce 2013 publikovala *Guidelines for the Practice of Telepsychology*

(American Psychological Association, 2013b). První ucelený soubor postupů a doporučení věnující se videokonferenčnímu kontaktu v sociálních službách České republiky vytvořili Sluková et al. (2022). V červenci 2020 byl v České republice zveřejněn Bezpečnostní standard pro videokonference, který vytvořili experti z Národního úřadu pro kybernetickou a informační bezpečnost (NÚKIB) a Národní agentury pro komunikační a informační technologie (NAKIT). Dokument je technicky zaměřen, obsahuje doporučení vycházející ze zásad kybernetické bezpečnosti (Národní úřad pro kybernetickou a informační bezpečnost (2020).

Soubory postupů a doporučení z různých zemí mají společné prvky, které popisují Tuerk a Shore (2015):

1. Technické aspekty: například ujištění se, že daný videokonferenční software má odpovídající parametry týkající se zabezpečení dat
2. Klientova a odborníková lokace: kamera by měla být ve výši očí a pevně umístěná, oba aktéři by měli mít možnost zapnutí a vypnutí kamery i mikrofonu, minimalizace okolního hluku
3. Faktory na straně odborníka: místnost by neměla být příliš přeplněna věcmi, které by odváděly klientovu pozornost
4. Faktory na straně klienta: zajištění adekvátní míry soukromí, zajištění vytvoření vhodné vzdálenosti kamery od klienta
5. Klinické a administrativní záležitosti: získání informovaného souhlasu, ustanovení kontaktní osoby pro případ nebezpečí
6. Zvyky odborníka (zahrnující tipy pro přípravu na sezení): test funkce techniky před sezením, udržování očního kontaktu, využívání možností verbální a neverbální komunikace (gesta rukou), která by měla být používána záměrně častěji než v osobním kontaktu, věnování se pouze klientovi, ne jiným aktivitám (e-mail...)

3.6 Účinnost online terapie

Batastini et al. (2021) provedli metaanalýzu 57 studií publikovaných mezi lety 1997 a 2019 souhrnně čítajících 4336 participantů. V 15 studiích byly měřeny symptomy související s posttraumatickou stresovou poruchou a úzkostí, v dalších 15 studiích poruchy nálad. Matsumoto et al. (2021) se zabývali specificky online kognitivně-behaviorální terapií (KBT) formou videokonference. Do metaanalýzy zařadili 16 studií s celkovým počtem

1745 klientů (10 studií s výzkumným souborem klientů s depresivními symptomy, 3 s chronickou bolestí, 1 s generalizovanou úzkostnou poruchou, 1 s hypochondrií a 1 s obsedantně-kompulzivní poruchou). U zahrnuté studie týkající se generalizované úzkostné poruchy (Demiris et al., 2019), která je tématem této diplomové práce, je však dle autorů metaanalýzy velmi vysoké riziko zkreslení výsledků z důvodu vyššího úbytku participantů ve skupině s online terapií (-17,5 % vs. -7 % tváří v tvář vs. -7 % v kontrolní skupině). Metaanalýza Vybírala a Vondráčkové (2012) obsahovala 11 studií, nejčastějšími diagnózami byla panická porucha a deprese, dále závislost na alkoholu, poruchy příjmu potravy, sociální fóbie či psychosomatické obtíže. Další hojně citovanou prací je metaanalýza Baraka et al. (2008) s 92 studiemi s celkovým počtem 9764 klientů, které byly publikovány do března 2006. Velké množství z analyzovaných studií se však věnovalo různým vedeným svépomocným programům či automatizovaným webovým programům. Na synchronní formy komunikace se zaměřilo 27 zahrnutých studií, z toho pouze 1 studie se týkala online terapie formou videokonference. Backhaus et al. (2012) prozkoumali 65 studií publikovaných od roku 1996, z nichž téměř čtvrtina výzkumných souborů zahrnovala klienty s diagnózou PTSD nebo reakcí na akutní stres, a pouze jednotky studií se věnovaly úzkostným poruchám. De Bitencourt Machado et al. (2016) do analýzy zahrnuli 59 studií věnující se online terapii, chatové a e-mailové terapii a poradenství. Specificky online terapii formou videokonference se z daných 59 studií věnovalo 12 studií, polovina z klientů měla diagnózu PTSD a někteří klienti měli generalizovanou úzkostnou poruchu.

Rees a Maclaine (2015) a Varker et al. (2019) se ve svých pracích věnovali specificky klientům s úzkostnými poruchami. Rees a Maclaine (2015) do metaanalýzy zařadili 20 výzkumů, polovina z nich zahrnovala participanty s PTSD. Varker et al. (2019) vyhledávali RCT, které byly publikovány mezi lety 2005 a 2016. Nalezli 10 studií a 1 metaanalýzu zabývající se otázkou, zda je online terapie účinná u úzkostných poruch. Je však nutno upřesnit, že většina studií měla výzkumný soubor sestávající z osob s PTSD z populace veteránů. Mezi lety 2004 a 2014 bylo bohužel publikováno jen velmi málo studií, které by se věnovaly účinnosti online terapie u úzkostných poruch. Výzkumné soubory zahrnující klienty s generalizovanou úzkostnou poruchou, obsedantně-kompulzivní poruchou, panickou poruchou či sociální fóbií bylo možné nalézt pouze v jednotkách prací (Rees & Maclaine, 2015).

Výsledky zmíněných metaanalýz (Batastini et al., 2021; Matsumoto et al., 2021; Rees & Maclaine, 2015; Vybíral & Vondráčková, 2012) a tří přehledových článků

(Backhaus et al., 2012; de Bitencourt Machado et al., 2016; Varker et al., 2019) naznačují, že je online terapie stejně účinná jako terapie tváří v tvář, a že byla účinnější než zařazení klienta do kontrolní skupiny či na čekací listinu (de Bitencourt Machado et al., 2016; Vybíral & Vondráčková, 2012).

Ač proběhlé výzkumy naznačují, že online terapie je podobně účinná jako terapie tváří v tvář, Aafjes-van Doorn (2022) se zamýšlejí nad tím, jestli je vůbec potřebné, aby se to odborná veřejnost snažila dokázat. Možná online terapie ani nemusí být stejně účinná, protože její existence umožňuje poskytnout terapii těm klientům, kteří by nevyhledali (nebo nebyli schopni vyhledat) kontakt tváří v tvář.

4 PRACOVNÍ SPOJENECTVÍ

Pracovní spojení v posledních letech patřilo k nejintenzivněji zkoumaným konceptům v psychoterapeuticky zaměřené literatuře (Horvath et al., 2011). Pojem „pracovní spojení“ bude v práci dále označován jako PS. V minulosti byly pro PS používány různé názvy (např. *therapeutic alliance*, *working alliance*, *helping alliance*), a to buď konkrétně jako synonymum pro PS, nebo tato pojmenování označovala různé aspekty PS (Horvath & Luborsky, 1993). PS je základním faktorem úspěšného terapeutického procesu napříč různými terapeutickými přístupy (Simpson & Reid, 2014). Je relativně robustní proměnnou spojující proces terapie s výsledkem terapie (Horvath & Symonds, 1991), ve výzkumech (např. Askjer & Mathiasen, 2021) je naznačováno, že by mohlo PS fungovat jako prediktor výsledku terapie. I z tohoto důvodu je často považováno za důležitý společný faktor (Askjer & Mathiasen, 2021). Flückiger et al. (2018) provedli metaanalýzu, která zahrnovala 295 studií s celkovým počtem více než 30 000 klientů. Jejich výsledky naznačují silnou podporu existence souvislosti PS a výsledku terapie, a to jak v rámci terapie tváří v tvář, tak v online terapii. Edward S. Bordin identifikoval tři složky PS: shodu na terapeutických cílech (*agreement on therapeutic goals*), shodu na terapeutických úkolech (*agreement on therapeutic tasks*) a emocionální pouto (*bond*) mezi terapeutem a klientem (Bordin, 1979). Shoda na terapeutických úkolech se vztahuje k chování a kognitivním procesům v rámci terapie, které tvoří podstatu procesu terapie. V dobře fungujícím vztahu musí obě strany vnímat dané úkoly jako relevantní a účinné, navíc za jejich provedení převzít odpovědnost. Klientovo posouzení terapeutických úkolů je částečně založeno na pocitu dohody o tom, co je přijímáno jako přiměřený cíl terapie. Silné PS se vyznačuje tím, že se terapeut i klient vzájemně podporují a cení si cílů a dílčích výsledků, které jsou cílem intervence (Horvath & Luborsky, 1993). Cíle dosahované různými specifickými úkoly jsou indikátorem změny, která je dosažitelná díky poutu mezi klientem a terapeutem (Prusiński, 2022). Koncept emocionálního pouta zahrnuje síť pozitivní osobní vazby mezi klientem a terapeutem, vzájemnou důvěru a přijetí (Horvath & Luborsky, 1993). Safran a Muran (2006) nevnímají PS jako konstantní, neustále přítomnou ve stejné míře. Oproti původnímu zdůraznění Bordina (1979), že je PS založeno na spolupráci klienta a terapeuta, vnímají PS spíše jako proces neustálého vyjednávání obou aktérů. Tento mechanismus se dle Safrana a

Murana (2006) děje na vědomé i nevědomé úrovni a považují jej za důležitý mechanismus změny v terapii.

Pro úplnost je také potřeba odlišit terapeutický vztah (*therapeutic relationship*) od PS, protože je někteří autoři užívají jako synonyma. Pojem terapeutický vztah je širším pojmem než PS (Berger, 2017) a řadíme jej mezi obecné účinné faktory psychoterapie spolu s například osobností pacienta a terapeuta. Účinné faktory lze definovat jako „terapeutem navozené děje, které vyvolávají změny v prožívání, jednání, tělesných funkcích nebo sociálních vztazích pacienta, přičemž tyto změny jsou v přímé souvislosti s činností terapeuta” (Hanušová, 2004, str. 115). Terapeutický vztah vymezují role terapeuta a klienta, které vtiskují do vztahu určitou míru asymetrie dle psychoterapeutického přístupu terapeuta, osobnostech obou aktérů a povaze potíží pacienta (Hanušová, 2004). Dle Vybírala a Roubala (2010) se na tom, že psychoterapie funguje, podílí také vztah mezi terapeutem a klientem, konkrétně jde o jeho dovednost vytvořit podpůrné PS.

Pojem „terapeutická aliance“ poprvé použila Elizabeth Zetzel (1956, převzato z Greenburg & Pinsof, 1986). Předpokládala, že se do terapeutického vztahu promítají vztahové vzorce z dětství. Historie vývoje PS je datována od kořenů v psychodynamické psychologii po aktuální Bordinovu panteoretickou definici. Ve 2. polovině 20. století se výzkumníci také nad PS zamýšleli perspektivou sociálního vlivu. Hlavní hypotézou bylo, že klientovo vnímání terapeuta jako důvěryhodného experta může podporovat změnu (Horvath & Luborsky, 1993). Žádoucí znaky PS s klientem se dostaly do centra zájmu psychoanalytických a psychodynamických terapeutů v osmdesátých letech minulého století. Dle Greensona (1967, str. 46) je PS „relativně neneurotický (*non-neurotic*) racionální vztah mezi pacientem a analytikem umožňující pacientovi smysluplně pracovat v rámci analytické situace“. Klinickými projevy PS jsou pacientova ochota provádět různé postupy psychoanalýzy a schopnost analyticky pracovat s objevujícími se bolestivými vhledy. K utváření PS přispívá pacient, analytik a analytické prostředí (například četné návštěvy, použití pohovky, ticho). Zástupci psychodynamického pojetí PS (např. Greenson, Zetzel) argumentovali, že PS a přenos jsou odlišné konstrukty. Někteří byli ale přesvědčení, že všechny aspekty vztahu klienta a terapeuta jsou manifestací přenosové neurozy a měly by být také tak interpretovány. Pohled na PS jako totožné s přenosem implikuje, že emoce a myšlenky spojené s nevyřešenými vztahy s blízkými osobami mohou být přeneseny do vztahu s terapeutem. V souvislosti s tím také někteří PS nevnímají jako vztah v pravém slova smyslu, uvádějí, že PS naplňuje nevědomé přání získat terapeutův souhlas, případně že je

spolupráce či sladění se s terapeutem ve skutečnosti formou skrytého soupeření. Někteří zastánci tohoto názoru také PS považovali za kontraproduktivní z důvodu možného zkomplikování snahy o interpretaci přenosu (Horvath & Luborsky, 1993). Navzdory pestrému historickému vývoji konceptu PS se nepodařilo vytvořit jednotnou, jasnou definici. Chybějící konsensus na definici sice na jednu stranu umožnil výzkumníkům vytvořit různé teoretické rámce, ale také vedl k problematickému vývoji výzkumu. Následkem bylo vytvoření mnoha nástrojů k měření míry PS mezi lety 1978 a 1986, které z důvodu chybějící definice PS vlastně samy o sobě určovaly to, co daný výzkumník pod pojmem PS mínil (Horvath et al., 2011). Ačkoliv byl koncept PS původně založen na psychoanalytické teorii, není mnoho důvodů se domnívat, že by PS tak, jak je v současné době definováno, bylo důležitější v analyticky orientovaných terapeutických přístupech než v jiných (Horvath & Symonds, 1991). Je však pravděpodobné, že jak klientova, tak terapeutova osobní historie, má určitý vliv na jejich kapacitu budovat PS (Horvath & Luborsky, 1993). Je možné, že je míra PS podporována poněkud odlišnými faktory na začátku terapie a v pozdějších stádiích terapie. Fluktuace míry PS, zejména ve střední fázi terapie, odráží znovuobjevení dysfunkčních vztahových vzorců klienta, a dovednost terapeuta tyto problémy rozpoznat a řešit. V raných fázích terapie je při budování PS důležitá úprava terapeutických úkolů tak, aby vyhovovaly potřebám, očekáváním a schopnostem klienta. Vnímání míry PS terapeuta a klienta se na začátku léčby nemusí nutně shodovat. Je doporučováno aktivní sledování PS klientů během léčby. Síla PS v rámci sezení nebo mezi sezeními často kolísá v reakci na různé faktory, které se během terapie odehrávají, například když terapeuti klienty podněcují k tomu, aby bojovali s náročnými problémy, nedorozuměními, přenosem a dalšími. Tato normální kolísání jsou spojena s dobrými výsledky terapie, pokud jsou ošetřeny a řešeny (Horvath et al., 2011). Přítomnost silného PS pomáhá klientovi vypořádat se s bezprostředním nepohodlím spojeným například s odhalením bolestivých témat v terapii (Horvath & Luborsky, 1993). Ackerman a Hilsenroth prozkoumali existující odborné články, které se zabývaly terapeutovými charakteristikami a užívanými technikami, které PS ovlivňují pozitivně (2003) a negativně (2001). Pozitivně na míru a udržování PS přispívají pozitivní atributy jako flexibilita, upřímnost, zájem, vřelost. Z technik se jednalo například o exploraci, reflexi, přesnou interpretaci, podporu a pochopení (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Studie Brossarta et al. (1998) naznačuje, že pohled terapeuta na úroveň PS má významný vliv na to, jak PS vnímá klient. Negativní vnímání PS terapeutem může tedy nepříznivě ovlivnit schopnost terapeuta a klienta vytvořit zdravé PS a v konečném důsledku poškodit

terapeutické úsilí. Dle následujících výsledků má tedy právě terapeut ústřední roli ve vývoji a udržování PS. Dále byla získána podpora pro tvrzení, že je míra PS poměrně proměnlivá – vnímání míry PS v rámci jednoho sezení mělo vliv na vnímání PS na následujícím sezení, a do menší míry také na následující sezení.

Horvath a Luborsky (1993) uvádějí čtyři časté oblasti role PS v terapii, kterým je věnována výzkumná pozornost:

- a) Vztah mezi vysokou mírou PS a výsledkem terapie
- b) Vývoj PS v čase
- c) Proměnné, které predisponují jedince k vývoji vysoké míry PS
- d) Faktory existující v rámci terapie, které ovlivňují vývoj vysoké míry PS

Přestože je PS nadále spojováno s výsledkem terapie, stále probíhá diskuze o domnělé roli PS jako skutečného mechanismu změny. Baier et al. (2020) na základě jejich výzkumné aktivity předpokládají, že PS skutečně může podporovat proces redukce symptomů klientů, vyšší míra PS u klientů ve výzkumu Hubera et al. (2021) predikovala snížení míry prožívaných symptomů úzkosti a deprese. Konkrétně ale není jasné, do jaké míry je PS samostatným činitelem terapeutické změny (Baier et al., 2020). Aby na tuto otázku bylo možné odpovědět, je dle autorů zapotřebí realizovat výzkumy, které jsou RCT. Dále se zamýšlejí nad tím, zda je PS specifickým či nesespecifickým faktorem změny. Dosavadní zjištění podporují pojetí PS jako nesespecifického faktoru. V tomto případě by RCT porovnávající různé terapeutické přístupy neměla najít rozdíl v roli PS na výsledek léčby. Někteří autoři však zastávají názor, že je PS specifickým faktorem změny – tedy, že pro určité terapeutické přístupy je PS méně důležité než pro jiné – například v rámci KBT. Výsledky Boucharda et al. (2020) však naznačují, že jedna z komponent PS – silné emocionální pouto – je v KBT nezbytná pro klientovo zapojení do klíčových technik vedoucích ke změně. Stejně tak jsou PS, motivace a spokojenost klienta dle Boucharda et al. (2022) v KBT velmi důležitými, protože umožňují pacientovi zapojit se do práce na změně svých dysfunkčních vzorců chování. Vývoj a udržování PS nejsou oddělitelné od intervencí, které terapeut zařazuje k pomoci svým klientům. PS je neoddelitelnou součástí všeho, co se v terapii děje. PS tedy může být vymezeno jako měřítko toho, jak dobře spolu klient a terapeut spolupracují, a rozvoj jeho dostatečné míry na počátku terapie je nezbytně důležitý pro úspěch terapie (Horvath et al., 2011), odpovídající míra PS v počátečních fázích terapie je dobrým ukazatelem rizika předčasného ukončení terapie klientem

(Horvath & Luborsky, 1993). PS klientům zamezuje předčasně odcházet z terapie a také vytváří pracovní prostor pro zavedení nových způsobů řešení jejich problémů (Horvath et al, 2011). V rámci metaanalýzy 11 studií o rozsahu 1301 participantů bylo zjištěno, že existuje středně silná souvislost mezi ukončením terapie klientem a PS. Výsledky naznačují, že klienti se slabším PS mají větší tendenci k ukončení terapie (Sharf et al., 2010).

Horvath et al. (2011) uvádějí krátký přepis komunikace mezi klientem a terapeutem v rámci sezení. Demonstrovali na něm důležitost snahy terapeuta najít způsob vzájemné spolupráce s klientem. V rámci ukázky terapeut ustoupil z usilování o dodržení původního plánu náplně terapeutického sezení a vyjadřoval svou snahu o nalezení způsobu, jak s klientem spolupracovat. Autoři věří, že toto přizpůsobení se aktuální potřebě klienta pomáhá budovat PS ze dvou důvodů. Zaprvé to vede k volbě metody intervence, která je ve shodě s tím, jaké jsou klientovy zdroje a očekávání. Z dlouhodobější perspektivy tím terapeut buduje základ pro maximální participaci a spolupráci klienta, která je pro úspěšnou léčbu velmi důležitá. Ukazuje tím také, že je připraven být vnímavý ve snaze dosáhnout vysoké míry vzájemnosti. Del Re et al. (2012) navázali na východisko z předchozích výzkumů, že některým terapeutům se lépe daří formovat PS se svými klienty, kteří poté dosahují lepších výsledků v terapii. Cílem výzkumu těchto autorů bylo určit míru, do které terapeuti zodpovídají za vliv na souvislost PS a výsledku terapie. Získané výsledky naznačují, že některým terapeutům se lépe daří utvářet PS než jiným, že klienti těchto terapeutů dosahují lepších výsledků terapie, a že pacientovo přispění k adekvátní míře PS nemusí mít souvislost s výsledkem terapie. Práce na vysoké míře PS by tak mohla být chápána jako dovednost, kterou může terapeut rozvíjet. Negativní postoj klientů, vyhýbání se, nebo naopak vysoká míra aktivní účasti na procesu terapie mohou být známkami narušení PS (Horvath & Luborsky, 1993). Safran a Muran (2006) významné narušení PS nazývají jako trhliny v PS (*alliance ruptures*). Zároveň uvádějí, že vymezit, co je to trhlina v PS, je poměrně náročné. Existuje více různých definic, například že je to zhroucení procesu spolupráce klienta a terapeuta, období nízké kvality jejich vztahu, zhoršení komunikace či selhání v budování spolupráce již od samého začátku terapie. Definují dva typy trhlin v PS – konfrontační a ustupující. V rámci vzniku konfrontační trhliny pacient řeší své obavy týkající se PS přímou diskuzí s terapeutem, u ustupující trhliny se pacient vypořádává s obavami ústupem či přizpůsobením se. Dle Baiera et al. (2020) by PS mohlo být zranitelné v počátcích terapeutického procesu a méně náchylné k trhlinám PS v pozdějších stádiích

procesu. Zároveň je řešení trhlín v PS velmi důležité, protože by jejich opomenutí mohlo vyústit v selhání terapeutického procesu či ukončení terapie klientem. Je nicméně otázkou, jestli se trhlíny v PS objevují i v online terapii a jestli ovlivňují výsledek terapie (Berger, 2017). Každopádně pokud bychom předpokládali, že se trhlíny v PS objevují i v online terapii, byla by vnímavost terapeuta k detekci trhlín v PS obzvláště důležitá u klientů, kteří změnili formu terapie na online terapii, například v důsledku opatření v rámci pandemie covid-19 nebo při stěhování klienta či terapeuta. Terapeut by se mohl nejdříve zeptat na zpětnou vazbu klienta („Jak se cítíte, když mě vidíte na obrazovce?“; „Pocitujete stejnou blízkost jako předtím, nebo máte pocit, že jsem vám vzdálenější?“). Terapeut by měl také věnovat pozornost například způsobu usazení klienta či (ne)přítomnosti očního kontaktu (Inchausti et al., 2020).

4.1 Role pracovního spojení v online terapii

Online terapie (formou videokonference/videohovoru) je z forem distančního kontaktu nejpodobnější terapii tváří v tvář, protože umožňuje účastníkům vzájemně se vidět a slyšet v reálném čase. Formování PS může být tedy snazší prostřednictvím videokonference než například prostřednictvím e-mailu (Berger, 2017). Kvalita PS budovaného v rámci online terapie zůstává však občas zpochybňována (Watts et al., 2020). Javier Fernández-Álvarez a Héctor Fernández-Álvarez (2021) uvádějí, že ačkoliv může být PS v online terapii dobře navázáno, je předčasné předpokládat, že je ve všech svých aspektech stejné jako u terapie tváří v tvář. Již existuje několik studií (např. Bouchard et al., 2020; Day & Schneider, 2002; Reese et al., 2016), metaanalýza (Norwood et al., 2018) a přehledové články (Berger, 2017; Simpson & Reid, 2014), které se zabývají problematikou PS v rámci online terapie. Další literatura věnující se specificky generalizované úzkostné poruše bude představena v podkapitole 5.2. Berger (2017) prozkoumal studie zabývající se PS u terapie tváří v tvář a u různých forem internetových intervencí, například u chatového či e-mailového poradenství, svépomocných programů a také videokonference. Výsledky studií ukázaly, že míra PS byla u online forem terapie zhruba ekvivalentní jako u terapie tváří v tvář. To naznačuje, že alespoň z pohledu klientů by mohla být vysoká míra PS dosažitelná nezávisle na způsobu, jakým je terapie či poradenství vedeno. Watts et al. (2020) také podotýkají, že mnoho studií zabývajících se mírou PS nezjišťuje všechny aspekty, konkrétně perspektivu terapeuta. Klienti a terapeuti nemusí vnímat kvalitu PS totožně, klienti mohou mít pozitivnější postoj než jejich terapeuti, a to bez ohledu na to, zda je terapie

realizována online či tváří v tvář. Již existují výsledky studií, že někteří terapeuti měli v rámci výzkumu tendenci mít negativní postoje ohledně použití videokonference k online terapii (např. Connolly et al., 2020). V interpretaci studií, kde je míra PS stanovována hodnotiteli, a nikoliv pomocí dotazníkových metod, by měl být brán v potaz také názor hodnotitelů na online terapii, jinak by mohlo dojít ke zkreslení výsledků. Berger (2017) zmiňuje experiment (Rees & Stone, 2005), ve kterém byli kliničtí psychologové náhodně přiřazeni ke sledování videonahrávky průběhu terapie tváří v tvář a online terapie. Ačkoliv byl průběh terapie identický a lišil se pouze osobní či online formou, psychologové hodnotili PS v online formátu jako významně nižší ve srovnání s terapií tváří v tvář. Autoři spekulovali o tom, že negativní hodnocení PS v online terapii bylo zkresleno negativními očekáváními psychologů ohledně technologie. Postoje klientů k online terapii predikovaly míru PS. Pozitivnější postoj klienta k online terapii predikoval vyšší míru PS (Reese et al., 2016). Day a Schneider (2002) porovnávali míru PS u terapie tváří v tvář a u online terapie. PS bylo hodnoceno nezávislými hodnotiteli pomocí *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale* (VPPS; Strupp, Hartley, & Blackwood, 1974). VPPS má 3 subškály: Klientova participace, Klientova hostilita a Terapeutova explorace. Výsledky u obou forem terapie byly srovnatelné, s výjimkou subškály Klientova participace. Ta byla vyšší u online terapie. Do subškály Klientova participace spadají hodnocení míry klientovy aktivity, iniciativy, důvěry, spontaneity a disinhibice. Autoři spekulují o dvou možných příčinách tohoto trendu. Je možné, že klienti v rámci interakce na dálku vynaložili pro komunikaci větší úsilí a za interakci převzali větší zodpovědnost než v terapii tváří v tvář, kde je terapeut ten, kdo zodpovídá v hlavní míře za prostředí (například klid, soukromí, akustika), zatímco u online terapie je tato zodpovědnost více sdílená a jak terapeut, tak klient, musí dbát na dobré technické zajištění (Ernest, 2020). Druhá myšlenka autorů byla, že pro klienty bylo díky vzdálenosti bezpečnější se terapeutovi více otevřít. Mezi příznaky některých psychických poruch patří diskomfort spojený s mezilidskými interakcemi. Reese et al. (2016) se zabývali otázkou, jak forma terapie (tváří v tvář, videokonference, telefon) ovlivňuje empatickou přesnost a PS. Empatická přesnost je schopnost terapeuta identifikovat, jak se klient cítí. Bývá předpokládáno, že použití technologií k terapii může ovlivnit schopnost terapeutů přesně identifikovat emoce klientů, například z důvodu limitů online terapie prezentovaných v podkapitolách 3.4 a 3.4.1. V rámci tohoto výzkumu terapeuti vykazovali podobnou míru empatické přesnosti u všech tří forem terapie. Tento výsledek se jeví jako zajímavý vzhledem k tomu, že je předpokládáno, že řeč těla a další neverbální indikátory jsou potřebné pro to, aby terapeuti klientům rozuměli a dokázali jim

pomoci. Klienti hodnotili míru PS jako obdobnou bez ohledu na to, zda byli zařazeni do skupiny mající terapii tváří v tvář, formou videokonference či prostřednictvím telefonu. Mnoho výzkumů, které prostudoval Berger (2017), vykazovalo statisticky významnou souvislost mezi dvěma subškálami dotazníku WAI – SR měřícího míru PS (*Working Alliance Inventory – Short Revised*, Hatcher & Gillaspay, 2006; český překlad: Kočicová, Čevelíček, Řiháček, Karpíšek, & Šácha, 2015) – shodou na terapeutických cílech, shodou na terapeutických úkolech a výsledkem terapie, žádná z nich však neobsahovala významnou souvislost mezi emocionálním poutem a výsledkem terapie. Emocionální pouto mezi klientem a terapeutem by tedy mohlo být v prostředí internetu méně důležité než tváří v tvář (Berger, 2017). Danou myšlenku Bergera však dosud žádná studie nepodpořila ani nevyvrátila.

Předchozí výzkumy naznačují, že PS může být navázáno i v rámci online terapie (Bouchard et al., 2020; Norwood et al., 2018, Simpson & Reid, 2014). Ve studii Norwooda et al. (2018) byla míra PS byla vnímána jako nižší u online terapie, stejně jako u terapeutů ve výzkumu Rees a Stone (2005). Na výsledek terapie to však vliv nemělo, míra redukce symptomů byla srovnatelná jak u online terapie, tak u terapie tváří v tvář. Autoři si nižší míru PS vysvětlují možnou nespokojeností klientů s online terapií.

Simpson et al. (2021) vytvořili doporučení pro terapeuty, jakými způsoby mohou přispět v rámci online terapie k utváření vysoké míry PS se svými klienty:

- i. Představení konceptu online terapie, vysvětlení principu fungování.
- ii. Prodiskutování otázek bezpečnosti a důvěrnosti informací, umožnění klientům zeptat se. Případně vytvoření letáčku s těmito informacemi.
- iii. Je-li to možné, nabídnout klientům možnost uskutečnění prvního sezení tváří v tvář. *Tuto možnost však dle autorů využije pouze malá část klientů.*
- iv. Vytvoření nouzového plánu v písemné podobě, který bude obsahovat možné kroky v případě sebevražedných myšlenek klienta či významném zhoršení jeho stavu. Součástí je také ujištění, že se klient při online terapii nachází na bezpečném místě.
- v. Aktivnější způsob vyjádření empatie a vřelosti, četnější užívání gest, přizpůsobení hlasu, zřetelnější výraz obličeje.
- vi. Optimalizace technického nastavení pro videokonferenci, například volba vzdálenosti od kamery, naklonění kamery, zajištění, aby byl terapeut dobře slyšet.

- vii. Volba ohledně možnosti zobrazení vlastního obrazu v miniatuře. Terapeutovi může pomoci tímto způsobem monitorovat vlastní verbální a neverbální reakce na klienta.
- viii. Udržování hranic, konkrétně ujasnění ohledně ceny a délky terapie, udržení odstupu (například nepřijímání žádostí o přátelství na sociálních sítí od klienta), profesionalita, dodržování času začátku sezení, zajištění tichého a klidného místa pro videohovor.
- ix. Využívat možností rozšíření videokonferenčních programů, například možnosti psát na virtuální tabuli, sdílet soubory.

5 GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA

Úzkost (*anxieta*) je definována jako subjektivně nepříjemný pocit, který však nemá konkrétní obsah – je plný neurčitých obav, nepohody, napětí, strachu (Orel, 2020). Jedná se o pocit, že by se mělo něco ohrožujícího stát, ale člověk si neuvědomuje, co by to mělo být (Praško, 2005). Při úzkosti výrazně narůstá vnitřní tenze a objevují se vegetativní příznaky, jako je například zrychlení dechové a tepové frekvence, pocení, třes a svalová slabost. Od úzkosti je třeba rozlišovat strach, který má na rozdíl od úzkosti konkrétní obsah, dotýčný přesně ví, čeho se bojí. Úzkost a strach jsou do určité míry přirozenou součástí prožívání člověka, v případě úzkostných poruch je však míra úzkosti a strachu vyšší a narušující kvalitu života (Orel, 2020). Obecně lze říci, že se může jednat o situace, kdy se strach či úzkost objevují příliš často, trvají příliš dlouho, jejich intenzita je příliš velká a jsou nepřiměřeně závažnosti situace (Praško, 2005). Od úzkosti a strachu je ještě potřebné odlišit úzkostnost, což je osobnostní rys vyjadřující trvalejší charakteristiku člověka, která představuje míru pohotovosti k bojácnému chování a prožívání (Vymětal, 2007).

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější duševní poruchy, se kterými se lékař či psycholog může setkat (Praško, 2005). Mezi úzkostné poruchy jsou dle MKN-10 (World Health Organization, 2000) řazeny fobické úzkostné poruchy (F40, např. agorafobie, sociální fobie, specifické fobie) a jiné úzkostné poruchy (F41, např. panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně-depresivní porucha). Léčba může probíhat pomocí psychoterapie, farmakoterapie či jejich kombinací. Na otázku, kdy volit psychoterapii a kdy farmakoterapii, není jednoznačná odpověď, obecně se lze orientovat například dle závažnosti dané úzkostné poruchy (Praško & Prašková, 2007).

5.1 Příznaky a léčba generalizované úzkostné poruchy

Generalizovanou úzkostnou poruchu (GAD) řadíme dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) do oddílu F40-F49 (Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy), konkrétně mezi jiné úzkostné poruchy (F41). Diagnóza GAD má kód F41.1 (World Health Organization, 2000). V rámci 5. vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5) je řazena do okruhu úzkostných poruch

pod kódem 300.02 (American Psychiatric Association, 2013a). Co se vzniku týče, častější je začátek po 25. roce života, ale může se objevit kdykoliv (Praško, 2005). Onemocnění se také může často rozvíjet mezi 16-18 lety, objevuje se dvakrát častěji u žen než u mužů a má tendenci být chronické (Vymětal, 2007). Osoby mající GAD se současně mohou v ordinacích odborníků objevovat méně častěji, protože řada z nich může být přesvědčena, že úzkostnost je jejich trvalý povahový rys a nedá se léčit (Praško, 2005). Ústředním projevem GAD je všeobecná a trvalá úzkost, která není omezena na určité situace, objekty nebo okolnosti, ale na každodenní záležitosti a jejich zvládnání, nebo nevýznamné tělesné příznaky (Praško, 2005). Obavy dospělých s GAD se často týkají běžných životních záležitostí jako jsou například pracovní povinnosti, zdraví, finance a zdraví blízkých (American Psychiatric Association, 2013). Často vzniká na podkladě chronického stresu (World Health Organization, 2000). Na rozdíl od fobií se nevyskytuje systematické vyhýbavé chování, typickým projevem GAD je nadměrné zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami. Tyto automatické myšlenky vedou k úzkostnosti, podrážděnosti, horšímu soustředění, únavě, z tělesných příznaků ke svalovému napětí, roztřesenosti, závratím, bolestem hlavy, bušení srdce atd. (Praško, 2005).

DSM-5 uvádí tato diagnostická kritéria (American Psychiatric Association, 2013, str. 222):

- A. Nadměrná úzkost a obavy vyskytující se alespoň po dobu šesti měsíců a týkající se řady událostí nebo aktivit.
- B. Pro jedince je složité tyto obavy ovládat.
- C. Úzkost a obavy jsou spojeny s alespoň třemi z následujících šesti symptomů. Alespoň některé ze symptomů jsou přítomny většinu dní v týdnu po dobu minimálně šest měsíců.
 - 1) Neklid, pocity napětí
 - 2) Snadná unavitelnost
 - 3) Potíže se soustředěním
 - 4) Podrážděnost
 - 5) Svalové napětí
 - 6) Poruchy spánku
- D. Úzkost, obavy nebo tělesné příznaky vedou ke klinicky významnému stresu nebo narušení v sociálních, pracovních nebo jiných důležitých oblastech fungování.
- E. Obtíže nejsou vysvětlitelné fyziologickými následky užití substance (např. drogy, medikace) nebo zdravotním stavem (např. hypertyreózou).

- F. Obtíže nejsou vysvětlitelné jinou psychickou poruchou. Například jsou uvedeny: úzkost nebo obavy z případné budoucí panické ataky u osob majících panickou poruchu; obsedantně kompulzivní porucha; separace od attachmentové figury u separační úzkostné poruchy; posttraumatická stresová porucha; nárůst váhy u anorexie; stížnosti na fyzické příznaky u pacientů s tendencí k somatizaci.

Publikace World Health Organization (2000, str. 143) týkající se MKN-10 popisuje podobná diagnostická vodítka jako výše zmíněná diagnostická kritéria:

- Primární symptomy úzkosti musí trvat nepřetržitě většinu dní po dobu alespoň několika týdnů, obvykle několika měsíců. Dané symptomy obvykle obsahují:
 - a) Úzkostná očekávání (obavy z budoucího neštěstí)
 - b) Motorické napětí (neklid, třes, neschopnost uvolnit se)
 - c) Vegetativní hyperaktivita (točení hlavy, pocení, závratě, sucho v ústech...)

Důležité je také odlišení příznaků GAD od občasných, klinicky nezávažných pocitů úzkosti. Obavy spojené s GAD jsou nadměrné, častěji doprovázené fyzickými příznaky a zasahující do psychosociálního fungování jedince, zatímco běžné obavy nejsou nadměrné a jsou vnímané jako mnohem více zvládnutelné. Čím více oblastí člověka nadměrné obavy a úzkost postihují (např. finance, bezpečí dětí, pracovní výkon), tím je pravděpodobnější, že budou naplněna diagnostická kritéria GAD (American Psychiatric Association, 2013). Při diferenciální diagnostice je nutné zvažovat také úzkost spojenou s tělesnými chorobami a organickým postižením mozku, úzkosti vzniklé jako následek vlivu psychoaktivních látek, poruchy nálady a poruchy osobnosti (například vyhybavou; Orel, 2020). Zejména je potřeba vyloučit tělesné choroby, které mohou vyvolávat nebo udržovat úzkost, například astma, arytmií nebo hypoglykémii. GAD má vysokou míru komorbidity s ostatními úzkostnými poruchami (např. s panickou poruchou nebo obsedantně-kompulzivní poruchou). Řada pacientů s GAD se cítí nadměrně nervózně, neustále hlídají své vnější projevy nervozity („aby nikdo nic nepoznal“). Pokud u člověka s GAD převládají obavy a starosti, nemusí mít on sám ani jeho okolí pocit, že by se mělo jednat o něco vybočujícího z normy. Nadměrnost obav a starostí je brána spíše jako povahový rys než jako psychická porucha. Současně může jedinec hledat vysvětlení svých obtíží v somatické oblasti, protože příznakům GAD často dominují tělesné příznaky (Praško, 2005). Dugas et al. (1998) vytvořili model GAD, který zahrnuje čtyři proměnné týkající se kognitivního zpracování: obtíže orientovat se ve způsobech řešení problému, intolerance nejistoty (*intolerance of uncertainty*; také neschopnost snést nejistotu; Praško, 2005), kognitivní vyhybání se (vyhybání se ohrožujícím

mentálním obrazům) a chybná přesvědčení o obavách („obavy ochrání mé blízké“; „obavy mi mohou pomoci v tom, aby mě ochránily od špatných věcí, které se mohou stát“). Konkrétně intolerance nejistoty byla v této studii základním jevem odlišujícím pacienty s GAD od participantů bez diagnózy. Freeston et al. (1994) intoleranci nejistoty konceptualizují jako projev základního dysfunkčního schématu přispívající k rozvoji a udržování obav prostřednictvím přímých a nepřímých účinků. Přímé účinky vyplývají ze zkresleného zpracování, které vede k chybnému vyhodnocení hrozby. Nepřímé účinky souvisí s negativním ovlivněním nálady daného člověka, která vzniká v důsledku zkresleného zpracování, a může mít rozmanité kognitivní, behaviorální a emocionální důsledky. V případech, kdy musí jedinec čelit nejednoznačným situacím, schéma nejistoty bude aktivováno a může mít za následek vnímání potíží tam, kde ve skutečnosti takto významné nejsou. To vede k obavám, které nejsou založeny na realitě. Člověk, který pocítuje intoleranci k nejistotě, bude mít tendenci se soustředit na nejisté či nejednoznačné situace a reagovat na ně negativně (Ladouceur et al., 1999). Bouchard et al. (2022, str. 2) intoleranci nejistoty definují jako „osobnostní dispozici vycházející z množiny katastrofických přesvědčení o nejistotě a jejích následcích“. Dugas et al. (1998) předpokládají, že intolerance nejistoty je klíčovou proměnnou v procesu GAD, která může zhoršit počáteční obavy typu „co když...“, a dokonce tyto obavy generovat. Freeston et al. (1994) vytvořili *Intolerance of Uncertainty questionnaire* (tamtéž) mající vysokou míru vnitřní konzistence ($\alpha = 0,91$) a pětifaktorovou strukturu. Daný inventář tvoří následující faktory:

- a) nejistota je neakceptovatelná a člověk by se jí měl zbavit či vyhnout,
- b) kognitivní interpretace, že být v nejistotě je pro člověka špatné;
- c) frustrace spojená s nejistotou;
- d) nejistota způsobuje stres;
- e) nejistota člověka odrazuje od toho, aby jednal (inhibice akce).

Z farmakoterapeutických způsobů léčby GAD by Praško a Prašková (2007) volili například benzodiazepiny (alprazolam, clonazepam), moderní antidepressiva (SSRI, moclobemid) a buspiron, který je účinný stejně jako benzodiazepiny, ale nerozvíjí se na něj závislost. U pacientů s GAD je vedle medikamentů vždy na místě psychoterapie, ideálně kombinace psychoterapie a farmakoterapie. Praško et al. (2004, cit. podle Praško, 2005) by volili v případě GAD mírné až střední závažnosti psychoterapii (12 týdnů/16 sezení KBT, skupinové psychoterapie nebo krátkodobé psychodynamické terapie), při žádném efektu by

volili farmakoterapii. Při těžších projevech či komorbiditě se přiklánějí ke kombinaci farmakoterapie a psychoterapie. Vybíral a Holub (2010) zmiňují výzkum trvající od roku 2001 do roku 2007 (Leichsenring et al., 2009), kterého se zúčastnilo 52 pacientů s GAD, z toho 27 pacientů mělo léčbu v KBT a 25 pacientů v krátkodobé psychodynamické terapii. Dosáhli srovnatelných výsledků, 49 pacientů po šestiměsíční léčbě nepotřebovalo další léčbu.

5.2 Online terapie a pracovní spojenectví u klientů majících generalizovanou úzkostnou poruchu

Studií, které by se zabývaly účinností online terapie specificky u klientů s GAD, je velmi málo (Théberge-Lapointe et al., 2015). Dané téma poprvé představili Bouchard a Renaud (2001, cit. podle Théberge-Lapointe et al., 2015) ve svém konferenčním příspěvku. Uvedli, že u svých dvou participantů s GAD majících online KBT zaznamenali pokles úzkostných a depresivních symptomů. Théberge-Lapointe et al. (2015) však poznamenávají, že je nutné přihlídnout k tomu, že autory nebyly sděleny žádné informace týkající se metodologie výzkumu. Prvním publikovaným výzkumem na dané téma byl tedy ten autorů Théberge-Lapointe et al. (2015). Výzkumný soubor tvořilo 5 pacientů s primární diagnózou GAD, kteří měli online KBT. Jejich výsledky naznačují, že by online KBT mohla klientům umožnit dosažení výrazného zlepšení jejich stavu. Získané výsledky se podobaly těm, které obsahovaly studie zabývající se účinností KBT tváří v tvář. Výzkum však umožňuje pouze limitované možnosti zobecnění vzhledem k nízkému množství participantů a účastí pouze žen. Většina autorů ze zmiňovaného konferenčního příspěvku a studie (Bouchard & Renaud, 2001; Théberge-Lapointe et al., 2015) se podílela také na novější studii (Watts et al., 2020) týkající se stejného tématu, s rozšířením o problematiku PS. Reflektovali úskalí studií, které se zabývají účinností online terapie – ve většině případů to nejsou RCT, a poskytují tak pouze limitované množství informací. O RCT se v jejich případě jednalo – výzkumu se účastnilo 115 osob majících diagnostikovanou GAD, které byly náhodně přiřazeny buď k terapii online formou, nebo tváří v tvář. Práce Watts et al. (2020) přinesla zajímavé výsledky. Klienti, kteří byli přiřazeni k terapii online formou, vykazovali vyšší míru PS než klienti, kteří měli terapii tváří v tvář. Online prostředí tedy nemělo u klientů s GAD negativní dopad na kvalitu PS, ale naopak pozitivní vliv. Trajektorie PS byla ve výzkumu lineární a kubická. Nejdříve míra strmě stoupala, poté dosáhla jisté stabilizace, a nakonec se míra PS rychle zvyšovala až do konce terapie (15 sezení; Watts et al., 2020).

Vývojová trajektorie byla obdobná u online terapie i terapie tváří v tvář. Song a Foster (2022) se věnovali tématu online KBT u pacientů s úzkostnými poruchami. Jednalo se o kvalitativní výzkum, do kterého se zapojilo 18 terapeutů a 19 pacientů (6 z nich s GAD). Vzhledem k tomu, že se jednalo o pacienty s úzkostnými poruchami, třetina z nich shledala jako výhodu, že nemusela na kliniku cestovat. Uvedli, že to pro ně znamenalo méně úzkosti, protože mnozí z nich pociťovali úzkost, když museli cestovat veřejnou dopravou. Pro všechny participanty však online terapie neznamovala jen samé výhody. Pro tři pacienty nebyla online terapie vůbec ideální, protože měli pocit, že jsou sezení pomalejší a méně produktivní. Současně také měli obtíže zajistit si doma dostatek soukromí k tomu, aby mohli probírat citlivá témata. Vyjádřili myšlenku, že prostředí domova pro ně nebylo ideálním místem pro diskuzi o jejich problémech, vyhovovalo jim prostředí kliniky, a domov představoval místo relaxace a odpočinku. Zde je nutno podotknout, že nedostatek soukromí v domě či bytě klienta je jednou z kontraindikací online terapie. Tato online sezení však probíhala v době covidu-19, kdy zřejmě nebyla jiná možnost pravidelného kontaktu, a mnozí klienti tak pravděpodobně mívali online terapii i přes tento handicap. Téměř polovina účastníků z daného výzkumu (Song & Foster, 2022) naopak uvedla, že pro ně byla terapie z domova velmi pohodlná, svěřování se se svými obtížemi vnímali jako méně nepříjemné a cítili se bezpečněji. Terapie tak pro ně byla méně zatěžující a pociťovali méně úzkosti. Klienti a terapeuti v rámci výzkumu otevřeli také téma PS. Téměř třetina klientů zaznamenala technické obtíže, například s připojením k internetu. Dva terapeuti uvedli, že špatné internetové připojení vyústilo v problematické navazování PS. Téměř polovina účastníků pociťovala, že online terapie negativně ovlivňuje míru PS, sezení působila neosobně, zmiňovali méně bohatou komunikaci a méně lidské interakce. Pro klienty i terapeuty bylo náročné všimnout si neverbální komunikace, což způsobovalo nižší pociťovanou míru blízkosti, a terapeutům se hůře rozpoznávaly emoce pacientů. Vzhledem k tomu, že lidé s GAD mohou pociťovat nadměrnou míru úzkosti a obav, se tak mohou obávat o možné negativní následky spojené s reliabilitou online terapií či fyzické vzdálenosti od terapeuta, nebo mít obavy o týkající se terapeutického vztahu. Jedná se o možné faktory, které mohou potenciálně snížit účinnost terapie (Bouchard & Renaud, cit. podle Théberge-Lapointe et al., 2015). Vzhledem k tomu, že úzkostné poruchy mohou mít jako jeden z příznaků určité vyhýbání se a jen málo lidí majících úzkostnou poruchu vyhledá psychologickou pomoc, je důležité pokračovat ve snaze ke zvýšení dostupnosti psychologické péče (Rees & Maclaine, 2015). Marcotte-Beaumier et al. (2021) prozkoumali, jak každý ze tří komponentů PS – shoda na terapeutických cílech, shoda na terapeutických

úkolech a emocionální pouto – ovlivňují výsledek terapie u klientů s GAD. Na stejném výzkumném souboru jako ve studii Watts et al. (2020) získali výsledky naznačující, že silné pouto mezi klientem a terapeutem není spojeno s větší redukcí symptomů. Ačkoliv je pouto považováno za jednu z důležitých prerekvizit pro úspěšnou KBT (Beck & Emery, 1985), v daném výzkumu nebylo prediktorem zlepšení stavu klienta. Naopak shoda na terapeutických cílech predikovala výsledek terapie, a zároveň byla zaznamenána silná souvislost mezi shodou na terapeutických cílech a terapeutických úkolech. Shoda na terapeutických úkolech také vedla k větší změně v přesvědčeních o nejistotě, což poté vedlo ke zlepšení symptomů GAD.

V říjnu 2022 byla publikována studie (Bouchard et al., 2022), která je určitým způsobem podobná studii Watts et al. (2020), a spolupracovali na ni někteří již zmínění autoři v minulosti věnující se této problematice. Nejednalo se o RCT, nýbrž o *non-inferiority RCT*. Tento typ designu výzkumu má za cíl prokázat, že nový způsob léčby (v tomto kontextu online terapie) je lepší než placebo v situacích, kdy by nebylo etické použít placebo, či v případě, kdy nová léčba může přinášet určité výhody oproti současné léčbě (Hahn, 2012). Bouchard et al. (2022) se snažili zjistit, zda je u pacientů s GAD online KBT stejně účinná jako KBT v tváři v tvář. Svůj výzkum zasadili do modelu vysvětlující GAD prostřednictvím (mimo jiné) intolerancí nejistoty, 52 osob bylo přiřazeno k online terapii a 65 osob k terapii tváři v tvář. Průběh online terapie byl podobný jako u Watts et al. (2020), účastníkům byl taktéž nachystán počítač a výzkumný asistent byl přítomen v jiné místnosti v případě obtíží. Zajímavé (a v souladu s výsledky Watts et al., 2020) byly závěry týkající se PS a kompetencí terapeuta vnímaných klientem. Skóre míry PS a hodnocení terapeutových kompetencí hodnotili účastníci jako významněji vyšší v rámci online terapie než v terapii tváři v tvář. PS mělo také silnou souvislost s vnímanými kompetencemi terapeuta a spokojeností klientů s léčbou, a slabší souvislost s intolerancí nejistoty. Výzkumný soubor byl však specifický v tom, že se jednalo o dobrovolníky, kteří byli všichni motivováni k terapii, a určitou odměnou pro ně byl již fakt, že terapie nabízená v rámci výzkumu byla zdarma. V běžné klinické praxi nemusí být pravidlem, že jsou klienti motivováni ke spolupráci v terapii.

Výzkumů věnujících se online terapii a PS u klientů s GAD je velmi málo. Ve všech studiích (Théberge-Lapointe et al., 2015; Watts et al., 2020; Song & Foster, 2022; Bouchard et al., 2022) věnujících se srovnání online terapie a terapie tváři v tvář se jednalo o KBT, žádný jiný terapeutický přístup nebyl v online prostředí u pacientů s GAD zkoumán. Ve

třech ze čtyř zmíněných studií (Théberge-Lapointe et al., 2015; Watts et al., 2020; Bouchard et al., 2022) se také jednalo o francouzsky mluvící participanty bydlící v Kanadě.

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

V této kapitole popíšeme, jaké jsou cíle práce, a jaké jsme si kladli otázky, na které se budeme snažit nalézt odpovědi. Studií, které by se věnovaly souvislosti online terapie a pracovního spojenectví (dále bude v kapitole označováno jako PS), nebylo ještě před několika lety publikováno příliš mnoho (Berger, 2017). V současné době významně převažují práce mající kvantitativní výzkumnou část, pro komplexní pochopení povahy tohoto „technologického PS“, jak jej nazývají Köhne et al. (2020), jsou však dle zmíněných autorů velmi potřebné také kvalitativní výzkumy. Nicméně realizované práce s kvalitativní výzkumnou částí se velmi často nezabývají přímo online terapií formou videokonference. Zmínit lze například právě studii Köhne et al. (2020). Autoři se věnovali srovnání míry PS v rámci terapie tváří v tvář a interaktivního internetového nástroje Priovi u klientů majících hraniční poruchu osobnosti. Nalezli jsme pouze jeden publikovaný článek (Zeren et al., 2022), který má kvalitativní výzkumnou část, je zaměřen přímo na vnímání míry PS klienty, a setkání probíhala formou videokonference (prostřednictvím programu Skype). Výzkumný soubor však sestával z vysokoškolských studentů, kteří se zapojili do této formy online poradenství z důvodu rozhodování ohledně svého budoucího povolání či problémů s rodinnými příslušníky, blízkými a partnery, a jednalo se o populaci bez psychiatrické diagnózy. Na základě prozkoumání publikovaných zdrojů v současné době nebyl nalezen kvalitativní výzkum, který by se věnoval otázce vnímání míry PS v rámci online terapie formou videokonference u klientů majících GAD. Vzhledem k tomuto faktu a zajímavým výsledkům poměrně nových prací s kvantitativní výzkumnou částí (Théberge-Lapointe et al., 2015; Watts et al., 2020; Song & Foster, 2022; Bouchard et al., 2022; viz podkapitola 5.3) považujeme za přínosné se rozvinutí tohoto tématu věnovat. Dle Backhaus et al. (2012) je potřeba realizovat více výzkumů zaměřených na generalizovanou úzkostnou poruchu, poruchy osobnosti či různé fobie. Pro tyto klienty může být dle autorů online terapie výhodná z hlediska udržování PS.

6.1 Výzkumné cíle a výzkumné otázky

V rámci druhé kapitoly této práce (*Specifika práce s klientem v kyberprostoru*) jsme přiblížili jevy, které mohou ovlivňovat ochotu klientů vybrat si online formu terapie. Ve třetí kapitole (*Online terapie formou videokonference*) byly mimo jiné představeny výhody a nevýhody, které online terapie může mít. Na základě prostudování dostupné literatury byl formulován první z výzkumných cílů:

1. výzkumný cíl: Blíže prozkoumat zkušenosti klientů majících generalizovanou úzkostnou poruchu⁵ s online terapií formou videokonference, a to zejména důvody, proč si online terapii zvolili, a jaké výhody a nevýhody pro ně představuje.

Druhý výzkumný cíl se již specificky dotýká tématu PS, kterému byla věnována čtvrtá kapitola práce:

2. výzkumný cíl: Dozvědět se, jaká je individuální zkušenost klientů majících GAD s online terapií formou videokonference s pracovním spojenectvím, jak pracovní spojenectví může ovlivňovat jejich ochotu se online terapie nadále účastnit, a jaký pracovnímu spojenectví přiřkládají význam.

Na základě výzkumných cílů byly formulovány následující výzkumné otázky:

1. výzkumná otázka: Jaká je individuální zkušenost klientů majících GAD s online terapií formou videokonference?

2. výzkumná otázka: Jaký význam pro klienty online terapie formou videokonference mají GAD představuje pracovní spojenectví?

⁵ V dalším výzkumném cíli a výzkumných otázkách dále označováno jako GAD.

7 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Pro tento výzkum jsme zvolili kvalitativní výzkumný design, který umožňuje získat podrobný popis a vhléd při zkoumání jedince, události či fenoménu (Hendl, 2016). Zajímalo nás, jaké zkušenosti, zážitky a myšlenky mají klienti s GAD v souvislosti s online terapií a procesy PS v online prostředí, a to v co nejdetailejším měřítku, které by umožnilo tyto otázky hloubkově prozkoumat v individuální rovině. S ohledem na vybranou metodu analýzy kvalitativních dat (interpretativní fenomenologická analýza, IPA) se nejvhodnějším designem kvalitativního výzkumu jevila mnohopřípadová studie.

7.1 Interpretativní fenomenologická analýza

Vzhledem k podobě výzkumných otázek jsme jako metodu analýzy kvalitativních dat zvolili IPA umožňující porozumět žité zkušenosti člověka (Smith, 2011). Lze tak prozkoumat zkušenost jedince s daným tématem, zejména toho, jaký v tom, co se děje, spatřuje význam (Smith et al., 2009), a jaká je podoba daného procesu nabývání významu (Kostínková & Čermák, 2013). IPA má teoretický základ ve fenomenologii, hermeneutice a idiografii. Vznik této metody je datován do 90. let 20. století a je úzce spjat s oblastí psychologie zdraví (Smith, 2011).

Prvním krokem, kterým je užitečné analýzu zahájit, je reflexe výzkumníka. Abychom byli transparentní, je vhodné reflektovat, jaký vztah máme k výzkumnému tématu. Daná reflexe poté může usnadnit práci s daty a zajistit validitu analýzy. Vzhledem k možnému proměňování vztahu k tématu je vhodné reflexi během výzkumu provést opakovaně (Kostínková & Čermák, 2013). V rámci výzkumu bylo postupováno podle analytického postupu IPA (Smith et al., 2009):

1. Čtení a opakované čtení přepisu rozhovoru

Smith et al. (2009) doporučují, aby si výzkumník během čtení přepisu také znovu poslechnul nahrávku rozhovoru. Stejně tak považují za důležitý opakovaný poslech nahrávky před samotným přepsáním. Cílem tohoto kroku je, aby se respondent stal centrem výzkumníkovy pozornosti, a výzkumník se snažil dozvědět, jaké je dívat se na svět očima respondenta (Kostínková & Čermák, 2013).

2. Počáteční poznámky

Tento krok zahrnuje tvorbu poznámek a komentářů k datům. Cílem je popsat věci, které jsou pro participanta důležité (např. vztahy, procesy, místa, principy, události), a vnímat, jaký smysl pro něj představuje. Smith et al. (2009) rozlišují tři typy komentářů:

- a) deskriptivní, zahrnující kontext toho, co participant řekl (např. jeho vnitřní řeč);
- b) lingvistické, zkoumající specifické použití jazyka participanta (např. opakování slov);
- c) konceptuální, které jsou již více interpretativní (např. otázky, které nás při čtení napadnou).

Užitečná může být také dekonstrukce textu usnadňující výzkumníkovi detailněji se zaměřit na slova. Text lze například rozstříhat podle odstavců a číst odděleně (Kostínková & Čermák, 2013).

3. Rozvinutí vynořujících se témat

Cílem fáze je vytvořit z poznámek témata, která jsou pokusem o zřetelnější zachycení zkušenosti participanta (Kostínková & Čermák, 2013). Vznikající témata reflektují nejen původní slova participanta, ale také interpretaci výzkumníka (Smith et al., 2009).

4. Hledání souvislostí napříč vynořujícími se tématy

Ústřední v této fázi je zmapování způsobu, jakým se k sobě témata vztahují (Kostínková & Čermák, 2013). Do tohoto kroku analýzy nemusí být zahrnuta všechna témata, která jsme pojmenovali. Existuje více možností, jak si v nalézání souvislostí pomoci, například rozstříháním seznamu témat na jednotlivá témata a jejich seskupováním dle podobnosti významu (Smith et al., 2009).

5. Opakování fází 1 až 4 u dalších případů

6. Hledání vzorců napříč případy

Poslední fáze IPA zahrnuje hledání, co je ve zkušenostech respondentů souvisejícího, jak téma z jednoho případu osvětluje jiný případ, a které z témat vystupuje jako nejsilnější (Kostínková & Čermák, 2013; Smith et al., 2009).

Podobu práce s texty dle doporučení Smitha et al. (2009) zobrazuje Tabulka 2 níže. Deskriptivní komentáře jsou psány běžným fontem, lingvistické kurzívou a konceptuální podtrženy. Nacházejí se v pravém sloupci. V levém sloupci byla zaznamenávána vynořující se témata.

Tabulka 2: Ukázka práce s textem

<p>Covid-19 a jeho ovlivnění terapie</p>	<p>Tak... to by asi <i>vlastně</i>, kdyby nebylo <i>to volno</i> a tak, a nemohlo to být i online.... <i>vlastně</i> to mi taky jako vyhovovalo, tak <i>vlastně bych se asi nerozhodla</i>, že to bude jednou za tejdén a ta intenzita byla <i>hrozně jako dobrá</i>, že mezitím nebyla ta prodleva a tak... tak to bylo fajn. (...)</p> <p>... že tam jakože <i>ty moje věci</i>, o kterých mluvím, <i>že jsou důležité</i>, tak to, jak vlastně ta terapeutka na to reagovala, tak to tam vlastně bylo <i>hrozně jako podstatný</i>... podle mě na tom, jak se ona chovala, jakože <i>ty věci prostě moje jsou jako důležité</i>, jenom proto, že <i>já to cítím takhle</i>, že <i>já to takhle prožívám</i> a tak... tak to třeba pro mě byl vlastně jako <i>velkej</i> nějakej objev, že jsem to najednou vnímala.</p>	<p>„<i>to volno</i>“ – Covid-19</p> <p><u>Měla by terapeutická sezení méně často?</u></p> <p>Četnost kontaktu vyhovovala</p> <p>„<i>hrozně jako dobrá</i>“ – umocnění užitím příslovce</p> <p>Mé věci jsou důležité</p> <p>„<i>hrozně jako podstatný</i>“ - umocnění užitím příslovce</p> <p>Zopakování toho, že mé věci jsou důležité</p> <p><u>Nebo vzhledem ke zmínění reakce terapeutky jde spíše o to, že mé věci někdo jiný považuje za důležité?</u></p> <p>Individuálnost prožívání</p> <p>„<i>velkej objev</i>“ – umocnění užitím příslovce</p>
--	--	--

V rámci IPA probíhá sběr dat obvykle pomocí polostrukturovaných rozhovorů (Smith et al., 2009), proto byl v tomto výzkumu vybrán jako metoda sběru dat. Polostrukturovaný rozhovor jsme zvolili mimo jiné také z toho důvodu, aby bylo možné mít jak stejný soubor otázek pro všechny účastníky výzkumu, tak si i ponechat možnost pružně reagovat na to, co účastníci říkají. Tento typ rozhovoru je jeho nejrozšířenější podobou a eliminuje nevýhody nestrukturovaného a plně strukturovaného interview (Miovský, 2006). V rámci snahy o metodologickou triangulaci jsme jako další metodu sběru dat použili také

inventář WAI-SR (*Working Alliance Inventory – Short Revised*, Hatcher & Gillaspay, 2006; český překlad: Kočicová, Čevelíček, Řiháček, Karpíšek, & Šácha, 2015).

7.2 Přehled použitých metod

7.2.1 Inventář WAI-SR

WAI-SR je zkrácenou a revidovanou verzí WAI (*Working Alliance Inventory*, Horvath & Greenberg, 1989), pro danou českou verzi však nejsou prozatím ověřeny psychometrické vlastnosti (Roubal et al., 2019). Inventář o délce dvanácti položek vykazuje dostatečnou míru vnitřní konzistence, která se v obou souborech pohybovala mezi $\alpha = 0,91$ - $0,92$ ($\alpha = 0,85$ – $0,90$ pro jednotlivé subškály; Hatcher & Gillaspay, 2006). Tři subškály WAI-SR představují tři vzájemně související procesy, jejichž teoretický základ je v souladu s Bordinovým (1979) modelem PS – cíl, úkol a pouto. Někteří autoři však mají ke struktuře inventáře výhrady, například Gelso a Kline (2019) by třífaktorový model WAI-SR rozšířili na čtyřfaktorový, zahrnující mimo shodu na terapeutických cílech a úkolech také opravdový vztah (obsahující osobní pouto) a pracovní pouto.

Horvath a Luborsky (1993) uvádějí, že vzhledem k počtu nástrojů k měření PS není překvapivé, že měří související, ale ne identické konstrukty. Z rešerše dostupných nástrojů vyslovují myšlenku, že existují dva společné klíčové aspekty PS, které obsahují všechny nástroje – určitou formu vztahu a spolupráci či ochotu investovat do terapeutického procesu. Je však velmi náročné nástroje mezi sebou srovnávat, protože mezi nimi není shoda ohledně základní struktury PS, a každá metoda má jiné subškály. Mnoho studií také zahrnuje hodnocení míry PS jen při několika příležitostech během průběhu online terapie, a nebere tak v potaz jevy přirozené fluktuace během terapeutického procesu. Jednorázové měření PS neposkytuje kompletní hodnocení kvality vztahu. Není také jasné, zda je trajektorie PS totožná v terapii tváří v tvář a online terapii, autoři uvažují nad možností, že by mohl být vývoj míry PS oproti terapii tváří v tvář zpožděn (Watts et al., 2020). V tuto chvíli také není shoda na tom, kdy vlastně by v rámci výzkumů mělo být PS měřeno, a každý výzkumník tak činí dle svého uvážení. Například Huber et al. (2021) administrovali WAI-SR po prvním, pátém, desátém a patnáctém sezení, Watts et al. (2020) každé druhé sezení, a Bouchard et al. (2020) na prvním, pátém a posledním sezení.

Ačkoliv nebudou (vzhledem k počtu účastníků výzkumu) výsledky inventáře vyhodnocovány souhrnně, odpovědi účastníků představují další důležitý zdroj informací. Konkrétně v subškále Pouto jsou zahrnuty položky jako například „*Domnívám se, že __ mě má rád/a*“ nebo „*Mám pocit, že __ si mě váží*“, na které není možné se v rozhovoru přímo dotázat. Jsme si však vědomi, že jednorázové měření míry PS neposkytuje dostatečně komplexní hodnocení míry PS (Watts et al., 2020), proto se jedná pouze o doplňkovou metodu sběru dat, přičemž ústřední metodou sběru dat pro tento výzkum představuje polostrukturovaný rozhovor. Dále jsme se odchýlili od instrukce („Prosím odpovězte na všechny položky.“) uvedené v pokynech k inventáři. Jedna z účastnic výzkumu se tázala, zda je nutné odpovídat na všechny položky dotazníku. Konkrétně se zamýšlela nad tím, jak by položka č. 3 („*Domnívám se, že __ mě má rád/a.*“) měla souviset s PS. Z tohoto důvodu bylo účastnicím výzkumu dále sdělováno, že žádná z otázek v dotazníku není povinná.

7.2.2 Polostrukturovaný rozhovor

Strukturu rozhovoru tvoří 18 otázek vlastní konstrukce. Jejich znění se nachází v Příloze č. 1, jsou zde uvedeny včetně komentářů a případných doplňujících otázek. První otázka („*Jak často komunikujete s lidmi prostřednictvím internetu v mobilu či počítači? Např. prostřednictvím e-mailu, chatu, nebo právě videohovoru?*“) byla vytvořena na základě výzkumu Mallena et al. (2003), kteří se zabývali různými proměnnými (blízkost, emocionální blízkost) u dvojic osob vzájemně neznajících se, kteří si spolu měli povídat buď tváří v tvář, nebo online prostřednictvím chatu. Zjišťovali také míru obeznámenosti participantů s online komunikací, a to dvěma otázkami: „Kolik pravidelných e-mailových nebo chatových partnerů máte?“ a „Kolik hodin týdně trávíte používáním e-mailu nebo online chatu?“ (v hodinách). Zjistili, že participanti, kteří uváděli, že mají více chatových nebo e-mailových partnerů, pociťovali vyšší míru blízkosti během chatové konverzace. Jejich výsledky by mohly naznačovat, že čím častěji člověk ICT používá, tím snáze se mu daří formovat vztah v online prostředí s jiným člověkem, dokonce i přes absenci typických komunikačních vodítek, která v online formátu chybí. Ač do výzkumu nebyla zahrnuta videokonferenční forma kontaktu, v rámci které je také do určité míry omezena například neverbální komunikace, přináší zajímavé výsledky potenciálně využitelné v rámci indikace online terapie.

Deset z osmnácti otázek v rozhovoru se týká PS, rámec pro tvorbu těchto otázek byl vytvořen podle pojetí PS Bordina (1979) a subškál inventáře WAI-SR (Hatcher & Gillaspay, 2006; český překlad: Kočicová, Čevelíček, Řiháček, Karpíšek, & Šácha, 2015). Na základě prostudování dostupné literatury o daných třech procesech PS byly vytvořeny tři otázky týkající se shody na terapeutických cílech, taktéž tři otázky zaměřené na shodu na terapeutických úkolech, a čtyři otázky věnující se poutu. Další otázky byly zaměřeny obecně na současnou online terapii, a dotazovali jsme se i na to, zda již měl participant terapii v minulosti. Účastníkům výzkumu jsme také zdůrazňovali, že žádná z otázek v rozhovoru není povinná.

8 TVORBA DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

V této kapitole přiblížíme proces oslovování potenciálních účastníků výzkumu a také blíže představíme výzkumný soubor. Při přemýšlení nad charakteristikou výzkumného souboru jsme se dle zásad IPA snažili o co největší homogenitu vzorku (Smith et al., 2009). Nejdříve jsme sestavili inkluzivní kritéria:

- účastník výzkumu je starší 18 let;
- v současné době je klientem v rámci online terapie formou videokonference;
- se současným terapeutem se setkává již alespoň 2 měsíce (popř. mají za sebou v letošním roce alespoň 5 sezení);
- má diagnostikovanou GAD;
- daný terapeut má vzdělání dle pojetí, které bylo naznačeno v podkapitole 1.4 (VŠ vzdělání humanitního, medicínského, sociálního, pedagogického nebo teologického směru a dokončený psychoterapeutický výcvik; Vybíral, 2010).

Pro IPA je doporučován spíše menší počet účastníků výzkumu (Kostínková & Čermák, 2013), dle Smitha et al. (2009) je pro studentský projekt považován za vhodný výzkumný soubor o velikosti 3-6 participantů. Počítali jsme s velikostí souboru o zhruba 5 participantech.

V programu Canva jsme vytvořili letáky (viz Příloha č. 2) obsahující základní informace o výzkumu a kontakt na autorku práce. Leták neobsahuje všechna inkluzivní kritéria, jejich naplnění bylo ověřováno kontaktem prostřednictvím e-mailu. Metodou získávání potenciálních účastníků výzkumu byl prostý záměrný (účelový) výběr. Leták jsme poprvé zveřejnili 1. srpna 2022 a snaha o nalezení participantů trvala do poloviny prosince, kdy se podařilo získat čtvrtou účastnici výzkumu. Distribuce letáku probíhala převážně prostřednictvím sociálních sítí, byl vkládán do různých facebookových skupin zaměřených na oblast duševního zdraví, nejčastěji do skupin týkající se úzkostné symptomatiky. Nejdříve byl však kontaktován administrátor skupiny, a byly mu mimo prosbu o možnost vložení letáku sděleny bližší informace o výzkumu. Dále jsme také oslovovali odborníky či organizace aktivně využívající svůj profil na Facebooku či Instagramu, například s cílem o popularizaci různých oblastí psychologie či představení svých aktivit (zejména v případě

oslovených organizací). Vzhledem k tomu, že se jednalo o profily mající stovky až tisíce sledujících, kontaktovali jsme je s bližšími informacemi o výzkumu a požádali o zveřejnění letáku. Nejčastěji byl takto zveřejněn na Facebooku či v rámci příběhu na Instagramu. Dále byl leták vytištěn a umístěn v prostorech univerzity a na psychiatrickém oddělení nemocnice. S prosbou o spolupráci byli osloveni také terapeuti nabízející možnost online terapie. Terapeuti, kteří odpověděli kladně, poskytli svým klientům informační leták, a ti se tak v případě zájmu o účast mohli sami ozvat na uvedený kontaktní e-mail. Získávání účastníků výzkumu bylo komplikovanější, než jsme předpokládali. Vzhledem k obtížím nalézt dostatečný počet participantů byla inkluzivní kritéria rozšířena (znění letáku viz Příloha č. 2) a zamýšleli jsme zahrnout i klienty, kteří vyhledali terapii z důvodu úzkostných stavů. Nakonec se však se zájmem o účast ve výzkumu přihlásilo pět potenciálních participantů splňujících původní inkluzivní kritéria, jedna zájemkyně v průběhu prvotního e-mailového kontaktu přestala komunikovat. Finální výzkumný soubor tedy tvoří čtyři ženy, jejich bližší charakteristika je uvedena v Tabulce č. 2. Dvě ženy se rozhodly zúčastnit na základě informačního letáku, který zahlédly na sociálních sítích, další dvě získaly informační leták od své terapeutky, a měly zájem se výzkumu zúčastnit.

Při e-mailovém kontaktu s účastnicemi výzkumu jim byl zaslán soubor s bližšími informacemi o výzkumu. Bylo jim zde vysvětleno, že pro získání základních informací o participantech bychom potřebovali znát jejich věk, délku současné online terapie a terapeutický směr, kterým terapeutka pracuje. V případě obav o možné prozrazení identity účastnice výzkumu jsme nabídli jako možnost uvést místo přesného věku pětileté rozmezí. Také byly poskytnuty příklady názvů různých terapeutických směrů pro snazší vyhledání dané informace na webu terapeutky. Zdůraznili jsme však, že informace o věku či terapeutickém přístupu není povinná, a není nezbytně nutné ji uvádět. Účastnicím byl dále zaslán inventář WAI-SR, který v den konání rozhovoru elektronicky vyplnily a zaslaly zpět e-mailem. U jedné z účastnic výzkumu se nám nepodařilo vyplněný inventář získat. Součástí dokumentů souvisejících s výzkumem byl také informovaný souhlas, jehož náležitosti přiblížíme v následující podkapitole.

Účastnicím byla nabídnuta jak varianta osobního setkání, tak varianta online setkání či telefonické podoby rozhovoru. Všechny účastnice výzkumu zvolily možnost online setkání, která probíhala prostřednictvím programu Zoom. Délka rozhovoru se pohybovala od 31 minut do 80 minut, průměrná délka rozhovoru činila 53,8 minut. Potřeba nahrání rozhovoru byla uvedena v informovaném souhlasu. Současně nahrávka rozhovoru začala

dotázáním se, zda účastnice výzkumu souhlasí s pořízením záznamu zvuku (prostřednictvím diktafonu v mobilním telefonu). Všechny účastnice s nahráváním souhlasily.

Tabulka 3: Charakteristika výzkumného souboru

Přez- dívk	Věk	Terapie v minulosti	Délka⁶ současné online terapie, frekvence setkávání	Terapeutický přístup
Andrea	35–40 let	Ano, cca 6 let, tváří v tvář	2,5 roku (1x týdně, nyní 1x za 2-3 měsíce)	daseinsanalýza
Blanka	48 let	Ano, několik terapeutů, tváří v tvář	8 měsíců (1x týdně)	KBT
Cilka	27 let	Ano, cca 1 rok, tváří v tvář (Covid – dočasný přechod na online terapii)	10 měsíců (1x týdně) začátek (4 měsíce) tváří v tvář, poté online	gestalt
Dagmar	30 let	Ne	Cca 18 měsíců (1x za 14 dní, kombinace online a tváří v tvář)	KBT

Rozhovory byly dále přepsány do písemné podoby v programu Microsoft Word, a to v souladu s doporučením Smitha et al. (2009), který navrhuje provést přepis ještě před tím, než proběhne rozhovor s dalším participantem. Přepisy rozhovorů byly důkladně pročteny, anonymizovány, vytisknuty, a bylo postupováno v souladu s analytickým procesem IPA popsáným v podkapitole 7.1. Vyplněné inventáře WAI-SR byly vyhodnoceny na individuální úrovni a získané odpovědi na položky byly nápomocné při utváření celkového kontextu zkušeností účastnic výzkumu.

8.1 Etické hledisko a ochrana soukromí

Vytvořili jsme písemný informovaný souhlas (viz Příloha č. 3). Dokument obsahuje cíle práce a bližší informace týkající se výzkumu včetně možnosti odstoupení a důvěrnosti získaných dat. Potenciálními účastníky výzkumu, kteří e-mailem autorku práce kontaktovali se zájmem o účast ve výzkumu, byl souhlas zaslán e-mailem ve formátech PDF

⁶ K datu realizace polostrukturovaného rozhovoru.

a DOCX společně s bližšími informacemi o výzkumu a dotazníkem WAI-SR. Informované souhlasy byly podepsány elektronickou formou, účastnicím byly poskytnuty nápady, jak se dá souhlas snadno elektronicky podepsat. Byla jim zdůrazňována možnost zeptat se na cokoliv, co je v souvislosti s výzkumem či specificky s ochranou soukromí zajímavá, a to jak e-mailem, tak kdykoliv v průběhu rozhovoru. Účastnicím výzkumu nebyla přislíbena za účast ve výzkumu odměna a žádná z nich se během výzkumu (ani zpětně po jeho ukončení) nerozhodla odstoupit. Všechny participantky se do výzkumu zapojily dobrovolně a na základě vlastního zájmu o dané téma práce.

Ve výzkumu jsme kladli důraz na anonymitu účastnic výzkumu. Byla jim přidělena jména odvíjející se od prvních čtyř písmen abecedy bez háčeků (A, B, C, D), dvě z účastnic (Andrea a Dagmar) si své přezdívky vybraly samy. Zároveň byly přepisy rozhovorů podrobně pročteny a zkontrolovány, zda byly anonymizovány všechny údaje potenciálně vedoucí k identifikaci dané osoby (např. město, kam účastnice docházela na terapii tváří v tvář, či její zaměstnání). Všem účastnicím výzkumu bylo také nabídnuto zaslání přepisu rozhovoru s možností požádat o odstranění jakékoliv pasáže nebo informace, jejíž zveřejnění by si nepřály. Jedna z účastnic výzkumu možností zaslání přepisu využila, bez potřeby odstranit některou z uvedených informací.

8.2 Reflexe výzkumníka

Před započítím analýzy dat dle analytického postupu IPA je vhodné zamyslet se, jaký vztah k danému tématu máme (Smith et al., 2009). Nepamatuji si, kdy jsem se poprvé setkala s existencí možnosti online terapie formou videokonference. Blíže jsem tuto alternativu zaznamenala až s nástupem pandemie Covid-19. V té době jsem online terapii vnímala jako určitý kompromis umožňující například terapeutům pracujícím na přímou platbu realizovat sezení i přes omezení volného pohybu osob. Po rozvolnění nejrůznějších opatření jsem si všimla, že se nabídka online terapie výrazně rozšířila, nabízí ji čím dál více terapeutů a vznikly portály, které se na poskytování online terapie specializují. Osobně bych pro sebe v současné době online terapii formou videokonference ne zvolila a raději bych vyhledala variantu kontaktu tváří v tvář, bylo-li by to možné. To však neznamena, že bych na online terapii měla negativní pohled či bych ji nepovažovala za vhodnou. Když jsem se zamyslela nad tím, proč bych aktuálně o online terapii neuvažovala, myslím si, že daným důvodem může být přesycení online kontaktem z doby pandemie Covidu-19. Ještě stále si pamatuji spoustu hodin online výuky a je možné, že proto považuji za určitou „výsadu“ spíše

možnost kontaktu tváří v tvář než prostřednictvím videohovoru (i přes spoustu nesporných výhod, které vnímám, že online prostředí má). Dále jsem si kladla otázku, jestli je ještě něco, co by mohlo ovlivnit můj postoj k online kontaktu. Necelý rok jsem v rámci dobrovolnictví odpovídala na dotazy v emailové poradně, kterou zaštiťovala organizace nabízející také možnost online terapie formou videohovoru se spolupracujícími terapeuty. Nikdy jsem však ve svých emailových odpovědích nevyzdvihovala možnost online terapie a ve většině případů jsem zasílala kontakty na služby hrazené zdravotními pojišťovnami.

9 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

V této kapitole představíme výsledky našeho výzkumu. Pro vyšší přehlednost a srozumitelnost výsledků nejdříve prezentujeme tabulky společných témat napříč rozhovory. Dále se blíže zaměříme na každou z účastnic výzkumu samostatně. Poté představíme, co jsme našli spojovacího (či rozdílného), a odpovíme na výzkumné otázky.

Tabulka 4 zobrazuje témata, která se objevila alespoň u dvou účastnic výzkumu. Témata jsou nazvána jako obecná, a to z důvodu odlišení od těch, která se týkají specificky pracovního spojení (PS). Vrátime se k nim poté, co představíme jednotlivé účastnice výzkumu. V rámci obecných společných témat jsme našli čtyři témata, přičemž dvě z nich se větví do podtémat.

Tabulka 4: Obecná společná témata a jejich výskyt v jednotlivých rozhovorech

<u>Témata a podtémata</u>	Andrea	Blanka	Cilka	Dagmar
<u>Potřeby související s terapií</u>				
<i>Potřeba terapie</i>	✓	✓		
<i>Individuální potřeba četnosti sezení</i>	✓	✓		
<i>Potřeba bezpečí</i>		✓		✓
<u>Specifika online terapie</u>				
<i>Možnost online terapie - ↑⁷ četnost</i>	✓			✓
<i>Online kontakt ≠ osobní kontakt</i>		✓	✓	✓
<u>Ovlivnění terapie (Covid-19)</u>	✓	✓	✓	
<u>Zaměření se na intuici/dojem</u>	✓	✓		

V Tabulce 5 se nacházejí témata, která svým obsahem spadají do tří procesů PS – shodě na terapeutických cílech, shodě na terapeutických úkolech a pouta. Ačkoliv se některá z uvedených témat objevila pouze u jedné účastnice výzkumu, byla natolik zajímavá, že byla do tabulky zahrnuta (jsou vyznačena tučně), a budou blíže popsána na individuální úrovni u

⁷ Možnost realizovat online terapii umožnila zvýšit četnost sezení

jednotlivých participantek. Témata, která se objevovala u více než jedné účastnice výzkumu, budou představena v podkapitole 9.5.

Tabulka 5: Témata týkající se PS a jejich výskyt v jednotlivých rozhovorech

	Témata	Andrea	Blanka	Cilka	Dagmar
CÍL	Terapie je tu pro mě	✓	✓	✓	
ÚKOL	Úkol není povinnost	✓		✓	✓
	Terapie podle klientky	✓	✓		✓
	Online prostředí = trénink		✓		
	Důvěra v účinnost technik		✓		
POUTO	Upřímný zájem		✓		✓
	Někdo ve mě věří	✓			
	Obava o ztrátu terapeutky		✓		
	Vztah v online prostředí		✓		
	Udržování hranic		✓		
	Rovnocennější vztah	✓			

9.1 Andrea

Andrea v minulosti již terapii absolvovala, a to zhruba 6 let tváří v tvář. Má za sebou také skupinovou terapii. Současná online terapie je její první zkušeností s online terapií formou videokonference. Když hledala terapeuta, měla preferenci, že by se mělo jednat o ženu, předchozí terapeut byl muž. Nemohla však v blízkosti svého bydliště nikoho nalézt, zvolila tak terapeutku působící dál. Nejdříve plánovala, že by kombinovala sezení online a tváří v tvář, aby nemusela každý týden dojíždět na terapii. Z důvodu omezení souvisejících s pandemií však byla možná pouze online sezení. Frekvence setkávání jednou týdně probíhala zhruba rok, v době konání rozhovoru mívá Andrea sezení jednou za dva až tři měsíce, hovořila o určitém *rozvolňování*. Za výhody online terapie považuje absenci nutnosti cestování, možnost výběru terapeutky bez ohledu na vzdálenost, ušetření času, peněz, a možnost být při terapii doma, ve svém pohodlí. Nenapadá ji žádná nevýhoda online terapie.

Současnou terapii vyhledala, protože vnímá, že ji osobně potřebuje, má od dětství psychické obtíže, které v rámci sezení řešila (a řeší). Andrea komunikuje s lidmi denně

prostřednictvím e-mailu a chatu a jednou až dvakrát týdně prostřednictvím videohovoru. Odhaduje, že těmito činnostmi stráví zhruba dvě hodiny za den.

Při tvorbě počátečních poznámek jsem vyznačila několik lingvistických komentářů. Když Andrea mluvila o pocitech úlevy a porozumění, kterých prostřednictvím terapie dosáhla, velmi často používala příslovce a přídavná jména umocňující tuto míru („*A jak jsme to tam vlastně jako otevřely, že to tam je, tak pro mě to byl jako obrovské objev, a vlastně se mi strašně ulevilo.*“). Právě téma **Porozumění a pochopení** bylo v rozhovoru s Andreou v části věnující se cílům a směřování terapie znatelně v popředí („*Hrozně rychle jsme se dostaly k těm pocitům jako viny a takové té jako fakt permanentní úzkosti, že to jsem vlastně s nikým jiným asi takhle ani neprobírala.*“). Vzpomínala na to, jak v rámci hospitalizace nerozuměla svým pocitům úzkosti a viny, a měla pocit, že se asi jen málo snaží. V rámci současné terapie se naučila danou úzkost a vinu pojmenovat, a zejména je identifikovat, když se v některých situacích znovu objeví („*... vlastně se na to dost často jako vzpomenu, že už to mám pojmenovaný, a že není nutné se tomu věnovat, že je to jen myšlenka nebo pocit úzkosti, který k té situaci jako není adekvátní*“). Andrea také vnímala jako velmi úlevné, že se jí podařilo porozumět i svému zaměření na výkon a na to, aby vše zvládala. Vždy měla pocit, že toho zvládá málo, a nebo že to dělá špatně. S terapeutkou se dostaly k poznání, že Andrea věci v životě vůbec nedělá špatně, ale že se pořád cítí provinile.

S předchozí psychologickou a psychiatrickou péčí souvisí další téma, a to téma **Rovnocennější vztah**. Andrea vnímá, že v současné terapii se se svou terapeutkou baví „*jako s parťákem*“, a to ve velkém kontrastu oproti předchozím zkušenostem („*...když jsem zkoušela třeba něco, že jsem někde byla hodinu, dvě, tak mě vlastně úplně jako strašně odrazovalo to, že jsem tam jenom jako materiál nějaký...*“). Minulé zkušenosti, které mnohdy nebyly pozitivní, možná ovlivnily to, jaká měla očekávání ohledně současné terapie. V rámci rozhovoru jsem měla pocit, že výsledky terapie, například zmíněné pojmenování úzkosti, pro ni byly překvapivými, a sama Andrea slovo „překvapivě“ taktéž zmínila. Zároveň je pro ni velmi důležité, že v ní má terapeutka důvěru (téma **Někdo ve mě věří**; „*...že to jako zvládnou, že se to prostě bude posouvat, že to jako bude dobrý.*“). Andrea to pojmenovává jako všeobecnou důvěru v klienta. Vnímala jsem, že pro Andreu má terapeutický vztah (případně pouto v rámci PS) velký význam, možná právě z důvodu kontrastu s přechozími zkušenostmi, kdy se dle svých vlastních slov cítila *jen jako materiál*. Nyní ji oslovilo srdečné chování terapeutky.

9.2 Blanka

V minulosti Blanka docházela k několika různým terapeutům, vždy se jednalo o kontakt tváří v tvář. Někteří jí však nesesdli a po jednom nebo dvou sezeních terapii ukončila. Se dvěma terapeutkami mívala sezení delší dobu, nicméně nebylo možné setrvání v započaté práci z důvodu stěhování a konfliktu zájmů. Poté chvíli na terapii nedocházela. Vnímá však, že ji potřebuje („*No, já jsem jako zjistila, že když ty terapie nemám, tak opravdu jako psychicky jdu dolů.*”). V době, kdy terapeutickou péči znovu hledala, nebyl však z důvodu omezení souvisejících s pandemií Covid-19 možný kontakt tváří v tvář. Započala tedy terapii online, předchozí online terapeutka jí však nevyhovovala, proto vyhledala současnou. Setkávají se jednou týdně po dobu osmi měsíců. Cíleně hledala terapeutku, která by měla terapeutický výcvik v kognitivně-behaviorální terapii (KBT; „*Já jsem měla zkušenost už s jinejma přístupama a tohle se potom v tý literatuře uvádí jako nejvhodnější na můj problém.*”). Předchozí terapeuti měli jiné výcviky, říkala si tedy, že asi dělá chybu a měla by zkusit vyhledat konkrétně KBT. V současné době používá internet ke komunikaci přibližně dvakrát týdně [„*(...) asi bud' je to nějaká lenost, nebo neochota jít do toho nebezpečného světa, takže když je to jako možný, tak já opravdu k těm online věcem celkem sahám, často, jako i v jiných oblastech, v mých potřebách s někým komunikovat.*”]. Během pandemie Covid-19 však komunikovala online častěji, aspoň jednou denně. Za výhodu online terapie považuje možnost volby času, který by jí vyhovoval, daná vhodná doba pro Blanku většinou nebývá dostupná v rámci terapie tváří v tvář (pozdní odpoledne). Zároveň oceňuje možnost zasílání materiálů k terapii e-mailem.

Blanka měla dvě priority, které by na současné terapii ráda řešila. Tou první bylo sebevědomí, v průběhu terapie se zformovala také potřeba práce na sebehodnotě. Druhou prioritou bylo nastavení životního rytmu a denního režimu, protože Blanka trpěla nespavostí. Vnímá, že současná terapie pro ni význam má („*Ale že se opravdu tam i něco jakoby děje skrz ty úkolečky, kroky a věci, co jsme si řekly předtím...že cejtím nějakou určitou drobnou posun... neříkám nějakou velkou.*”). V rámci terapie se zabývají také Blančiným dětstvím, konkrétně věcmi, které se udály, a jakou dané záležitosti mají vazbu na to, jak se jí daří nyní. Naučené vzorce z dětství Blanka zaznamenala také u nácviků vymezení se vůči druhému člověku, který na ni například tlačil s nějakým požadavkem („*...zjistit, jestli fakt ta druhá strana se urazí, nebo to přijme, nebo... já myslím, že prostě jsem si vždy myslela, že se někdo urazí, nebo se bude zlobit...*”).

V rámci rozhovoru jsem si také povšimla online disinhibičního efektu. Blanka vzpomínala, jak jí na jednom sezení tváří v tvář v minulosti byla nepříjemná technika, kterou terapeutka zvolila. Na současných online sezeních však vnímá, že pro ni není tak těžké říct, že se něčemu věnovat nechce („*do toho online... tam si člověk opravdu může klidně říct, no jako ne, teď se o tomhle bavít nechci*“). Porovnává situaci, kdy by to člověku měla říct tváří v tvář do očí, se situací v online prostoru, kdy toho druhého vidí na ploché obrazovce.

Dvě z témat, která jsem identifikovala, se dotýkala PS, konkrétně shody na terapeutických úkolech (**Důvěra v účinnost technik, Online prostředí jako trénink**). Blanka se snaží techniky, které terapeutka používá (anebo předchozí terapeuti používali), nehodnotit a nepřemýšlet, jestli k něčemu vedou či nevedou. Někdy se stává, že jí předkládaná cvičení nesednou, nebo k nim nemá důvěru. Občas ji však i přes nepříznivý první dojem překvapily („*Někdy si říkám, jo, to asi bude dobrý, nebo, že to je nějaká pitomost, uvidíme, co z toho vyleze... ale někdy je pak člověk překvapenější, že z pitomosti vylezou zajímavý věci.*“). V souvislosti s již zmíněným online disinhibičním efektem a nácvikem vymezení se vyvstalo téma **Online prostředí jako trénink**. V rámci nácviku se Blance podařilo reagovat asertivně prostřednictvím e-mailu. Ráda by si danou reakci vyzkoušela i tváří v tvář s tím, že to možná bude i díky obdobné písemné zkušenosti snazší.

Často se v rozhovoru objevovala témata týkající se PS, konkrétně pouta. Jednalo se o tři témata – **Obava o ztrátu terapeutky, Vztah v online prostředí a Udržování hranic**. Blanka popisovala pocity strachu, že o terapeutku zase přijde, třeba z rodinných důvodů či kvůli stěhování („*Furt jako čekám, kdy mně oznámí, že je konec (...). To mě jako provází, no. Že to je ještě i o té důvěře, že vlastně ten terapeut vás jakoby neopustí uprostřed nějaký rozdělání práce.*“). Daný vztah sebe jako klientky a své terapeutky spontánně označila jako pracovní vztah a dbá na udržování profesionálních hranic. Jejich pracovní vztah popisuje jako přátelský, ale nijak přehnaně, a založený na vzájemném respektu. Blanka vnímá jistou ochuzenost online kontaktu, konkrétně toho, že přes plochou obrazovku nemůže s terapeutkou navázat vztah jako tváří v tvář.

„Možná tím, jak je obrazovka plochá, tak je tam i tohle prostě zploštělý. To je zatím... to médium líp neumí. Jako že bych měla i dojem, jaký máte parfém, a viděla, jak se vám slunce leskne ve vlasech.“

V rámci rozhovoru s Blankou jsem vnímala vysokou míru shody na terapeutických cílech. Se započatím online terapie vyplňovala vstupní dotazník, který se týkal Blančiných

očekávání od terapie. Následující dvě až tři sezení se s terapeutkou věnovaly tomu, co je pro Blanku největší prioritou, a čím začnou.

9.3 Cilka

Cilka se od Andrey a Blanky liší v tom, že si online terapii cíleně nezvolila. K datu konání rozhovoru byla v terapeutické péči rok při frekvenci setkávání jednou týdně. První čtyři měsíce docházela na terapii tváří v tvář, nicméně z důvodu stěhování v ní pokračuje online. Zkušenost s online terapií Cilka již měla, a to z důvodu pandemie Covid-19. V rámci předchozí terapie, která trvala zhruba rok, musely sezení realizovat online („*tak som bola vlastne nútená prejsť do toho online priestoru*“). Nicméně jakmile to bylo možné, tak kontakt tváří v tvář obnovily. To, že nyní nemusela hledat novou terapeutku a mohly pokračovat v započaté práci, vnímá jako přínos online terapie, nicméně více jí vyhovuje setkávání tváří v tvář. Internet pro komunikaci používá každý den, odhaduje, že takto stráví přibližně hodinu času denně.

Na otázku týkající se očekávání od terapie Cilka reagovala, že je pro ni těžko zodpověditelná, protože si to už nepamatuje, a současně nebyla v dobrém psychickém stavu. Její očekávání a současně důvod vyhledání byl tedy ten, aby se obecně cítila lépe, a aby dokázala fungovat. Současně se také svěřila s tím, že se terapie bála, a čekala spíše negativní výsledek.

Rozhovorem prostupovalo téma **Současná a předchozí terapie**. Cilka měla v první polovině rozhovoru tendenci své odpovědi týkající se současné terapie dávat do kontextu s předchozí zkušeností s terapií („*Ale my sme si na rozdiel od predchádzajúcej terapeutky, ktorú som mala, tak sme si ako nezaradili nejaký zoznam cieľov, ktoré by som chcela počas toho dostať.*“). Když hledala současnou terapeutku, tak měla preferenci jiného terapeutického přístupu, než který měla předchozí terapeutka, která Cilce nevyhovovala.

Cilka také hovořila o tom, že se svou terapeutkou nemluvily o konkrétních cílech, kterých by chtěla v rámci terapie dosáhnout, ale spíše se věnovaly tomu, jaké má Cilka nyní obtíže, a jaká je povaha těchto obtíží. Cilka to vnímá v kontrastu s minulou terapií (viz předchozí odstavec) a vnímá, že se dané terapeutické přístupy hodně odlišují. Na terapii nyní oceňuje, že se terapeutka ptá, jak se Cilka právě cítí ve svém těle, nebo jak se cítí po tom, co něco řekla či udělala. Uvědomila si, že ji nikdy nenapadlo zastavit se a zamyslet se nad tím.

9.4 Dagmar

Většina komunikace Dagmar s blízkými osobami nebo v rámci jejího zaměstnání se víceméně odehrává v online prostředí. Odhaduje, že by se mohlo jednat o 80 % komunikace. V práci také velké množství její činnosti zahrnuje telefonování a zasílání e-mailů.

Dagmar vyhledala online terapii, protože to pro ni ze začátku byla jediná možnost. V souvislosti s generalizovanou úzkostnou poruchou (GAD) pociťovala velmi silné somatické příznaky, kvůli kterým nevycházela z domu. Nejdřív nevěděla, že se jedná o GAD, nebo že by její příznaky měly souviset s určitou psychickou poruchou. Absolvovala množství vyšetření (ORL...) a rehabilitace se zády. Dagmar bylo však pořád zle a měla pocity na omdlení, proto pro ni bylo bezpečnější zůstat doma, nikam nechodit.

Jak se začala cítit díky kombinaci psychologické a psychiatrické péče trochu lépe, začala ke stejné terapeutce docházet tváří v tvář. K době konání rozhovoru již docházela na terapii 18 měsíců, z této doby měla online terapii 5 měsíců. Setkávaly se jednou až dvakrát do měsíce. Vzhledem k tomu, že terapeutku nemá v blízkosti svého bydliště, kombinovaly obě varianty – většinou se jednou v měsíci potkaly tváří v tvář a podruhé online. Půl roku už však dochází pouze tváří v tvář. Možnost online kontaktu ponechávají, například kdyby Dagmar nemohla dorazit či by potřebovala sezení navíc. Dagmar ve svém případě, kdy z důvodu silných somatických příznaků nevycházela z bytu a nemohla tak docházet na terapii tváří v tvář, hodnotí online terapii jako velmi užitečnou. Považuje nicméně za důležité také osobní setkávání, stejně tak je pro ni přijatelná daná kombinace online sezení a sezení tváří v tvář.

Jedná se o první zkušenost Dagmar s terapií. Z tohoto důvodu se v rozhovoru objevovalo téma **Neznámo**. Dagmar před započítím terapie vůbec nevěděla, co očekávat, co terapie obnáší. *[„(...) ja neviem, klikla som na link, (...) a proste len som čakala, že čo bude. (...) Ja som bola v takom zlom stave, že ja som bola ochotná urobiť hocičo, len aby som sa niekam pohla, aby mi bolo lepšie.“]*

Dagmar terapeutku vyhledala na základě doporučení, a její prioritou bylo řešit dané somatické příznaky, které jí znemožňovaly opustit domov. Nejdříve potřebovala dosáhnout toho, aby byla schopna vyřizovat běžné denní záležitosti (jít do práce, nakoupit si...), a poté si přála obnovit kontakt s přáteli a známými, a začít zase chodit mezi lidi (*„...čiže ja len som išla do terapie aj k psychiatricke s tým, že len mi prosím pomôžte, nech mi nie je tak zle, toto bola moja priorita“*). Tohoto cíle Dagmar již dosáhla a je v řešení, čemu se budou věnovat

nyňi („... no neviem, zatiaľ sme sa nebavili, zatiaľ všetky tie ktoré som si dala, tak už som aj splnila (...) niečo ešte poriešené nemám, (...) takže určite ešte to vieme, že nás čaká“). Vzhľadom k tomu, že sa Dagmar podařilo zvládnout to, o čo se v terapii snažily, zaznamenala jsem v rozhovoru pocity radosti a pojmenovala téma **Dosažení cíle** („Ale veľmi mi to vyhovovalo, lebo nakoniec bývam sama, už vlastne starám sa sama o seba, čiže dosiahli sme ako keby ten cieľ.“).

V rozhovoru s Dagmar jsem vnímala, že velký význam v rámci terapie přikládá terapeutickému vztahu (případně poutu v rámci PS). Uvedla, že měla velké štěstí na terapeutku, a pojmenovala ji jako svého *velkého motivátora* („Potom aj ten vzťah som si k nej taký vytvorila, že je taká úprimná, taká ľudská, milá...“). Zároveň se zde však přidává také pocit vděku, který Dagmar vůči terapeutce má („Čiže aj vďaka nej som vlastne tam, kde dnes som, čiže najlepšie aký len môže byť mam k nej vzťah.“).

9.5 Společná témata

- Potřeba terapie (Andrea, Blanka)

Dvě z účastnic v rozhovoru vysloveně zmínily, že terapii potřebují či potřebovaly. Andrea hovořila víceméně v minulém čase, a to o tom, že určitou formu terapie potřebovala, a také je klientkou v součtu již více než osm let. Pro Blanku v současné době terapie představuje víceméně něco, co je pro ni nutné, a svým způsobem nezbytné. Zjistila, že na terapii musí docházet, protože se její psychický stav v obdobích bez pravidelných sezení zhoršuje („...když ty terapie nemám, tak opravdu jako psychicky jdu dolů“). Význam pro ni terapie má nejen proto, že si má s kým promluvit a má určitou oporu, ale také pociťuje, že se nějaké malé změny odehrávají.

- Individuální potřeba četnosti sezení (Andrea, Blanka)

Andrea a Blanka také reflektovaly, jakou potřebu četnosti setkávání potřebují či preferují, zřejmě si tedy ohledně frekvence terapie se svými terapeutkami povídaly, či přemýšlely, jak často by jim vyhovovalo chodit. Andrea na začátku terapie chtěla docházet každý týden a alespoň dvě sezení měsíčně si přála realizovat online, aby nemusela dojíždět. Její míra potřeby terapie se však s dobou setkávání snižovala, nyní hovoří o „rozvolňování“ četnosti kontaktu. Blanka potřeba četnosti sezení byla také nejspíš komunikována s terapeutkou, dohodly se, že chtějí, aby Blanka měla online sezení jednou týdně. Lze také zmínit srovnání s Dagmar, jejíž frekvenci terapie určila terapeutka.

- Ovlivnění terapie (Covid-19; Andrea, Blanka, Cilka)

Z důvodu omezení souvisejících s pandemií Covid-19 byla přirozeně ovlivněna také podoba terapie účastnic výzkumu. Andrea v době začátku pandemie současnou terapii započala, oproti původní domluvě kombinovat setkání online a tváří v tvář bylo možné realizovat pouze online setkávání. Zároveň se daná situace stala také tématem, které zpočátku řešily („...jsme se tak nějak jako hrabaly v těch věcech, co zrovna jako přicházely, do toho i s tím začátkem Covidu, že jsme prostě byli doma a že se něco takového jako dělo.“). Pandemie byla vlastně důvodem, proč Blanka vyhledala online terapii namísto kontaktu tváří v tvář. Osobní kontakt nebyl možný a Blanka již možnosti online prostředí hojně využívala v práci či v komunikaci s blízkými, proto si říkala, proč nezkusit i online terapii. Vnímá však, že kdyby narazila na online terapeuta, který by ji nesesl, tak by ji to zřejmě úplně odradilo od této varianty. Cilčina terapeutická péče nebyla tak jako u Andrey a Blanky ovlivněna už na začátku, nýbrž v průběhu terapie, a to dokonce dvakrát. Nejdříve musela s předchozí terapeutkou přejít do online prostředí z důvodu Covidu-19, a nyní se současnou terapeutkou kvůli stěhování.

- Možnost online terapie umožňuje zvýšit četnost sezení (Andrea, Dagmar)

Andrea i Dagmar vnímají jako výhodu online terapie to, že díky možnosti realizovat schůzku online se jim tak podařilo docházet na terapii častěji. U Andrey se jednalo současně i o vliv epidemické situace („Kdyby nebylo to volno a nemohlo to bejt i online...vlastně to mi taky jako vyhovovalo, tak bych se vlastně asi nerozhodla, že to bude jednou za týden, a ta intenzita byla hrozně jako dobrá.“). Dagmar má svou terapeutku poměrně dale od svého bydliště a někdy byl pro ni problém se k ní dostat, například když neměla odvoz nebo doprovod. S terapeutkou to vyřešily tak, že kombinovaly online sezení a sezení tváří v tvář. Kdyby se stalo, že by se dlouho neviděly, má zde možnost termínu online sezení.

- Zaměření se na intuici/dojem (Andrea, Blanka)

U Andrey a Blanky se vyskytovala spojitost ve způsobu výběru terapeuta. Ačkoliv se obě řídily částečně i podle objektivních kritérií (konkrétní terapeutický výcvik, pohlaví...), finální rozhodnutí učinily na základě jiných informací. Andrea příkládá důraz například tomu, když má terapeut na svých stránkách svůj příběh nebo texty vlastní tvorby, ve kterých se projevuje laskavý a lidský přístup k lidem. Blanka přímo zmiňovala, že si na webových stránkách přečetla dostupné informace (například hledala konkrétně terapeuta s výcvikem v KBT), konečné slovo ale hrála intuice.

- Bezpečí (Blanka, Dagmar)

Pro Dagmar je v rámci terapie důležité mít pocit bezpečí, a současná terapeutka pro ni tento pocit zajišťuje. Blanka se cítí bezpečněji v rámci online terapie než tváří v tvář, protože si „*umí ten svůj prostor vymezit nebo nějak ochránit*“. Bezpečí má pro ni v terapii velký význam, a i nejen tam („*No já nevím, jestli je to specifikum, ale myslím si, že tohle řeším jako úzkostný člověk dost často, pocit svého bezpečí, takže je to pro mě důležitý.*“). U Blanky jsem si také povšimla, že domácí prostředí je pro ni místem, kde pocit bezpečí má, možná na rozdíl od světa venku („*...jsem ráda, když to tady mám svůj, zavřu a povídám si, vím, že mě nikdo neposlouchá... protože jako nic se neděje, nehoří a tak*“).

- Online kontakt nelze srovnávat s osobním kontaktem
(Blanka, Cilka, Dagmar)

Téměř všechny účastnice výzkumu se zamýšlely nad tím, v čem se liší kontakt online a tváří v tvář. Blančiny zkušenosti již byly podrobně popsány v rámci podkapitoly 9.2 (**Vztah v online prostředí**, online disinhibiční efekt). Cilce více vyhovuje kontakt tváří v tvář, popisuje, že se v rámci online terapie snaží vytvořit si doma jedno konkrétní místo, na kterém se bude online terapie odehrávat, cítí, že z toho má poté lepší pocit. Ačkoliv pociťuje úzkost v sociálních situacích, vnímá, že je pro ni lepší, když je donucena někam chodit, a způsob, že je možné mít terapii z domu, považuje za zvláštní. Podle Dagmar je online terapie skvělá, vyhovuje jí střídání online kontaktu a kontaktu tváří v tvář, neuchylovala by se však čistě jen k jedné variantě. Online sezení pro ni představují určitou náhradu, nevnímá je jako plnohodnotný kontakt. Porovnává možnost s člověkem sedět, být v jeho přítomnosti, se setkáním přes Zoom.

9.5.1 Témata související s pracovním spojenectvím

Shoda na terapeutických cílech

- Terapie je tu pro mě (Andrea, Blanka, Cilka)

Na základě podobnosti v rozhovorech se všemi účastnicemi výzkumu jsem pojmenovala toto nadřazené téma zahrnující dílčí související témata (Andrea: Já jsem v centru dění; Blanka: Přizpůsobování terapie; Cilka: Respekt mých potřeb; Dagmar: Terapie je tu pro mě, Individuální potřeby). Podobné téma vyvstalo v rámci shody na terapeutických úkolech. Pro Andreu terapeutická sezení představují bezpečný prostor, který je jen pro ni, a v tu chvíli nehraje nic jiného roli. Vzhledem ke kontextu by se v případě „ničeho jiného“ mohlo jednat

například o to, že se terapeutka po dobu sezení věnuje pouze klientce a ne jiným pracovním či soukromým aktivitám. Blanka si se svou terapeutkou často povídá o tom, jak jsou daleko od cílů, které si Blanka vytyčila, a případně přehodnocují či uzpůsobují náplň terapie tak, aby vyhovovala Blankiným potřebám. Například zavedly desetiminutové okénko na začátku každého sezení, aby si pověděly, co je nového, a v případě potřeby se věnují něčemu aktuálnějšímu, co Blanku nyní trápí („*Bylo lepší se tomu věnovat a musím říct, že moje terapeutka to pochopila, že já to tak potřebuju.*“). V daném tématu se u Blanky objevují jak prvky shody na terapeutických cílech, tak i shody na terapeutických úkolech. Pro Cilku je důležité, že terapeutka dokáže vycítit, co kdy potřebuje – kdy se ještě necítí na to, aby odpovídala, nebo kdy si potřebuje ještě něco promyslet. Neklade tak další otázku a nechává Cilce dostatek prostoru na to, aby se cítila příjemně.

Shoda na terapeutických úkolech

- Úkol není povinnost (Andrea, Cilka, Dagmar)

Andrea oceňuje, když terapeut má k dispozici repertoár technik, které může klientovi nabídnout, ale současně je nabízí takovým způsobem, aby je klient mohl odmítnout. Cilka nemá ráda, když v rámci terapie dostávala úkoly, které měla splnit („*Proste to beriem ako povinnosť, ktorú keď nesplním, tak sa zrúti svet.*“). Pociťovala zvýšenou míru úzkosti, proto jí nyní vyhovuje způsob, jakým k tomu přistupuje její terapeutka („*keď je to podané ako nejaký návrh medzi rôznymi návrhmi, ktoré môžem robiť a nie je to akoby vyslovene povedané ako vec, ktorú by som mala robiť, aby som sa cítila lepšie*“). Dagmar by odradilo, kdyby na ni terapeut tlačil, například kdyby jí říkal, co musí dělat, a dával jí nějaké příkazy. Je tedy ráda, že její terapeutka nechává vše na ní.

- Terapie podle klientky
(Andrea, Blanka – viz *Terapie je tu pro mě*, Cilka, Dagmar)

Andrea v rámci terapie oceňuje flexibilitu. Když přinesla nějaké téma, které pro ni bylo zrovna důležité, tak se mu věnovaly. Andrea popisuje svou zkušenost, kdy terapeutka navrhla něco, do čeho se jí ten den úplně nechtělo. Svěřila se s tím své terapeutce, a ta zvolila jinou variantu, případně nechala Andreu mluvit o tom, co pro ni v tu chvíli bylo potřebnější. Cilka si taktéž může zvolit, o čem chce na terapii povídat. Někdy se stává, že se v popředí objeví nějaká jiná záležitost, a potřebuje si popovídat o tom, co se děje aktuálního. Zároveň vnímá, že zodpovědnost ohledně výběru témat, o kterých chce mluvit, je na ní. Dagmar její

terapeutka často říká, že je na terapii pro ni, a nechává ji směřovat k tomu, o čem Dagmar chce právě mluvit, a co potřebuje probrat.

Pouto

- Uprímný zájem (Blanka, Dagmar)

Blanka svou současnou terapii srovnává s těmi předchozími [„*Že to není jako hraný, (...) třeba to předtím (...), jako fakt to bylo tak strašně strojený, že jsem z toho měla husí kůži.*“]. Dagmar oceňuje přístup ke klientům, jaký její terapeutka má („*Proste to, akú mala radosť z tých mojich pokrokov... a naozaj to vyzeralo tak, že to myslí úprimne.*“). Stejně tak pociťuje, že to, co jí na terapiích říká, také tak myslí, a to Dagmar povzbuzuje a motivuje.

9.6 Odpovědi na výzkumné otázky

1. výzkumná otázka: Jaká je individuální zkušenost klientů s online terapií formou videokonference?

Vzhledem k tomu, že každá z účastnic výzkumu vyhledala terapii za jiných okolností či s jiným cílem, jsou jejich zkušenosti velmi různorodé. Andreina zkušenost s online terapií je víceméně pozitivní, ačkoliv terapie pouze online formou nebyla přímo její volbou, nýbrž spíše následkem epidemické situace. Možnost online terapie jí umožnila zvýšit četnost setkávání. Další pozitivní aspekty terapie pro Andreu, které v rozhovoru zazněly (například pojmenování úzkosti a viny, získání pochopení, důvěra a samotný přístup terapeutky), jsou však dle mého názoru nezávislé na modalitě terapie (online, tvář v tvář). Vypadá to však, že tyto procesy nebyly online prostředím významně ovlivněny, ať už v pozitivním či negativním směru. Blanka se v online prostředí pohybuje poměrně intenzivně jak v pracovní oblasti, tak v komunikaci s blízkými, proto jí nečinilo obtíže se online terapie účastnit, ačkoliv také z důvodu pandemie neměla jinou možnost. Ač je s náplní a podobou online terapie spokojená, pociťuje významný limit v oblasti navázání vztahu s terapeutkou. Cilka již dvakrát zažila nucený přechod z terapie tvář v tvář na online setkávání. Online terapie tak pro ni nebyla něčím, co by si sama zvolila, ale spíše nezbytností pro to, aby se svou terapeutkou mohla být stále v kontaktu i přes stěhování. Vyhovuje jí tedy více kontakt tvář v tvář. Pro Dagmar byla online setkávání velmi přínosná zejména v jejích začátcích, kdy neměla jinou možnost. Poté pro ni představovala usnadnění cestování k terapeutce. Ačkoliv ji hodnotí jako přínosnou, nevnímá online sezení jako plnohodnotná a nevolila by čistě

online setkávání. Žádná z účastnic výzkumu nezmínila žádnou vyloženě špatnou zkušenost s online terapií.

2. výzkumná otázka: Jaký význam pro klienty mající online terapii formou videokonference představuje pracovní spojenectví?

Na základě identifikovaných témat v rozhovorech je patrné, že pro účastnice výzkumu má v rámci online terapie význam shoda na terapeutických úkolech jako jedna ze součástí pracovního spojenectví (PS). V každém z rozhovorů bylo nalezeno alespoň jedno téma spadající do této oblasti, a jednalo se o proces PS, který byl tématy nejvíce sycen. Pro klientky je například důležité, že mohou spoluurčovat (či úplně určovat) směřování terapie či to, čemu se budou aktuálně věnovat. V případě shody na terapeutických cílech byly mezi sebou participantky dle očekávání velmi rozdílné. Například Dagmar již původního cíle, který si na počátku terapie vytyčila, dosáhla. Téma týkající se shody na terapeutických cílech bylo zastoupeno u tří ze čtyř účastnic, míra dohody na cílech či směřování terapie byla mezi klientkami odlišná, zřejmě z důvodu zastoupení různých terapeutických přístupů terapeutek. Pouto, poslední z procesů PS, bylo tématy nejvíce zastoupeno v rozhovoru s Blankou, v rámci kterého se zformovalo několik specifických témat. Nelze však říci, že by pro ostatní účastnice nebylo pouto v rámci terapie významné, jen se nezformovala celistvá témata. Naopak v rozhovorech s Andreou a Dagmar bylo patrné, že jejich vztah k terapeutce, konkrétně míra zájmu, přijetí, pozitivně ovlivňují terapeutický proces.

Z vyplněných inventářů WAI-SR byla patrná míra PS odpovídající informacím v rozhovoru. Inventář vyplnily tři účastnice výzkumu. Blanka měla nejvyšší skóre u shody na terapeutických cílech. U subškály týkající se pouta nebyl počítán, protože jednu z položek nevyplnila. Nejvyšší skóre u shody na terapeutických cílech měla také Cilka. V případě Dagmar byl nejvyšší skóre v subškále týkající se pouta, a to významně vysoký (4,75 z 5). Ve všech subškálách napříč účastnicemi výzkumu byly dané tři součásti PS hodnoceny poměrně vysoce (alespoň 3,75 z 5).

10 DISKUZE

Vzhledem k tomu, že nám dosud není známa existence publikovaného výzkumu, který by se zabýval totožným tématem a měl kvalitativní výzkumnou část, lze se nad získanými výsledky zamyslet pouze na základě výstupů z výzkumů s podobnou tematikou či se stejnou s kvantitativní výzkumnou částí. V rámci první výzkumné otázky jsme se zabývali tím, jaká je individuální zkušenost klientů s generalizovanou úzkostnou poruchou (GAD) s online terapií formou videokonference. Některé z výsledků kvalitativního výzkumu Song a Foster (2022) věnující se zkušenostem klientů online kognitivně-behaviorální terapie (KBT) u pacientů s úzkostnými poruchami (včetně GAD) byly podobné těm, které jsme získali my. Například Blanka stejně jako jejich účastníci výzkumu také ocenila možnost sdílení souborů s materiály prostřednictvím e-mailu. V souladu s danými výsledky je také zkušenost Cilky, pro kterou není domov ideálním místem pro terapii, ač se snaží vyhradit si jedno místo, na kterém se sezení budou odehrávat. Pro klienty výzkumu Song a Foster (2022) byl domov místem relaxace a odpočinku a emočně vypjaté situace, které terapie může podnítit, by raději řešili v prostředí kliniky. Třetina účastníků však naopak shledala jako výhodu, že na kliniku nemusí cestovat. To se s našimi výsledky shodovalo jen částečně, dvě účastnice sice tuto možnost zmínily jako výhodu, pro jednu z účastnic by například bylo lepší, aby ji to donutilo vyjít ven a dorazit osobně. Náš výzkum byl však vymezen pouze na GAD, zatímco zmíněný výzkum zahrnoval i například klienty s agorafobií a obsedantně-kompulzivní poruchou.

Je také otázkou, do jaké míry je pro klienty prospěšné účastnit se terapie z prostředí domova, ač je to zřejmě vzhledem k všudypřítomným, volně plynoucím pocitům úzkosti bezpečnější, a třeba se tak mohou více koncentrovat na samotnou náplň sezení. Pro dvě účastnice našeho výzkumu byla velmi důležitá otázka bezpečí. Téměř polovina výzkumného souboru Song a Foster (2022) uváděla, že se v rámci online terapie cítili bezpečněji a vykazovali nižší míru úzkosti. Kognitivní teorie předpokládá, že symptomatologie GAD má vztah také k raným kognitivním schémátům, například o světě jako nebezpečném místě. Klienti z důvodu hypervigilance selektivně vybírají z prostředí ohrožující informace a ignorují ty, které signalizují bezpečí (Praško et al., 2007), případně neutrální nebo dvojznačné podněty interpretují jako ohrožující a nebezpečné (Mathews & Macleod, 1994, cit. podle Ocisková & Praško, 2017). Je tak možné, že zvláště při četných předtuchách

hrozícího nebezpečí či úzkostném očekávání (Vymětal, 2007) si mohou klienti mající GAD pocitu bezpečí v rámci terapie vážit a vyhledávat jej více, než klienti s jinými psychickými poruchami. Blanka v rozhovoru povídala o tom, že techniky a cvičení v rámci terapie jí ne vždy sedí, a stejně tak k nim někdy nemá důvěru. Napadá nás, že by se zde mohla promítat již zmíněná intolerance k nejistotě, která je dle výzkumu Dugase et al. (1998) specifická pro osoby mající GAD, a charakterizuje ji negativní reakce na nejisté či nejednoznačné situace (Ladouceur et al., 1999). Situace, kdy Blanka neví, co jí v rámci techniky čeká, by tak pro ni mohla být danou nejistotou nepříjemná.

Zmíněný výzkum (Song & Foster, 2022) byl jeden z mála, v rámci kterého se účastníci online terapie nacházeli doma, a nikoliv v univerzitním či klinickém prostředí. Snahu o kontrolované prostředí vnímáme jako neodpovídající běžné situaci, protože je zde zajištěna odpovídající rychlost a stabilita internetu, participantům je vše nachystáno a většinou se ve vedlejší místnosti nachází výzkumník v případě technických či jiných obtíží. U účastníků tak mohla být snížena míra obav souvisejících s technickými aspekty („Co když mi vypadne internet?“, „Co když mě to odpojí a nebudu se moct připojit?“) online terapie, na které jsou však v běžných domácích podmínkách účastníci výzkumu sami. Výzkumy s online terapií v prostředí domova tak mohou mít sice nižší interní validitu, ale naopak vyšší ekologickou validitu. Je však nutno poznamenat, že žádná z účastnic našeho výzkumu si na technické aspekty (rychlost internetu, vidění sebe v miniatuře na obrazovce, únava z používání informačních a komunikačních technologií) nestěžovala. Jedná se nicméně o klientky, které již mají online terapii minimálně několik měsíců, a zkušenosti klientů čerstvě začínajících s online terapií by tak mohly být zase jiné.

V teoretické části jsme se zabývali proměnnými, které mohou ovlivňovat zkušenost klientů s online terapií, konkrétně možnou souvislost s věkem a mírou používání ICT. Na základě výzkumu Mallena et al. (2003) jsme do rozhovoru zahrnuli otázku týkající se toho, jak často účastníci komunikují s lidmi prostřednictvím internetu. Dle výsledků autorů participanti s vyšším počtem komunikačních partnerů pociťovali vyšší míru blízkosti během chatové konverzace. Vzhledem k tomu, že náš výzkum je kvalitativní a o nízkém počtu účastníků, není možné výsledky zobecňovat na širší populaci. Četnost online kontaktu se mezi účastnicemi významně neodlišovala, každá s někým komunikovala alespoň jednou denně. Nejvyšší míru kontaktu v online prostředí měly Andrea a Dagmar, přičemž v rámci našich rozhovorů nic nenasvědčovalo tomu, že by v rámci online terapie pociťovaly vyšší míru blízkosti než účastnice komunikující online méně často. Dle Chena et al. (2021) by

klienti a terapeuti mohli pociťovat vyšší míru blízkosti a intimity v rámci online terapie oproti kontaktu tváří v tvář. Opírali se zejména o to, že fyzická přítomnost terapeuta a jiné aspekty terapie tváří v tvář mohou u klientů podněcovat vyšší míru úzkosti. Nejednalo se však o výsledky výzkumné aktivity, ale spíše o zkušenosti autorů z praxe. Ač existuje několik výzkumů týkajících se souvislosti věku a akceptace online terapie (např. již zmíněné Dores et al., 2020; Egede et al., 2009, 2015), na základě existujících poznatků nelze usuzovat, že by například pro starší klienty nemusela být vhodná. Účastnicím našeho výzkumu je mezi 27 a 48 lety. Dle pojetí McCrindla a Wolfinger (2011) se jedná o osoby spadající do Generace X (digitálně adaptivní) a Generace Y (digitální domorodci), s technologickým rozvojem a vznikem internetu se tedy setkaly buď již v dětství, jako dospívající či mladí dospělí.

Dle Connolly et al. (2020) stále není jasné, jakou roli má dobrovolnost volby online terapie v míře její akceptace. Z toho by mohlo vyplývat, že pokud si klient online terapii přímo nevybral, a byl určitými okolnostmi jen donucen ji akceptovat, mohly by být ovlivněny různé aspekty terapie, například spokojenost klienta či jeho ochota spolupracovat. Podobu terapie Andrey, Blanky i Cilky ovlivnila pandemie Covid-19. Blanka sice neměla z důvodu pandemie jinou možnost, než zvolit online formu terapie, Andrea a Cilka však počítaly s kontaktem tváří v tvář. Ač Andrea neshledávala online terapii jako nevyhovující a byla s podobou spokojená, Cilce mnohem více vyhovuje kontakt tváří v tvář. Cilka také zažila již dvakrát přechod z terapie tváří v tvář na online terapii (Covid-19, stěhování), daná nedobrovolnost mohla tedy ovlivnit její míru spokojenosti.

Na dobrovolnost volby online terapie lze nahlédnout také z optiky samotných terapeutů. Již existují výzkumy (např. Békés et al., 2020; Dores et al., 2020; Khatiba et al., 2022), které se zabývají postoji a zkušenostmi terapeutů k online terapii v době pandemie Covid-19. Dle posledního z nich bylo zjištěno, že terapeuti s pozitivním postojem k online terapii svá sezení vnímali jako účinnější. V našem výzkumu jsme se pohledem terapeutů nezabývali, budoucí výzkumná aktivita v dané oblasti by však byla jistě prospěšná.

V teoretické části jsme se také věnovali výhodám a úskalím online terapie. Brunet a Schmidt (2007) za výhodu internetu obecně považují možnost vybudování potřebné míry asertivity v méně ohrožujícím a ne tak hodnotícím prostředí. Ač se dané tvrzení vztahovalo ke stydlivým osobám, v rozhovoru s Blankou jsme si o tématu nácviku asertivity v online prostředí také povídaly, a daná možnost jí velmi vyhovovala. Chen et al. (2021) online terapii považují jako možnost pomoci klientům aktivněji se zapojit do života, případně získat

dovednosti potřebné k tomu, aby v terapii pokračovali tváří v tvář. Dané tvrzení vystihuje zkušenost Dagmar, která po zmírnění příznaků GAD díky kombinaci psychiatrické a psychotherapeutické péče mohla opět fungovat v běžném životě tak, jak byla doposud zvyklá, a byla schopna docházet na terapii tváří v tvář.

Hledali jsme odpověď také na druhou výzkumnou otázku (*Jaký význam pro klienty mající online terapii formou videokonference představuje pracovní spojení?*). Míra pracovního spojení (PS) byla hodnocena kvalitativně, pomocí otázek vlastní konstrukce, které jsme vytvořili na základě teoretických poznatků o třech vzájemně souvisejících procesech PS. Zde se však mohlo nacházet určité úskalí výzkumu. Není jasné, zda vytvořené otázky dostatečně vystihují povahu daného konstruktů, a hodnocení míry PS kvalitativně není ve výzkumech příliš časté. Pokusili se o to například Nakash et al. (2021), jednalo se však o otázky zaměřené na míru vnímání PS po vstupní konzultaci s terapeutem, nikoliv v rámci dlouhodobější spolupráce. Z důvodu snahy o metodologickou triangulaci jsme použili také inventář WAI-SR (*Working Alliance Inventory – Short Revised*, Hatcher & Gillaspay, 2006; český překlad: Kočicová, Čevelíček, Řiháček, Karpíšek, & Šácha, 2015). Výsledky však byly víceméně v souladu s informacemi, které jsme zjistili prostřednictvím rozhovoru, a neposkytly takový přínos, jaký jsme zamýšleli. Vzhledem k tomu, že se u účastnic výzkumu velmi lišila délka, podoba a frekvence terapeutických sezení, nemohli jsme určit, po kolikátém sezení byl inventář vyplněn, a také nebyl vyplňován bezprostředně po jeho skončení. Výzkumy, kde byl inventář účastníky pravidelně vyplňován, také neměly takovou délku trvání jako terapie účastnic našeho výzkumu – například Huber et al. (2021) poslední dotazník administrovali na 20. sezení, Watts et al. (2020) na 15. sezení. Je tedy komplikované určit, jakou podobu by měla mít míra PS například po roce terapie. Mimo jiné také z důvodu, že někteří autoři (Safran & Muran, 2006) vnímají PS spíše jako proces neustálého vyjednávání než konstantní kvalitu vztahu, a míra PS mezi sezeními může velmi kolísat (Horvath et al., 2011).

Ve výzkumu Marcotte-Beaumier et al. (2021) shoda na terapeutických cílech predikovala výsledek terapie u klientů majících GAD, a měla silnou souvislost se shodou na terapeutických úkolech. Konkrétně shoda na terapeutických cílech nebyla u účastnic výzkumu jednoznačně patrná. Například Cilka uváděla, že si konkrétní cíl terapie vyloženě nestanovily, spíše obecně definovaný – aby jí bylo lépe. Andrea si také není vědoma, že by pojmenovaly určitý cíl, spíše řeší věci, které se aktuálně v životě dějí. Naopak Blanka se svou terapeutkou otázkou cíle pravidelně diskutuje, mění jej. Neexistuje předloha na to, jaká

přesně by měla být domluva ohledně cíle terapie pro udržování silného PS, a tato podoba je také silně ovlivněna terapeutickým výcvikem terapeuta. Je nutné zmínit, že terapeutky účastnic výzkumu pracují různými terapeutickými směry. V současné době však není předpokládáno, že by v rámci některého terapeutického přístupu bylo PS méně či více důležité (Bouchard et al., 2022), daný přístup však ovlivňuje podobu terapie. Hlavním cílem tvarové terapie je uvědomění, konkrétně jak hlubší uvědomění si jednotlivých obsahů vědomí, tak větší schopnost pacienta uvědomovat si zautomatizované procesy ve vědomí. Terapeutický vztah je zde velmi významný, je zdůrazňováno, že jsou si klient a terapeut rovni. Terapeut zodpovídá za navození atmosféry bezpečí, důstojného jednání s klientem, zatímco klient zodpovídá za ochotu ke spolupráci (Humhal, 2004). V daseinsanalýze je terapeutický vztah charakterizován jako vztah dvou lidí majících společné prožívání a sdílení, založený na lidském porozumění a péči ve smyslu vzájemnosti (Kryl, 2010). V rámci KBT je klient rovnocenný partner terapeuta, společně vytváří plán, jak postojte a chování měnit. Specifikem terapeutického vztahu v KBT je empirická spolupráce. Probíhá tak, že klient s terapeutem tvoří vědecký tým, který společně zkoumá možnosti řešení klientových problémů, diskutují společně o jednotlivých terapeutických krocích (Praško & Možný, 2010). Danou empirickou spolupráci by bylo možné částečně přirovnat k součástem PS, tj. shodě na terapeutických cílech a shodě na terapeutických úkolech (pozn. autorky). V případě nekomplikovaných psychických poruch se terapeut příliš nezabývá analýzou terapeutického vztahu, klient na terapeutovi není závislý a vnímá jej spíše jako experta v procesu své terapie (Praško & Možný, 2010).

Pozitivně na míru a udržování PS působí například flexibilita či zájem (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Horvath et al., 2011). Na základě výsledků našeho výzkumu můžeme potvrdit, že tyto atributy klientky oceňují. Flexibilita (*Terapie je tu pro mě, Terapie podle klientky*) i zájem (*Upřímný zájem*) se objevovali v nalezených tématech napříč rozhovory.

Populace klientů online terapie majících GAD byla vybrána na základě předchozích výzkumů (Théberge-Lapointe et al., 2015; Watts et al., 2020; Song & Foster, 2022; Bouchard et al., 2022) na dané téma, zejména výstupu ze studie Watts et al. (2020). Daní autoři zjistili, že klienti s GAD mající online terapii mohou mít vyšší míru PS než klienti docházející na terapii tváří v tvář. Pro účastnice výzkumu byla online terapie víceméně přijatelná, nedá se však obecně říci, že by jim vyhovovala více než terapie tváří v tvář, či by ji preferovaly.

Další výzkumná aktivita by se mohla zaměřit na získání hlubšího poznání o osobnostních charakteristikách klientů, kteří si například v online terapii vytvoří silnější PS, jak tomu bylo ve studii Watts et al. (2020). Ti již zkoumali vliv věku, pohlaví a intenzity symptomů GAD a tyto charakteristiky neměly v rámci výzkumu žádnou souvislost s mírou PS. Je také potřeba směřovat výzkumnou aktivitu směrem k proměnným ovlivňujících potenciál jedince budovat a udržovat PS. Současně jsou potřebné výzkumy, které by se detailněji zabývaly postupy terapeuta umožňující usnadnění budování PS či nápravu narušení PS v různých stádiích terapie (Horvath & Luborsky, 1993). Dle pojetí Del Re et al. (2012) je možné PS chápat jako dovednost terapeuta, kterou lze rozvíjet, výsledky by tak mohly mít praktické využití.

Náš výzkumný soubor se skládal z žen, které měly online terapii (či v kombinaci s terapií tváří v tvář) minimálně osm měsíců, a téměř všechny účastnice měly zkušenost s terapií v minulosti. Bylo by tedy zajímavé prozkoumat procesy PS i u osob, které začínají s online terapií nově. Metodou analýzy našich dat byla interpretativní fenomenologická analýza (IPA). IPA je interpretativní a tato interpretace se může vzdalovat od původních slov participanta (Smith et al., 2009). Daná subjektivita je však vnímána jako určitá přednost, jednak je výzkumníkem reflektována, a jednak nám umožňuje vstoupit do zkušenosti své i zkušenosti druhého (Kostínková & Čermák, 2013). V kvalitativním výzkumu obecně se nesnažíme za každou cenu o eliminaci faktu, že se výzkumník přímo či nepřímo spolupodílí na procesech, které zkoumá. Snažíme se však porozumět a popsat, jak k tomu dochází (Miovský, 2006). Mimo otázek spojených s měřením míry PS vnímáme možný limit ve způsobu výběru účastníků. Účastníci se do výzkumu přihlásili po zhlédnutí letáku na sociálních sítích (či jej získali od svého terapeuta) a na základě vlastního zájmu kontaktovali autorku práce. Je tedy možné, že zájem o účast ve studii mohli mít spíše klienti se stabilní, spíše vyšší mírou PS, a delší dobou trvání online terapie. Zároveň bychom zpětně nezahrnuli některé z otázek polostrukturovaného rozhovoru, například otázku „*Pamatujete si, jakým způsobem jste svého online terapeuta vyhledal/a a vybral/a?*“. Sice se díky položení otázky zformovalo téma *Zaměření se na intuici/dojem* při výběru terapeuta, dané téma však nemá přílišnou souvislost se zaměřením této práce. Otázku jsme zařadili se záměrem, abychom zmapovali proces výběru online terapie. Dalším limitem práce je fakt, že ačkoliv jsme stanovili inkluzivní kritérium „*v současné době je klientem v rámci online terapie formou videokonference*“, u všech účastnic výzkumu tomu tak nebylo. Čistě online terapii od počátku do současnosti měla jen Blanka, u dalších účastnic se jednalo o různé varianty

kombinace online terapie a terapie tváří v tvář. Vzhledem k tomu, jak komplikované bylo získat účastníky výzkumu, nejsme si jisti, zda by bylo reálné získat požadovaný počet participantů při dodržení nastaveného kritéria. Vnímali jsme však, že ač byl soubor trochu méně homogenní, získali jsme zajímavé poznatky - například to, jak existence online terapie umožnila Dagmar získat psychologickou péči i přesto, že nemohla opustit domov. Výzkumný soubor také netvoří žádní muži. Ač se GAD vyskytuje dvakrát častěji u žen než u mužů (Vymětal, 2007), doufali jsme, že alespoň jednoho účastníka mužského pohlaví získáme.

Přínosem našeho výzkumu je příspěvní k tématu, ke kterému v současné době neexistuje příliš teoretické opory, a může být tak rozvinuto v další výzkumnou aktivitu. Naše výsledky mohou také pomoci terapeutům přizpůsobit terapii potřebám klientům s GAD, zejména k navození pocitů bezpečí a přehlednosti situace.

11 ZÁVĚR

Prozkoumali jsme, jaká je individuální zkušenost čtyř žen majících generalizovanou úzkostnou poruchu s online terapií formou videokonference. Získané poznatky jsme organizovali do dvou oblastí – zkušenosti klientek s online terapií obecně (závěry 1 až 4) a to, jaký význam přiřkládají pracovnímu spojení (závěry 5 až 9).

- 1) Byl patrný rozpor mezi tím, jestli je absence nutnosti cestovat na terapii výhodou či ne. Dvě z účastnic to shledaly jako výhodou, jedna z účastnic však vnímá, že by pro ni bylo lepší, aby na terapii musela přijít osobně.
- 2) Pro některé klienty s generalizovanou úzkostnou poruchou může být obzvláště důležitý pocit bezpečí, a to jak v rámci terapeutické situace, tak mimo ni.
- 3) V našem výzkumu jsme nenalezli podporu pro zjištění z předcházejících výzkumů, že by četnost používání internetu ke komunikaci s lidmi mohla mít souvislost s vnímanou mírou blízkosti při online terapii.
- 4) Online terapie může být dle předchozích poznatků a našich zjištění velmi nápomocná v začátcích u některých klientů, kteří by pro svůj psychický či fyzický stav nemohli navštěvovat terapii tváří v tvář. Se zlepšením klientova psychického stavu či získáním potřebných dovedností pak daný klient může pokračovat tváří v tvář.

- 5) Míra pracovního spojení klientek byla na základě našeho hodnocení prostřednictvím otázek vlastní konstrukce a inventáře WAI-SR vysoká.
- 6) Na základě získaných informací nemáme dojem, že by mělo mít pouto v rámci online terapie nižší význam, a to bez ohledu na terapeutický přístup terapeutky.
- 7) Nejzastoupenějšími tématy byla ta, která se týkala shody na terapeutických úkolech, u všech účastnic se zformovalo alespoň jedno téma.
- 8) Podoba vyjádření terapeutického cíle v terapii se mezi účastnicemi odlišovala, pravděpodobně na základě terapeutického přístupu terapeutek.
- 9) Zejména flexibilita a upřímný zájem terapeutek napomáhají klientkám k tomu, aby se v rámci terapie cítily dobře.

12 SOUHRN

Od dob rozvoje internetu, zejména jeho komunikačních služeb, se změnil způsob, jak se lidé setkávají. Barak (2008) internet nazývá jako virtuální sociální prostředí. V oblasti psychologie má využití počítačů a internetu historii sahající až do 60. let 20. století (O'Regan, 2018). Telekomunikační metody, jako je například telefon, používali lékaři pro konzultace s pacienty od poloviny 19. století (Riva et al., 2004). Od 90. let 20. století, kdy byl významně rozšířen internet, byl koncept online poradenství a terapie (například prostřednictvím e-mailu) nový a poměrně neznámý (Kraus, 2010). Významnými průkopníky internetového poradenství a e-terapie byli Martha Ainsworth a David Sommers (Horská et al., 2010). Psychologické poradenství a terapie realizované v online prostředí byli hojně rozšířeny v průběhu a po pandemii Covid-19, kdy bylo omezeno setkávání osob, a mnoho odborníků tak muselo hledat způsoby, jak zůstat v kontaktu se svými klienty. Nejčastěji tak činili prostřednictvím videokonference či telefonního hovoru. Technologie videokonference umožňuje klientovi a terapeutovi vidět se a slyšet v reálném čase (Watts et al., 2020). Možnost online terapie pomocí videokonference však není vhodné doporučovat plošně. Existuje mnoho kontraindikací (např. klient má sebevražedné myšlenky či trpí závislostí; Kraus, 2010; více viz podkapitola 3.3). Zároveň je však potřeba zvážit výhody a úskalí online terapie. V současné době již existuje poměrně dost výzkumů, které se zabývají účinností online terapie (Backhaus et al., 2012; Batastini et al., 2021; de Bitencourt Machado et al., 2016; Matsumoto et al., 2021; Rees & Maclaine, 2015; Varker et al., 2019; Vybíral & Vondráčková, 2012), a naznačují, že je online terapie stejně účinná jako terapie tváří v tvář.

V této práci jsme se zabývali tím, jaká je individuální zkušenost klientů majících generalizovanou úzkostnou poruchu (GAD) s online terapií formou videokonference, a jaký význam pro ně představuje pracovní spojenectví (PS). Existují výzkumy naznačující (Bouchard et al., 2022; Watts et al., 2020), že klienti s GAD mohou v rámci online terapie udržovat vyšší míru PS než v rámci terapie tváří v tvář. V posledních letech bylo také hojně diskutováno, zda je v rámci online terapie možné PS vybudovat. Již několik autorů se daným tématem zabývalo (Berger, 2017; Bouchard et al., 2020; Day & Schneider, 2002; Norwood et al., 2018; Reese et al., 2016; Simpson & Reid, 2014) s převážným zjištěním, že lze PS navázat i v online terapii, a jeho míra je přibližně obdobná.

Naše dvě výzkumné otázky mají znění:

1. výzkumná otázka: Jaká je individuální zkušenost klientů majících GAD s online terapií formou videokonference?

2. výzkumná otázka: Jaký význam pro klienty online terapie formou videokonference mají GAD představuje pracovní spojenectví?

Jako nejvíce vhodný se nám jevil kvalitativní výzkumný design, a to vzhledem k nízké teoretické opoře k tématu a možnosti získání mnoha detailních informací o malé skupině osob. Metodou analýzy kvalitativních dat byla interpretativní fenomenologická analýza (IPA), data jsme analyzovali prostřednictvím doporučovaného obecného postupu (Smith et al., 2009). Míru PS jsme hodnotili prostřednictvím otázek vlastní konstrukce a inventáře WAI-SR (*Working Alliance Inventory – Short Revised*, Hatcher & Gillaspay, 2006; český překlad: Kočicová, Čevelíček, Řiháček, Karpíšek, & Šácha, 2015) použitého z důvodu snahy o metodologickou triangulaci. Data jsme získávali prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru a již zmíněného inventáře.

Pro zamýšlený výzkumný soubor jsme zvolili inkluzivní kritéria (klient starší 18 let, má online terapii formou videokonference, setkává se s jedním terapeutem již alespoň dva měsíce či mají za sebou alespoň 5 sezení, má diagnostikovanou GAD, terapeut má odpovídající vzdělání). Vytvořili jsme letáky obsahující základní informace o výzkumu a distribuovali je v rámci sociálních sítí, osloveni s prosbou o předání letáku byli také terapeuti nabízející možnost online terapie. Finální výzkumný soubor tvoří čtyři ženy, byl podepsán informovaný souhlas. Rozhovory proběhly online prostřednictvím programu Zoom. Získaná data jsme anonymizovali a účastnicím přiřadili krycí jména.

Napříč rozhovory jsme našli různá témata a podtémata, která jsme rozdělili na obecná (související například s četností sezení či vlivem pandemie Covid-19) a související specificky s PS. Terapie téměř všech účastnic výzkumu byla ovlivněna pandemií Covid-19, zejména její četnost či samotná podoba. Identifikovali jsme tři potřeby, které klientky mají – potřebu mít terapii, potřebu určité četnosti sezení a potřebu bezpečí. Možnost online terapie některým klientkám umožnila zvýšit četnost sezení, například nemusely cestovat. Ne všem klientkám však absence cestování vyhovovala, uváděly, že by raději přišly na terapii tváří v tvář. Téměř všechny účastnice výzkumu také reflektovaly, že online kontakt nelze srovnávat s osobním kontaktem, například z důvodu fyzické nepřítomnosti terapeuta. Na základě získaných dat jsme nenalezli podporu pro podporu zjištění z výzkumu

Mallena et al. (2003). To, jak často klientky používaly internet ke komunikaci s lidmi, nemělo v našem výzkumu zjevnou souvislost s vnímanou mírou blízkosti při online terapii. V rámci rozhovorů jsme zaznamenali výskyt témat souvisejících se všemi třemi procesy PS, nejvíce se shodou na terapeutických úkolech, zastoupena byla také témata týkající se shody na terapeutických cílech a pouta. Na základě polostrukturovaného rozhovoru a inventáře WAI-SR (*Working Alliance Inventory – Short Revised*, Hatcher & Gillaspay, 2006; český překlad: Kočicová, Čevelíček, Řiháček, Karpíšek, & Šácha, 2015) odhadujeme míru PS jako vysokou a odpovídající délce terapie klientek.

V diskuzi jsme se zamýšleli nad tím, jak získané výsledky interpretovat. Nad potřebou bezpečí jsme přemýšleli v kontextu GAD. Porovnávali jsme výsledky předchozích výzkumů na podobná témata s těmi našimi a našli několik podobností, například otázky cestování na terapii či vnímání zájmu terapeutky a flexibility volby náplně terapie. Vnímáme také určité limity našeho výzkumu. Otázky vlastní konstrukce nemusely dostatečně vystihovat podstatu konstruktů PS. Současně mohly mít zájem o účast ve výzkumu převážně ženy, které jsou s online terapií a mírou PS spokojené. Naš výzkumný soubor také tvořily klientky, které nemají (či neměly) pouze online terapii, a kombinovaly online setkávání a kontakt tváří v tvář. Přesto jsme se však pokusili o přínos k tématu, které je ještě poměrně neprobádané, a výsledky mohou přispět k dalším výzkumným aktivitám.

LITERATURA

Aafjes-van Doorn, K. (2022). The complexity of teletherapy: Not better or worse, but different.

Clinical Psychology: Science and Practice, 29(2), 182–184.

<https://doi.org/10.1037/cps0000073>

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and

techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory,*

Research, Practice, Training, 38(2), 171–185. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.2.171>

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and

techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review*, 23(1),

1–33. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(02)00146-0)

Alavi, N., & Omrani, M. (2019). *Online cognitive behavioral therapy: An e-mental health*

approach to depression and anxiety (1. vydání). Springer.

American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental*

disorders (5. vydání). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychological Association. (2013b). *Guidelines for the practice of telepsychology*.

Převzato z <https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>.

American Psychological Association (2020, březen). *Informed consent checklist for*

telepsychological services. [https://www.apa.org/practice/programs/dmhi/research-](https://www.apa.org/practice/programs/dmhi/research-information/informed-consent-checklist)

[information/informed-consent-checklist](https://www.apa.org/practice/programs/dmhi/research-information/informed-consent-checklist)

American Psychological Association. (2020, 5.června). *Psychologists embrace telehealth to*

prevent the spread of COVID-19. American Psychological Association Services.

<https://www.apaservices.org/practice/legal/technology/psychologists-embrace-telehealth>

Apter, M. J., & Westby, G. (Eds.). (1973). *The computer in psychology*. John Wiley & Sons.

- Askjer, S., & Mathiasen, K. (2021). The working alliance in blended versus face-to-face cognitive therapy for depression: A secondary analysis of a randomized controlled trial. *Internet interventions*, 25, 100404. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100404>
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N. M., Lohr, J., & Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services*, 9(2), 111–131. <https://doi.org/10.1037/a0027924>
- Baier, A. L., Kline, A. C., & Feeny, N. C. (2020). Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. *Clinical psychology review*, 82, 101921. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101921>
- Barak, A. (1999). Psychological application on the Internet: A discipline on the threshold of a new millennium. *Applied and Preventive Psychology*, 8(4), 231–246. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80038-1](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80038-1)
- Barak, A. (Ed.). (2008). *Psychological aspects of cyberspace: Theory, research, applications*. Cambridge University Press.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109–160. <https://doi.org/10.1080/15228830802094429>
- Barak, A., & Suler, J. (2008). Reflections on the Psychology and Social Science of Cyberspace. In A. Barak (Ed.), *Psychological Aspects of Cyberspace: Theory, Research, Applications* (pp. 1-12). Cambridge University Press. doi.org/10.1017/CBO9780511813740.002
- Batastini, A. B., Paprzycki, P., Jones, A., & MacLean, N. (2021). Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice. *Clinical psychology review*, 83, 101944. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101944>

- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.
- Békés, V., & Aafjes-van Doorn, K. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration, 30*(2), 238–247.
<https://doi.org/10.1037/int0000214>
- Berg, M. van den. (2020). *Jak se vzájemně chápat: generace X, Y, Z*. Grada.
- Berger, T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy research: Journal of the Society for Psychotherapy Research, 27*(5), 511–524. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1119908>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252–260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bouchard, S., Allard, M., Robillard, G., Dumoulin, S., Guitard, T., Loranger, C., Green-Demers, I., Marchand, A., Renaud, P., Cournoyer, L. G., & Corno, G. (2020). Videoconferencing psychotherapy for panic disorder and agoraphobia: outcome and treatment processes from a non-randomized non-inferiority trial. *Frontiers in psychology, 11*, 2164. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02164>
- Bouchard, S., Dugas, M. J., Belleville, G., Langlois, F., Gosselin, P., Robillard, G., Corno, G., & Marchand, A. (2022). A multisite non-inferiority randomized controlled trial of the efficacy of cognitive-behavior therapy for generalized anxiety disorder delivered by videoconference. *Journal of clinical medicine, 11*(19), 5924.
<https://doi.org/10.3390/jcm11195924>
- Bouchard, S., & Renaud, P. (2001). CBT in videoconference for panic disorder and generalized anxiety disorder. Presented at the meeting of the AABT.

- Brossart, D. F., Willson, V. L., Patton, M. J., Kivlighan, D. M., Jr., & Multon, K. D. (1998). A time series model of the working alliance: A key process in short-term psychoanalytic counseling. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(2), 197–205.
<https://doi.org/10.1037/h0087645>
- Brunet, P. M., & Schmidt, L. A. (2007). Is shyness context specific? Relation between shyness and online self-disclosure with and without a live webcam in young adults. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 938–945. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.09.001>
- Castelnuovo, G., Buselli, C., De Ferrari, R., Gaggioli, A., Mantovani, F., Molinari, E., Villamira, M., & Riva, G. (2004). New tools in cybertherapy: The VEPSY Web Site. In G. Riva, C. Botella, P. Légeron, & G. Optale (Eds.), *Cybertherapy: Internet and virtual reality as assessment and rehabilitation tools for clinical psychology and neuroscience*. IOS Press.
- Chen, C. K., Nehrig, N., Wash, L., Schneider, J. A., Ashkenazi, S., Cairo, E., Guyton, A. F., & Palfrey, A. (2021) When distance brings us closer: leveraging tele-psychotherapy to build deeper connection. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 554-567.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1779031>
- Cipolletta, S., Frassoni, E., & Faccio, E. (2018). Construing a therapeutic relationship online: An analysis of videoconference sessions. *Clinical Psychologist*, 22(2), 220–229.
<https://doi.org/10.1111/cp.12117>
- Connolly, S. L., Miller, C. J., Lindsay, J. A., & Bauer, M. S. (2020). A systematic review of providers' attitudes toward telemental health via videoconferencing. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(2), e12311. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12311>
- Česká asociace pro psychoterapii (n.d.). *Certifikované výcviky*. <https://czap.cz/Certifikovane-vycviky>

- Day, S. X., & Schneider, P. L. (2002). Psychotherapy using distance technology: A comparison of face-to-face, video, and audio treatment. *Journal of Counseling Psychology, 49*(4), 499–503. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.49.4.499>
- de Bitencourt Machado, D., Braga Laskoski, P., Trelles Severo, C., Margareth Bassols, A., Sfoggia, A., Kowacs, C., Valle Krieger, D., Benetti Torres, M., Bento Gastaud, M., Stella Wellausen, R., Pigatto Teche, S., & Laks Eizirik, C. (2016). A psychodynamic perspective on a systematic review of online psychotherapy for adults. *British Journal of Psychotherapy, 32*(1), 79-108. <https://doi.org/10.1111/bjp.12204>
- de Boer, K., Muir, S. D., Silva, S., Nedeljkovic, M., Seabrook, E., Thomas, N., & Meyer, D. (2021). Videoconferencing psychotherapy for couples and families: A systematic review. *Journal of marital and family therapy, 47*(2), 259–288. <https://doi.org/10.1111/jmft.12518>
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical psychology review, 32*(7), 642–649. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002>
- Demiris, G., Oliver, D. P., Washington, K., & Pike, K. (2019). A problem-solving intervention for hospice family caregivers: a randomized clinical trial. *Journal of the American Geriatrics Society, 67*(7), 1345–1352. <https://doi.org/10.1111/jgs.15894>
- Dores, A. R., Geraldo, A., Carvalho, I. P., & Barbosa, F. (2020). The use of new digital information and communication technologies in psychological counseling during the COVID-19 pandemic. *International journal of environmental research and public health, 17*(20), 7663. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207663>
- Dowell, N. M., & Berman, J. S. (2013). Therapist nonverbal behavior and perceptions of empathy, alliance, and treatment credibility. *Journal of Psychotherapy Integration, 23*(2), 158–165. <https://doi.org/10.1037/a0031421>

- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behaviour research and therapy*, *36*(2), 215–226. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00070-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00070-3)
- Egede, L. E., Frueh, C. B., Richardson, L. K., Acierno, R., Mauldin, P. D., Knapp, R. G., & Lejuez, C. (2009). Rationale and design: telepsychology service delivery for depressed elderly veterans. *Trials*, *10*, 22. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-10-22>
- Egede, L. E., Acierno, R., Knapp, R. G., Lejuez, C., Hernandez-Tejada, M., Payne, E. H., & Frueh, B. C. (2015). Psychotherapy for depression in older veterans via telemedicine: a randomised, open-label, non-inferiority trial. *The Lancet Psychiatry*, *2*(8), 693–701. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00122-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00122-4)
- Ernest, B. (2020). Jak na psychoterapii online: praktický průvodce pro psychoterapeuty. *Psychoterapie*, *14*(1), 55-62. <https://journals.muni.cz/psychoterapie/article/view/13308>
- Falk, B. (1995). *Internet Roadmap: průvodce světem Internetu*. Computer Press.
- Fernández-Álvarez, J., & Fernández-Álvarez, H. (2021). Videoconferencing psychotherapy during the pandemic: exceptional times with enduring effects?. *Frontiers in psychology*, *12*, 589536. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.589536>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, *55*(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, *17*(6), 791–802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Gelso, C. J., & Kline, K. V. (2019). The sister concepts of the working alliance and the real relationship: on their development, rupture, and repair. *Research in psychotherapy (Milano)*, *22*(2), 373. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.373>

- Greene, K., Derlega, V., & Mathews, A. (2006). Self-Disclosure in Personal Relationships. In A. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships* (Cambridge Handbooks in Psychology, pp. 409-428). Cambridge University Press.
<http://doi.org/10.1017/CBO9780511606632.023>
- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis* (Vol. 1). International Universities Press.
- Greenburg, L. S., & Pinsof, W. M. (1986). *The psychotherapeutic process*. Guilford Press.
- Grondin, F., Lomanowska, A. M., Békés, V., & Jackson, P. L. (2021) A methodology to improve eye contact in telepsychotherapy via videoconferencing with considerations for psychological distance. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 586-599.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1781596>
- Hahn, S. (2012). Understanding noninferiority trials. *Korean journal of pediatrics*, 55(11), 403–407. <https://doi.org/10.3345/kjp.2012.55.11.403>
- Hanušová, I. (2004). Účinné faktory psychoterapie. In J. Vymětal (Ed.), *Obecná psychoterapie*, str. 115-126. Grada.
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12–25.
<https://doi.org/10.1080/10503300500352500>
- Hathaway, S. R., & McKinley J. C. (1942). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. University of Minnesota Press.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Portál.
- Horská, B., Lásková, A., & Ptáček, L. (2010). *Internet jako cesta pomoci*. Slon.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>

- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 561–573.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139–149.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Huber, J., Jennissen, S., Nikendei, C., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2021). Agency and alliance as change factors in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 89*(3), 214–226. <https://doi.org/10.1037/ccp0000628>
- Humer, E., Pieh, C., Kuska, M., Barke, A., Doering, B. K., Gossmann, K., Trnka, R., Meier, Z., Kascakova, N., Tavel, P., & Probst, T. (2020). Provision of psychotherapy during the COVID-19 pandemic among Czech, German and Slovak psychotherapists. *International journal of environmental research and public health, 17*(13), 4811.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17134811>
- Humhal, K. (2004). Tvarová terapie. In J. Vymětal (Ed.), *Obecná psychoterapie*, str. 277-300. Grada.
- Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I., & Dimaggio, G. (2020). Telepsychotherapy in the age of COVID-19: A commentary. *Journal of Psychotherapy Integration, 30*(2), 394–405. <https://doi.org/10.1037/int0000222>
- Jochmannová, L. (2021). Možnosti on-line psychosociální péče pro situace omezeného přímého kontaktu – zpráva o projektu. *E-psychologie, 15*(2), 72-74.
<https://doi.org/10.29364/epsy.404>

- Jochmannová, L., Gergely, O., Sluková, P. Z., Charvát, M., Palová, K., Viktorová, L., Obereignerů, R., Šucha, M., Bosá, K., Brzobohatý, R., Buriánová, V., Cirbusová, M., Doleček, Z., Hlavinka, A., Chudárková, R., Chudobová, J., Klementová, P., Kolář, M., Nilius, P., ... & Wünschová, P. (2023). *Péče on-line v psychosociálních oborech: možnosti, limity, rizika*. Grada.
- Kaiser, J., Hanschmidt, F., & Kersting, A. (2021). The association between therapeutic alliance and outcome in internet-based psychological interventions: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior, 114*, 106512. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106512>
- Khatib, A., Gelkopf, M., Kapolnik, E., & Hassan-Abbas, N. (2022). The assessment of effectiveness by therapists of online therapy during the COVID-19 pandemic era in Israel. *Journal of Psychotherapy Integration, 32*(1), 83–94. <https://doi.org/10.1037/int0000267>
- Knight, S. (2022, 23. únor). *What ever happened to ICQ?* Techspot. <https://www.techspot.com/article/1771-icq/>
- Kočicová, E., Čevelíček, M., Řiháček, T., Karpíšek, R., & Šácha, M. (2015). *Dotazník pracovní aliance – krátká revidovaná forma*. [Nepublikovaný rukopis].
- Köhne, S., Schweiger, U., Jacob, G. A., Braakmann, D., Klein, J. P., Borgwardt, S., ... Fassbinder, E. (2020). Therapeutic relationship in eHealth—A pilot study of similarities and differences between the online program priovi and therapists treating borderline personality disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(17). <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17176436>
- Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In T. Řiháček, I. Čermák, & R. Hytych, *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (str. 9-43). Masarykova univerzita.

- Kraus, R. (2010). Online counseling: Does it work? Research findings to date. In R. Kraus, G. Stricker, & C. Speyer (Eds.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (2. vydání, str. 55-63). Academic Press.
- Kraus, R. (2010). Ethical issues in online counseling. In R. Kraus, G. Stricker, & C. Speyer (Ed.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (2. vydání, str. 85- 105). Academic Press.
- Kraus, R., & Stricker, G. (2010). Introduction. In R. Kraus, G. Stricker, & C. Speyer (Eds.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (2. vydání, str. 17-20). Academic Press.
- Kryl, M. (2010). Daseinsanalýza. In Z. Vybíral & J. Roubal (Eds.), *Současná psychoterapie*, str. 318-321. Portál.
- Kubátová, J., & Kukulková, A. (2013). *Interkulturní rozdíly v pracovní motivaci generace Y: příklad České republiky a Francie*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ladouceur, R., Talbot, F., & Dugas, M. J. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry. *Behavior Modification*, 21(3), 355–371.
<https://doi.org/10.1177/01454455970213006>
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., Boisvert, J.-M., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1999). Specificity of Generalized Anxiety Disorder Symptoms and Processes. *Behavior Therapy*, 30(2), 191–207. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(99\)80003-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(99)80003-3)
- Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R., Leweke, F., Rüger, U., Winkelbach, C., & Leibing, E. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. *The American journal of psychiatry*, 166(8), 875–881.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09030441>

- Lister, M., Dovey, J., Giddings, S., Kelly, K., & Grant, I. (Eds.). (2009). *New media: A critical introduction* (2. vydání). Routledge.
- Mallen, M. J., Day, S. X., & Green, M. A. (2003). Online versus face-to-face conversation: An examination of relational and discourse variables. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(1-2), 155–163. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.40.1-2.155>
- Mallen, M. J., Vogel, D. L., Rochlen, A. B., & Day, S. X. (2005). Online counseling: Reviewing the literature from a counseling psychology framework. *The Counseling Psychologist*, 33(6), 819–871. <https://doi.org/10.1177/0011000005278624>
- Marcotte-Beaumier, G., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G., Marchand, A., & Dugas, M. J. (2021). The role of intolerance of uncertainty and working alliance in the outcome of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder delivered by videoconference: Mediation Analysis. *JMIR mental health*, 8(3), e24541. <https://doi.org/10.2196/24541>
- Matsumoto, K., Hamatani, S., & Shimizu, E. (2021). Effectiveness of videoconference-delivered cognitive behavioral therapy for adults with psychiatric disorders: systematic and meta-analytic review. *Journal of medical Internet research*, 23(12), e31293. <https://doi.org/10.2196/31293>
- McCrimble, M., & Wolfinger, E. (2011). *The ABC of XYZ: Understanding the global generations*. UNSW Press.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Nagel, D. M., & Anthony, K. (2010). Text-based online counseling: Chat. In R. Kraus, G. Stricker, & C. Speyer (Eds.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (2.vydání, str. 169-181). Academic Press.
- Nakash, O., Cohen, M., Aharoni, L., Zur, S., & Nagar, M. (2021). A qualitative study examining the quality of working alliance as a function of the social identifies of clients

- and therapists during the mental health intake. *Qualitative Social Work*, 20(4), 1006–1024.
<https://doi.org/10.1177/1473325020923013>
- Národní úřad pro kybernetickou a informační bezpečnost (2020). *Bezpečnostní standard pro videokonference*. <https://www.nukib.cz/cs/infoservis/aktuality/1599-predstavujeme-bezpecnostni-standard-pro-videokonference/>
- Národní ústav duševního zdraví. (2022, 25. května). *Krizová linka a nově také terapie po internetu. NUDZ reaguje na dopady pandemie v oblasti sexuálních poruch*.
<https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/krizova-linka-a-nove-take-terapie-po-internetu-nudz-reaguje-na-dopady-pandemie-v-oblasti-sexualnich-poruch>
- Naumann, F. (2009). *Dějiny informatiky: od abaku k internetu*. Academia.
- Nickelson, D. W. (1998). Telehealth and the evolving health care system: Strategic opportunities for professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(6), 527–535. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.29.6.527>
- Norwood, C., Moghaddam, N. G., Malins, S., & Sabin-Farrell, R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(6), 797–808.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2315>
- Ocisková, M., & Praško, J. (2017). *Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi*. Grada.
- O'Regan, G. (2018). *The innovation in computing companion: A compendium of select, pivotal inventions*. Springer.
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3., aktualizované a doplněné vydání). Grada.
- Palovský, R., & Sklenák, V. (1998). *Informace a Internet (včetně úvodu do protokolů Internetu)*. Vysoká škola ekonomická.

- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation* (1. vydání). W. W. Norton.
- Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Portál.
- Praško, J., & Možný, P. (2010). Kognitivně-behaviorální terapie. In Z. Vybíral & J. Roubal (Eds.), *Současná psychoterapie*, str. 195-234. Portál.
- Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (2007). *Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch*. Triton.
- Praško, J., & Prašková, H. (2007). Farmakoterapie úzkostných poruch. In J. Vymětal (Ed.), *Speciální psychoterapie*, str. 295-363. Grada.
- Procházka, R., Šmahaj, J., Kolařík, M., & Lečbych, M. (2014). *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Grada.
- Prusiński, T. (2022). The strength of alliance in individual psychotherapy and patient's wellbeing: the relationships of the therapeutic alliance to psychological wellbeing, satisfaction with life, and flourishing in adult patients attending individual psychotherapy. *Frontiers in psychiatry*, 13, 827321. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.827321>
- Rees, C. S., & Maclaine, E. (2015). A systematic review of videoconference-delivered psychological treatment for anxiety disorders. *Australian Psychologist*, 50(4), 259–264. <https://doi.org/10.1111/ap.12122>
- Reese, R.J., Mecham, M.R., Vasilj, I., Lengerich, A.J., Brown, H.M., Simpson, N.B., & Newsome, B.D. (2016). The effects of telepsychology format on empathic accuracy and the therapeutic alliance: An analogue counselling session. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(4), 256-265. <https://doi.org/10.1002/capr.12092>
- Rees, C. S., & Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 649–653. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.6.649>

- Richardson, L. K., Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Egede, L., & Elhai, J. D. (2009). Current directions in videoconferencing tele-mental health research. *Clinical psychology, 16*(3), 323–338. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01170.x>
- Riva, G., Botella, C., Légeron, P., & Optale, G. (Eds.). (2004). *Cybertherapy: Internet and virtual reality as assessment and rehabilitation tools for clinical psychology and neuroscience*. IOS Press.
- Řiháček, T. (2014). Poradenství versus psychoterapie? *Psychoterapie, 8*(1), 13-22.
- Robinson, J. O. (1973). The Computer in Clinical Psychology. In M. J. Apter & G. Westby (Eds.), *The computer in psychology*. John Wiley & Sons.
- Roubal, J., Čevelíček, M., & Řiháček, T. (2019). Jak jednoduše provést a napsat případovou studii: Vodítka pro psychoterapeuty v praxi. *Psychoterapie, 13*(1), 22-39.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(3), 286–291. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>
- Ševčíková, A., Blinka, L., Černá, A., Dědková, L., Macháčková, H., & Šmahel, D. (2014). *Děti a dospívající online: Vybraná rizika používání internetu*. Grada.
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy, 47*(4), 637–645. <https://doi.org/10.1037/a0021175>
- Sharpley, C. F., Jeffrey, A. M., & McMahan, T. (2006). Counsellor facial expression and client-perceived rapport. *Counselling Psychology Quarterly, 19*(4), 343–356. <https://doi.org/10.1080/09515070601058706>
- Simpson, S., & Reid, C. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: a review. *The Australian journal of rural health, 22*(6), 280–299. <https://doi.org/10.1111/ajr.12149>

- Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnuovo, G., & Reid, C. (2021). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(2), 409–421. <https://doi.org/10.1002/cpp.2521>
- Sluková, P. Z., Jochmannová, L., Gergely, O., Palová, K., Petrová, E., Rumlerová, T., Charvát, M., & Valentová, I. (2022). *Metodika videokonferenčního kontaktu pro oblast sociálních služeb*. Univerzita Palackého. <http://doi.org/10.5507/ff.22.24461359>
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9–27. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.510659>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis. Theory, method and research*. Sage Publications.
- Song, L., & Foster, C. (2022). Patients' and therapists' experiences of CBT videoconferencing in anxiety disorders. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 15, E14. doi.org/10.1017/S1754470X22000083
- Stoll, J., Müller, J. A., & Trachsel, M. (2020). Ethical issues in online psychotherapy: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 993. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00993>
- Strauss, W., & Howe, N. (1991). *Generations: The History of America's Future, 1584–2069*. William Morrow and Company.
- Strupp, H. H., Hartley, D., & Blackwood, G. L., Jr. (1974). Vanderbilt Psychotherapy Process Scale and rater's manual. Unpublished manuscript, Vanderbilt University, Nashville, TN.
- Suler, J. (2001). Assessing a person's suitability for online therapy: The ISMHO Clinical Case Study Group. *Cyberpsychology & Behavior*, 4(6), 675–679. <https://doi.org/10.1089/109493101753376614>

- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology & behavior : the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 7(3), 321–326.
<https://doi.org/10.1089/1094931041291295>
- Suler, J. (2008). Cybertherapeutic theory and techniques. In A. Barak (Ed.), *Psychological aspects of cyberspace: Theory, research, applications*. Cambridge University Press.
- Suler, J. (2010). The psychology of text relationships. In R. Kraus, G. Stricker, & C. Speyer (Ed.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (2. vydání, str. 22- 53). Academic Press.
- Théberge-Lapointe, N., Marchand, A., Langlois, F., Gosselin, P., & Watts, S. (2015). Efficacy of a cognitive-behavioural therapy administered by videoconference for generalized anxiety disorder. *European Review of Applied Psychology*, 65(1), 9–17.
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2014.10.001>
- Thompson-de Benoit, A., & Kramer, U. (2020). Work with emotions in remote psychotherapy in the time of covid-19: A clinical experience. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 368-376. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1770696>
- Tuerk, P. W., & Shore, P. (Eds.). (2015). *Clinical Videoconferencing and Telehealth: Program Development and Practice*. Springer.
- Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S., & Phelps, A. (2019). Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. *Psychological Services*, 16(4), 621–635. <https://doi.org/10.1037/ser0000239>
- Viktorová, L., & Zielina, M. (2015). Kyberpsychologie – stručný průvodce oborem.
 In J. Šmahaj & M. Zielina (Eds.), *Úvod do kyberpsychologie*. Univerzita Palackého.
- Vybíral, Z., & Holub, D. (2010). Psychodynamická psychoterapie. In Z. Vybíral & J. Roubal (Eds.), *Současná psychoterapie*, str. 81-109. Portál.

- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). Dnešní psychoterapie. In Z. Vybíral & J. Roubal (Eds.), *Současná psychoterapie*, str. 30-44. Portál.
- Vybíral, Z. (2013). *Psychologie komunikace*. Portál.
- Vybíral, Z., & Vondráčková, P. (2012). Co vyplývá z výzkumu účinnosti on-line psychoterapie? *Československá Psychologie*, 56(6), 545–557. Získáno z <https://search.proquest.com/scholarly-journals/co-vyplývá-z-výzkumu-účinnosti-on-line/docview/1297475855/se-2?accountid=16730>
- Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie* (2., rozšířené a přepracované vydání). Grada.
- Vymětal, J. (2007). *Speciální psychoterapie* (2., přepracované a doplněné vydání). Grada.
- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G., & Dugas, M. J. (2020). Telepsychotherapy for generalized anxiety disorder: Impact on the working alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 208–225. <https://doi.org/10.1037/int0000223>
- Weinberg, H. (2020). Online group psychotherapy: Challenges and possibilities during COVID-19—A practice review. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 24(3), 201–211. <https://doi.org/10.1037/gdn0000140>
- Weinberg, H., & Rolnick, A. (2020). Introduction. In H. Weinberg & A. Rolnick (Eds.), *Theory and practice of online therapy: Internet-delivered interventions for individuals, groups, families, and organizations*. Routledge.
- Weizenbaum, J. (1976). *Computer power and human reason: From judgment to calculation*. Freeman.
- Whitty, M. T., & Young, G. (2017). *Cyberpsychology: The study of individuals, society and digital technologies*. Wiley.

World Health Organization. (2000). *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka (přeloženo z angl. orig.)*. Psychiatrické centrum Praha.

Zeren, G. , Erus, S. M. , Amanvermez, Y. , Buyruk Genç, A., & Duy, B. (2022). Client's experiences of online counseling: Satisfaction and therapeutic alliance. *Cukurova University Faculty of Education Journal*, 51(1), 634-658.

<https://doi.org/10.14812/cuefd.843542>

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt diplomové práce v českém jazyce
2. Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce
3. Znění otázek polostrukturovaného rozhovoru
4. Příklad dvou podob informačního letáku
5. Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Online psychoterapie a pracovní spojenectví perspektivou klientů s generalizovanou úzkostnou poruchou

Autor práce: Bc. Adéla Janoušková

Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Počet stran a znaků: 112, 188 645

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 152

Cílem této diplomové práce je prozkoumat zkušenost osob majících generalizovanou úzkostnou poruchu s online psychoterapií formou videokonference. Konkrétně se práce zaměřuje na to, jak klienti online psychoterapii vnímají, a jaký význam pro ně představuje pracovní spojenectví. Výzkumný soubor tvoří čtyři respondentky, se kterými byly provedeny polostrukturované rozhovory. Data byla analyzována prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy. Byla nalezena čtyři obecná témata (Potřeby související s psychoterapií, Ovlivnění pandemií Covid-19, Specifika online psychoterapie a Zaměření se na intuici) a čtyři hlavní témata týkající se pracovního spojenectví (Psychoterapie je tu pro mě, Úkol není povinnost, Psychoterapie podle klientky, Upřímný zájem). Online psychoterapie byla pro klientky přijatelná, žádná z nich ji však nevnímala jako vhodnější alternativu psychoterapie tváří v tvář.

Klíčová slova: online psychoterapie, pracovní spojenectví, generalizovaná úzkostná porucha, interpretativní fenomenologická analýza

ABSTRACT OF THESIS

Title: Online psychotherapy and working alliance from the perspective of clients with generalized anxiety disorder

Author: Bc. Adéla Janoušková

Supervisor: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Number of pages and characters: 112, 188 645

Number of appendices: 5

Number of references: 152

The aim of this diploma thesis is to examine the experience of people with generalized anxiety disorder who have online psychotherapy via videoconferencing. This thesis focuses on the way how the clients perceive online psychotherapy, and what meaning has the working alliance for them. The research sample consists of four female respondents, semi-structured interviews were conducted. The data was analysed with interpretative phenomenological analysis. Four general topics (Needs related to psychotherapy, The influence of Covid-19 pandemic, The specifics of online psychotherapy and Focus on intuition) and four main topics related to working alliance (Psychotherapy is there for me, Task is not an obligation, Psychotherapy led by the client and Honest interest) were found. Online psychotherapy was acceptable for the clients, however, any client from this research didn't perceive online psychotherapy as a more suitable alternative to face to face psychotherapy.

Klíčová slova: online psychotherapy, working alliance, generalized anxiety disorder, interpretative phenomenological analysis

Příloha č. 3 – Znění otázek polostrukturovaného rozhovoru (včetně poznámek)

- 1) Mallen et al. (2003) – Jak často komunikujete s lidmi prostřednictvím internetu v mobilu či počítači? Například prostřednictvím e-mailu, chatu, nebo právě videohovoru? (Poprosit o kvantifikaci – kolik hodin týdně...)**
- 2) Z jakého důvodu jste se rozhodl/a vyhledat online terapii?**
- 3) Docházel/a jste již na terapii v minulosti? (libovolnou formou)**
- 4) Zvažoval/a jste při výběru také klasickou formu terapie? (vysvětlit „klasickou“ – „tváří v tvář“, prezenční)**
- 5) Pamatujete si, jakým způsobem jste svého online terapeuta vyhledal/a a vybral/a?**
- 6) Jak dlouho už trvají sezení s Vaším současným online terapeutem? (popř. jak často sezení probíhají)**
- 7) G: Přemýšlel/a jste před započítím terapie nad tím, co od vašich online sezení očekáváte? V čem by Vám terapie mohla pomoci? Pokud ano, tak doplňující otázky: Jaká byla Vaše očekávání? Co (by) se mělo změnit, zlepšit?**
- 8) G: Mluvil/a jste se svým terapeutem o tom, k jakému cíli byste rádi dospěli? Ptal/a se Vás, k čemu byste společnými sezeními chtěl/a dospět?**
- 9) G: Když se zamyslíte nad vaší domluvou ohledně cíle/směřování terapie, máte pocit, že vaše terapeutická sezení spějí k tomu, čeho byste chtěl/a dosáhnout? Neptat se u účastníků, kteří mají za sebou pouze několik sezení online terapie.**
- 10) T: Zkusil/a byste popřemýšlet nad tím, jakými způsoby společně k danému cíli směřujete? (V případě potřeby uvést příklad – fobie)**
- 11) T: Napadá Vás situace, při které jste využil/a nějakou dovednost, znalost, techniku, kterou jste si osvojil/a v rámci terapie? (Jak Vám to šlo?)**
- 12) T: Pracujete v rámci terapie na tom, na čem pracovat chcete? Popř. věnujete se tématům, o kterých si chcete promluvit?**
- 13) B: Měl/a jste nějakou představu o tom, jaká/ý Vaše/Váš terapeut/ka bude?**
- 14) B: Napadají Vás nějaké vlastnosti, které by měl/neměl mít?**
- 15) B: Jaký máte vztah k Vašemu terapeutovi/terapeutce? Zdůraznit, že tato, a ani žádná jiná otázka, není povinná.**
- 16) B: S jakými pocity odcházíte z terapie?/Jak se na terapeutických sezeních cítíte? Případně: Jsou věci, které terapeut dělá, a ovlivňuje to to, že se na těch sezeních cítíte dobře?**
- 17) Jak byste zhodnotil/a přínos online terapie pro Vás?**
- 18) Vnímáte nějaké výhody a limity terapie online formou?**

G – goal, T – task, B – bond (dle subškál WAI-SR)

Příloha č. 4 – Příklad dvou podob informačního letáku

Jste nyní klientem v rámci

ONLINE TERAPIE

a současně

- máte **generalizovanou úzkostnou poruchu** nebo jste vyhledali online terapii z důvodu **úzkostných stavů**
- a je Vám **více než 18 let?**

Hledám účastníky pro výzkumnou část mé diplomové práce. Kdybyste byli ochotni zúčastnit se individuálního rozhovoru (o délce cca 60 min, osobně či online), který by se týkal Vašich zkušeností s online terapií, velmi by mi to pomohlo.

V případě zájmu či otázek mě prosím kontaktujte na e-mailu:

adela.janouskova01@upol.cz
Bc. Adéla Janoušková

Jste nyní klientem v rámci

ONLINE TERAPIE

a současně

- máte **generalizovanou úzkostnou poruchu**
- a je Vám **více než 18 let?**

Hledám účastníky pro výzkumnou část mé diplomové práce. Kdybyste byli ochotni zúčastnit se individuálního **rozhovoru** (o délce cca 60 min, osobně či online), který by se týkal Vašich zkušeností s online terapií, velmi by mi to pomohlo.

V případě zájmu či otázek mě prosím kontaktujte na e-mailu:

adela.janouskova01@upol.cz
Bc. Adéla Janoušková

Příloha č. 5

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Byla jste oslovena s nabídkou účasti na výzkumné části diplomové práce s názvem Online terapie a pracovní spojenectví perspektivou klientů*. Autorkou práce je Bc. Adéla Janoušková. Práce je vytvářena pod vedením PhDr. Jana Šmahaje, Ph.D. a pod záštitou Katedry psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Cílem práce je blíže porozumět individuální zkušenosti lidí, kteří mají online terapii formou videohovoru – zejména důvodům, proč si online formu terapie zvolili, a jaké výhody či nevýhody pro ně představuje. Cílem je také dozvědět se, jaká je individuální zkušenost klientů online terapie s pracovním spojenectvím, jak pracovní spojenectví může ovlivňovat ochotu se online terapie nadále účastnit, a jaký význam pro ně představuje.

Bude s Vámi realizován individuální rozhovor (osobně, online či telefonicky) o délce trvání přibližně 45-90 minut dle míry Vašeho zapojení. Informace získané v rozhovoru jsou důvěrné. Budou použity jen pro účely této výzkumné části diplomové práce, a to v takové podobě, aby nemohly vést k odhalení totožnosti Vás nebo Vašeho terapeuta. V diplomové práci nebude zveřejněn celý přepis rozhovoru, pouze jeho výňatky. Dále budete před rozhovorem požádána o vyplnění *Dotazníku pracovní aliance** – krátké revidované formy*. Dotazník obsahuje 12 tvrzení a jeho vyplnění zabere zhruba 5-10 minut.

Rozhovor bude nahráván (na záznamník v mobilním telefonu), a to z důvodu potřeby přepsat jej do textové podoby. Na nezbytně nutnou dobu do jeho přepisu bude soubor s nahrávkou uložen a zabezpečen heslem. Po dokončení přepisu bude soubor s nahrávkou smazán. Přepis rozhovoru bude autorkou práce důkladně pročten, zkontrolován a anonymizován.

Vaše účast na výzkumu je dobrovolná a máte právo odmítnout se jej účastnit – a to kdykoliv, ať už před začátkem výzkumu nebo v jeho průběhu. Váš nesouhlas s účastí na výzkumu pro Vás nebude mít žádné nežádoucí důsledky.

Může se stát, že se v rozhovoru dotkneme témat, která mohou být vnímána jako citlivá. Žádná z otázek, na kterou se Vás zeptám, není povinná. Nebudete-li tedy chtít na jakoukoliv otázku odpovídat, nemusíte.

Máte právo na odstoupení z výzkumu, a to i zpětně po jeho ukončení. Po ukončení výzkumu máte právo požádat o nepublikování a odstranění Vašich záznamů. To však můžete

učinit nejpozději 28. února 2023, po tomto datu již bude probíhat závěrečná kontrola vedoucím práce a poté bude práce odevzdána.

Svým podpisem dále vyjadřujete souhlas s tím, že autorce výzkumu poskytnete následující údaje, a že je bude pro účely uvedeného výzkumu zpracovávat: Vaše pohlaví a Váš věk (není nutné uvádět přesný věk, je možné uvést v pětiletém rozmezí).

* - Finální název diplomové práce se může změnit.

** - Synonymum pro pracovní spojení.

Pročetla jsem si text informovaného souhlasu a tímto podpisem souhlasím s účastí ve výzkumu.

Dne X.X.2022

podpis účastnice výzkumu

podpis autorky práce

