

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

PROŽÍVÁNÍ PSYCHOTERAPEUTŮ
V TERAPEUTICKÉM VZTAHU
S DEPRESIVNÍMI KLIENTY

PSYCHOTHERAPISTS' EXPERIENCES WITH DEPRESSIVE
CLIENTS IN THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. David Vitek**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.**

Olomouc

2022

Chtěl bych poděkovat svému vedoucímu práce doc. PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D. za inspiraci, vedení a vždy přítomnou ochotu. Také bych rád poděkoval rodině, partnerce a přátelům za podporu během studia a toleranci během tvorby této práce. V neposlední řadě patří vděk všem respondentům, kteří mi ochotně věnovali svůj čas a zkušenosti.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Prožívání psychoterapeutů v terapeutickém vztahu s depresivními klienty“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 30.11.2022

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		3
ÚVOD		5
TEORETICKÁ ČÁST		6
1 Deprese		7
1.1. Etiopatogeneze		7
1.2. Symptomy a diagnostika		11
1.2.1 MKN-10		11
1.2.2 DSM-V		12
1.2.3 Specifické dopady		13
1.2.4 Diferenciální diagnóza		15
1.3. Epidemiologie.....		15
1.4. Teoretické koncepty deprese		16
1.4.1 Kognitivní teorie.....		16
1.4.2 Psychoanalytická teorie.....		18
2 Terapie deprese		19
2.1. Biologická léčba		19
2.2. Psychoterapeutická léčba.....		20
3 Terapie a psychoterapeutický vztah		26
3.1. Psychoterapeut a klient		27
3.1.1 Proměnné na straně terapeuta a efekt terapie		27
3.1.2 Proměnné na straně klienta a efekt terapie.....		30
3.2. Psychoterapeutický vztah		32
3.2.1 Přenos a protipřenos		34
3.2.2 Další fenomény v terapeutickém vztahu		37
4 Práce s depresivním klientem		41
4.1. Rizika psychoterapie s depresivními klienty		41
4.1.1 Stres		42
4.1.2 Burnout syndrom.....		44
4.1.3 Nakažlivost deprese.....		45
4.1.4 Další fenomény založené na empatické zátěži		49
4.2. Copingové strategie terapeutů		51
4.2.1 Mimo terapii		53
4.3. Fenomén zraněného léčitele		55

VÝZKUMNÁ ČÁST.....	58
5 Výzkumný problém a cíle práce	59
5.1. Výzkumné cíle.....	59
5.2. Výzkumné otázky	60
6 Metodologický rámec výzkumu	61
6.1. Typ výzkumu.....	61
6.2. Metody získávání dat.....	61
7 Sběr dat a výzkumný soubor.....	63
7.1. Výzkumný soubor	64
7.2. Etické aspekty výzkumu.....	65
8 Zpracování a analýza dat	67
9 Výsledky	70
9.1. Terapeut 1	70
9.2. Terapeut 2	77
9.3. Terapeut 3	84
9.4. Terapeut 4.....	90
9.5. Terapeut 5	96
9.6. Terapeut 6.....	102
9.7. Odpověď na výzkumné otázky	108
10 Diskuze	114
11 Závěr.....	123
12 Souhrn	125
LITERATURA.....	129
PŘÍLOHY	146

ÚVOD

Depresivní porucha je v současné době jedním z nejčastějších duševních onemocnění, ať už se jedná o primární nebo sekundární incidenci. O jejím globálně negativním dopadu na lidský život a každodenní fungování jedince již není pochyb. V závislosti na tom se stává relevantním tématem i její terapie, kterou se psychologická a psychiatrická společnost poměrně úspěšně již dlouhodobě zabývá. V terapii deprese má dnes místo jak psychoterapeutická, tak biologická léčba, vždy se specifickou indikací a charakteristickými aspekty, které daná metoda léčby nese. Z podstaty psychoterapie, ve které profesionálové poskytují pomoc klientům či pacientům, se většina pozornosti obrací směrem ke klientovi, pochopení samotné nemoci nebo zvýšení efektivity léčby. Výzkumný fokus zaměřující se na profesionály, kteří službu v tomto kontextu poskytují, jejich prožívání a případné dopady v rámci výkonu profese tak bývá často opomíjen.

Záměrem této práce je tedy snaha o přinesení určitého vhledu právě do této poměrně opomíjené oblasti psychoterapie deprese, a to skrze kazuistiky zprostředkující porozumění vlastní zkušenosti psychoterapeutů při práci s depresivními klienty. Se zaměřením na porozumění a popis jejich vnímání deprese, prožívání při práci s klienty, průběh samotné práce a možná rizika, které s sebou práce pravděpodobně nese s fokusem na vlastní depresivní symptomatiku.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DEPRESE

Z etymologického hlediska je slovo deprese latinského původu, kdy je zde zřejmá podobnost slovu depressus (stlačit). Můžeme tedy říct, že v případě deprese jde obrazně o stlačení, snížení či oslabení částečné nebo globální funkce člověka (Křivohlavý, 2003). Fišar (2009, 249) namítá, že depresi lze definovat „*jako patologickou poruchu nálady neodpovídající okolnostem.*“ Což je v souladu s tvrzením Vágnerové (2014) o negativním vlivu deprese na prožívání emocí a narušeným prožitkem radosti. Světová zdravotnická organizace (2019) pak popisuje konkrétní symptomy deprese, respektive depresivní fáze, u nemocného jako zhoršená nálada, snížená energie a aktivita. Pokles sebehodnocení a sebedůvěry, přítomnost pocitů viny a beznaděje. Narušení v oblastech osobních zájmů, spánku, chuti k jídlu a schopnosti koncentrace. Orel (2020, 219) ke kognitivnímu výkonu upozorňuje, že: „*narušení kognitivních funkcí při depresi může v některých případech připomínat až projevy demence*“. Praško et al. (2003) dodává mezi potenciální projevy znatelnou psychomotorickou retardaci a ztrátu libida.

Honzák (1999, 20) dodává: „*Shrneme-li depresivní příznaky do obecnějších a širších okruhů, můžeme říct, že v oblasti psychologické reality deprese narušuje tři základní oblasti lidských aktivit a prožívání. Jsou to forie, dynamogenie a hedonie.*“

Martin (2006) zdůrazňuje, že se nejedná pouze o dočasný pokles nálady, zaviněný prožitkem negativně nabitě situace. Stejně tak nelze depresi označit za lenost, neboť jde o dlouhodobější vůli nekontrolovatelný stav, který narušuje každodenní běžné fungování osoby. K tomu Látalová & Kamarádová (2015) upozorňují, že je třeba neopomíjet fakt prokázaného zvýšeného rizika suicidálního chování u osob trpící depresivní poruchou (v závislosti na proximálních a distálních faktorech).

1.1. Etiopatogeneze

Nemoci, obzvláště její příčině a symptomům, kterou dnes označujeme za depresivní poruchu byla věnována v historii rozsáhlá pozornost. Hippokrates ji dle svého porozumění označil za melancholii, vznikající abnormálním množstvím černé žluči v organismu. V

průběhu středověku byla spojována s posedlostí nadpřirozenými bytostmi negativní afiliace. Výklad Sigmunda Freuda spočíval v potlačené zlosti vůči jiným osobám, kterou jedinec obracel proti sobě. Biologicky orientované stanovisko bylo založené na biochemických dysbalancích v mozku. Avšak v současnosti se přikláníme k předpokladu, že se jedná o kombinaci a reakci mnohých faktorů, přesněji specifických biologických a psychosociálních vlivů (Praško et al., 2003). Dle bio-psycho-sociálního modelu dochází k rozvoji nemoci skrze vícero faktorů. Rizikové vývojové a psychosociální faktory, které nasedají na biologické, tedy genetické predispozice, mohou vést k vybudování určité zranitelnosti, která se pod nadměrným stresem může proměnit v patologii (Praško et al., 2011). Podle Vágnerové (2014) člověk pro rozvoj depresivní poruchy musí mít určité predispozice, které plní jakousi latentní roli. Pro kompletní propuknutí nemoci je třeba tyto predispozice aktivovat nějakým dalším podnětem.

Biologické faktory

Dědičnost predispozic k rozvinutí deprese se pohybuje dle Rabocha et al. (2015) okolo 40 %, podle Vágnerové (2014) jiní autoři udávají až 65 %. V případě, že některé z jednovaječných dvojčat trpí depresí, je až 70% šance, že onemocní i to druhé. Pokud jde o dvojvaječná dvojčata, šance klesá na 13 až 20 % (Martin, 2006).

Přesto, že byla prokázána role genetických markerů hrajících roli v dispozici pro depresi, není pravděpodobné, že existuje určitý gen zodpovědný za její přímou hereditabilitu. Lze se tedy domnívat, že v rámci genetiky dochází spíše k přenosu schopností jedince čelit stresovým faktorům, nežli samotné afektivní poruchy (Raboch, 2012). Vágnerová (2014) tvrdí, že pokud se dítě narodí s krátkou alelou genu pro serotoninový transporter 5-HTT, je výsledkem nižší hladina serotoninu v mozku a s ní zvýšená citlivost na negativní podněty vedoucí k větší náchylnosti na rozvoj deprese.

Bylo prokázáno, že vysoké skóre na škále neuroticismu je rizikovým faktorem pro vznik MDD¹, respektive že zvyšuje pravděpodobnost rozvoje depresivní epizody skrze reakce na stresující životní události (Raboch et al., 2015).

Genetické faktory bezpochyby hrají významnou roli v rozvoje depresivní poruchy, avšak stále nebyla určena konkrétní genetická informace, která by jejímu rozvoji zásadně přispívala. Prozatím tedy zůstává zřejmé, že se jedná spíše o komplexní genetické i vnější faktory, které ovlivňují etiopatogenezi (Lohoff, 2010).

¹ Major depressive disorder = Velká depresivní porucha

Prokázána byla taktéž monoaminová hypotéza stavící na dysbalanci hladin neurotransmiterů noradrenalinu, dopaminu a serotoninu v mozku (Češková, 2006). Dalším biologickým faktorem, respektive endokrinologickým problémem, může být dysregulace osy hypotalamus-hypofýza-nadledvinky vedoucí ke kaskádě způsobené nadměrnou sekrecí kortikolibertinu, který může ovlivnit celkovou imunitní schopnost (Češková, 2006; Tafet, 2003).

Psychosociální faktory

Pozice genetických faktorů je pro rozvoj deprese nesporná, avšak jejich projevení se zdá být většinou závislé na působení vnějších vlivů. Stejně tak vnitřní interpretace vnějších podnětů bude ovlivněna i biologickými podklady. Neboť i v případě jednovaječných dvojčat budou jejich interakce odlišné, stejně tak tudíž i jejich výsledný vliv na jedince (Vágnerová, 2014). Multifaktoriální přístup podporují též Orel & Facová (2016, 49) dodatkem, že: „*v genezi psychických poruch je brán vážně také vliv individuálně jedinečných osobnostních charakteristik a intrapsychických dispozic a předpokladů.*“

Raboch (2012) se přiklání k tomu, že existují určité osobnostní rysy nebo charakterové vlastnosti, které zvyšují riziko propuknutí afektivních obtíží. Řadí mezi ně osoby projevující rigiditu, obsedantnost, dominanci nebo závislost. Boyce & Mason (1996) vyzdvihují závislost (na druhých), neurotismus, interpersonální citlivost a do určité míry obsesivní sklony. Dále můžeme dle Praška et al. (2003) jmenovat predispoziční faktory jako hypersenzitivita, vulnerabilita nebo určité poruchy osobnosti. Boyce & Mason (1996) upozorňují, že nemůžeme generalizovat, zdali náchylnost závisí pouze na jednom z rysů nebo kombinaci, avšak jejich společné jádro pravděpodobně souvisí s extrémní citlivostí vůči proměnám v interpersonálních vztazích. Je tedy vhodné podotknout, že pokud se snažíme o odhalení osobnostních faktorů, rozdílné druhy deprese mohou mít odlišné propozice. Při dělení deprese na endogenní a exogenní můžeme pak předpokládat vyšší podíl osobnostních abnormalit právě u exogenních.

Významnou roli v rozvoji deprese hraje stres a individuální schopnost jej zpracovávat. Stres je vhodnější kategorizovat jako spouštěč spíše než predispozici, predispozicí by byla nízká odolnost vůči stresu. Toto dělení je vhodné vzhledem k tomu, že se naše odolnost vůči stresu v průběhu života proměňuje, lze tedy usuzovat, že jsme v různých obdobích života odlišně náchylní. Například i osoby přirozeně odolnější, avšak

osamělé, či procházející ztrátou (např. blízkého), mohou být z důvodu těchto příčin v chronickém stresu, což může vést k senzitivizaci na stres a případné změně rovnováhy hladiny neuromodulátorů (serotonin, noradrenalin, dopamin) v mozku a následnému rozvoji deprese (Praško et al., 2003).

Zkušenosti z raného dětství nesporně formují naši osobnost, z toho plyne předpoklad, že rodina je v tomto směru jedním z nejvlivnějších sociálních činitelů. Dlouhodobé negativní působení (týrání, zanedbání, ztráta rodiče) mohou vést k rozvoji dysfunkčních schémat, viz kognitivní model deprese (Orel & Facová, 2016). S tím souhlasí i Raboch et al., (2015) a dodávají, že vyšší četnost a rozdílnost negativních zkušeností navyšuje celkové riziko. Také může jít o těžké události v průběhu života, příkladem je ztráta (úmrtí, odloučení) blízkých osob. Predispozic tedy může být mnoho, přesto k rozvoji depresivní poruchy pouze na základě jejich přítomnosti dojít nemusí (Martin, 2006).

Honzák (1999) udává, že jedním ze způsobů kvantitativního měření závažnosti psychologických faktorů pro jedince a odvození jejich vlivu na propuknutí deprese, je za použití inventáře životních událostí. Pacient se nachází v rizikové skupině v případě, že skóre přesahuje 250 bodů. Skóre nad 350 bodů značí přítomnost významného stresu, který se velmi pravděpodobně projeví na psychickém i fyzickém zdraví. Vágnerová (2014) rozvádí, že můžeme předpokládat, že k rozvoji poruchy většinou dochází působením vícero zátěží, kdy jejich kumulace nebo propojení může fungovat jako spouštěč, kdy zároveň zdůrazňuje souvislost s individuální resiliencí a vulnerabilitou.

Bylo potvrzeno, že nepříznivé sociální podmínky, jakými jsou třeba nedostatečná nebo negativní stimulace, mají významný vliv při rozvoji reziduálních stavů například i u depresí. Naopak adekvátní sociální opora může například při ztrátě kladně přispět k průběhu a důsledku jejího zpracování (Praško et al., 2011).

Komorbidity

Deprese také může propuknout sekundárně k jiné nemoci. Jako rizikový faktor pro rozvoj deprese jsou obecně vnímány chronická somatická onemocnění nebo tělesné postižení. Nejrizikovější skupiny představují ICHS, cerebrovaskulární onemocnění, neurologické poruchy, nádory a diabetes mellitus. Častý problém nastává v rozlišení diagnózy, protože některé somatické symptomy deprese mohou být zavádějící (Hanwella & De Silva, 2008). Deprese a suicidální myšlenky byly prokázány konkrétně v případě

Cushingovy choroby, která souvisí s nadměrnou produkcí ACTH (Vavrušová, 2008). Z hlediska duševních poruch se jedná o hraniční poruchu osobnosti, panickou poruchu, obsedantně-kompulzivní poruchu, mentální anorexii, mentální bulimii či poruchy spojené s užíváním látek (Raboch et al., 2015). Maršálek (2007) udává, že přítomnost bolesti jakéhokoliv původu při léčbě deprese vrhá na léčbu negativní prognózu. Bylo zjištěno, že vede k častějším relapsům, horší odpovědi na farmaka či chronifikaci deprese.

1.2. Symptomy a diagnostika

1.2.1 MKN-10

V rámci klinické praxe se dodržuje diagnostický postup dle Mezinárodní klasifikace nemocí (Češková, 2006). Desáté vydání MKN (WHO, 2019) deprese řadí mezi afektivní poruchy (F30-F39), pro které je dle Vágnerové (2014, 351) základním projevem „*chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, chování i somatické funkce.*“ Ať už v dimenzi „nahoru“ nebo „dolu“ (Češková, 2006). Unipolární deprese je v kategorii afektivních poruch specifikována jako „depresivní fáze“ (F32). Dále jsou rozlišeny tyto afektivní poruchy: Manická fáze (F30), Bipolární afektivní porucha (F31), Periodická depresivní porucha (F33), Perzistentní afektivní poruchy (F34), Jiné afektivní poruchy (F38) a Neurčená afektivní porucha (F39).

MKN-10 uvádí pro depresivní fázi tyto symptomy:

- zhoršení nálady, snížení energie a aktivity,
- narušen smysl pro zábavu, osobní zájmy a schopnost koncentrace,
- únava se objevuje po minimální námaze,
- narušení spánku a zhoršení chuti k jídlu,
- zhoršení sebehodnocení a sebedůvěry, pocity viny a beznaděje,
- zhoršená nálada se v časovém průběhu příliš nemění, nereaguje na okolní změny,
- ztráta zájmů a pocitů uspokojení,
- ranní probouzení je o několik hodin dříve před obvyklou hodinou,
- deprese se horší nejvíce ráno,
- zřetelná psychomotorická retardace a agitovanost a
- ztráta chuti k jídlu, hubnutí a ztráta libida.

Pro stanovení diagnózy depresivní fáze dle MKN-10 je třeba, aby symptomy byly přítomny nejméně 14 dní, dále vyloučit u postiženého historii manické nebo hypomanické epizody a vyřadit způsobení poruchy užíváním psychoaktivních látek nebo zapříčinění jinou organickou psychickou poruchou (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Na základě symptomů poté MKN-10 dělí depresivní fázi na:

1. **lehkou depresivní fázi (F32.0)** – přítomnost alespoň dvou příznaků. Dochází k deprimaci, bez ztráty schopnosti vykonávat běžné denní aktivity,
2. **středně těžkou depresivní fázi (F32.1)** – přítomnost čtyř a více příznaků. Větší obtíže i při výkonu běžné činnosti,
3. **těžkou depresivní fázi bez psychotických příznaků (F32.2)** – přítomnost většiny zmíněných příznaků. Obvykle dochází ke ztrátě sebehodnocení, pocitům viny a beznaděje. Přítomné suicidální myšlenky a pokusy, včetně somatických příznaků a
4. **těžkou depresivní fázi s psychotickými příznaky (F32.3)** – depresivní fáze totožná s F32.2, navíc jsou přítomny halucinace, bludy, psychomotorická retardace nebo stupor. Neschopnost pravidelných sociálních aktivit a možné spáchání sebevraždy, hladovění či žíznění.

1.2.2 DSM-V

V případě diagnostiky za pomoci DSM-V (Raboch et al., 2015) se deprese nachází v kategorii depresivních poruch, pod názvem Major depressive disorder (MDD), současně jako disruptivní dysregulativní porucha nálady, perzistentní depresivní porucha (dystymie), premenstruační dysforická porucha, depresivní porucha vyvolaná užíváním léků/látek, depresivní porucha způsobena jiným onemocněním, jiná specifikovaná depresivní porucha nebo nespecifikovaná depresivní porucha. Aby bylo možné přidělit diagnózu MDD, je nutné splnění následujících kritérií A, B a C.

- A) Zřetelná změna v úrovni fungování osoby a mezi vyskytujícími symptomy musí být přítomna depresivní nálada nebo ztráta zájmů či potěšení. Výskyt alespoň pěti z níže uvedených symptomů, po dobu dvou týdnů:
- depresivní nálada po většinu téměř každého dne, a to dle subjektivního popisu nebo pozorování ostatními,
 - zřetelné snížení zájmu nebo radosti alespoň ve většině činností během téměř každého dne, dle subjektivního popisu či pozorování ostatními,

- signifikantní úbytek na váze bez redukční diety nebo příbytek hmotnosti, nárůst či snížení chuti k jídlu,
 - téměř každodenní insomnie či hypersomnie,
 - psychomotorická agitovanost nebo zpomalení pozorovatelné ostatními téměř každý den,
 - téměř každodenní únava nebo ztráta energie,
 - pocity marnosti nebo nadměrné či neodpovídající pocity viny (mohou být bludné) téměř každý den,
 - téměř každodenní snížená schopnost myšlení, koncentrace nebo rozhodování, dle subjektivního hodnocení či pozorování ostatními a
 - opakované myšlenky na smrt (ne pouhý strach ze smrti), opakující se sebevražedné myšlenky bez konkrétního plánu, suicidální pokusy či konkrétní plán na provedení sebevraždy.
- B) Projevené symptomy musí způsobit klinicky významný distress nebo mít dopad v sociální, pracovní či jiné důležité oblasti.
- C) Epizody nemohou být přičteny fyziologickým účinkům látek nebo jiným somatickým onemocněním.
- D) Přítomnost depresivní epizody nelze vysvětlit schizoafektivní poruchou, schizofrenií, schizofreniformní poruchou, trvalou poruchou s bludy nebo jinou specifickou nebo nespecifikovanou poruchou schizofrenního spektra nebo jinou psychotickou poruchou.
- E) Přítomnost manické nebo hypomanické epizody nebyla nikdy prokázána (podmínka neplatí, pokud byly vyvolány látkami nebo jiným somatickým onemocněním).

1.2.3 Specifické dopady

Tělesné projevy

U depresivní poruchy je důležité uvědomit si potenciální rozsah postižení, tedy nezůstat pouze na úrovni psychiky. Často můžeme pozorovat i somatické projevy (Vágnerová, 2014).

Pokles energie může nabývat rozsahu, kdy se jedinec vnímá až zcela bez energie a běžně zvládané úkoly jsou namáhavé a zdoluhavé (Orel, 2020). Nemocný si připadá povětšinu času utlumený, může pociťovat bolest v různých částech těla. Spadají sem i

poruchy spánku, potíže gastrointestinálního traktu a nauzea (Vágnerová, 2014). Nejčastější somatické příznaky u deprese jsou dle Boučka & Pidrmana (2005) svalově-kostní bolesti, bolesti zad a bolesti dalších částí těla (hlava atd.). Dále je deprese často spojována s úzkostmi (Češková, 2006; Vágnerová, 2014) a tedy i s vegetativními symptomy jako palpitace a pocení. Somatické potíže tohoto rázu mohou vést k hypochondrickému chování a opakovanému neúspěšnému hledání organické příčiny (Češková, 2006). Proto Křivohlavý (2003) upozorňuje, že tělesné příznaky většinou nejsou rozhodující pro přesné diagnostikování deprese, ale nesmí se opomíjet.

Narušení kognitivních funkcí

Výzkumy ukázaly, že součástí onemocnění dochází i ke zhoršení kognitivních a exekutivních funkcí, které odborně označujeme jako kognitivní deficit. Ten narušuje převážně psychosociální oblast života nemocného, což se odráží i ve vnímání jeho kvality. Na vzniku se podílí jak dysbalance neurotransmiterového systému, tak narušení plasticity mozku dlouhodobým stresem. Narušení funkcí není specifické, pravděpodobně jde o globálně-difuzní charakter. Závažnost deficitu je ovlivněna dalšími faktory jako je hloubka a subtyp deprese, účinek farmak, vliv hospitalizace a v neposlední řadě věk pacienta (Přikrylová Kučerová et al., 2010). Dle Høifødt et al. (2019) je kognitivní profil typicky zásadně narušen v oblasti pozornosti a mírně v pracovní paměti. Zároveň upozorňují na určité přetrvávající zhoršení v těchto oblastech i u již uzdravených jedinců. K částečně opačnému závěru došel Veiel (1997), kdy publikoval metaanalýzu kognitivního vývoje u depresivních pacientů a došel k závěru, že nejvíce dochází k oslabení exekutivních funkcí, zatímco pozornost byla postihnuta nejméně. Akutní fáze postihuje dle Boučka & Pidrmana (2005) psychomotorické tempo, reakční časy, vizuomotoriku a exekutivní funkce. Výsledky výzkumu Rushe et al. (1983) ukázaly, že osoby trpící endogenní depresí mají v neuropsychologických testech horší výsledky než jedinci netrpící endogenní depresí.

Vágně řečeno dochází ke změně hodnocení a interpretace všeho kolem nás. Typické jsou autoakuzační myšlenky, přehnaný pesimismus, pocity insuficience v porovnání s ostatními. Negativně orientované myšlení postihuje minulost, přítomnost i budoucnost. Narušena je i schopnost učení, myšlení je fixováno převážně na ulpívavé negativní myšlenky, či problémy, ve kterých se cyklicky utápí. Nedochozí k deterioraci inteligence, pouze ke zpomalení a útlumu kognitivních funkcí. Kombinace výše zmíněného však může v nemocném vzbuzovat dojem „stávám se hloupějším“, který jej nadále udržuje (Vágnerová, 2014).

Kognitivní deficit negativně ovlivňuje celkovou práceschopnost, což je část příčiny, proč se k depresivní poruše váže závažné zasažení do pracovního života. Vzhledem k veškerým důsledkům, které nemoc provází se ve vyspělých státech jedná o nejčastější důvod ztráty pracovní schopnosti (Raboch, 2012).

Sociální poškození

Mnohé ze symptomů deprese vedou u trpícího k oslabení sociálních schopností. Způsobem, kterým vedou případné sociální interakce s ostatními, vyvolávají převážně odmítnutí, konflikty nebo jiné negativní reakce, což působí další interní zátěž a cyklí jej opět do deprese (Segrin & Abramson, 1994). Celkově se jedinec s narůstajícím úbytkem energie a zájmu spíše sociálního kontaktu straní, izoluje se od ostatních (Orel, 2020).

1.2.4 Diferenciální diagnóza

Prevenčí pro nesprávné určení diagnózy je důkladná anamnéza a několik vyšetření. Přesto je běžné, že vyvstává možnost diferenciální diagnózy. U deprese se jedná nejčastěji o (Češková, 2001; Raboch et al., 2015):

- smutek (například ze ztráty),
- poruchu přizpůsobení s depresivní náladou,
- dysthymii,
- poruchu nálady způsobenou jiným somatickým onemocněním,
- manickou epizodu doprovázenou podrážděností nebo nespecifikovanou epizodu,
- depresivní syndrom vyvolaný užíváním psychoaktivních látek,
- demenci a
- poruchy osobnosti.

1.3. Epidemiologie

Celoživotní prevalence určité formy deprese se v populaci udává okolo 10-18 %, (Vágnerová, 2014) či dle staršího zdroje 16 % (Češková, 2006). Těžká forma deprese má populační prevalenci okolo 1 % (Fišar, 2009). První epizody obvykle spadají mezi 20. a 40. rok života (Češková, 2001; Vágnerová, 2014). Zároveň je pozorovatelná odlišná prevalence dle věku, kdy je v rozmezí 19 až 29 let diagnostikovaných třikrát více osob než

u jedinců nad 60 let. Rozdíl mezi muži a ženami se pohybuje v poměru od 1:1,5 až po 1:3 (Raboch et al., 2015), či přesněji 1:2 (Češková, 2006; Martin, 2006; Vágnerová, 2014).

Dle Fišara (2009) lze odhadovat, že přibližně 50 % lidí trpících depresivní symptomatikou ani nenavštíví lékaře, nebo jsou posléze nesprávně diagnostikováni. Taktéž nelze předpokládat, že je u všech nemocných nasazena adekvátní léčba, což vede k častější recidivě, chronifikaci nebo zvýšení rizika sebevraždy.

Brown (2001) se dle své studie domníval, že s postupným nárůstem očekávaného věku dožití v průmyslově vyspělých státech bude docházet k většímu šíření duševních patologií a v roce 2020 půjde o druhou nejčastější nemoc. Dunn et al. (2015) uvádí, že ve Spojených státech amerických je deprese jednou z nejčastějších a nejvíce zatěžujících nemocí s prevalencí 16,6 % u dospělých osob, DSM-5 uvádí pouze 7 %. V Evropě se před lety udávala prevalence 17 % (Bouček & Pidrman, 2005). Prevalence je nepochybně ovlivněna geograficky (Vágnerová, 2014) a kulturními tradicemi (Češková, 2006). Můžeme předpokládat, že statistické záznamy nejsou přesné už jen vzhledem k přetrvávající představě stigmatizaci deprese ve společnosti, na kterou upozorňuje například Schomerus et al. (2009).

Suicidalita

Lze odhadovat, že v České republice je 10-25 % sebevražd spáchaných z důvodu afektivní poruchy. Dle provedených autopsií by mohly být příčinnou dokonce 70-80 % dokonaných sebevražd (Höschl, 2004). V rámci pohlaví byla zaznamenána vyšší frekvence suicidálních pokusů u žen, ale dokonaných sebevražd u mužů. (Raboch et al., 2015). Celkově sebevraždu dokoná přibližně 15 % nemocných depresí (Bareš & Novák, 2008), Raboch (2012) odhaduje interval s nižší spodní hranicí, tedy 10-15 %.

1.4. Teoretické koncepty deprese

1.4.1 Kognitivní teorie

Teorie beznaděje

Teorie beznaděje neboli hopelessness theory tvrdí, že osoba nacházející se v beznadějně situaci je náchylnější k rozvoji deprese. Předpokládá, že postižený očekává nejhorší možný výsledek z dané situace, bez jakékoliv možnosti zvratu, což lze představit jako a) za negativní situaci může stabilní a globální příčina (např. přesvědčení

nedostatečné inteligence), b) negativní situace vede k dalším negativní důsledkům a c) situace vede k negativní sebe-charakteristice. Tímto stylem dále upadá hlouběji do beznaděje, než se začnou projevovat symptomy beznadějně deprese (Abramson et al, 2002).

Beckova teorie

Teorie staví na principu dřívější zkušenosti a přijetí maladaptivních sebe-schémat. Dle Becka je problém v nefunkčním přístupu při čelení situaci, tzv. kritickému incidentu. Může se jednat o neúspěch, ztrátu atd. Člověk fungující v maladaptivních schématech nepozře racionální informace, které mu jsou přístupné, nýbrž si zakládá právě na předchozí zkušenosti a spouští tak schéma (Abramson et. al, 2002; Power & Dalgleish, 2008).

Pro schéma vedoucí k depresi Beck navrhnul tzv. kognitivní triádu. Skládající se z (1) negativního sebepojetí, bez ohledu na okolnosti, (2) negativní interpretace světa a zážitků a (3) beznadějně a negativní vyhlídky budoucnosti (Corey, 2013; Power & Dalgeish, 2008).

Beck se domníval, že dysfunkční schémata sice mohou v člověku dřímat i pokud není depresivní, k jejich aktivaci dochází ale až na základě stresového spouštěče, tj. kritické události, která umožňuje přímé spojení s negativními předpoklady, automatickými myšlenkami a rozvojem depresivních symptomů (Abramson et al., 2002; Power & Dalgleish, 2008).

Investiční model

Investiční teorie dle Leahyho (2003) vychází z předpokladu, že lidé operují na úrovni ztráty a zisku. Zdravý člověk se snaží zlepšovat svoji situaci a funguje v nastavení minimalizace ztráty a maximalizace zisku. Depresivní jedinci se však soustředí převážně na minimalizaci změny, a to za užití tří strategií:

- *Oddanost stabilitě* – potřeba kognitivní konzistence, za účelem vyhnutí se zklamání, i kdyby skrze sebenaplňující negativní předpoklady,
- *Přesvědčení o kompetenci v negativitě* – odmítání optimismu, neboť jej nelze kontrolovat a
- *Úprava očekávání* – zlepšení a naděje jsou nebezpečné či pošetilé, proto je třeba snížit očekávání své i ostatních.

Takoví jedinci většinou ignorují, nebo spíše zkreslují, vstupní informace při vyhodnocení situace, ve které se nachází. Pokud mají dojem, že v situaci selžou, tak v ní selžou, bez ohledu na své výkony v minulosti nebo obecnou pravděpodobnost zvládnutí úkonu populací. Postupně u sebe na základě negativních zkušeností rozvíjí přesvědčení, že mají určitou negativní vlastnost, kvůli které by je dosažení určitého úspěchu stálo více úsilí než jiné lidi (Leahy, 2003).

1.4.2 Psychoanalytická teorie

Deprese je dle psychoanalytické školy zapříčiněna ztrátou objektu, který nás uspokojuje, například blízké osoby. Taktéž k ní může vést ztráta sebevědomí, kterou pociťujeme při frustraci vedoucí z neschopnosti naplnit naše cíle (Wilkins, 1971). Pro vznik deprese je nutné narušení v oblasti narcismu přítomného ve formě auto agresivního sebepojetí, tj. „jsem k ničemu, stojím za nic,“ což postupně negativně ovlivňuje naši náladu, sebevědomí, tělo a náhled na sebe i okolí (Milrod, 1988).

Deprese se projevuje jako konflikt mezi drívky a uspokojením, které se počínaje v dětství přenáší do dospělosti. Milrod (1988) uvádí hlavní pilíře psychoanalytické teorie deprese:

1. existence predispozice vytvořené prožitím traumatu (např. zanedbání matkou) v prvních osmnácti měsících života – vedoucí k fixaci na orální stádium,
2. jde o následek ztráty objektu – jak reálná, tak fantazijní ztráta, která může být vědomá, nebo nevědomá,
3. následkem je identifikace s objektem, ke kterému je vybudován ambivalentní vztah – je milován, stejně tak i nenáviděn a
4. důsledkem identifikace se nenávist provázená agresí přenáší na vlastní osobu.

2 TERAPIE DEPRESE

Cílem léčby je odstranění příznaků deprese, navrácení již uzdraveného člověka zpět do života se schopností fungovat v sociální a pracovní sféře jako dříve, a nakonec zamezení relapsu. Fáze léčby lze dělit na akutní, udržovací a profylaktickou (Höschl, 2004).

Výsledek léčby je popisován dle úspěšnosti, stanovené výsledným skórem na standardní škále hodnotící depresi (např. HAMD²). Za remisi (vymizení depresivních symptomů) je považována alespoň 75% redukce symptomatiky. Odpověď na léčbu značí, že došlo k redukci symptomů alespoň o 50 % oproti výchozímu stavu. Částečná odpověď na léčbu je definována jako pokles symptomů o 25-50 %. Pokud dojde ke snížení menší než 25 % jedná se o nedostatečnou či chybějící odpověď (Bareš & Novák, 2008). Jako další kvantitativní metody lze použít BDI³, MADRS⁴, ZSRDS⁵ (Fišar, 2009).

Rychlost nástupu léčby ovlivňuje rychlost uzdravení, při léčbě jedinců s příznaky existujícími pouze několik měsíců můžeme očekávat vyšší míru uzdravení. S nižší pravděpodobností uzdravení jsou spojovány psychotické příznaky, nápadná úzkost, poruchy osobnosti a závažné aktuální symptomy (Raboch et al., 2015).

2.1. Biologická léčba

Biologická léčba není primárním ohniskem zájmu této práce, přesto je nepochybnou součástí psychoterapeutické práce s depresivními klienty, lze tak usuzovat například na základě Drehera (2017), který uvádí, že ze statistického hlediska jsou antidepressiva nejčastěji předepisovaná psychofarmaka vůbec. Farmakoterapie je z biologické léčby nejčastější volbou. Nástup efektu je zdlouhavý (Dreher 2017), avšak zlepšení je poté rychlé a užívání není náročné, přináší odstranění depresivních symptomů, ale často je doprovázena nežádoucími účinky (Raboch, 2012). Primárně se užívá monoterapie antidepressivy (Orel, 2016), při akutním riziku sebevraždy podáváme i anxiolytika (Bouček

² Hamilton Depression Rating Scale

³ Beck Depression Inventory

⁴ Montgomery-Asberg Depression Inventory

⁵ Zung Self-Rating Depression Scale

& Pidrman, 2005), při nedostatečné odpovědi preparát nahrazujeme a augmentujeme antipsychotiky v případě farmakorezistence (Boyce et al., 2020) nebo u psychotických příznaků (Mulder et al., 2018).

Elektrokonvulzivní terapie (ECT) má indikaci pouze u těžkých případů deprese nebo v případě nízkého efektu farmak. Výhodou je velmi rychlý nástup účinku. Nevýhodou je většinou krátkodobá retrográdní amnézie, časté podstupování může navodit nevratnou retrográdní amnézii. Širší veřejností je často negativně stigmatizována (Seifertová, 2008). Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) je indikovaná pro depresivní poruchu v případě farmako-rezistentního pacienta (Corlier et al., 2020). Dále můžeme jmenovat fototerapii, nebo stimulaci bloudivého nervu (Raboch, 2012).

2.2. Psychoterapeutická léčba

Psychoterapie je většinou náročná a zdlouhavá, avšak nemá nežádoucí účinky, pokud je provedena správně, a většinou řeší jádro problému. Avšak jako samostatná se prokázala účinná pouze u lehkých a středně těžkých depresí s problémy převážně v psychosociální oblasti (Raboch, 2012). „Nevýhodou“ je potřeba intenzivní spolupráce a někdy i finanční náklady. Výsledek záleží na osobnostech zúčastněných, schopnostech terapeuta a spolupráce nemocného (Höschl, 2004). Dle Vybírala & Roubala (2010) pozitivní dopady vnímá až 90 % klientů, zhoršení pouze 5-10 %, přičemž nemusí jít o důsledek terapie.

Vybíral & Roubal (2010) uvádí primární proměnné určující účinnost terapie; Lambert & Barley (2001) vymezili jejich přibližnou procentuální váhu na pacientovo zlepšení:

- vztah terapeut – klient; nezávislé na teoretickém zaměření (30 %),
- proměnné na straně klienta; očekávání, uvědomění (15 %),
- použité techniky (15 %) a
- mimoterapeutické faktory (40 %).

Vybíral & Roubal (2010) vnímají dichotomická dělení psychoterapie jako obsolentní. Terapie nemůže být zaměřena čistě na symptomy nebo pouze hlubinně rekonstruující. V praxi dochází k difuzi a eliminaci krajně orientovaných směrů. Jedná se spíše o vodítka terapeuta možného postupu, na kterých by nemělo být rigidně lpěno, vhodnější je adaptovat je vzhledem k situaci. V rámci trendů dochází v terapii k orientaci

na pacienta jako bytost a je vnímaná jako setkání dvou lidí. Věnuje se pozornost komplexním aspektům jak klienta, tak terapeuta. Přístup tvořený na míru.

Psychodynamická terapie

Autoři v rámci psychodynamických přístupů rozdělují depresivní onemocnění na anaklitické a introjektivní. V prvním případě se jedná o manifestaci závislosti na druhých, kdy se osoba snaží v nezdravé míře navázat na druhé, neboť trpí chronickým strachem z opuštění či ztráty ochrany a zároveň touží po péči. Pro introjektivní depresi je charakteristická sebekritika, autoakuzace a neustále přemítání nad vlastní hodnotou. Převládá orientace na nehynoucí obavy z vnější kritiky, nesouhlasu a odmítnutí. Tyto potřeby si kompenzují extrémními nároky na sebe a nezdravou kompetitivností (Blatt, 1974).

Podle výše zmíněných rámců dochází k rozvoji deprese rozdílným způsobem. První rámeček pracuje s agresí vůči druhým, reprezentující ztrátu objektu, která je však směřována vůči sobě například formou výčitek a pocitů viny. Druhé nastavení předpokládá existenci přehnaných očekávání vůči vlastní osobě, které však není schopna naplnit, což má nevalný dopad na sebeúctu (Vybíral & Holub, 2010).

Psychodynamická terapie vychází z předpokladu, že přítomnost je ovlivněna minulostí, respektive nevyřešenými konflikty, zkušenostmi a vztahy, které se promítají ve formě současných potíží i v rámci terapeutického vztahu. Dále se terapeut soustředí na nedorozumění, předpoklady a očekávání. Tyto prvky umožňují terapeutovi získat náhled, který pak může zprostředkovat klientovi, aby porozuměl právě opakujícím se konfliktům v kontextu jejich vzniku (Cuijpers et al., 2008; Vybíral & Holub, 2010).

V porovnání s KBT je v psychodynamické terapii kladen důraz na afekty, odpor, zachycení vztahových a pocitových vzorců, prožitky z minulosti, mezilidské zkušenosti, terapeutický vztah, přání, sny a fantazie (Blagys & Hilsenroth, 2006).

Kognitivní terapie

Vychází z práce A. T. Becka. Byla zprvu cílena přímo na depresivní klienty. Klíčovým konceptem byla kognitivní schémata vytvořená na základě minulé zkušenosti ovlivňující sebehodnocení, interpretaci světa a představu o vlastní budoucnosti. Schémata můžeme dělit na adaptivní a maladaptivní, v druhém případě se jedná o nevhodné, nepravdivé a rigidní přesvědčení o naší situaci. V případě krize může člověk aktivovat dysfunkční schémata, která pod zahlcením negativních ruminací a autoakuzací ovlivňují

fyzické i psychické prožívání, což může vést k rozvoji depresivní poruchy (Praško & Možný, 2010), klient spadá do tzv. kognitivní triády, která ho postupně pohlcuje a stává se depresivním (Corey, 2013).

Terapeut se za pomoci sokratovského dialogu snaží klienta naučit rozlišovat mezi objektivní realitou a subjektivním hodnocením. Společně testují validitu klientových myšlenek pomocí tzv. kolaborativního empirismu. Takto terapeut konfrontuje a vede klienta k náhledu a snaží se jej tak zbavit maladaptivních schémat a automatických myšlenek (Kratochvíl, 2017).

Kognitivně-behaviorální terapie

Vychází z teoretických předpokladů behaviorální a kognitivní terapie, inspirována předcházející racionálně emočně behaviorální terapií Alberta Ellise. Vyznačuje se prací na změně zajetých vzorců myšlení a postojů za pomoci racionální argumentace v souvislosti se změnou nežádoucího chování směrem k adaptivnímu (Bouček, 2006; Corey, 2013).

Základní charakteristické prvky KBT popisují autoři nejčastěji takto:

- aktivní a otevřená spolupráce je základem úspěšného vztahu,
- časové vymezení, relativní úspornost a orientace na problém,
- důraz na teoretické podklady a analýzu potřeb klienta,
- zaměření na současné problémy a vnější faktory, které je přímo ovlivňují,
- zaměření na konkrétně ohraničené problémy, strukturovanost,
- stanovení konkrétních, měřitelných kroků a cílů,
- vychází z teorie učení, důraz na úkoly a změnu mimo sezení,
- průběžně sbírá data, formuluje hypotézy a testuje a
- cílí na samostatnost klienta, zvýšení pocitu vlastní zdatnosti (Kratochvíl 2017; Praško & Možný, 2010; Pešek et al., 2013).

Koncepce klientova případu vyplývá z trojitě analýzy. Tedy behaviorální, které užívá A-B-C schéma. A= spouštěče problémového chování, B= chování, C= následky chování. Kognitivní, která mapuje izolované kognitivní události a nasedající kognitivní procesy. A funkční analýzy sloužící k porozumění funkce patologie v životě klienta, neboť KBT vychází z předpokladu zpevnování a vymizení neužívaného. Určuje klientovy chybějící dovednosti a přednosti (Praško & Možný, 2010).

Terapeutický vztah je orientován stejně jako většina směrů na spolupráci, terapeut vnímá klienta jako rovnocenného partnera. Společně odhalují souvislosti mezi současnými potížemi a faktory minulosti i současnosti. Zřetelně diferencuje aspekty chování a myšlení od samotné hodnoty člověka, navádí klienta k porozumění. Společně s klientem tvoří plán, jak změnit maladaptivní prvky. Očekává od klienta spolupráci, zpětnou vazbu a iniciativu (Praško & Možný, 2010).

Při léčbě deprese se často využívá metoda „sledování činnosti“. Podstata tkví v periodickém zapisování prováděných činností během dne a hodnocení výkonu a potěšení. Kromě potenciální aktivizace přináší monitoring klientovy činnosti během dne. Následně lze zjistit nejfunkčnější část dne a vyvodit souvislosti mezi aktivitou, náladou a zábranami ve vyšší výkonnosti. Dá se navázat technikou „plánování činností“, ve které si klient rozplánuje nadcházející dny. Cílí na aktivizaci a zvýšení požitku z činnosti. Ideálně zvyšuje pravděpodobnost vykonání činnosti a podněcuje přesvědčení o kontrole nad svým životem. Dále se užívá nespočetný výčet technik, orientovaných na behaviorální nebo kognitivní stránku problému, dle potřeb klienta. Příkladem pro depresivní poruchu může být kognitivní restrukturalizace (Praško & Možný, 2010). Obecně můžeme říct, že kognitivně behaviorální terapie se snaží odstranit zdravotní potíže a nežádoucí chování a namísto něj našroubovat vhodné strategie zvládání a řešení problémových situací, osvojit si kontrolu a řízení vlastního chování (Vymětal, 2010).

Gestalt terapie

Gestalt terapie, jakožto humanistický přístup, vychází z předpokladu, že lidé mají k dispozici potřebné zdroje pro růst, jen potřebují podporu, aby je uměli využít. Chápe psychopatologii v rovině nedostatečného uvědomování pocitů a v rovině vztahové, respektive v propojení člověka s okolím, kde vychází z teorie pole. Terapii vnímá jako setkání dvou lidských bytostí. Klade důraz na lidské bytí, přítomný kontakt, dialog, uvědomění a rozvoj vztahového potenciálu. Úkolem terapeuta je poskytnutí takového prostředí, ve kterém bude klient schopen rozšiřovat a prohlubovat své uvědomování. K tomu je třeba aby byl terapeut soustředěn na přítomný okamžik, „teď a tady“, který s klientem prožívá. Terapeut poté zjišťuje, co a jak se v klientovi děje, a tím objevuje, co klienta doopravdy tíží (tzv. nedokončené záležitosti). Skrze navozený kontakt a uvědomování je klient veden k alternativním volbám, svobodě a zodpovědnosti za své naučené vzorce, které se propisují do způsobu vztahování se k okolí i sobě (Bouček 2006; Roubal, 2010).

K odhalení klientova subjektivního prožitku terapeut užívá tři techniky. Uzávorkování, kdy odkládá své předsudky, výklad fenoménu a snaží se jej vnímat kompletně nezaujatě. Popis, kdy terapeut popisuje očividnou situaci nebo projev, aniž by ji hodnotil. Poslední je horizontalizace, kdy se zdrží hodnocení důležitosti fenoménů, pouze zvědomuje přítomné prožívání, dokud nedojde k uspořádání (Roubal, 2010).

Interpersonální terapie

Metoda vyvinuta v 80. letech minulého století Klermannem a Weissmannovou. Funguje na principu krátkodobé, na problém orientované terapie. Užívá se primárně při terapii depresivních poruch. Hledá příčinu současné situace v nezpracované zkušenosti z minulosti. Cílem léčby je oslabení symptomů a zkoumání interpersonálních vztahů jakožto zdroje patologie (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; Kratochvíl, 2017). Průběh může být dělen do tří etap:

1. diagnostické zhodnocení a anamnéza – navíc dochází i k edukaci klienta,
2. práce v jedné ze čtyř oblastí, na které se deprese dělí. Deprese (1) z důsledku ztráty blízkého člověka, (2) vzniklé jako adaptační reakce na změnu rolí, (3) vzniklé na základě sociálních nedovedností a komunikačních nedostatků a (4) deprese vzniklé z důvodu interpersonálních konfliktů a
3. poslední fáze se zabývá pocitu z ukončení léčby – shrnutí dosaženého pokroku (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

V rámci interpersonální terapie při léčbě deprese došli Zuroff et al. (2017) k závěru, že existuje vztah mezi efektivitou terapie a schopnostmi terapeuta. Jednalo se o schopnost udržet u svého pacienta co nejvyšší autonomní a co nejnižší kontrolovanou motivaci k léčbě. K tomu byla zásadní přítomnost oboustranné vřelosti (přátelskosti) v rámci terapeutického vztahu. Je zde patrné, že terapeuti, kteří se více věnovali svému interpersonálnímu vlivu v tomto směru, dosahovali lepšího výsledku.

Podle Poněšického (2021) je v dynamické psychoterapii prvním krokem terapeuta dobrovolné zakušení klientovi typické interakce, aby poznal jejich povahu, náboj a potenciální následky. Aby došlo k pokroku, musí se terapeut otevřít pro nové, klientem nežité, či vytěsněné možnosti. U depresivních klientů je typický strach z odmítnutí, tedy připravenost terapeuta na negativní přenos ze zklamání, že neposkytuje otcovské uznání nebo mateřskou lásku.

Diskriminace efektivity napříč přístupy

Může existovat přirozený předpoklad, že různé přístupy mohou být cíleny na odlišné potíže či osobnosti klientů, toto stanovisko se někteří výzkumníci pokouší vyvrátit pomocí důkazu o podobnosti terapeutického efektu napříč terapeutickými přístupy. Dle Goodyer et al. (2017) nebyl při léčbě adolescentů s diagnostikovanou MDD nalezen terapeutický přístup, který by po 12 měsících podal klinicky významně odlišné výsledky oproti zbývajícím. Sledována byla KBT terapie, krátkodobá psychoanalytická terapie a psychosociální intervence. Vybíral & Roubal (2010) taktéž zastávají názor, že bez ohledu na teoretické východisko terapeuta přináší terapie podobné výsledky.

V meta analýze Cuijpers et al. (2008) byla porovnána efektivita terapeutických přístupů užívaných k léčbě deprese. Konkrétně byly zahrnuty tyto terapie: kognitivně behaviorální, nedirektivní podpůrná, behaviorální aktivační, psychodynamická, na problém orientovaná, interpersonální a trénink sociálních dovedností. Efektivita přístupů nebyla signifikantně odlišná. Mírně vyšší, avšak klinicky irelevantní, účinnost byla naměřena u interpersonální terapie a nižší terapeutický efekt u nedirektivní podpůrné terapie. Naopak McBride et al. (2006) poukazují na signifikantně vyšší účinnost KBT oproti IPT (interpersonální psychoterapii), v případě klienta s avoidantní vazbou. Domnívají se, že IPT je pravděpodobně takovým jedincem vnímána jako příliš vyzývavá a ohrožující. Upozorňují tak na významnost nasazení vhodné terapie na klienta.

Kombinovaná léčba

Obohacení terapie medikací ve správně indikovaných případech vede k vyšší komplianci v průběhu terapie. Napomáhá klientovi vytvářet pocit bezpečí v terapeutickém vztahu a umožňuje efektivněji pracovat, respektive mobilizuje utlumené zdroje, a těžit z odhaleného (Kay, 2005). Na druhou stranu může být efekt léků zneužit jako obranný prostředek, ve formě neanalyzovatelné zóny, či zisku zlepšení na biologické úrovni vedoucí k popírání intrapsychických potíží a pochybování o terapeutově kompetentnosti (Press, 2008).

3 TERAPIE A PSYCHOTERAPEUTICKÝ VZTAH

Vymětal (2003) uvádí, že cíle psychoterapie můžeme definovat jako žádoucí změny, kterých dosahujeme léčebnými prostředky a rozvádí obecné cíle psychoterapie v závislosti na pojetí:

1. *psychologickém* – navození změny v (1) osobnosti, (2) projevu (chování) a (3) nejbližším sociálním prostředím klienta;
2. *lékařském* – (1) zmírnění či odstranění symptomů nemoci a (2) regulaci nežádoucích psychofyziologických stavů

Psychoterapie zaměřená na změnu myšlení, prožívání a chování prakticky usiluje o změnu dosavadních vzorců neuronální aktivity. V tomto smyslu můžeme vnímat pozitivní terapeutický efekt tak, že se nám u klienta podaří nahradit dosavadní maladaptivní cesty nervových přenosů vhodnějšími (Orel, 2015).

Účinné faktory v psychoterapii

Účinné faktory můžeme definovat jako postupy a dění, které vedou k žádoucí změně v terapii. Vymětal (2003, 2010) je dělí na nespecifické a specifické. Nespecifické jsou aplikovatelné pro všechny psychoterapeutické směry. Řadí mezi ně tyto:

- *situace terapie* – strukturovanost, stabilita a důvěryhodnost terapie,
- *osobnostní charakteristiky terapeuta* – vysoká míra vnitřní stability, autenticity, akceptace, empatie, upřímnosti a důvěry v kvalitu své práce,
- *osobnostní znaky pacienta* – motivace k léčbě, pozitivní očekávání, klient terapeuta uznává a důvěřuje mu. Schopnost sebeexplorace, alespoň průměrná úroveň mentálních schopností a
- *vztah mezi pacientem a terapeutem* – vzájemná náklonost, respekt rolí.

Specifické jsou příznačné pro vybrané psychoterapeutické formy nebo směry. Dělíme je podle oblastí, na kterou u klienta potřebujeme cílit, tedy na: (1) rozumové, (2) citové, (3) akční (Vymětal, 2010) a případně i sugestivní (Vymětal, 2003).

Psychoterapeutický proces, je zásadně podněcován psychoterapeutickým vztahem, zahrnuje však celý průběh terapie a terapeut je za něj zodpovědný. Jeho kvality lze zkoumat množstvím metod, které byly vyvinuty pro zkoumání jeho celku nebo průběžných frakcí. Jmenujeme Barret-Lennardův dotazník vztahu, Dotazník pracovní aliance nebo Souhrnou škálu složek psychoterapeutického sezení (Timuřák, 2005).

3.1. Psychoterapeut a klient

3.1.1 Proměnné na straně terapeuta a efekt terapie

Kopřiva (2013) klade důraz na potřebnou přípravu terapeuta před sezením s klientem, ve které má možnost si v sobě „uklidit“. Naskytuje se tak možnost odpoutání se od předešlé nebo nadcházející činnosti, možnost zhodnocení svých potřeb, aktuální energie a emočního rozpoložení. Zároveň doporučuje věnovat chvíli prolistování záznamu z předchozích sezení, uvědomit si své naladění na klienta. Pokud se terapeut bude od klienta odtahovat nebo schovávat za profesionální masku, klient se pravděpodobně také stáhne. Neosobní a neautentické jednání povede k podobné odezvě na druhé straně a výsledkem bude terapie strádající přínos (Corey, 2013).

Je zásadní, aby se terapeut na počátku terapie doptal na klientova očekávání. Stejně tak, aby u klienta navodil pozitivní očekávání od terapie, pokud je to realistické, zvyšuje tak klientovo aktivní zapojení a energetické zdroje. Předpokládá se, že toto nastavení má pozitivní vliv na účinnost terapie (Schwartz & Flowers, 2012).

Pokud je terapeut ochoten vnést do některých sezení svoji zkušenost, otevřít se, je povětšinou vnímán klientem jako přátelštější, vřelý a otevřený. Samozřejmě za předpokladu terapeutovy připravenosti na sdílení a úsudku, že otevření bude pro vztah přínosné (Schwartz & Flowers, 2012).

Osobnost

Již opakovaně bylo prokázáno, že forma, či teoretické východisko praktikované terapie nemá nejsignifikantnější vliv na velikost terapeutického efektu, zatímco terapeutova osobnost se zdá být faktorem s daleko konzistentnější prediktivní hodnotou efektu (Timuřák, 2005), respektive nejenom, že se jedná o konzistentní faktor, jedná se i o nedůležitější faktor ovlivňující pozitivní výsledný efekt (Norcross & Lambert, 2011; Vymětal, 2010). K obdobným závěrům závěru došli již Luborsky et al. (1997); Blatt et al.

(1996) v porovnání efektivity terapeutů orientujících se na léčbu deprese napříč různými přístupy. Lepších výsledků dosahovali taktéž terapeuti, kteří očekávali u depresivního klienta pomalejší průběh nástupu změn, tedy delší dobu potřebnou ke zlepšení, a podle toho pracovali (Blatt et al., 1996). Wampold (2001) upozorňuje, že není lhostejné, které techniky jsou užity, pouze neovlivňují výsledek terapie natolik jako kontextuální faktory (pracovní aliance, osobní a interpersonální dovednosti terapeuta).

Vybíral & Roubal (2010) upozorňují, že nelze předpokládat neúspěšnost terapie na základě věku terapeuta, jeho pohlaví, délky praxe, vzdělání a etnickém původu. Vyšší míry úspěchu dosahují právě ti, kteří disponují určitým osobnostním nastavením a vlastnostmi.

Důležitost osobnosti terapeuta Vymětal (2010) vysvětluje skrze tři oblasti, které jsou na ní do jisté míry závislé. (1) Je neustále promítána do kontaktu a terapeutického vztahu. (2) Správné vedení terapeutického vztahu spadá mezi účinné faktory terapie, má tedy terapeutický potenciál ovlivnitelný terapeutem. (3) Existence faktické zátěže plynoucí z práce s psychicky nemocnými. K (1) dochází skrze přenos, koluzi, osobnostní slabá místa, osobní rovnice. Prokazuje to skutečnost, že je terapeut při jednání s klienty ovlivňován vlastními vztahovými potřebami a vlastnostmi.

Vybíral & Roubal (2010) uvádí žádoucí charakteristiky a dovednosti terapeuta. Jsou jimi empatie, kongruence, pečovatelská orientace, vstřícnost až vřelost, neodsuzování a autentičnost. Dále facilitace změny a sebeuvědomování, reflexe vlastních slabin. Vymětal (2010) uvádí tyto charakteristiky u osobnosti terapeuta: pozitivní sebepojetí, vnitřní stabilita a vyšší frustrační tolerance, v rámci nabídky klientovi navíc akceptaci, empatii a autenticitu. Dle Russell et al. (2020) jsou pro ideálního terapeuta charakteristické rysy svědomitosti a emoční stability, případně přívětivosti.

Výzkum Kaplowitz et al. (2011) ukázal, že terapeutova hodnota emoční inteligence (dle MSCEIT) má vliv na některé prvky terapie. Terapeuti s vyšší emoční inteligencí dosahují lepších výsledků v rámci klientových interpersonálních problémů. Vyšší skóre v oblasti zvládnání emocí mělo vliv na zlepšení pacientem prožívané symptomatologie, respektive její přijetí. Přesto, že emoční inteligence neměla zásadní vliv v počátku pracovního vztahu, byla asociována s vyšší mírou klientovy spolupráce v průběhu terapie a s nižším počtem předčasně ukončených sezení. Je tedy pravděpodobné, že souvisí s kvalitou pracovní aliance. Predikovat progres, ke kterému dojde v terapii, můžeme podle Nissen-Lie et al. (2017) také pokud porovnáme terapeutovy profesní sebe-pochybnosti a self-afiliaci jakožto člověka. V případě, že terapeut o svých schopnostech nepochybuje a má self-

afiliativní introjekt, inhibuje prostor pro pacientovu změnu. Opačný efekt je dosažen, pokud si je vědom svých nedostatků a schopen jejich kritického, ale zdravého, zhodnocení. V tomto kontextu zastávají důležitou roli i copingové mechanismy terapeuta. Vše zmíněné se podepisuje na klientovi, a tedy i na celkovém výsledku terapie.

Pro depresivní klienty je typické, že se terapeutův styl musí přizpůsobit jejich zdrojům, specificky respektovat klientovo kognitivní zpomalení. Běžný je také přenos klientova depresivního prožívání a bezmoci na terapeuta. Terapeut s tímto musí počítat, pustit jej k sobě, aby mu porozuměl, ale nenechat se jím pohltit. Dále pomoci klientovi pojmenovat jeho prožívání, které umožní lepší uchopení a následnou práci. Pátrání po skrytých pocitech a významech v depresivní symptomatice (Timuřák, 2014).

Kvalita života

Psychoterapeut není všemocný, je také člověk, proto může trpět na nemoci jako ostatní lidé nebo přímo jeho pacienti. Nemusí se vždy jednat pouze o nemoc, terapeut může být ovlivněn jakoukoliv významnou životní událostí, ať už pozitivní nebo negativní. Faktem je, že v takovém případě terapeut událost nějak prožívá, nějakým způsobem na něj působí a ovlivňuje ho buď přímo, nebo nepřímo. Tento efekt se samozřejmě propíše do osobního i profesního života a většina klientů tyto změny zaregistruje. V případě, že terapeut není ochoten událost, například onemocnění, přijmout a jednat adekvátně, může se narušit jeho schopnost vést terapii, naslouchat klientovi nebo udržet pozornost, čímž se poškodí i pracovní vztah (Gold, 1999). Dle výzkumu Nissen-Lie et al. (2013) je pacientovo navázání a vnímání pracovního vztahu s psychoterapeutem ovlivněno celkovou kvalitou života terapeuta. Signifikantnější vliv mají však negativní prožitky. Pacienti jsou velmi citliví na zátěž a potíže v terapeutově životě, které jsou v terapeutově chování schopni v průběhu sezení rozpoznat. Je možné, že právě jejich psychické onemocnění a oslabení zapříčiní selektivitu vůči negativně nabitým podnětům, zatímco terapeut pracovní vztah hodnotí převážně na základě své životní spokojenosti, což může být zkresleno sociální desirabilitou, která může vést k odmítání svých osobních konfliktů. Vzniká zde předpoklad, že případná diskrepance mezi osobní kvalitou života a pracovním vztahem s klientem je ovlivněna schopnostmi jako sebereflexe, kontrola protipřenosu a zkušenosti ze supervize. Counselman & Alonso (1993) navazují, že závažné onemocnění vyvolává v terapeutovi vědomé i nevědomé dilema, jako v každém člověku. Je vhodné, aby v takové situaci terapeut nemoc nepopíral, léčil ji a zpracoval její dopady na osobní i profesní život. Přes adekvátní přístup k podobné zátěži může dojít k narušení psychoterapeutovy práce,

případně psychoterapeutického vztahu nebo i k rezonanci s klientovými tématy. V rámci terapie se tedy objevují obavy ohledně sdílení těchto informací a ohledně případného zpracování klientovi reakce.

3.1.2 Proměnné na straně klienta a efekt terapie

Signifikantní efekt je zřejmý zvláště u klientů s nadprůměrnými mentálními schopnostmi, bohatějšími zájmy a nižší rigiditou. Za prediktor efektu můžeme označit i připravenost ke změnám a sympatie k terapeutovi. Logicky existuje souvislost s rozsahem a závažností vstupních potíží. Negativní vliv na účinek terapie mají komorbidity, obzvláště pokud se jedná o spojení s poruchami osobnosti. Pro pohlaví a věk se neprokázal zásadní vzorec dopadu na efekt terapie (Timuřák, 2005).

Pešek (2018) je přesvědčen, že pro úspěšnou psychoterapii je třeba, aby klient do terapie přicházel nebo během terapie nabyl tyto předpoklady: být motivovaný, pojmenovat a přijmout problém a zodpovědnost za řešení. Klientova důvěra ve své schopnosti podněcuje podle Huber et al. (2019) pevnější terapeutickou alianci, aktivnější spolupráci a menší interpersonální hostilitu. Přičemž bylo zjištěno, že již samotné aktivní zapojení klienta (i terapeuta) v rámci sezení je spojeno s lepším výsledkem terapie (Tryon & Winograd, 2011). Na základě toho můžeme předpokládat, že klienti musí vnímat i vlastní vliv na chod terapie, aby pro něj byla přínosná (Flückiger et al., 2018).

Z hlediska osobnostní charakteristiky vychází horší prognóza u depresivních klientů s perfekcionistickým nastavením (Blatt et al., 1995). Naopak vyšší míra přívětivosti se zdá být významná při formování počátečního terapeutického vztahu. Z hlediska dlouhodobějšího udržení aliance se prediktory přesouvají k otevřenosti a extraverci (Kushner et al., 2016).

Simon et al., (2015) pro přesnější porozumění vlivu interpersonálního chování na závažnost deprese vyhradili u klientů tyto interpersonální subtypy: mstivý, intruzivní, sociálně avoidantní, zneužitelný a chladný. Přičemž sociálně avoidantní skupina měla četnější zastoupení klinicky významně depresivních než subdepresivních. Pro mstivý subtyp tomu bylo naopak, zřejmě kvůli sociální agresi. Depresivní porucha se tedy zdá být spojována s interpersonálními faktory, které mohou ovlivňovat její intenzitu nebo rozsah a případně ovlivňovat i terapii.

Obtížný klient

Fischer et al., (2019) se pokusili odhalit, co pro terapeuta dělá pacienta obtížným, nebo složitým v rámci léčby. Došli k závěru, že jde o kombinaci faktorů diagnózy, kde mezi nejobtížnější patřila hraniční porucha osobnosti, zmíněna byla i deprese nebo patologie agresivního či sebedestruktivní chování. Dalším faktorem byl postoj k terapeutovi a léčbě, respektive odmítavý, náročný, rezistentní. Nadále negativní prožitky vyvolané v terapeutovi, na emoční úrovni: frustrace, beznaděj, vztek, odmítnutí; a na tělesné: emoční vyčerpání, tenze, ospalost a znužení. Posledním faktorem byl složitý kontext léčby, respektive pracovní prostředí. Tyto faktory se bezpochyby navzájem ovlivňují a v určité posloupnosti mohou vytvářet i z jinak „běžného“ klienta obtížného klienta.

Z dotazníkového šetření na 264 terapeutech, které provedl Deutsch (1984) byla vyvozena stupnice 27 prvků u klientů, vnímaných terapeutů jako nejvíce zatěžující. Mezi nejvíce stresující situace spadají: klienti se suicidálními sklony (61 %), nemožnost pomoci klientovi v akutním stresu (59 %), projevy hněvu vůči terapeutovi (58 %), stagnace klientova progresu (57 %), těžce depresivní klienti (52 %) a klientova apatie nebo nedostatek motivace (51 %). Fleet & Mintz (2013) taktéž uvádí, že je pro terapeuty velmi náročné pracovat s pacienty, kteří se záměrně sebepoškozují. V důsledku mohou terapeuti zažívat smutek, šok, úzkost, hněv nebo frustraci v závislosti na klientově progresu. Může dojít k vnesení těchto emocí do sezení, což vede k ovlivnění jeho chodu. Zároveň může dojít v terapeutovi k vyvolání pocitů vlastní neschopnosti, protože se klient neposouvá nebo regreduje. Navíc je zřejmé, že existuje vztah mezi depresí a sebepoškozováním, například ve formě regulátoru negativních emocí (Lundh et al., 2011; Weintraub et al., 2017).

Práce se suicidálními nebo sebepoškozujícími klienty vyvolává v terapeutech intenzivní pocity a zátěž. Společnou zkušeností terapeutů je dle Richardsové (2000, 333) to že: *„Jsou nejen konfrontováni s vysokým stupněm beznaděje, úzkosti a agrese, ale také se těmito pocity často ocitají napadeni.“* Dále rozvádí, že tito klienti jsou v sezení často extrémně nároční a současně pohrdaví. V sezení typicky prožívali v reakci na klienta beznaděj, bezmoc, pocity selhání, hněv, distres a smutek. Mimo sezení úzkosti a obavy o klienta.

Vnímání terapeuta

Podle výzkumu Rosenblatta & Greenberga (1991) depresivní osoby preferují sociální vztahy i běžné interpersonální interakce s depresivními lidmi oproti nedepresivním. V druhém případě následně z interakce pociťují větší míru úzkosti a hostility. Dle Schwartze & Flowerse (2012) mnoho klientů, obzvláště depresivních, se obává sdělovat své upřímné pocity, neboť se snaží terapeuta spíše potěšit než konfrontovat. Zpětná vazba na terapeutické spojení slouží ke zhodnocení a korekci jednotlivých sezení i celkového směru terapie. Je tedy záhodné v takových případech klienta podpořit a pokládat otázky týkající se užitečnosti proběhlého sezení.

3.2. Psychoterapeutický vztah

Termín vztah Vymětal (2010, 99) považuje za: „významovou souvislost pozorovaných jevů a myšlených pojmů, jimiž poznáváme, vykládáme a žijeme svět.“ Jedná se o „vztahování“, které bytostně patří k člověku. A dále uvádí, že lidé mají tři základní vztahové oblasti, které nesou význam pro psychoterapii:

1. vztahy, které má člověk sám k sobě,
2. vztahy k druhým lidem a ostatnímu subjektivně relevantnímu světu a
3. vztahy k vyšším hodnotám.

Vybíral & Roubal (2010) zdůrazňují, že napříč odlišnostem, všechny terapeutické přístupy mají jeden konstantně přítomný nástroj, kterým je terapeutický vztah, někdy nazývaný pracovní aliancí (Gómez Penedo et al., 2020). Výsledek terapie, respektive terapeutický efekt, je bezesporu závislý a ovlivněný právě kvalitou tohoto vztahu (Putrino et al., 2019; Vybíral & Roubal, 2010), což bylo opakovaně prokázáno i dalšími autory (Flückiger et al., 2018; Gómez Penedo et al., 2020; Horvath, 2011; Leach, 2005).

Vztah mezi subjekty v terapii stimuluje a ovlivňuje změnu u klienta. Cílem psychoterapeutického vztahu je tedy aktivace a kontrola terapeutického procesu, směřující ideálně k plánované žádoucí změně v osobnosti klienta (Vymětal, 2010).

Pro funkční terapeutický vztah, ve kterém se klient může ponořit do sebe a získat náhled, musí poskytnout terapeut klientovi naplnění potřeb bezpečí, přijetí, uznání a kompetence (Pešek et al., 2013). Kvalitní psychoterapeutický vztah se dle Vymětala (2010) vyznačuje vysokou mírou důvěry, naděje, akceptace a principiální rovností. Každý vztah prochází vývojem a proměnou míry subjektivní blízkosti. K „pozici“ terapeuta se Vymětal

(2010, 110) vyjadřuje následovně: „*Terapeut by měl být ve vztahu ke klientovi tak blízko, jak je jen možné, a tak daleko, jak je nutné.*“

Klient ve vztahu typicky projevuje:

- potřebu plné akceptace a touhu blízkého vztahu – současně nezávislost a suverenitu,
- autentické prožívání, myšlení a jednání odpovídající na projev terapeuta,
- přenos,
- prožívání, myšlení a jednání spuštěné aktualizováním potřeby a
- naučené chování (Vymětal, 2010).

Bachelor (2013) ve svém výzkumu poukazuje na odlišnou představu terapeutů a klientů o podstatě terapeutického vztahu. Terapeuti vnímají jako zásadní tyto komponenty: pracovní vztah, terapeutovu důvěryhodnost, klientovu angažovanost a důvěryhodnost a pracovní schopnosti klienta. Zatímco pro klienty se, kromě shody v pracovním vztahu, aliance skládá ze složek produktivní práce, aktivní angažovanosti, pouta, shody ohledně cílů a důvěrného progresu. Je tedy záhodno, aby terapeut pravidelně komunikoval na téma pracovní aliance, neboť očekávání klienta mohou být diametrálně odlišné.

Dle výzkumu Dahl et al. (2017) klienti vnímají terapeutovo nezapojení a „emoční vzdálenost“ v rámci sezení, což se nadále projevuje do přenosu a pracovní aliance. Pacienti, kteří mají zkušenost s přijímajícími, recipročními a obecně zdravými vztahy tento efekt tolik nepocítují, jako klienti se zkušeností jednostranných, nefunkčních vztahů. V druhém případě stačí i menší vychýlení terapeutových pocitů, aby došlo k zaregistrování odpojení a jeho negativního promítnutí do přenosu. U osob trpících depresí nabývá kvalitní vztah a terapeutovy reakce pravděpodobně ještě vyšší důležitosti, neboť dle Lane & DePaulo (1999) jsou dysforičtí lidé více citliví vůči detekování falešnosti a neupřímnosti v rámci interpersonální komunikace, zejména pokud se jedná o interakci s opačným pohlavím. Prozatím není jasné, co je příčinou fenoménu. Můžeme se však domnívat, že nejde o percepční abnormalitu, nýbrž o nižší starost ohledně mínění druhých a chybějící motivaci k přizpůsobení se druhým.

Zilcha-Mano et al. (2015) zkoumali efekt, který má terapeutovo hodnocení pracovní aliance s klientem na výsledek terapie. Je pravděpodobné, že aliance nabývající na pevnosti v průběhu času byla podnícena klesající přítomností symptomů. Tedy, že terapeut vnímá lepší pracovní alianci u klientů, kteří prokazují symptomatické zlepšení.

Vskutku se prokázalo, že úroveň aliance byla predikována zejména dle závažnosti přítomných symptomů, nezávisle na hodnotiteli. Pozoruhodné je, že v některých případech vedla slabší pracovní aliance k lepšímu konečnému výsledku. Autoři diskutují, zda je možné tento fenomén vyložit tak, že terapeuti distribuovali svoji pozornost podle úrovně aliance, respektive při poklesu došlo ke zvýšení snahy a při silném poutu k polevení.

Zlepšení terapeutického vztahu se může u submisivních klientů projevit zvýšením aktivity a otevřenosti v sezeních, což může například zamezit předčasnému ukončení terapie (Gómez Penedo et al., 2020) nebo jak již bylo uvedeno, ke zlepšení výsledku terapie (Tryon & Winograd, 2011). Falkenström et al. (2016) se dle výsledků své studie domnívají, že zlepšení kvality psychoterapeutického vztahu (v rámci KBT a IPT) u mírně až těžce depresivních klientů (N=84) pravděpodobně povede ke snížení depresivních symptomů již při následujícím sezení. Stejně tak lze předpokládat, že oslabení aliance může vést k následnému zhoršení symptomů. Je tedy třeba brát zřetel na tuto potenciální fluktuaci a být si vědom aktuálního stavu aliance. Studie Lorenzo-Luaces et al. (2014) ukázala, že psychoterapeutický vztah signifikantně koreluje s výsledkem terapie pouze u klientů, kteří prodělali méně než tři depresivní epizody. V opačném případě kvalita aliance již nesouvisela se změnou symptomů.

3.2.1 Přenos a protipřenos

Přenos a protipřenos reflektují kvalitu emočního vztahu dvou osob, existence těchto fenoménů je prakticky nevyhnutelná. V rámci terapie lze pozorovat určitou závislost na kompetentnosti a schopnostech terapeuta. Zmíněné jevy mohou způsobit nedorozumění, narušit terapeutický proces, nebo naopak odhalit důležité informace pro obě strany (Pešek et al., 2013). Kritická část terapeutického vztahu je proto utvářena právě terapeutovými intervencemi a vnímanými reakcemi klienta (Putrino et al., 2019). Vymětal (2003) rozlišuje tři základní typy přenosu a protipřenosu. (1) pozitivní, (2) negativní a (3) ambivalentní.

K tématu naslouchání v terapeutickém vztahu se mnoho profesionálů staví způsobem zaměřeným na hledání řešení, přičemž většinou mají nutkání hledat to, co uznají oni za vhodné, ne klient. Kopřiva (2013, 112) uvádí příklad: „*Systemické pojetí říká, že když člověk někomu něco říká, nikdy nemůže vědět, co vlastně sděluje. Teprve z odpovědi druhého pozná, jaký skutečně byl obsah jeho sdělení, jak druhý jeho sdělení přijal.*“

Přenos

Přenos můžeme definovat jako automatickou reakci klienta vůči terapeutovi, jejíž příčiny mohou být pro klienta často nezřetelné či nevědomé. Utváří se na základě předchozí zkušenosti klienta, terapeutova vzhledu, vyjadřování, postoje, gestikulace, či jiných podnětů. Může nabývat diametrálně odlišného náboje a povahy (Pešek et al., 2013). Klient se prakticky snaží terapeuta přijmout do svých vztahových rolí a někam ho zařadit, což je lidsky přirozené. Někteří klienti se však snaží o navázání takových vztahových tendencí, které mohou nabývat manipulativní nebo závislostní povahy, sloužící k udržení jejich patologie nebo sycení jejich potřeb. V takové situaci je na terapeutovi, aby se vyhnul spoluagování, které by vedlo pouze k uspokojení klientových potřeb (Poněšický, 2011).

Důležité je, uvědomit si, že terapie není statický proces. Je naopak interaktivní a intersubjektivní, neexistuje tedy čistý přenos. Klient od počátku reaguje na terapeuta, jeho protipřenos a subjektivitu (Poněšický, 2021). Někdy lidé popisují, že to, co cítí k druhému, se podobně odráží v tom, co druhý cítí k nim (Pešek et al., 2013).

U depresivních osob můžeme vycházet z předpokladu, že trpí specifickými nevědomými vnitřními konflikty, avšak agresi nesmějí projevit, a proto ji směřují dovnitř, respektive vůči sobě. Tento vnitřní konflikt se přirozeně odráží v přenosu i protipřenosu (Datz et al., 2016).

Protipřenos

Protipřenos můžeme definovat jako specifickou odezvu terapeuta na specifické chování a kvality klienta. Prakticky vždy se ale jedná o interferenci klienta s terapeutovým nevyřešeným tématem, emočním konfliktem nebo zranitelnou oblastí (Gelso & Hayes, 2007). Corey (2013) taktéž uvádí, že k protipřenosu dochází při vnesení nebo střetu s osobním nevyřešeným nebo citlivým tématem terapeuta. V důsledku pak u terapeuta dochází ke spuštění emoční reaktivity, defenzivní odpovědi či chvilkového „vystoupení“ z terapeutické přítomnosti. Kottler (2013) jej označuje přímo za agování.

Reakce může být pro klienta viditelná nebo nezřetelná, většinou se manifestuje ve formě pocitů, projevů nebo změny postoje (Sandler et al., 1992), dle Peška et al. (2013) se projeví stejně jako přenos v kognici, v emoci i tělesné stránce. Jelikož však může jít o automatickou reakci, často na klientův aktivní přenos, nemusí si být jejího spouštěče vědom ani terapeut. Ze subjektivního pohledu v terapeutovi může rezonovat i samotný klientův vzhled, ošacení, sexuální orientace atd. Mezi spouštěče objektivnější povahy

můžeme řadit nedochvilnost a neomalenost klienta, či neinformované rušení sezení. Dalším častým zdrojem protipřenosu je práce s obtížnými klienty, kteří zastávají ambivalentní přístup k terapii s nízkou ochotou spolupráce. Mimo jiné se jedná o depresivní klienty, očekávající okamžité vyléčení. (Pešek et al., 2013).

Průběh a zdar v sezeních se také odráží do přenosu a protipřenosu. Pocit mizivého či negativního pokroku v terapii může vést k rozhořčení nebo bezradnosti terapeuta. Stejně tak i afektované, nevhodné či naopak apatické projevy mohou u některých terapeutů spustit protipřenos (Pešek et al., 2013). Jejich výskyt může vést k nedorozumění nebo narušení vztahu, mají tedy zásadní vliv na chod terapie. Proto je nutné, aby jej terapeut byl schopen odhalit, přijmout a řešit (Vybíral & Roubal, 2010). Identifikace a výklad může být složitý, neboť může nabývat rozličných povah. Pešek et al. (2013) uvádí jejich výčet: mírně pozitivní, obdivující, ochranný, erotický, nedůvěřivý, bojácný, soupeřivý, útočný a pohrdavý.

Protipřenos je důležitým doplňkem pro porozumění tomu, jak pacient působí na okolí a jak na něj jeho okolí pak asi reaguje a zdali tyto reakce mají nějaký podíl na posílení nebo udržování patologie (Poněšický, 2011). Dle Brøsholen et al. (2022) existuje korelace mezi terapeutovými pocity a tím, jak prožívá a ovlivňuje pracovní alianci. Je tedy možné, že pozitivní protipřenos bude souviset s terapeutem pozitivně vnímanou aliancí. Signifikantní vztah mezi emocionálními reakcemi (protipřenosem) terapeuta a procesem i výsledkem terapie prokazuje i Dahl et al., (2017), zejména při práci s klienty s historií nefunkčních vztahů. K tomu Gómez Penedo et al. (2020, 22) dodávají, že: „*Bez ohledu na pacientovy interpersonální problémy, zlepšení terapeutické aliance může být obecně při terapii deprese považováno za prospěšné.*“

Obzvláště u začínajících terapeutů je nutné, aby se naučili klienty vnímat jako samostatné a za sebe zodpovědné bytosti. Nejlepší službu může terapeut poskytnout, když bude plně soustředěn a přítomen v sezení, avšak nepřebírat zodpovědnost za klientův život mimo sezení. Pokud takto neučiní, může dojít k pohlcení klientovými problémy a narušení efektivity terapie a celkového růstu klienta (Corey, 2013). Je zřejmé, že dochází k vyvolání rozdílného protipřenosu i na základě diagnózy nebo typu klienta (Brody & Farber, 1996; McIntyre & Schwartz, 1998). Kdy depresivní pacienti vyvolávají v terapeutech spíše podpurný pozitivní projev, ve kterém převažuje empatie, soucit a péče. Zároveň ale vnímají i negativní dopady práce na vlastní osobu, a to převážně ve formě znudění a potenciálního vyvolání vlastní deprese (Brody & Farber, 1996).

Pokud terapeut nezná své konflikty, potřeby a další témata, měl by se jim věnovat ve své osobní terapii, ne na úkor klienta. Rozhodně by se nemělo stát, že bude terapeut využívat přenosu klienta k řešení svých témat. I přes to, že asi není možné zbavit se všech břemen, je možné se v nich orientovat, rozumět jim, umět s nimi nakládat a znát své limity (Corey, 2013). Psychoterapeuti s vlastní psychiatrickou historií uvádějí v rámci praxe protipřenos na klienta, se kterým se identifikují, nebo který se ocitnul v podobné situaci. Protipřenos uznávali jako prvek, který pomohl jim i jejich klientům, avšak nabýval i negativní povahy. Vzbuzoval u terapeuta diskomfort, úzkost, frustraci a vzpomínky na těžké období, kterým si procházel. Někteří zmiňovali, že jejich zranitelnost a depresivní pocity měly dopad i na klienty. Přínosem však bylo zvýšení důvěry v rámci vztahu. Terapeuti díky své zkušenosti vnímali hlouběji, co se v klientovi děje a snadněji udrželi víru v úzdavu obdobného stavu. Přesvědčení o možnosti a efektivitě léčby narůstalo i u klientů, při zjištění, že ten „fungující“ terapeut před nimi na tom byl kdysi podobně (Cain, 2000).

3.2.2 Další fenomény v terapeutickém vztahu

Rezonantní témata

Při konfrontaci s tématy či situacemi, které v nás vzbuzují těžké prožitky máme tendence se jim vyhýbat, pomocí osvojené strategie utéct, aby se nám ulevilo. Toto řešení je mnohým vlastní, avšak nevede k vyřešení jeho příčiny. Odmítáním pocitu z důvodu studu, strachu, pocitu viny povede pouze k odvrácení se od něj, nikdy nepoznáme jeho zdroj a význam. Pro změnu v prožívání nějakého pocitu je třeba, abychom „tam s ním byly“, což může být nepředstavitelné, vyvolávající nezvladatelné emoce, a tedy přílišné riziko. Změna musí vycházet zevnitř prožívajícího, ne z vnějšího objektivního popisu. Aby pocit dostal nějakou podobu či tvar, je třeba pozastavení se u něj, otevření se, pátrání po reakcích spuštěných různými podněty (Kopřiva, 2013).

Kopřiva (2013) je přesvědčen, že existuje přímá úměra mezi naší schopností vlídného vnímání vlastních obtíží a připraveností akceptovat obtížné osoby. Neboť je přirozené, že nám u druhých vadí charakteristiky, které vzbuzují nepřipustné pocity u nás samotných. Zvědoměním a přijutím našich tabuizovaných pocitů bez jejich implementace do vlastních norem chování, dojde ke snížení až eliminaci vnitřní tenze z lidí, kteří ji v nás dříve vyvolávali.

Dle výzkumu Kirk et al. (2000) jedinci, kteří dříve trpěli depresí (MDD) vnímají projevy onemocnění jako závažnější než respondenti, kteří nikdy nebyli diagnostikováni jako depresivní. Zatímco podle Wernicke et al. (2006) nebyl nalezen rozdíl mezi respondenty, s a bez psychiatrické historie depresivní poruchy, v rozsahu a intenzitě vnímání zátěže způsobené depresí u druhých osob. Přesto se zdá, že osoby s depresivní historií jsou schopnější poskytnout empatický přístup, není však jisté, že je to zapříčiněno i jinými faktory.

Hranice

U pomáhajících profesí se můžeme ve vztahu s klientem setkat na straně profesionála s dvěma fenomény v oblasti překročení hranice. Prvním je tendence přebírat kontrolu nad klientem, druhým je tendence obětovat sebe pro klienta (Kopřiva, 2013).

Bez ohledu na snahu o rovnost ve vztahu má odborník vždy mocenskou výhodu, neboť poskytuje pomoc, zatímco klient ji vyžaduje. Z tohoto pohledu si musí terapeut uvědomit, že každý jeho projev moci vyvolá nějak nabitou reakci v prožívání klienta (Kopřiva, 2013).

Pokud se terapeut nezdravě identifikuje nebo dokonce splývá s klientem, ztrácí tak objektivitu a mnohdy i přesvědčení o svých kompetencích. Je tedy nutné, aby byl terapeut schopen reflektovat dopad klientovy situace na vlastní emoční pohodu a zdroje (Schwartz & Flowers, 2012). Splývání v terapeutickém vztahu ze strany terapeuta si lze představit jako navození potřeby terapeuta u klienta (např. sebeobětování pro klienta). V tomto kontextu je nutné v terapeutickém vztahu užívat empatie, která umožňuje vcítit se do klienta a porozumět mu, aniž by došlo k pohlcení emocemi či situací klienta a ztrátě hranic. Terapeut je poté schopen zprostředkovat pomoc podle potřeb klienta, namísto svých emočních potřeb (Kopřiva, 2013). V rámci uspokojení potřeb Vymětal (2003) upozorňuje na fenomén koluze, při kterém navazují dva jedinci určitý komplementární vztah na základě neuvědomované potřeby.

Sebeodhalení taktéž spadá do spekulativní oblasti, neboť existuje mnoho proměnných (čas, obsah, intimita, zpracování atd.) na základě kterých se výsledný efekt může diametrálně lišit. Zprvu je vhodné rozdělit sebeodhalení na základě typu obsahu na: faktické, pocitové, vhlédové, strategické, ujišťovací, bezprostřední a sebeodhalení prožitou výzvou. Každé má jiná „pravidla“. Za předpokladu, že k odhalení (adekvátně osobního) dojde za vhodných podmínek, je pravděpodobné, že terapeut bude vnímán lidštvější, klient

může pociťovat vyváženější pozici ve vztahu, vnímat důvěru terapeuta, nebo uvědomění, že podobná situace lze řešit. Dochází ke komplementárnímu zlepšení terapeutického vztahu. Je však nanejvýše doporučeno vnášet pouze takové údaje, které má terapeut vyřešené. Taktéž je vhodné po odhalení navést pozornost zpět na klienta a jeho situaci a samozřejmě celkově praktikovat s mírou (Knox & Hill, 2003). Vybíral & Roubal (2010) vnímají problematiku sebeodhalení jako kontroverzní. Pokud je dobře vybráno a korigováno, může být užitečné, vést k ujištění. Motivem však nesmí být konfrontace nebo soutěž. Corey (2013) vnímá u sebeodhalení obrovský potenciál pro vývoj terapie, v závislosti, jak s ním terapeut dokáže naložit. Nejlepší efekt nabývá, pokud je vztaženo k tomu, co se právě v sezení odehrává mezi terapeutem a klientem.

Někteří terapeuti holdují kontaktu s klienty i mimo sezení. Přínosem může být zprostředkování první pomoci v případě potřeby, avšak vyvstává více negativních dopadů než potenciálních výhod. Klient se může stát na kontaktu s terapeutem závislý, zamezuje se tak i rozvoji a učení k samostatnému naplňování potřeb. Opakem je terapeut izolovaný, který je vůči pocitům a situaci klienta netečný, neangažovaný. Držení emočního odstupu může mít vědomou (účelovou) i nevědomou podstatu. To může vést k odtažitosti klienta, vzbuzení pocitu lhostejnosti, nebo nenormálnosti jeho prožitků. Opět je kladen důraz na reflexi (Schwartz & Flowers, 2012).

Odpor

Odpor lze definovat jako fenomén, kdy se klient nějakou formou brání terapii skrze spolupráci s terapeutem. Obecně se může projevat odmítavým chováním, projevy či náznaky ze strany klienta v sezení nebo mimo něj. Příkladem může být nemluvnost, zpochybňování terapeuta a svých potíží nebo nedochvilnost (Pešek et al., 2013; Vymětal, 2010).

Zdrojem odporu u klienta může být stigmatizace terapie, pocit vlastní insuficience, ztráta naděje na pokrok, nevnesené téma, narušení terapeutického vztahu, strach z konce terapie (Pešek et al., 2013; Vymětal, 2010), snaha potlačit konfliktní myšlenky a pocity, (ne)vědomý pocit ohrožení z odhalení určitých informací (Beutler et al., 2010). Příčina může být na straně klienta i terapeuta. U terapeuta může být zásadní přítomnost osobních nebo profesních problémů, které přenáší do terapie nebo podle nich v terapii nevhodně postupuje (Pešek et al., 2013). Kottler (2013) doporučuje při nárazu na odpor hledat zdroj nejdříve spíše v sobě, tedy v terapeutovi nežli zkoumat část klientovu.

Pravděpodobnost vzniku odporu také souvisí se závažností klientova duševního onemocnění. Vyšší výskyt je patrný u onemocnění ovlivňující náhled a spolupráce, například tedy poruchy osobnosti, mentální retardace a těžké depresivní poruchy (Pešek et al., 2013). Leahy (2003) popsal mimo jiné depresivní odpor v terapii, který nabývá schématu minimalizace rizku na úkor zisku (viz str. 18). Je charakteristický klientovým uhýbavým chováním, odmítáním naděje a předpokládaným zklamáním, což paradoxně eliminuje možnost zlepšení nebo pokroku. Kladou důraz na irelevantní informace, které jsou v souladu s jejich negativním schématem. Takoví klienti se podle Leahyho (2003, 357) v terapii projevují přesvědčením, že: *„optimismus skýtá risk a to jedno ,vítězství‘, které mohou mít, je v bránění jejich negativní pozice v terapii.“* Není tomu tak, že by depresivní klient chtěl zůstat v takovém stavu, z vnějšího pohledu jednání sice působí iracionálně (neusiluje o změnu k lepšímu), avšak z vnitřní pozice depresivního jedince se jedná o logické a strategické jednání, které má primárně zamezit dalším ztrátám. Vymětal (2010) dodává že je příhodné, aby terapeut věnoval pozornost, u jakého klienta, v jaké fázi a jakým způsobem vzniklý odpor registruje, neboť u lidí příliš submisivních či utlumených může jít naopak o vítaný projev sebeprosazení.

4 PRÁCE S DEPRESIVNÍM KLIENTEM

Od terapeuta se očekává, že bude vždy pro své klienty připravený. V rámci pracovního vztahu by měl poskytovat potřebnou péči ve formě pozornosti, podpory, trpělivosti a přijetí. Tyto předpoklady si na terapeutovi samozřejmě vybírají určitou daň, jejich naplnění je obzvlášť psychicky vyčerpávající a v důsledku toho ne vždy reálné (Schwartz & Flowers, 2012). Práce s depresivními klienty vyvolává v terapeutech negativně nabitě reakce v psychické i tělesné dimenzi. Můžeme předpokládat, že některé tyto pocity jsou způsobeny povahou sezení, jiné zrcadlením vnitřních prožitků klientů (Putrino et al., 2019). Donner & Schonfield (1975) dodávají, že intenzita terapeutovy reakce na vliv klienta je pravděpodobně ovlivněna mírou diskrepance mezi ideálním a reálným self. Ohrožení jsou převážně začínající terapeuti, neboť se zdá, že se diskrepance s praxí konverguje. Se závěrem, že se kontrola nad stresujícími prvky i protipřenosem zvyšuje s délkou terapeutovi praxe, souhlasí i McIntyre & Schwartz (1998).

Výzkum Datz et al. (2016) se zaměřil na prozkoumání prožitků a reakcí terapeutů v sezení s depresivními klienty, konkrétně na strukturu a povahu interakce mezi terapeutovým protipřenosem a klientem. Ukázalo se, že pozitivní protipřenos vyvolává u pacienta pozitivní odezvu, která později ve vztahu k následujícímu sezení opět podněcuje pozitivní protipřenos. K tomuto jevu docházelo až v průběhu terapie, nikoliv na začátku léčby, což naznačuje souvislost s pracovní aliancí, která není v počátku zavedena. Vyzdvihují tak významnost porozumění interpersonální dynamice, jakožto elementu, který může vést k úspěšné terapii nebo naopak předčasnému ukončení, obzvlášť pak při práci s depresivními klienty.

4.1. Rizika psychoterapie s depresivními klienty

Distres vyvolaný v rámci terapie s emočně náročnými klienty je poměrně přirozený, jeho intenzita však může být zapříčiněna určitými složkami empatie. V dlouhodobé perspektivě může negativně ovlivnit kvalitu života, vzhledem k předpokládané vazbě na vyhoření a sekundární stresovou traumatizaci. Protektivním faktorem se zdá být kognitivní složka

empatie, je tedy pravděpodobné, že při jejím opomíjení dochází k oslabení diferenciaci terapeuta a klienta a většímu „zaplavení“ terapeuta (Laverdière et al., 2019).

Dle studie Putrino et al. (2019) se při práci s depresivními klienty (dg. MDD) u psychologů dostávají negativně nabitě reakce v emoční i fyzické doméně a pravděpodobně jsou v závislosti na prožívání a stavu klienta. Přítomnost emoční zátěže popisovalo 72 % terapeutů (N=43). Reakce na klienta nabývaly podoby hněvu, úzkosti, distresu například v případě odmítavého přístupu nebo nevnímání progresu terapie. Dále se dostavovala beznaděj, či zpochybnění vlastních schopností. V tělesné rovině na sobě terapeuti pozorovali vyčerpání a frustraci, která se projevila v podobě ospalosti (u 27,5 %) pramenící z repetitivnosti obsahu sezení. Únavu a vyčerpání (27,5 %) v průběhu nebo před začátkem sezení. Někteří (10 %) zažívali bolesti břicha nebo byli nervózní, když klient sděloval své suicidální myšlenky. Tyto dopady na terapeuty jsou pravděpodobně spojeny s monotónní tendencí sezení a minimálními změnami dosaženými mezi sezeními. Z podstaty zmíněného fenoménu se autoři domnívají, že terapeuti zrcadlí některé vnitřní prožitky svých klientů. Zároveň tedy předpokládají, že se vyvolaná reakce u terapeuta bude lišit v závislosti na typu diagnózy.

Kottler (2013) zdůrazňuje náročnost terapeutické práce a její dopady na terapeuta, obzvláště po letech praxe. Připouští možnost rozvoje symptomů podobných těm, se kterými přichází klienti, tedy frustrace, stažení do sebe, deprese, vyhoření. Tyto aspekty práce ovlivní sebepojetí, práci i životní styl. Dle Settineri (2014) profesionálové starající se o psychicky nemocné pacienty, vykazují větší emoční zátěž a horší vyhlídky v oblasti kvality života nežli odborníci starající se pouze o fyzicky nemocné pacienty.

4.1.1 Stres

Klient

Existuje rozličné množství stresorů, které během práce psychologů pocítí, zde se zaměříme primárně na zdroj jménem klient. Klienti mohou přicházet s nereálnými požadavky, s náročným chováním, odmítavým či vyhýbavým přístupem. Ať už se jedná o dopad psychické nemoci nebo ne, způsobuje to určitou úroveň stresu (Kottler, 2013).

Zvláště, ale ne pouze, u začínajícího terapeuta může vyvolat stres klient, který se pohybuje po sinusoidě. Dvě sezení se zlepšuje, poté se jeho stav zhorší, nebo ještě hůře naopak, kdy prvně přichází zhoršení. Terapeut tak může začít pochybovat o svých schopnostech a nevědomky je vnášet do terapie (Corey, 2013).

Prevence a zvládání

Kopřiva (2013) jmenuje tyto tři oblasti jako hlavní prediktory pro zvládání stresu. (1) Životní styl, zahrnující fyzické a psychické nakládání s vlastním tělem, organizaci času a syćením zájmů, dále (2) mezilidské vztahy, přesněji sociální zázemí v osobním životě. Posledním je (3) přijetí sebe samého, ač univerzálně platné pro všechny lidské bytosti, pro terapeuty se jedná o pracovní požadavek. V opačném případě se člověk vystavuje vnitřnímu konfliktu svého obrazu, orientuje se dovnitř na své nedostatky. Není schopen přijmout klienty, kteří projevují jeho vlastní nepřijatelné nebo interferující rysy. Konflikty či deprivace v těchto oblastech většinou vyčerpávají mnoho energie.

Emoce a regulace

Emoce a jejich regulace jsou podle Lazaruse a Folkmanové (1984) nedílně spojeny se zvládáním stresu, neboť jde o akci, ve které člověk porovnává své zdroje pro zvládnutí situace, důsledky v případě nezvládnutí situace, a hlavně potenciálně přehodnocuje význam situace. Právě regulace nepřijatelného může probíhat snahou o změnu prožívaného v přijatelnější. Děje se tak za pomoci exprese, odmítnutí, apatie, denního snění nebo hledání opory. Slaměník (2011) upozorňuje na to, že výraz tváře, gestikulace, hlas i pozorovatelné neurofyzilogické změny jsou součástí emoční regulace, kterou můžeme dělit na spontánní a hranou. Spontánní projevy jako hněv, radost, vztek a znechucení se těžce kontrolují a sociální okolí je vůči nim většinou velmi vnímavé. Vnější projev vnitřních emocí můžeme tedy nazvat úsilím o kontrolu, vzhledem k vědomí negativní odezvy okolí v případě nevhodného projevu.

Prožívání stresu vede k ovlivnění funkce osy hypofýza-hypothalamus-nadledvinky, která reguluje sekreci kortikoliberinu (CRH) z hypothalamu, který poté stimuluje sekreci adrenokortikotropního hormonu (ACTH) z hypofýzy, který zvyšuje produkci glukokortikoidů, převážně kortizolu v nadledvinkách. Chronický stres tedy vede k dysregulaci HPA osy, respektive ve formě trvale zvýšené hladiny kortizolu a celkově vyšší náchylnosti k patologiím (Tafet, 2003). Dle Høifødt et al. (2019) existuje signifikantní vztah mezi zvýšenou hladinou kortizolu ve slinách odpoledních hodinách a depresivní symptomatikou, a to již u mírně až středně depresivních osob. Lze tedy předpokládat, že psychosociální stres může sloužit jako potenciální spouštěč depresivní poruchy. Stejně tak že normalizace funkce HPA osy, ať medikací nebo terapií, může být prevencí, či terapií při léčbě afektivní poruch (Tafet, 2003).

Vykonávání práce, která díky své specifické povaze vyvolává stres, je dle Siegrista (2008) spojeno s rozvojem deprese. Konkrétně se jedná o pozice, ve kterých jsou vysoké nároky a nízká míra autonomie, nebo kde je třeba vysokého výkonu, bez adekvátního ohodnocení. Stresory (i mimopracovní) se mohou kumulovat, v takovém případě dochází k postupnému či rázovému zvýšení rizika rozvoje deprese (Siegrist, 2008; Suzuki et al., 2018). Taktéž existuje riziko rozvoje syndromu vyhoření z podstaty práce, která sebou nese široké spektrum stresorů (Murtagh & Wollersheim, 1997).

4.1.2 Burnout syndrom

Burnout syndrom, neboli syndrom vyhoření, se projevuje specifickou fyzickou, emoční únavou a vyčerpáním. Nadále sníženou pracovní motivací, výkonností a negativním postojem vůči sobě i okolí (VandenBos & APA, 2015). Postižená osoba taktéž bývá často agitovaná s převládajícím depresivním laděním a narušenými pracovními schopnostmi (spokojenost, kvalita odvedené práce, vztahy s okolím). Typicky dochází k rozvoji „profesionálního cynismu“, který v praxi může vést k poškození klienta. Stran profesní sféry dochází i k zasažení osobního života, tedy terapeutových zdrojů, čímž se může dostat do bludného kruhu, který může vést k rozvoji deprese. Z hlediska etiopatogeneze jde o neadekvátní nebo zanedbanou psychohygienu, dlouhodobé strádání ve zdrojích, doprovázené tápáním po smyslu vlastní práce (Vymětal, 2010; Kopřiva 2013) způsobené dlouhodobou nadměrnou pracovní zátěží pod tlakem (Westwood et al., 2017). Nejčastěji se tak děje u profesí v sektoru služeb (VandenBos & APA, 2015), tedy i u odborníků na duševní zdraví (Delgadillo et al., 2018). Kottler (2013) upozorňuje, že je zásadní si uvědomit, že vyhoření má plíživý progresivní charakter, má tedy určité fáze a nabízí se tedy termín „chátrání“ namísto „vyhoření“. V terminální fázi může dojít u terapeuta k výskytu podobných symptomů, jako u příchozích klientů (Kottler, 2013).

Kopřiva (2013) popisuje tři cesty vedoucí k syndromu vyhoření:

1. *Ztráta ideálů*, kdy pracovní nadšení a zápal nedostává adekvátní odezvu. Nedosažitelnost se promítne do pochybností o vlastních schopnostech a smysluplnosti práce.
2. *Workaholismus*.
3. „*Teror příležitostí*“, kdy se s každým dodělaným úkolem objeví dva nové, kterých by byla škoda nevyužít, bez ohledu na dostupné zdroje. Nejde o nutkání jako u workaholismu, spíš o nedostatek řádu a soudnosti.

Z etické stránky, může docházet k neempatickému jednání, narušení terapeutického vztahu, nastavených hranic a předčasnému ukončení terapie samotné. Pro terapeuta poté může být těžké udržet si integritu ve vztahu ke všem klientům, může to vnímat jako neschopnost vykonávat svoji profesi, což vyvolává další tlak. Jako tři hlavní pilíře prevence jsou považovány supervize, sebepozorování a intervence či nápomoc od kolegů (Everall & Paulson, 2004).

Podle Delgadillo et al. (2018) existuje vztah mezi terapeutovou úrovní vyhoření a efektivitou jejich terapeutické léčby. Nižší zapojení do léčby ze strany terapeuta může vést k narušené schopnosti navázat empatický kontakt, což ohrožuje pracovní spojení, či terapeutický vztah. Horší výsledky vedly k nižší spokojenosti s prací, což korelovalo s vyššími indexy vyhoření.

Kottler (2013) uvádí preventivní a protektivní faktory proti a při syndromu vyhoření:

- proaktivní změny pracovních podmínek směrem k lidskému prostředí,
- stanovení hranic, které povedou k redukci denního stresu,
- konfrontace zdrojů negativních postojů,
- věnovat se reflexi, meditaci,
- změna pořadí terapií,
- vyhledání nového supervizora,
- nástup do osobní terapie,
- zvýšit počet mimopracovních aktivit,
- vést deník se záznamy o zotavovacím procesu a
- zvážit nové profesní zaměření, nebo alespoň novou terapeutickou metodu.

Dle studie Holmqvist a Jeanneau (2006) existuje signifikantní vztah mezi vyhořením a pocity chovanými vůči pacientovi. Neochota, odmítnutí a odtažené pocity korelovaly s vyhořením, zatímco přijetí, blízkost a nápomoc nikoliv. Největší souvislost se nacházela na dimenzi odmítnutí-přijetí. Ve které se jednalo konkrétně o pocity únavy, lhostejnosti a rezervovanosti vůči pacientovi, oproti projevům entusiasmu, soucitu a zájmu.

4.1.3 Nakažlivost deprese

Ve svém experimentu Coyne (1976) prokázal určitou formu nakažlivosti deprese skrze telefonickou komunikaci, tedy i bez osobního kontaktu, u žen. Na jedné straně telefonu byly osoby trpící depresí, na druhé straně klinicky nedepresivní populace.

Depresivní pacienti při interakci s druhými vyvolávali po skončení rozhovoru negativní naladění, respektive příjemci se vnímali více depresivní, úzkostliví a hostilní. Nakažlivost depresivních symptomů byla prokázána i ve studii Stevense & Prinsteina (2005) mezi adolescentními vrstevníky. Vystavení depresivním symptomům a depresivnímu atribučnímu stylu blízkého přítele je faktorem, který posiluje tendence směřující k vlastním depresivním symptomům, nejedná se však o kauzalitu. Tento efekt je dozajista ovlivněn orientací na vrstevníky, která je pro adolescenty vývojově typická.

Můžeme říci, že fenomén nakažlivosti deprese byl prozkoumán již mnohými autory, se shodou na jeho existenci (Horesh et al., 2021) a důkazy v rámci interpersonálních interakcí blízkých osob (Joiner & Katz, 2006; Rosenquist et al., 2010; Zalk et al., 2010), náhodných spolubydlících (pouze při vysoké potřebě ujištění; Joiner, 1994), neznámých jedinců (Coyne, 1976; Joiner & Katz, 2006; Strack & Coyne, 1983), nebo při procházení materiálů s depresivním obsahem (audio-video nahrávky nebo textové dokumenty; Joiner & Katz, 2006).

Práce s klienty, kteří se sebepoškozují nebo mají suicidální sklony je pro terapeuty náročná a poznamenává jejich profesní i osobní život, a to převážně pro odlišný přenos a protipřenos v rámci těchto vztahů. Terapeuti často popisovali bezmoc, hněv, lítost, úzkost a zklamání. Někteří měli pocit, že pro klienta nemohou nic udělat, protože jim v tom svým chováním záměrně zabraňoval, vyvolával pocity selhání, aby si potvrdil a ospravedlnil bezvýchodnost své situace. Jiný odborník pocítoval při práci extrémní únavu a útlum, jako kdyby z něj v průběhu sezení pacient vysával elán. Jiní propadli pocitům selhání jako terapeut, i jako člověk, neboť nebyli schopni najít vhodná slova nebo způsob práce, případě je klienti přesvědčili o podílu viny (Richards, 2000).

Horesh et al. (2021) tvrdí, že v případě nakažení u depresivní poruchy je nejčastěji zdokumentovaný přenos kognitivních nastavení (schémat), respektive negativních přesvědčení o své osobě, ostatních lidech a světu. Murtagh a Wollersheim (1997) dodávají, že terapeuti, kteří při práci s depresivními klienty využívají určité copingové strategie zvládají doprovodný stres a neregistrují indukci dysforické nálady ani jiných symptomů deprese. Převážně se jednalo o strategie zaměřené na řešení a sebekontrolu.

Emoční nakažlivost

Nakažlivost deprese, či některých jejích symptomů může být vysvětlena skrze emoční nakažlivost. Jedná se o fenomén, při kterém emoce (jejich faciální exprese) jedince

aktivují podobné emoce u jiných osob (Yamashita & Yamamoto, 2021). Hatfield et al., (2014) považují emoční nakažlivost za komplexní jev, který je utvářen vícerymi faktory (kognitivně, behaviorálně, psycho-sociálně), neboť se vždy jedná o nějaký stimul ze strany jedince, percepci a interpretaci druhými. Proto jsou přesvědčení, že v případě jednoduchých emocí je nákaza instantní a všudypřítomná skrze mimikry-zpětná vazba-nákaza. Dle Olszanowski et al., (2019) je pravděpodobné, že mimikry jsou součástí mediace emoční nákazy, avšak je takřka zřejmé, že zastupují pouze jeden z faktorů v tomto procesu.

V případě vystavení pozorovatele snímkům osob s veselým nebo smutným výrazem dochází u jedince k nárůstu skóru u korespondující nálady a zároveň k poklesu skóru v protichůdné náladě. Tohoto výsledku dosahovali jak nedepresivní, tak sub-depresivní respondenti (Yamashita & Yamamoto, 2021). K emoční nákaze či indukci došlo taktéž v případě vystavení audiozáznamu (Neumann & Strack, 2000; Renner et al., 2017) nebo videozáznamu (Olszanowski et al., 2019), kdy byla prokázána i vazba mezi pozorovaným, faciální expresí a prožívanými emocemi, přičemž smutek a vztek nevykazoval tak zřetelné propojení výrazu a prožitku jako radost. Emoční nakažlivost byla potvrzena i v rámci interakce v online prostředí (Tang et al., 2021).

Podle Fischer et al. (2003) lidé projevují emoce v různé míře v závislosti, zda jsou sami, nebo ve fyzické přítomnosti někoho jiného. O samotě se méně smějí, mají větší sklon k pláči. Naopak v přítomnosti druhých se v závislosti na interpersonálním vztahu a roli prožitky amplifikují nebo utlumují. Expresivita ostatních a emoce, které z projevu vnímáme zásadně ovlivňují naše vnímání projevu a následné emoční vyjádření. K nákaze emocemi dochází snadněji ve vztahu, který je těsný, neboť jsou zúčastnění více angažováni v pochopení prožívání druhého. V případě sociálně (normativně) asymetrického vztahu dochází dle Slaměníka (2011) přirozeněji k přenosu od osoby s vyšším sociálním statutem k osobě nižšího postavení.

Parkinson et al. (2005) jsou přesvědčeni, že sociální interakce vždy zahrnuje emoce, které ovlivňují prožívání a chování zúčastněných osob. Konkrétně uvádí tři procesy, na základě kterých dochází k vzájemnému emočnímu ovlivňování:

- *emoční nákaza* – přímý přenos emocí z jedné osoby na druhou,
- *interpersonální posílení* – vyjádření druhých přímo motivuje naše prožívání nebo chování a

- *sociální ohodnocení* – emoce vyvolána jako důsledek vnějšího ohodnocení.

Orel (2015) navíc upozorňuje na provázanost limbického systému a ostatních částí mozku, kvůli které musíme brát v potaz, že každá emoce bude mít korespondující reakci na tělesné úrovni.

Zrcadlové neurony

Zrcadlové neurony, spadající mezi vizuomotorické neurony, byly prvotně objeveny u opic rodu makak v oblasti F5 premotorické kůry (di Pellegrino et al., 1992). Své označení dostaly kvůli podmínkám, ve kterých dochází k jejich aktivaci. Tedy při vykonávání určité aktivity, ale i při pozorování podobné činnosti u jiných tvorů. Pro aktivaci však byla nutná interakce mezi biologickým prvkem a objektem. Dalo se tedy domnívat, že jejich funkce souvisí s umožněním imitace a základního porozumění druhým. Později byla jejich existence potvrzena pomocí TMS i u lidí (Rizzolatti & Craighero, 2004).

K funkci zrcadlových neuronů se někteří autoři vyjadřují odlišně. Například Rizzolatti et al. (2004) jsou přesvědčení, že jejich funkcí je porozumění akcím a úmyslům druhých, neboť když jedinec vidí akci provedenou někým jiným, dochází k automatické aktivaci neuronů pozorovatele, které ji reprezentují. Probíhá tedy přeměna vizuální informace ve znalost. Caggiano et al. (2012) se domnívají, že aktivace neuronů je závislá na subjektivní vnímané hodnotě podnětu, což by naznačovalo zahrnutí kontextu situace a porozumění úmyslu druhých. Dle Bonini & Ferrari (2011) se podílí na rozpoznávání akcí druhých. Lze tedy předpokládat, že propojují sensorický popis a jednotlivé motorické reprezentace. Taktéž je možné, že zprostředkovávají predikci cíle jednání druhých. Je zde také pravděpodobnost, že se podílí i na napodobování a sociálním učení. Orel (2015) zastává právě širší pohled, udává že z takovýchto procesů nelze vyloučit paměť a zkušenost. Můžeme tedy očekávat i jistou formu sociálního učení nebo normalizaci určitých činností, kterým jsme opakovaně vystavováni.

Vzhledem k tomu, že dochází k aktivaci totožných oblastí v mozku při prožívání emocí a pozorování emocí druhých osob, mohou být zrcadlové neurony klíčovým prvkem pro porozumění přenosu prožitků a traumat v rámci klinické praxe. Stejně tak v případě, že terapeut má historii traumatu může dojít k rezonanci a silnější reakci na pacientovo trauma a spuštění kaskády stresové reakce, což může ovlivnit terapeutickou kapacitu (Isobel & Angus-Leppan, 2018). Jestli jsme schopni na základě funkce zrcadlových neuronů vnímat

část psychického stavu druhých, tak je poměrně jisté, že každý klient vnímá svého terapeuta, respektive jeho naladění, zájem a přesvědčení o smyslu dalšího postupu v terapii. Pokud dojde k identifikaci s postojem terapeuta, můžeme předpokládat kongruentní naladění vedoucí ke zvýšení motivace v zapojení u klienta (Poněšický, 2011).

Můžeme říct, že intenzita přenosu obsahu (pozitivního i negativního) pomocí zrcadlových neuronů je přímo úměrná míře těsnosti vztahu mezi subjekty (Orel, 2015), stejný vztah uvádí Fischer et al. (2003) zmíněný výše v případě emoční nakažlivosti. Lze tedy předpokládat, že přenos roste a klesá vzájemně s kvalitou vztahu.

4.1.4 Další fenomény založené na empatické zátěži

Každodenní vystavení klientům, jejich potížím, nemocím a traumatům, včetně snahy o navázání blízké empatické pracovní aliance, se může převážně na osobách v pomáhajících profesích podepsat formou zátěže založené na empatii („empathy-based stress“). Důsledkem toho může u vystavených osob dojít k rozvoji stavů, které jsou známé jako sekundární traumatizace, vicarious traumatization a compassion fatigue (Rauvola et al., 2019). Tyto termíny dosahují napříč autory poměrně nekonzistentních definic a příčin, někteří je jasně vymezují (Elwood et al., 2011; Figley, 1995; Isobel & Angus-Leppan, 2018; Newell & MacNeil, 2010), zastřešují pod jiný termín (Rauvola et al., 2019), nebo slučují (Greinacher et al., 2019). Obecně by se ale dalo říct, že se zmínění autoři shodují v tom, že jevy vznikají na základě interpersonální „nákazy“, která většinou vychází z blízkého empatického vztahu, a že se vztahují primárně k práci s traumatizovanými klienty. Přičemž bylo opakovaně poukázáno na existenci nezanedbatelného vztahu mezi traumaty, PTSD, negativními životními událostmi a rozvojem depresivní poruchy (Fowler et al., 2013; Jin et al., 2018; Steel et al., 2011). Na základě těchto východisek bylo uznáno za vhodné problematiku neopomenout, ale zároveň nezabíhat do zbytečných detailů.

Sekundární stresová traumatizace

Fenomén sekundární stresové traumatizace (STS) je Figleyem (1995) popisován jako rozvoj negativních symptomů vycházejících ze snahy pomoci traumatizované nebo trpící osobě (blízký, nebo klient) v důsledku vystavení traumatu. STS byla považována za variaci sekundární viktimizace. Elwood et al. (2011) pro jev preferují označení „compassion fatigue“⁶, neboť implikuje vztah k pomáhajícím profesím, zatímco STS

⁶ lze přeložit jako „únavu ze soucitu“

působí globálně-populačním dojmem. Ludick & Figley (2017) dále rozvádí, že se jedná o nevyhnutelný fenomén při práci s trpícími, avšak výskyt je přímo závislý na úrovni specifické resilience (compassion fatigue resilience) jedince. Uvádí proměnné, které vznik a přenos ovlivňují. K nejvíce intenzivní nákaze dochází většinou při přímé práci s traumatizovaným klientem, pokud se terapeut empaticky vžívá do klienta, aby mu porozuměl a mohl poskytnout pomoc. Dále při dlouhodobějším nebo opakovaném vystavení klientovi a jeho stresovým reakcím. Taktéž v případě rozpomenutí vlastní traumatické minulosti. Naopak prožitky, které zvyšují smysl vlastní hodnoty a spokojenosti nebo opora kolegů či instituce snižují intenzitu „přenosu“.

V rámci symptomů existuje podobnost s diagnózou PTSD, avšak nemusí dosahovat klinické významnosti (Elwood et al., 2011), nebo naopak přesně zrcadlí symptomy PTSD, které prožívá primární oběť (Newell & MacNeil, 2010). Specificky se může projevit předčasnou rezignací nebo sníženou efektivitou terapie. Nejvíce rizikovou skupinou profesionálů jsou ti, kteří pracují s traumatizovanými jedinci, nejedná se však o podmínku (Elwood et al., 2011).

Vicarious traumatization

Vicarious traumatization⁷, případně sekundární traumatizace, je termín definován jako dopad na terapeuta vznikající na základě dlouhodobého emočně blízkého kontaktu s traumatizovanými jedinci. Nejedná se o protipřenos, neboť přetrvává i mimo sezení a ovlivňuje terapeutův pohled na svět (VandenBos & APA, 2015). Podle Isobel & Angus-Leppan (2018) záměna za sekundární traumatizaci není úplně přesná, neboť se jedná o přenos převážně, ale ne pouze, skrze traumatizované klienty. Zároveň dochází ke změně ve vnímání světa, avšak na jiné podstatě, a to skrze změny v kognitivních schématech bezpečí, důvěry a moci. S touto diferenciací ve vnímání souhlasí i Newell & MacNeil (2010). Mezi další charakteristické symptomy jsou pak uváděny cynismus, neschopnost empatie, iritabilitu a depresi (Pross, 2006).

Compassion fatigue

Compassion fatigue definuje VandenBos & APA (2015) jako termín charakterizující emoční, fyzické a duševní vyčerpání u pomáhajícího pracovníka. Většinou vzniká na základě chronického užívání empatie při práci s trpícími osobami a zátěži plynoucí z každodenní byrokracie. Můžeme zde vidět část vzorce sekundárního traumatu a

⁷ lze přeložit jako „zprostředkovaná traumatizace“

syndromu vyhoření (Newell & MacNeil, 2010). Průběh může podle způsobu výkladu a kontextu práce nabývat formy akutního stresu, nebo progresivní únavy (Rauvola et al., 2019). Mento et al. (2020) doplňují charakteristické projevy, kterými jsou fyzické a psychické vyčerpání, apatie, iritabilita, cynismus, deprese, špatná koncentrace. To vše vede k neschopnosti navázání na klienta.

4.2. Copingové strategie terapeutů

Na základě předchozích kapitol je zřejmé, že psychoterapeutická praxe s sebou nese specifickou formu zátěže. Proto bylo uznáno za vhodné stručně uvést jakým způsobem se terapeuti se zátěží mohou vyrovnávat.

Corey (2013) tvrdí, že není možné počítat s úplnou kontrolou nad stresory, je však možné spoléhat na kontrolu nad interpretací stresujících událostí a následných reakcí. Je důležité naučit se vzhledu do sebe, odhalit a determinovat volby, které lze činit směrem k udržení vlastní vitality. Paulík (2017) vnímá coping jako aktivní a vědomý způsob zvládnání stresu. Lazarus (1993) označuje coping za komplexní jev, který lidé užívají pro vypořádání se stresem. Jedinec vždy vyhodnotí situaci a zdali může něco udělat pro její změnu. V případě, že vnímá možnost ovlivnění, volí (1) coping orientovaný na problém – vede ke změně ve zdroji, který působí problémy. Pokud se situací nemůže nic dělat, volí (2) coping orientovaný na emoce – vede ke změně ve své interpretaci či přístupu ke zdroji.

Norcross (2000) uvádí výčet deseti strategií pro psychoterapeuty, doporučené odborníky na základě teorie i praxe, v rámci sebe péče. Doporučuje:

1. uznat nebezpečí, které přináší psychoterapeutická praxe (distres, patologie) – přijetí skutečnosti je základem pro řešení,
2. uvažovat nad (komplexními) strategiemi, namísto metod nebo technik,
3. začít u sebeuvědomění a sebeosvobození (volba a seberealizace),
4. přijmout strategie vícera teoretických přístupů – nestagnovat na jednom východisku, podpořit vlastní růst,
5. využívat kontroly stimulů – úprava pracovního prostředí ve prospěch efektivity; a protipodmiňování (orientované na problém) – pomocí relaxace, kognitivní restrukturalizace, cvičení a rozptýlení,
6. důraz na lidský element – užívat pomáhající vztahy (vrstevníci, supervize, blízcí),
7. vyhledání osobní terapie,

8. vyhnout se zbožným přáním a sebeobviňování – maladaptivní coping inhibující jednání a změnu,
9. diverzifikace – druhů terapie, typu klientů, odvětví působení; a balancování práce a osobních potřeb a
10. cenit si i odměn, které praxe přináší – v terapii se nemění pouze klienti (praktici jsou obecně více spokojeni se svým životem, než akademici).

Lawson (2007) na základě seznamu 34 CSBs (career-sustaining behaviors), který uvedli Stevanovic & Rupert (2004), upřesňuje výčet chování, užívaného vysoce spokojenými terapeuty, pro jeho protektivní faktory a udržení efektivity v rámci jejich praxe. Mezi nejúčinnější (na základě $M = >6$) strategie patřilo: (1) zachovat si smysl pro humor, (2) trávit čas s partnerem/rodinou, (3) udržet si bilanci mezi profesním a osobním životem, (4) udržovat sebeuvědomění, (5) udržet si pocit kontroly nad pracovními zodpovědnostmi, (6) zamyslet se nad pozitivními zkušenostmi, (7) snažit se zachovat objektivitu vůči klientům a (8) klidné volnočasové aktivity.

Obranné mechanismy

Obranné mechanismy slouží ke snížení tenze, která vzniká z potenciálního ohrožení sebepojetí. Účinkují na nevědomé úrovni, na podstatě přeměny vnímané reality. V jejich důsledku hodnotíme a prožíváme ohrožující situace přijatelněji (Paulík, 2017). Podle Vymětala (2003) působí jak v intrapsychické, tak v interpersonální rovině, a kromě sebepojetí napomáhají při zvládnání náročných životních situací. Mezi nejčastěji užívanými obrannými mechanismy uvádí: racionalizaci, popření, vytěsnění, projekci, identifikaci, kompenzaci, sublimaci, odčinění, disociaci a regresi.

V porovnání obranných mechanismů u depresivních a nedeprativních osob Margo et al. (1993) došli za užití DMI (inventáře obranných mechanismů) k závěru, že lidé trpící depresí mají de facto více „střízlivý“ pohled na svět, tzv. depresivní realismus. Zdraví jedinci mají tendenci nepříjemné přikrášlovat, zatímco depresivní jedinci jsou těchto obran prostí. Depresivní osoby méně používají mechanismy z klastrů PRN (intelektualizace, izolace, racionalizace) a REV (negace, popření, represe, reaktivní výtvar), přičemž s rostoucí hloubkou deprese se častěji uchylují k TAS (obracení vůči sobě). Tyto výsledky vysvětlují možný efekt u terapií (např. KBT), které jsou zaměřené na změnu interpretace reality, zároveň to možná nasvědčuje trendu nácvičku pozitivních obranných iluzí.

Sebemonitoring

Sebemonitoring je základní krok směrem k sebepěči. Pokud je člověk schopen pozorovat, jak je na tom v určitých oblastech a rozpoznat kde je v rovnováze, kde překypuje a kde naopak strádá. Může na základě tohoto poznání domény upravovat směrem k ideálnímu stavu (Corey, 2013). Schwartz & Flowers (2012) popisují přínos sebemonitoringu v identifikaci svých zdrojů a „výdajů“, respektive druh a frekvenci prožívaného stresu. U terapeuta může být výhodou, když se může obrátit na své kolegy, odborníky, aby zhodnotili jeho energetickou a emoční stánku z třetí strany. Nesmíme ale opomíjet zpětnou vazbu našich nejbližších, kteří s námi tráví nejvíce času, a proto mohou mít nejcennější poznatky, s čímž souhlasí i Norcross (2000).

4.2.1 Mimo terapii

Po skončení sezení je vhodné, aby terapeut nechal své pocity doznít. Může v nich chvíli zůstat, zamyslet se a zreflektovat, jak se během rozhovoru s klientem cítil. Vyložit si, co v něm pocity vyvolávají a proč to vyvolávají, pojmenovat je (Kopřiva, 2013).

Osobní potřeby

Pro psychoterapeuty všech zaměření je důležité věnovat pozornost vlastním potřebám a dostatečně je sytit. Udržovat diverzifikované zájmy a sociální vazby. Zakládá si na přesvědčení, že terapeuti slouží nejlépe, pokud jsou sami dobře obslouženi. Přehlížení tohoto faktu může vést ke ztrátě zájmu a smyslu pracovní činnosti a vyhoření (Miller, 1998).

Pro terapeuta je důležité, aby byl schopný vyvážit břemeno, které na něj dopadá z povahy povolání, vlastními potřebami. Ty by se ideálně měly lišit svojí povahou, aby bylo dosaženo co největší rozmanitosti činností. Pro některé terapeuty může být obtížné přijetí role terapeuta včetně limitací, které práce přináší. Obzvláště v případě, kdy terapeutova osobní potřeba zahrnuje i pocit zodpovědnosti za život jeho klientů mimo terapii (Norcross, 2000).

Supervize

Supervize slouží primárně ke konzultaci subjektivně obtížných případů. Tedy k udržení kvality léčby, kterou terapeut poskytuje, a zamezení poškození klienta (Vymětal, 2010). Snahou je eliminovat u terapeuta tunelové vidění a rozšířit celkový náhled na jeho práci s klientem (Pešek et al., 2013). Častým tématem rozboru jsou terapeutovy reflexe

toho, co se děje mezi ním a klientem, ať už v sezení, nebo mimo něj. Podstatou je porozumění psychoterapeutickým poznatkům, které z rozebíraného vystupují a jejich aplikaci při práci s klientem (Kopřiva, 2013). Pešek et al. (2013) do obsahu zahrnují v podstatě vše, co se podílí na vzniku protipřenosu od zdravotních a partnerských problémů terapeuta až po organizační potíže na pracovišti. Zároveň zmiňují, že se může jednat o nástroj podporující terapeutův osobnostní a profesní růst.

Westwood et al. (2017) upozorňují, že aktivně provozovaná supervize funguje jako preventivní prvek proti syndromu vyhoření. Kvalitní supervize a podpora kolegů je doporučována obzvláště při práci se suicidálními a sebepoškozujícími klienty. Pokud je to možné, tak využít i kooperace v multidisciplinárním týmu či s relevantními externisty, nejtěžším se tak stává prostředí soukromé praxe (Richards, 2000). Lawson (2007) ve své studii poukazuje na to že terapeuti, kteří častěji konzultovali případy skórovali výše na škálách vyhoření a compassion fatigue. Tento závěr byl překvapivý kvůli protektivnímu předpokladu supervizí. Domnívají se, že se může jednat pouze o vyšší uvědomění rizik, které terapeutická práce přináší a uvědomělost potřeby podpory.

Osobní terapie

Osobní terapie může být pro terapeuty přínosná v mnoha směrech. Orlinsky et al. (2005) zformovali tři hlavní přínosy. (1) Prožitek vedení terapie zkušenějším terapeutem, ze které mohou pochytit způsob práce a působení na jejich osobu. (2) Potenciální rozvoj interpersonálních dovedností, které mají zásadní vliv na výsledek terapie. Posledním přínosem je (3) lepší zvládnutí stresu spojeného s prováděním terapie a klinickou praxí. Dle Norcross (2005) je tato zkušenost pro praktikující psychoterapeuty naprosto klíčová, dodává možnost prožití dynamiky v terapii, hodnotu poskytované trpělivosti, otevřenosti a přijetí. Prožitek a zachycení přenosu a protipřenosu také skýtá možnost lepšího nakládání s potenciálním protipřenosem u ohrožujících klientů. Potíže, které terapeuti řeší, mohou být podobné těm, které řeší lidé vyhledávající pomoc. Cílem je uvědomění vlastních emocí a dynamiky, sebezpozorování a celkové zvýšení životní spokojenosti. Tyto faktory se samozřejmě promítají do profesního výkonu v rámci terapie a kontaktu s klientem.

V rámci výzkumu Gilroy et al. (2001) bylo dotázáno 220 psychoterapeutek ohledně osobní zkušenosti s depresivní poruchou od počátku jejich klinické praxe a její případnou léčbou. Z celého souboru potvrdilo 167 (76 %) určitou zkušenost s depresivním onemocněním a 85 % z nich také docházelo na osobní terapii. Jako dva nejdůležitější

faktory při výběru terapeuta byly vybrány dobrá reputace (70 %) a bezpečí z hlediska důvěryhodnosti a profesionálního postoje k problematice (60 %). Z aktuálnějšího výzkumu Norcross et al. (2008) zabývajícím se obecnou tendencí terapeutů vyhledat osobní terapii. Můžeme pozorovat, že faktory jako strach z odhalení a obavy z hlediska důvěryhodnosti terapeuta výrazně poklesly. Terapeuti se i tak nejčastěji vypořádali s problémy jinou cestou než terapií, například skrze oporu okolí. Tyto výsledky mohou znamenat pozitivní posun v rámci stigmatizace terapeuta jakožto profesionála, který nemůže onemocnět. Na druhou stranu mohou pouze naznačovat vyšší uzavřenost a neupřímnost terapeutů směrem ke svým problémům.

Z analýzy studií v oblasti sebehodnocení osobní terapie, která byla provedena Moe & Thimm (2020) vychází, že terapeuti v důsledku pocitů vlastní zlepšení charakteristik, které se zdají být přítomné u efektivního terapeuta (empatie, upřímnost a formování pracovní aliance). Pravděpodobně se dá osobní terapie označit za facilitátor, který umožňuje snadnější následný rozvoj v těchto oblastech.

Pokud terapeut nemá vyřešené nějaké své téma, měl by odmítat klienty, kteří právě zažívají potíže v podobné situaci. V opačném případě by mohlo dojít k pohlcení terapeuta tématem a následném přenesení terapie skrze klienta na sebe. Proto je v takovýchto případech standardně doporučeno vyhledat vlastní terapii, kde je možné téma bezpečně otevřít (Pešek et al., 2013). Corey (2013) zastává názor, že není možné odvádět efektivní terapii s klienty, kteří trpí stejnými problémy, nebo se zabývají oblastmi, které nemáme vyřešené. Výsledkem poté bývá tendence řešit své problémy, vkládat své postupy řešení, upřednostňovat své potřeby na úkor potřeb a problémů klienta.

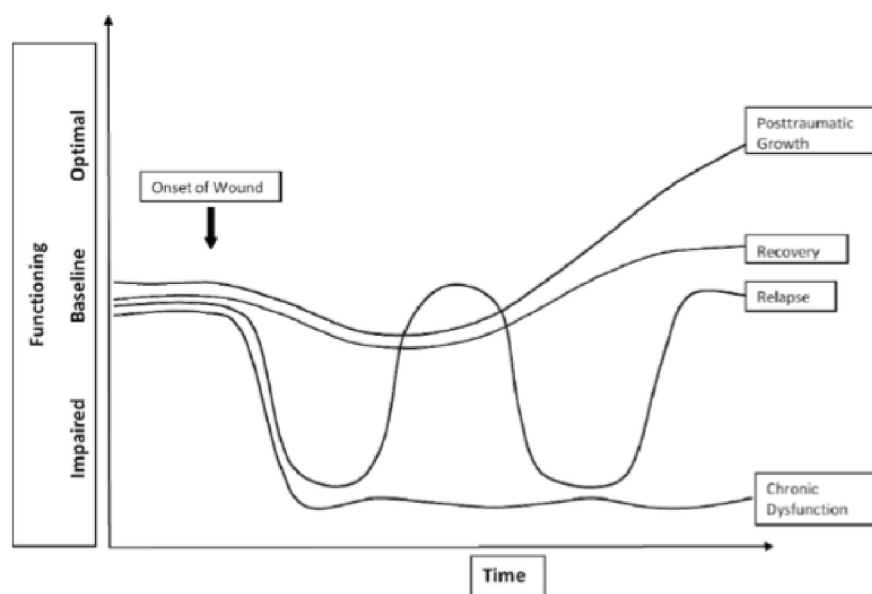
4.3. Fenomén zraněného léčitele

V rámci problematiky je třeba zraněného léčitele (wounded healer) nezaměňovat za poškozeného léčitele (terapeuta). Stejně tak pod tento termín nespadá syndrom vyhoření. Jedná se o určité vlastní zranění, utrpení či zranitelnost, které údajně přispívá k efektivitě jedince v rámci léčby (Jackson, 2001). Samotné zranění však neimplikuje „lepší“ terapeutické schopnosti, ty jsou údajně získány spíše procesem uzdravení, respektive dochází ke získání náhledu na samotné poranění a proces cesty k uzdravě, skrze který jsou schopni navádět ostatní s vědomím jedinečnosti situace každého člověka (Zerubavel & Wright, 2012). Obohacujícím zdrojem mohou být i pozměněné postoje (např. vůči nemoci) nebo charakteristiky (Jackson, 2001).

Prožití obdobné situace, ve které se klient nachází, může v terapeutovi vyvolávat protipřenos, který za určitých podmínek může napomoci v empatickém porozumění. To však za předpokladu, že si je terapeut vědom vlastních konfliktů a zranitelných míst a je schopen zůstat ve své roli (Gelso & Hayes, 2007; Hayes, 2002). Prožití deprese umožnilo lepší porozumění samotné nemoci a usnadnilo empatický přístup k depresivním pacientům. Zároveň vedlo k větší toleranci klientova pomalého progresu při zachování víry v pozitivní terapeutický efekt (Gilroy et al., 2001). Taktéž může terapeut zvážit vhodně provedené sebeodhalení za účelem ujištění klienta, motivace a zlepšení psychoterapeutického vztahu (Knox & Hill, 2003).

Mezi profesionály panuje potenciální stigmatizace a s ní související neochota odhalení vlastních zranění. Míra stigmatizace se většinou odvíjí od rozlišného vnímání zranění, respektive jeho závažnosti a narušení, které s sebou nese (Zerubavel & Wright, 2012). Dle Hankira & Zamana (2013) společnost vnímá onemocnění tělesné a psychiatrické podstaty diametrálně odlišně. Zerubavel & Wright (2012) se pozastavují nad tím, že jako profesionálové normalizujeme nemoci, s nimi spojené potíže a podporujeme proces uzdravy u klientů, avšak u kolegů převažuje trend distance.

Stejně tak nelze předpokládat, že proces uzdravení bude lineární nebo nabývat konzistentní podoby pro všechny zraněné léčitele, a proto byly autory navrženy čtyři ilustrační dráhy potenciálního vývoje (Zerubavel & Wright, 2012) viz obrázek 1:



Obrázek 1: Trajektorie procesu uzdravení u zraněného léčitele

Stigmatizace deprese

Je možné, že se jakožto zdravotníci snažíme zastávat dvojí standard. Ti, kteří uzdravují druhé, mohou považovat sebe za osoby, které rozhodně pomoc nepotřebují, neboť by to mohlo vést k narušení jejich představy o osobní či profesní kompetenci. Takto nastavené vnímání může ztížit schopnost přijmout přítomnost potřeby pomoci, stejně tak i rozhodnutí potřebné k jejímu vyhledání (Everall & Paulson, 2004).

Závěry, ke kterým došli Barnett & Hillard (2001), usuzují, že je mnoho profesionálů, kteří jsou připraveni a ochotní pomáhat druhým, avšak nejsou schopni posoudit a přiznat svoji osobní zátěž v rámci profese. Přesto, že terapeuti ve výzkumu Cain (2000) byli ochotní svěřit se s aspekty své psychiatrické historie klientům, zastávali odlišný postoj v případě kolegů nebo supervizorů, neboť pociťovali existenci stigmatu vztaheného k duševním onemocněním. Vzhledem k tomu jsou přesvědčeni, že je záhodno podniknout kroky k redukci nebo eliminaci stigmatu v systému a přijetí fenoménu tzv. zraněného léčitele. Zpracované duševní onemocnění navíc může pomoci při vztahu s klientem zažívajícím podobnou situaci. Stejně i podle Gilroy et al. (2001) poměrně vysoké procento terapeutů nevyhledá odbornou pomoc právě z důvodů obav diskrétnosti a strachu z narušení jejich profesionality. Dle Norcosse et al. (2008) můžeme pozorovat, že faktory jako strach z odhalení a obavy z hlediska důvěryhodnosti terapeuta výrazně poklesly. Schomerus (2009) namítá, že se u mnoha trpících osob jedná pouze o „sebe stigmatizaci“, která snižuje ochotu vyhledat pomoc.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE

V teoretické části práce došlo k přiblížení tématu depresivní poruchy a možností její terapie. Nadále byl poskytnut náhled do proměnných na straně terapeuta a klienta, terapeutického vztahu a samotné terapeutické práce včetně rizik a zvládacích strategií, které jsou zejména s prací s depresivním klientem spojovány. Z uvedených poznatků tedy vyplývá, že primární či sekundární depresivní porucha nepochybně narušuje běžný život trpícího jedince v závislosti na své hloubce a rozsahu. Zároveň je jedním z nejčastějších duševních onemocnění a lze tedy předpokládat, že výskyt depresivních klientů je v terapii hojný. Samotná terapeutická práce může být vzhledem k povaze onemocnění a možným osobnostním variacím klienta zdlouhavá, komplikovaná a nese s sebou pro terapeuta určitá rizika. Zmíněné studie ukazují, že depresivní klienti, obzvláště ti, kteří se sebepoškozují nebo mají suicidální tendence, jsou terapeuty vnímáni jako velmi nároční. Zároveň během sezení dochází k neustálé interpersonální výměně, kterou lze nazvat přenosem a protipřenosem, která může dle uvedených studií u terapeuta vyvolávat rozličné pocity a ovlivňovat jak psychický, tak fyzický stav. Někteří terapeuti dokonce uvádí, že pociťují vyvolání vlastní depresivní symptomatiky. Empatické zapojení a blízkost, kterou terapeuti depresivním klientům v rámci psychoterapeutického vztahu poskytují, může dle uvedených poznatků v případě neadekvátních zvládacích strategií a nejasných hranic vést k jejich „pohlčení“ a případnému poškození. Výzkumný problém práce vychází z nedostatečného množství výzkumů či literatury zabývajících se touto problematikou.

5.1. Výzkumné cíle

Vzhledem k uvedené problematice bylo hlavním cílem této práce porozumění a popis **prožívání psychoterapeutů při terapeutické práci s depresivními klienty a případného vlivu vlastní depresivní symptomatiky**, a to skrze kazuistiky zprostředkující porozumění vlastní zkušenosti.

Na základě toho byly stanoveny tyto **čtyři výzkumné cíle**:

1. Prozkoumat a popsat náhled terapeutů na depresivní problematiku.

2. Prozkoumat a popsat prožívání terapeutů při práci s depresivním klientem.
3. Prozkoumat a popsat aspekty práce terapeutů s depresivním klientem.
4. Prozkoumat a popsat zkušenost terapeutů s depresivní symptomatikou

5.2. Výzkumné otázky

Výzkumné otázky slouží k popisu a vymezení zkoumaného záměru, přesněji tedy ke zřetelné specifikaci fokusu zájmu práce a zároveň k eliminaci nadbytečného či nerelevantního. Je běžné, že jsou otázky zprvu obsáhlejšího charakteru. K jejich profilaci a konkretizaci dochází na základě hlubšího porozumění v průběhu výzkumu (Řiháček et al., 2013). Podle výzkumných cílů práce byly stanoveny čtyři hlavní výzkumné otázky uvedené níže. Pro rozšíření spektra porozumění zkušenosti respondentů byla přidána dílčí otázka č. 5.

Hlavní výzkumné otázky:

1. *Jak terapeuti vnímají depresivní poruchu?*
2. *Jak terapeuti prožívají práci s depresivním klientem?*
3. *Jak probíhá práce terapeutů s depresivním klientem?*
4. *Jaká je vlastní zkušenost terapeutů s depresivní symptomatikou?*

Dílčí výzkumné otázky:

5. *Jaký máji terapeuti názor na užívání antidepresiv při léčbě deprese?*

6 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

Pro práci byl zvolen kvalitativní design, neboť umožňuje podrobný rozbor a průzkum v rámci problematiky platný pro daný výzkumný soubor. Hlavním záměrem byla podrobná explorace, porozumění a deskripce terapeutova prožívání, strategií a postojů při práci s depresivním klientem, se zaměřením na terapeutovo vnímání a odůvodnění zastávaných stanovisek skrze sebereflexi.

6.1. Typ výzkumu

Vzhledem k očekávané diverzitě odpovědí ze strany respondentů a intenci jejich plného zachycení pro relevantní přiblížení individuální zkušenosti byla vybrána vícepřípadová studie. Na základě tohoto předpokladu a vycházením z Hendla (2016) bylo pracováno s jednotlivými případy, respektive respondenty, do hloubky, za účelem získu bohatého objemu dat, ve kterém lze v rámci případu vytvářet celky a posléze hledat inter-případové souvislosti a vztahy.

6.2. Metody získávání dat

Interview

Interview je dle Miovskeho (2006) hodnoceno jako jedno z nejvíce náročných, avšak i výnosných způsobů získu dat. Dalo by se říci, že kvalita a relevantnost získaných dat je přímo úměrná zkušenosti a připravenosti provádějící osoby. Vysoké nároky klade i na pohotovost a pozorovací dovednosti tazatele, neboť musí být schopný adekvátně číst a reagovat na stav respondenta a podle toho určovat další průběh.

Vzhledem k potřebě prezence konzistentního jádra otázek napříč všemi interview, vyvozených z výzkumných cílů, a zároveň ponechání dostatečné volnosti respondentovi k popisu jeho názoru nebo situace, byla použita **polostrukurovaná forma interview**. Nevýhodou bývá náročnější technická příprava než například u strukturovaného interview,

a nároky na dovednosti tazatele, neboť v průběhu interview je v podstatě nutné pokládat doplňující otázky za účelem hlubšího ponoření do žádaného tématu, citlivé oddálení se od saturovaného nebo nežádoucího tématu, nebo navrácení k jiné lince rozhovoru (Ferjenčík & Bakalář, 2010; Miovský, 2006).

Interview se skládalo z 22 otázek rámcově rozdělených do úvodu a čtyř hlavních částí. V úvodu byly zjišťovány základní informace o respondentově profesním pozadí. První část byla zaměřena na to, jakým způsobem respondent vnímá depresivní onemocnění a co je klíčovým prvkem k jeho posouzení. Druhá část měla přiblížit samotnou povahu a charakteristiku práce s depresivním klientem z pohledu terapeuta. Ve třetí části bylo interview zaměřeno na průběh sezení s klienty a strategie, které terapeut užívá. Poslední oblast otázek byla mířena na terapeutovu vlastní zkušenost s depresivní symptomatikou.

Zmíněná struktura pořadí otázek byla vzhledem k přirozenému toku myšlenek respondentů, provázanosti některých otázek napříč interview a případnému zpětnému rozpominání občas narušena, avšak i Miovský (2006) doporučuje v takovémto případě upřednostnit výtěžnost dat před systematickou rigiditou, a proto nebyla snaha respondenty příliš korigovat v podobných případech. Náhled na strukturu otázek rozhovoru se nachází v příloze č. 3.

7 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Sběr dat

Vzhledem k povaze kýženého výzkumného souboru bylo nutné kontaktovat zdravotnické instituce, OSVČ a jiné přidružené organizace s psychoterapeutickými pracovníky. Sběr kontaktů na konkrétní osoby byl zprostředkován skrze volně přístupné webové stránky, ať už osobní nebo instituce, ve které pracovali. Stejně tak pro tyto účely byly využity například internetové adresáře České asociace pro psychoterapii, České psychoterapeutické společnosti nebo České společnosti KBT.

Každý potenciálně vyhovující, respektive kritéria splňující, respondent byl kontaktovaný skrze e-mail. V e-mailu byly kromě formalit uvedeny stručné informace o práci a výzkumu, včetně přesně stanovených kritérií pro respondenty tvořící zamýšlený výzkumný soubor. Nadále informace o průběhu samotného interview a o způsobu nakládání se sesbíranými daty. V případě, že jedinec splňoval výše zmíněná kritéria a měl zájem účastnit se výzkumu, mohl mě kontaktovat nazpět kvůli podrobnější domluvě.

Kontaktováni byli pouze terapeuti, kteří disponovali adekvátním vzděláním v psychologii či psychiatrii. Taktéž byl brán ohled na praxi a akreditovaný psychoterapeutický výcvik. A priori nebyly kontaktovány osoby, které uváděly, že nepracují s depresivní klientelou. Celkem tedy bylo osloveno 311 potenciálních respondentů. Zájem o účast projevilo 8 osob. K domluvě na uskutečnění interview a jeho faktickém provedení došlo u 6 osob, respektive respondentů.

Interview bylo s každým respondentem provedeno osobně, a to buď v jejich pracovně, nebo v místě jejich bydliště. Vždy tak bylo uskutečněno dle možností a přání respondenta, můžeme tedy předpokládat, že se jednalo o subjektivně příjemné lokace. Vzhledem k rozlišnému geografickému rozmístění respondentů napříč republikou nebylo v možnostech výzkumníka dodržet standardizaci prostředí, proto byla alespoň snaha dodržet podobnou denní dobu provedení rozhovorů.

Průběh polostrukturovaného interview probíhal s co nejvíce homogenním záměrem. Vytištěné otázky sloužily k držení se struktury, lepší orientaci a celkové fluenci interview,

neboť už pouze v rámci asociačních procesů respondentů nebylo možné (ani žádoucí) jejich poslušnost rigidně dodržet. Data byla pro svůj rozsah, preciznost a možnost následného zpracování, zaznamenána v audio formě zároveň na diktafon a mobilní telefon, což současně umožňuje výzkumníkovi dle Miovského (2006) věnovat více pozornosti respondentovi, struktuře interview a případnému zápisu poznámek. Navíc oproti metodě tužka-papír nabízí nestranné a autentické zachycení projevu participanta. V rámci rozhovoru měli respondenti taktéž možnost nerozvádět témata, která pro ně byla citlivá, avšak k tomu docházelo minimálně.

Interview bylo provedeno celkem s 6 respondenty, více viz výzkumný soubor. Nejkratší interview trvalo 56 minut, nejdelší interview trvalo hodinu a 16 minut.

7.1. Výzkumný soubor

Pro výběr výzkumného souboru bylo užito záměrného (účelového) výběru, dle kterého vyhledáváme respondenty cíleně podle předem stanovených specifických prvků či kritérií (Miovský, 2006), tyto kroky přirozeně vedou k nárůstu homogenity uvnitř výzkumného souboru, který je při použití IPA zásadní (Řiháček et al., 2013). Na tomto základě byla snaha zvolit dostatečný počet relevantních kritérií, aby výzkumný soubor kryl problematiku práce, zároveň obsahoval co nejvíce kritérií pro nárůst vnitřní homogenity, avšak zamezit redundantnímu přebytku, který by mohl vést k redukci potenciálního množství vhodných respondentů.

Finálně byla pro respondenty stanovena **tři kritéria**, kterými jsou:

1. Respondent musí mít akreditovaný psychoterapeutický výcvik.
2. Respondent musí mít alespoň roční zkušenost v terapii s depresivními klienty.
3. Respondent musí mít vlastní zkušenost s depresivní symptomatikou v průběhu terapeutické praxe.

Důvodem prvního kritéria byla přítomnost terapeutů s určitou úrovní vzdělání a eliminace terapeutických praktik, na které by se nemusely vztahovat obecné teoretické poznatky v psychoterapii (akreditace dle ČAP). Druhé kritérium bylo vytvořeno na základě potřeby praxe, ve které by respondent získal zkušenosti relevantní pro tuto studii. Třetí kritérium bylo stanoveno na základě předpokladu rizik při práci s depresivními klienty uvedenými v teoretické části práce, zohlednění výzkumu Gilroy et al. (2001) udávající 76% prevalenci zkušenosti s depresivní poruchou během psychoterapeutické praxe, a

záměru prozkoumání dopadu terapeutovy depresivní zkušenosti při práci s depresivními klienty. Věkové hranice nebyly při tvorbě kritérií výzkumného souboru brány v potaz, neboť byly vyhodnoceny jako nerelevantní pro dané téma. Zároveň není záměrem práce zobecnění výsledků na širší populaci, ani o zobecnění závěrů pro danou věkovou skupinu. Z hlediska pohlavního zastoupení také nebyly stanoveny kvóty, ani jiná preferovaná rozložení, pro obdobné důvody.

Vzhledem ke kvalitativnímu designu výzkumu byl předpokládán rozsah výzkumného souboru nízký. Proporčně k tématu práce, specifickým kritériím výzkumného souboru a potenciálnímu stigmatu byl očekáván strohý zájem o participaci ve výzkumu v poměru oslovené osoby: respondenti. Vycházejíc ze zmíněných předpokladů, vzhledem k volbě analýzy dat pomocí IPA a jejím doporučenému rozsahu, který uvádí Řiháček et al. (2013) byl stanoven výzkumný soubor čítající 5 až 7 respondentů za ideální.

Výzkumný soubor tvořilo ve finále 6 respondentů, přesněji 3 muži a 3 ženy. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí 32 až 45 let ($m=36,16$; $SD= 5,38$). Délka praxe s depresivními klienty se u respondentů pohybovala od 6,5 do 15 let ($m=8,42$; $SD=3,55$).

Základní informace o respondentech jsou uvedeny v tabulce 1.

7.2. Etické aspekty výzkumu

Etické aspekty výzkumu byly vůči všem zúčastněným osobám transparentní a ze strany výzkumníka nedošlo k jejich porušení. Do výzkumu se všichni respondenti přihlásili dobrovolně a byli obeznámeni s potřebnými informacemi, tj. s výzkumným cílem práce, s pořízením audio nahrávky z interview, se způsobem nakládání s daty v průběhu tvorby práce i po jejím dokončení včetně využití dat přímo v práci. Všichni respondenti souhlasili s výše uvedeným. Dodatečné dotazy z respondentovy strany byly také zodpovězeny.

Pro kontakt skrze e-mail byl vytvořena nezávislá e-mailová adresa užitá pouze pro obesílání potenciálních respondentů. V e-mailu byly uvedeny základní informace o výzkumu, kritéria pro účast ve výzkumu v pozici respondenta, informace o průběhu interview, sběru a nakládání s daty, tj. nesdílení s dalšími subjekty, důkladná anonymizace, bezpečné uložení, nakládání pouze osobou výzkumníka. Pokud měl jedinec zájem účastnit se výzkumu, došlo ke zpětnému kontaktování kvůli podrobnější domluvě a provedení interview.

Před začátkem interview bylo opětovně respondentům oznámeno, že dojde k pořízení audio záznamu našeho rozhovoru, včetně podání odůvodnění potřeby existence záznamu. Zároveň bylo respondentům opětovně připomenuto, jakým způsobem bude nakládáno se získanými daty včetně jejich smazání, viz výše. Nakonec byli dotázáni, zdali se vším výše uvedeným souhlasí. Všichni souhlasili.

Respondent	Věk	Let praxe s depresivními klienty	Praxe v oblastech	Terapeutický výcvik	Závažnost deprese u klientů v aktuální praxi (MKN-10)
Terapeut 1	32	7	psychiatrická nemocnice, soukromá praxe	daseinanalytický	Lehká, střední
Terapeut 2	36	6,5	soukromá praxe, poradenství	SUR, (na klienta zaměřený přístup)	Lehká, střední
Terapeut 3	40	15	psychiatrická nemocnice, soukromá praxe	integrativní psychoterapie zaměřená na tělo	Lehká, střední
Terapeut 4	45	8	soukromá praxe	gestalt	Lehká, střední
Terapeut 5	32	7	psychiatrická nemocnice, soukromá praxe	SUR (psychodynamický), strategická a hypnoterapeutická psychoterapie	Lehká, střední
Terapeut 6	32	7	psychiatrická nemocnice, soukromá praxe, soukromá instituce	PCA, pesso boyden psychomotor terapie, postmoderní přístup	Lehká, střední, těžká

Tabulka 1: Výzkumný soubor

8 ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT

Zpracování dat

Proces zpracování dat v textové formě je dle Miovského (2006) jedním ze zásadních úkonů, vedoucí k jejich kontrole a převodu do kompaktnější verze. V případě potřeby převedení dat netextové povahy do povahy textové provádí výzkumník transkripci. Záměrem je dosažení takového textu, prostého slovní vaty a neobohacujícího obsahu, avšak bez vynechání podstatného, se kterým se následně snáze pracuje.

Ke zpracování byla dostupná data z 6 rozhovorů zafixovaných na discích v podobě audiozáznamu. Data byla zpracována v posloupnosti podle jejich pořízení. Prvním krokem došlo k důkladnému poslechu každé nahrávky, během které byla prováděna doslovná transkripce do programu Microsoft Word. Miovský (2006) upozorňuje na častou záměnu transkripce s mechanickým přepisem, ve snaze zamezení tohoto jevu došlo k opakovanému navracení v rámci nahrávky a snaze o porozumění obsahu. Tato fáze zpracování trvala v průměru přibližně šest hodin na jeden rozhovor. V rámci kontroly uváděné Miovským (2006) proběhl s odstupem i druhý poslech za účelem případné korekce přesnosti již přepsaných dat. Nakonec byla pro dosažení finální verze dat z každého interview provedena tzv. redukce prvního řádu.

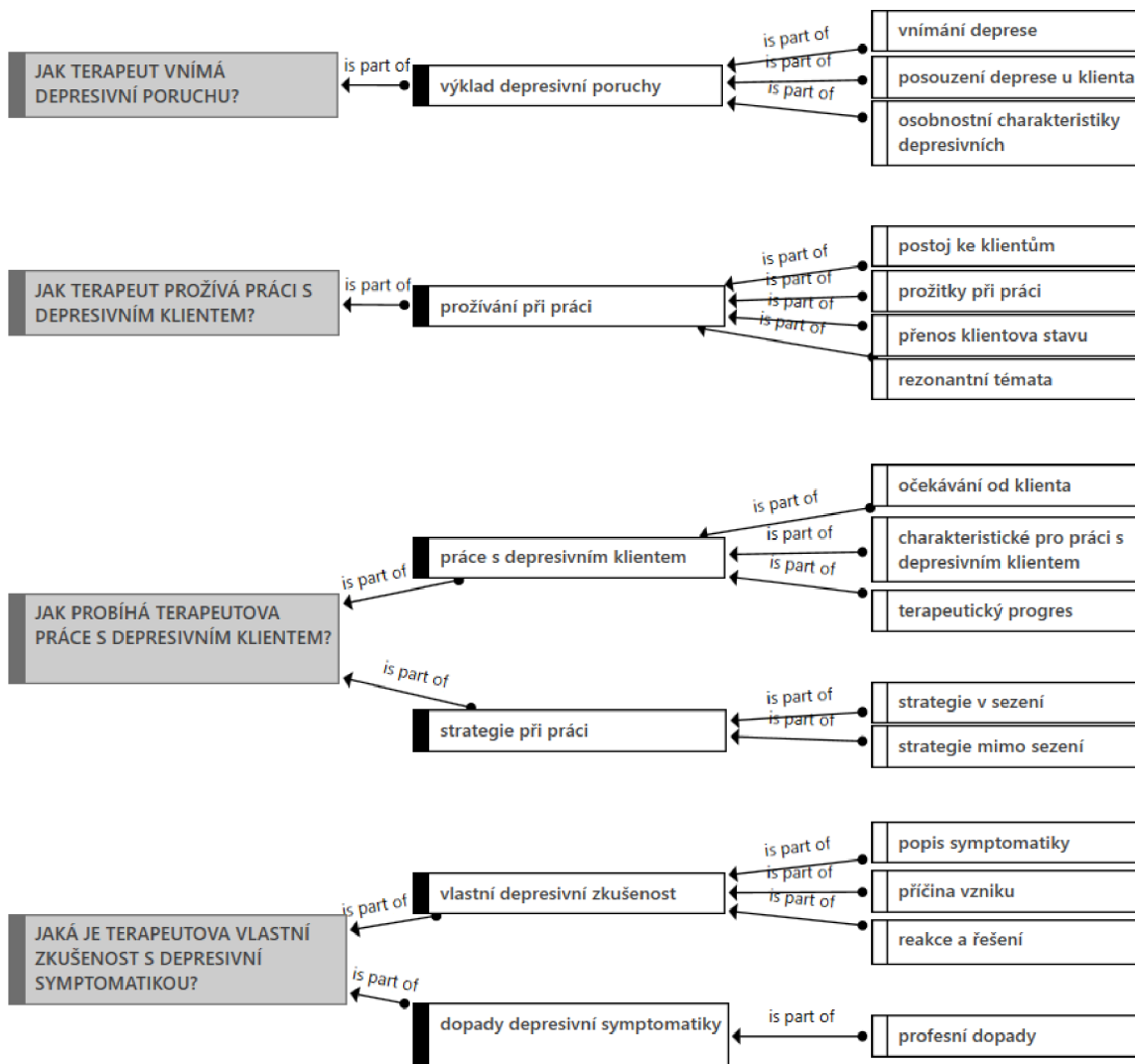
Metoda analýzy dat

Pro analýzu dat byla zvolena Interpretativní fenomenologická analýza (IPA). IPA podle Řiháček et al. (2013) umožňuje pokrytí různorodosti a rozsahu odpovědí respondentů, které by mohly vést k poskytnutí co nejdetailnějšího popisu jedinečné zkušenosti a vnímání každého respondenta. Dochází tak k propůjčení respondentova náhledu a sebereflexe na dané téma vedoucí k jejímu porozumění a zároveň umožňuje případné nalezení propojující linky v rámci výzkumného souboru. Zároveň bylo u interpretace IPA bráno v potaz působení faktoru, kterým je výzkumník. Konkrétně výzkumníková zkušenost s problematikou a s ní provázaná subjektivita a ovlivnitelnost samotného výkladu (Řiháček, 2013).

Pro analýzu dat byly využity postupy k analýze kvalitativních dat uváděné Miovským (2006) a Řiháčkem et al. (2013). Specificky byly užity následné postupy a metody (názvy jsou tučně vyznačené).

Je doporučeno začít **sebereflexí vlastní zkušenosti s tématem**, která slouží především k uvědomění si výzkumníkovy motivace a vlastních prekonceptů v souvislosti s tématem. Reflexe byla provedena za pomoci techniky „prázdné židle“. Před samotným započítím kódování proběhlo **čtení a opakované čtení** transkripce za účelem lepšího porozumění a vtažení do případu. K opakovanému pročitání docházelo napříč celým průběhem analýzy. Poté již následovalo užití **deskriptivního přístupu ke kvalitativní analýze**, v rámci kterého došlo k prvotnímu kódování dat a tvorbě poznámek všude, kde se text jevil jako významný pro porozumění respondentově zkušenosti. Miovský (2006) jej nazývá prvním stupněm analytické práce, neboť za jeho pomoci utváříme bázi, ze které dále v analýze vycházíme. Dále bylo užito **metody vytváření trsů**, při které dochází k seskupení základních kódů do skupin (trsů) podle jejich podobné charakteristiky. Vznikají tak určité obecnější kategorie. Pracovalo se i s **metodou zachycení vzorců**, za pomoci které se vyhledávají a zaznamenávají opakující se vzorce či struktury. Taktéž bylo užito **metody vyhledávání a vyznačování vztahů**, kdy vyhledáváme, identifikujeme a popisujeme vztahy mezi proměnnými. Pro propojení analýz jednotlivých případů byl užito **hledání vzorců napříč případy**. Pro možnost zachycení frekvence výskytu určitých prvků a jejich případného porovnání bylo užito i **metody prostého výčtu**.

Analýza dat probíhala za pomoci programů Microsoft Word a ATLAS.ti 22. Ukázka výsledné analýzy dat případové studie terapeuta 2 za pomoci programu ATLAS.ti se nachází v příloze č. 4. Ukázka schématu vynořujících se témat a subkategorií z analýzy dat je uvedena v obrázku 2.



Obrázek 2: Schéma vynořujících se témat a subkategorií z analýzy dat pro hlavní výzkumné otázky

9 VÝSLEDKY

V této kapitole budou postupně prezentovány výsledky z každé případové studie. Nejdříve budou uvedeny základní informace v podobě úvodu, aby došlo k rychlému nastínění respondentova terapeutického pozadí. Poté za pomoci získaných informací z analýzy rozhovorů budou uvedena data v rámci korespondujících témat, přičemž budou průběžně doplňovány o výroky daného respondenta, vyznačené *kurzívou*.

V rámci anonymizace jsou všichni respondenti označeni jako terapeut X. Taktéž jsou výsledky respondentů popisované v mužském rodu. Stejně tak nebude uvedeno aktuální, ani minulé pracovní zařízení, pouze oblasti, ve kterých se terapeut pohyboval či aktuálně pohybuje. Případně uváděné třetí osoby jsou taktéž anonymizovány. Některé výpovědi jsou na základě těchto kroků adekvátně upraveny.

9.1. Terapeut 1

V době rozhovoru je terapeutovi třicet dva let a v psychologické praxi se pohybuje sedm let, věnuje se terapii i diagnostice. S depresivními klienty pracuje od začátku praxe, intenzivněji posledních šest let. Pracoval v nemocničním zařízení i v ambulantní praxi, má tedy zkušenost s mírně, středně těžce i těžce depresivními klienty. Má daseinanalytický výcvik, přičemž při práci s depresivními klienty byl formován východisky z kurzu operacionalizované psychodynamické diagnostiky.

Výklad depresivní poruchy

Vnímání deprese

Terapeut 1 vnímá depresivní poruchu v psychodynamickém kontextu, respektive že se deprese rozvíjí na základě některého ze čtyř jádrových konfliktů protichůdných tendencí, na které lidé určitým způsobem reagují, „*například klientka zaangažovaná do celoživotní péče o rodinu, nemá čas na sebe, neřeší sebe, jen potřeby druhých, tak tam vnímám nějaký ten konflikt*“. Tohoto přístupu se neдрží, „*protože bych si řekl, že to tak budu teď dělat*“, nýbrž na základě opakované zkušenosti.

Posouzení deprese u klienta

Terapeut 1 se v mnohých tématech odvolával na své nastavení. Ve své práci potřebuje strukturu, při podezření na depresi prvně zvažuje, zdali lze klientovy potíže zvládnout terapeuticky, nebo je třeba navrhnout i psychiatrickou péči. Vyhodnocuje tak na základě závažnosti symptomů, s důrazem na narušené domény spánku, příjmu potravy a soustředěnosti, zohledňuje i komunikační obtíže v rámci sezení, „*když zjistím, že už dva měsíce nespí, jsou unavení, málo jí, nesoustředí se*“. V případě zahájení terapie zjišťuje, zdali se jedná o výsledek aktuální situace, o dlouhodobou záležitost, nebo jestli je v pozadí nějaké trauma. V závislosti na tom hledá, co klient aktuálně potřebuje a podle toho upravuje terapeutické cíle na akutní krizi nebo dlouhodobý horizont, „*u nikoho to není takové jednotné, jednoznačné nebo samozřejmé, co to způsobuje*“. Reflektuje předpoklad otevřenosti v rámci daseinanalýzy, ale i své potřeby struktury, proto se obrací k některým konceptům konfliktů protichůdných tendencí, „*tedy submise a kontroly, konflikt péče a soběstačnosti, konflikt sebehodnoty a konflikt viny*“.

Osobnostní charakteristiky depresivních

Z hlediska osobnostního výkladu vnímá u depresivních klientů zřídka zrychlení, „*pokud tedy nejde o komorbiditu*“. Občas jsou přítomné rysy jemné ostražitosti, jemně paranoidní náběh. „*To, že bych je považoval za nějak nemocné, je pro ně ponižení a vlastně velmi opatrně našlapujeme, že by vůbec něco potřebovali.*“ U klientů, kterým doporučuje prvotně psychiatrickou péči, mnohdy později odhalí určitou osobnostní strukturu.

Prožívání při práci

Postoj ke klientům

Terapeut 1 uvádí, že klienty vnímá jako odlišné lidi, takže se k nim nikdy nestaví stejně, ale snaží se být otevřen všem. Vnímá, že se k nim odlišně staví na základě sociální opory, zdali žijí sami, jsou-li nezaměstnaní nebo v rámci pracovní neschopnosti, „*nakolik vlastně toho člověka potřebuji opečovat a nakolik to mohu nechat na něm*“. To ovlivňuje například jeho míru asertivity a navádění klienta, „*nechci každého hned psychiatrizovat*“. Je taktéž přesvědčen, že bez sociální opory má člověk mnohem menší šanci svoji situaci zvládnout. K tomu popisuje situaci klienta, který vzhledem ke svému finančnímu zajištění měl potíže navázat osobní sociální vztahy, což se promítalo konfliktně i v terapii, zůstal úplně sám, a nakonec spáchal sebevraždu. „*Bylo to těžší než v nemocnici... bral jsem to víc*“.

na svoji zodpovědnost (...) nemám z toho vinu... vzpomenu si a teskním... nemělo se to stát, ale stalo se to.“

Prožitky při práci

S depresivními klienty obecně pracuje velmi rád, uvádí, že jsou spolupracující, vztahuje se k náročným zkušenostem při práci se závislými. Při přítomnosti komorbidní úzkosti registruje reakci s vlastním úzkostným laděním a práce je obtížnější, *„když člověk hledá dlouho slova a trvá to dlouho, než se vymáčkne a já jako trnu, co se bude dít a říkám si: ještě 40 minut a nic z toho“*. Jako nesnadné vnímá komorbiditu s psychotickými atakami, *„ne ve smyslu, že by se mi s tím hůř pracovalo, ale dlouhodobě je to více vyčerpávající“*, uvádí, že jsou hrozně citliví a vnímají každý pohyb, proto musí být výrazně více přítomný a bdělý, ale na druhou stranu k nim pociťuje určitou lítost. *„Vlastně jsou i zranitelný, (...) pro mě je snazší, je litovat, než nějakého narcistického pána.“* Pokud jde o čistě depresivního klienta, práce je spíš *„odpočinek“*.

V aktuální praxi se s klienty snaží vždy pracovat do maxima, raději terapii dovede do konce, než aby ji předčasně ukončil, i když se s klientem cítí *„blbě“*. Vnímá to jako jedno ze svých osobních témat, u kterého měl problém již v minulosti se supervizorem, který jej naváděl k odchodu od klienta kvůli nekompatibilitě. *„Jsem do toho ochotný jít za cenu toho, že mě to bolí, že mě to zatěžuje.“* Vnímá určitou náklonost k těžkým klientům, vnímá je jako potřebné. *„Mně to dává pocit... opravdu něco pro toho člověka dělám.“* Zatímco reflektuje špatnou spolupráci s lidmi zaměřenými na seberozvoj, domnívá se, že to je *„odchovem v psychiatrii“*. Za poslední necelé dva roky si vzpomíná na jednu předčasně ukončenou terapii. *„Dostal jsem se s ní do patové situace, kdy jsem byl nucen odsouhlasit, že je v pořádku to, co dělá, protože se necítila, že to dokáže změnit. (...) Vlastně nechtěla změnu, ale verbalizovala, že chce.“* Reflektuje, že zpětně by to řešil odlišně. Zároveň uvádí největší přínos právě těchto situací. *„Ukázali, kde mám hranice a co jsem a nejsem schopen dělat pro klienty.“* Na konec reflektuje nemožnost práce s klienty hluboce ponořenými v ezoterice. *„Ty u mě nevydrželi. Asi mám nějakou větší strukturu života a svého bytí a oni možná cítí nějakou menší volnost.“*

Rozebírá, že když se v desetiminutové přestávce mezi klienty necítí uvolněný *„a dostane se více k sobě“*, většinou jde o známku *„že to nejde dobře“*. Tento stav reflektuje, nakolik v sezení povolil emoce. Vnímá úroveň zátěže v závislosti na potřebě komunikace s rodinou, *„jestli se potřebuji uvolnit doma, nebo jsem schopen věnovat se jim“*.

Přenos klientova stavu

Celkově považuje za důležité, jak na něj klient působí a následně s tím pracuje, „*to je moje práce*“. Popisuje, že určitě jsou klienti, na které se netěší, ale vnímání a zpracování, jak na něj klient působí, popisuje jako součást svojí práce. „*Jsem tu od toho, abych to vydržel a ty negativní pocity zpracoval a zavedl do té terapie.*“ Dává si pozor a hlídá se, nakolik se na klienty těší. „*To je pro mě barometr (smích), nakolik jsem unavený a nakolik mám taky pečovat o sebe.*“ Uvádí, že měl klienta, u kterého se vždy musel před sezením „*nachystat*“, neboť tříměsíční terapii vnímal jako dva roky. „*Mně to přišlo strašně dlouho.*“ Pak uvádí, že u některých klientech je zřejmé, že zanedbávají hygienu, ale to vnímá jako součást toho, v čem teď jsou.

Rezonantní témata

Zmiňuje situaci, kdy klient otevřel osobní téma. „*Společně jsme si pobřečeli.*“ Uvádí, jak se klient později vyjadřoval o projevu terapeuta: „*Vy jste byl takový jiný, většinou jste profesionální a tady jste byl trochu jiný,*“ což terapeut vnímal pozitivně, zároveň udával, že mu bylo v danou chvíli příjemně, „*byli jsme v tom spolu*“. Zpětně to rozebírali s důrazem na přirozenost a lidskost pocitů. „*Uvědomil jsem si, že u tohohle klienta je velmi důležité sdělovat nějaké podobné zkušenosti.*“ Někdy svoji zkušenost prezentuje mírně anonymizovaně. Dochází k závěru, že se tak klientovi ukáže i jako člověk a ne jen jako terapeut.

Práce s depresivním klientem

Očekávání od klientů

V sezení od klientů očekává, že budou motivovaní zodpovědně docházet. Když nechodí na terapii, vnímá to jako symptom, který se snaží řešit. „*Když už je jim zle, tak potřebuju, aby se k tomu postavili zodpovědně, pokud jim to dává smysl sem chodit.*“ Dále očekává, že budou mít alespoň jedno téma, o kterém budou chtít mluvit, „*očekávám, že něco vloží...*“, pak už vnímá chod sezení jako svoji zodpovědnost. K tomuto nastavení přispívá, že pracuje na pojišťovnu, kdy vnímá u klientů nižší motivaci, než kdyby si sezení hradili sami, na druhou stranu vidí výhodu v dostupnosti dlouhodobé péče těm, kteří ji potřebují.

Charakteristické pro práci

Charakteristiku sezení vnímá i na základě svého vývoje, před určitou dobou si uvědomil, že je zbytečně shovívavý a snaží se klientovi vždy vyhovět, což vedlo ke stagnaci v několika sezeních. „*Jaksi jsem respektoval, že jsou vyhýbavý.*“ Nyní využívá objevené hranice, přes které nedokáže jít. „*Více tlačím ty lidi k tomu, aby reflektovali to, v čem se nachází a víc zkoušeli hledat nějakou změnu jejich prožívání.*“ Dále uvádí, že je nutné se na ně naladit, ale udržet si nadhled kvůli sobě i kvůli průběhu sezení, „*abych nebyl ponořený v tom, co prožívají, vnímal to, nacíťoval a věděl kam to vést dál.*“

Terapeutický progres

Pozitivní terapeutický progres vnímá u každého jinak, obecně jej hodnotí na základě navázání dobrého kontaktu, „*pokud je dobře navázaná terapeutická aliance.*“ Z hlediska terapeutického pokroku pak pokud jsou klienti více schopni verbalizace prožitků, jsou samostatnější ve své expresi. Důležitým faktorem je, když vnímá nějaké změny v jejich životě nebo když nabydou představy budoucího jednání. „*Pokud mají lepší představu, co chtějí dělat, je to nějak nohama na zemi a jsou pro to schopni něco dělat, to se daří.*“ Na sobě pozoruje dobrý chod terapie v případě, když je schopen být v přestávce mezi klienty uvolněný, pokud to na něj po sezení dopadne, tak ví, že se něco děje. Z hlediska ukončení terapie záleží na zakázce. Při delší spolupráci vede klienty k zakončení postupně, a to na základě klientovy iniciace, „*u jedné paní se mi líbí, že si požádala o snížení frekvence z jednou za týden na jednou za čtrnáct dní.*“, a svého zvážení jejich stavu. Klientův odchod vnímá pozitivně, neboť se nestává závislým na pomoci.

Rozvádí, že se v terapii se nedaří, když se klient stane závislým, obdivujícím osobu terapeuta. „*Říkám si, jestli dělám něco blbě nebo se začínám potýkat s něčím, co nebylo vidět u té klientky.*“ Taktéž reflektuje zkušenost s negativním progresem z důvodu nevhodně rychlého tempa práce, které klient nezvládal, což vedlo k předčasnému ukončení terapie. „*Kdybych na to šel více takticky, tak se více dostanu k tomu, jak to berou, proč to tak berou, co jim to dává, co jim to bere, k čemu to vede.*“ Nebo v případě, kdy jej klient začne „štvát“. „*Prostě mi tam něco vadí... něco mi tam chybí, co nějak opomím...*“ Tyto případy a postup pak rozebírá na supervizi. „*Já se učím být citlivý vůči projevům, které jsou vlastně jako... důsledkem traumatu, ale vlastně jsou nějak jako dráždící.*“, čímž myslí například vzteklost nebo chybějící náhled na svůj podíl v problému, „*a učím se rozumět, co ten člověk skutečně potřebuje, když se takhle chová a vlastně není to úplně příjemné*“

chování“. Obecně uvádí důvody nezdaru v terapii na obou stranách. Když se terapie neposouvá, tak to emočně nedává najevo, „*tam je ten můj poker face*“. Snaží se ale obecně fungovat tak, aby klient viděl, co zhruba prožívá, aby měl pocit, že je přítomný a když něco „*drhne*“, ve formě odběhu pozornosti, tak to případně přizná, omluví se a pracují dále. Případně když se terapie neposouvá ke konci, tak zvažuje podporu klienta jinými skupinami nebo odborníky.

Strategie při práci

Strategie v sezení

V rámci sezení je nápomocný dobrý posed, uzemněné nohy, ukotvené ruce. „*Většinou si je dám na kolena, na stehna, a to mi nějak pomáhá být připraven na cokoli co přijde.*“ V důsledku pak vnímá lepší zprostředkování sebe pro klienta, a zároveň nárůst vlastní stability, ukotvení sebe sama. „*Pokud jsou ještě úzkostný, tak ten pevný postoj mi pomáhá kotvit svou úzkost.*“ Kdysi bylo přítomné denní snění v případě, když klient vnesl rezonantní téma, které neměl zpracované, nebo aktuální „*na sekundu jsem odběhl a byl jsem zpět*“, nyní k tomu dochází pouze při vysoké únavě, čehož si je vědom. „*Uvědomuji si, že se to děje, zkontroluju se a jdu dál, je to součást práce, i já nejsem dokonalý, to k tomu patří.*“ Během sezení se snaží užívat „*poker face*“, pomocí kterého si udržuje „*závorku*“ určité reaktivity vůči podnětům klienta, když vnímá, že klient nesdělil vše. Snaží se člověku prvně porozumět, než aby hned vnášel práci s emocemi.

Strategie mimo sezení

Jako důležité udává fyzický pohyb, „*alespoň jednou týdně, abych vypnul*“, a vizuální stimulaci, vyhrazuje se čas na procházky cestou z práce, během kterých přemýšlí a vše si urovnává. „*Klidně si to prodloužím, nějak vypnu.*“ Sděluje, že vizuální podněty potřebuje zvláště po celém dni v neměnné pracovní. „*Hodně si potřebuju všimnout dalších věcí, nějak rozšířit horizont.*“ Taktéž se značně obrací na supervizi, „*dává mi to hodně smysl*“. Rozvádí, že jde i o udržování kontaktu s kolegy, pro podporu „*taková drobná intervize*“ a růst. „*Pomáhá mi být s lidma, kteří dokáží posunout, třeba mají jinou zkušenost.*“

Vlastní depresivní zkušenost

Popis symptomatiky

Terapeut 1 popisuje svoji symptomatiku v závislosti na situaci. Poprvé se jednalo o vyčerpání a předčasné vstávání. Podruhé se jednalo o nadměrnou únavu, předčasné vstávání a „*pocit, že je týden moc dlouhý (smích)*“.

Příčina vzniku

Poprvé stav popisuje jako syndrom vyhoření, ke kterému došlo po nástupu do prvního zaměstnání. Jednalo se o neadekvátní organizační podmínky, vystavení nadměrné pracovní zátěži spojené s profesními neshodami ohledně výkonu práce. Následné konfrontace vedly ke zhoršení zdravotního stavu. „*Byl jsem z toho vyčerpaný, těch deset až patnáct minut mezi klienty mi nestačilo.*“ Nakonec byl z práce propuštěn, odešel do pracovní neschopnosti. Podruhé nastalo přibližně rok nazpět, jednalo se o doprovodnou depresivní symptomatiku při odhalení jistého onemocnění, respektive v rámci jeho problematického průběhu léčby. „*Ne že bych byl nějak nešťastný, (...) spíš se vyrovnávám s tím, že mám nějaké omezení.*“

Reakce a řešení

Poprvé stav řešil odpočinkem v lázních a nalezením jiné práce, ve které byl dobrý kolektiv. Zprvu to nesl „*tragicky*“, později mu pomohlo, že se jedná o zkušenost, kterou má většina mladých lidí v první práci, dává to za vinu špatně nastavenému systému, který je vytěžuje. „*Nebojím se říct, že takovou zkušenost mám taky, a že ten systém je na hovno...*“ Pozitivum je, že člověk může zjistit hranice kolik toho chce věnovat práci. V druhém případě užíval antidepresiva přes půl roku a dochází na terapii, což však praktikuje v rámci celé praxe. „*Přijde mi to jako dobrý doplněk k terapii.*“

Dopady depresivní symptomatiky

Profesní dopady

V rámci terapie klientům zkušenost v případě usouzení přínosu částečně sdílel, „*že se to děje mnoha lidem a že se to stalo i mě, že je to řešitelné*“. Vnímá vyšší navázání klientů, na základě zpětné vazby od kolegů. „*Možná tím, že se úplně netajím tím, co prožívám, (...) tak rychleji mám důvěrný vztah.*“ Pociťuje, že to pomohlo v rychlejším vzbuzení důvěry u klienta, obzvláště těch se závislejšími tendencemi. Reflektuje, že jde o něco, s čím musí pracovat, aby věděl, kdy je to k prospěchu a kdy ne.

Vedlo to k větší sebeděči a pozornosti v rámci psychohygieny, věnuje více pozornosti vlastní míře únavy, „*než, abych šel za lékařem, tak koukám, jak bych si mohl upravit svou pracovní dobu atd.*“. Nárůst sebeděče a nakládání s prací se v rámci profese zásadně projevilo. „*Já o sobě vím, že pod zátěží se cítím hůř. Já o sobě vím, že jsem workoholik, jsem hroznej workoholik, (...) je to šílené, nevím, proč to dělám.*“ Snaží se více hlídat, co pro sebe chce dělat a co ne, pracuje na tom, aby se nevztahoval k nastavení, ve kterém byl vychován. Vnímá se jako celoživotní „*pečovatel*“, zpracovává si „*nakolik chci pečovat o sebe a o druhé*“. Uvádí zařazení fyzického pohybu. Aktuálně vnímá velkou pomoc v řešení díky maximální spokojenosti s aktuální prací. Vnímá to celkově jako zkušenost, která jej posílila, našlo se řešení i v situaci, kterou by si jinak nedokázal představit. „*Přesto, že jsem člověk, který si potřebuje věci naplánovat, tak je možné, že jsou věci, které nenaplánuju a dopadnou dobře.*“ Stigma v rámci deprese nevnímá a považuje ji za civilizační nemoc. Nadřizenému svůj stav sdělil, kolegům přímo ne, kdysi měl jednu špatnou zkušenost s kolegou, jinak nezažil žádný konflikt.

Názor na antidepressiva

S antidepressivy i psychiatry má dobré zkušenosti, nedoporučuje je všem pouze těm, u kterých usoudí, že terapie nebude přínosná. „*Vlastně bude reflektovat jenom to, že jim je fakt špatně a že se trápí.*“ Opět toto nastavení vztahuje ke zkušenosti z nemocnice, kde nabyl znalostí ohledně toho, které stavy se dají zvládnout terapeuticky bez léků. Při nasazení antidepressiv v terapii vnímá posun od pouhého sdělování témat k reflektování a hledání řešení. Témata nežádoucích efektů se v ambulanci objevují sporadicky, v nemocnici se kvůli vyšším dávkám jednalo běžně o poruchy libida a emoční otupělost.

9.2. Terapeut 2

V době rozhovoru je Terapeutovi 2 třicet šest let a má přes šest let terapeutické praxe s depresivními klienty. Má zkušenosti z oblastí psychoterapie, poradenství a krizové intervence. Depresivní klientela je tedy tvořena převážně jedinci trpícími mírnou a středně těžkou fází. Má výcvik SUR, avšak během praxe vyzoroval u svých klientů větší terapeutický efekt v případě užívání méně kritického přístupu, oproti velmi direktivnímu vedení. Tyto poznatky ho vedli k postupnému sebevzdělávání v různých směrech a profilaci směrem zaměřeným na člověka, neboť je mu bližší upravit přístup podle potřeb klienta.

Výklad depresivní poruchy

Vnímání deprese

Terapeut 2 vnímá depresivní poruchu málokdy jako diagnózu, spíše ji vnímá individuálně v rámci života, aktivní problematiky a jednání daného klienta. „*Pokud tu deprese už nějakou dobu má, když sem doráží ke mně zpravidla, rozhodl se, shledal, že by mu nejvíce přispěl existenciální přístup a chtěl by pochopit své místo na světě, protože má pocit, že místo na světě nemá. Tak s ním půjdu po linii existenciální. Pokud má pocit, že není schopen fungovat, (...) budu hledat cesty, jak přestrukturovat jeho každodennost k tomu, aby ty své malé cíle jako vstát z postele, jít do práce, umýt se dokázal plnit víc, nebo tak aby s nimi byl spokojen.*“ Mezi její projevy řadí poruchy vnímání sebe a svého vlastního života, reinterpretace událostí v nejhorší možné varianty v souvislosti se ztrátou objektivního náhledu na sebe a svůj život. Snížení schopností jednat, myslet, projevat se a emoční vyprahlost spojenou s anhedonií. Zároveň uvádí přítomnost zvýšené sebekritičnosti a současně snížené kritičnosti.

Posouzení deprese u klienta

V rámci posouzení deprese u klienta uvádí, že se většinou drží již stanovené diagnózy. Když je to třeba, tak vylučuje závažnější diagnózy, „*to, co je diagnosticky jako vejš*“, a případnou diferenciální diagnostiku. Hledí primárně na projevy v rámci sezení, kde pozoruje sníženou energii, dominující témata smutku a neschopnost prožívání a myšlení, „*Jestliže má problém vidět pozitivní věci ve svém životě, které tam objektivně jsou, (...) je tam převažující ta negativní interpretace všeho, tak se přikláním k tomu, že se jedná o takový depresivní stav.*“ Mapuje i „*ty klasická kritéria*“ jako rozhozené stravování, spánku a anhedonii. U hlubších depresí prvně rozebírá možnost psychiatrické návštěvy pro antidepresiva, „*abychom měli vůbec kde začít*“. Taktéž bere v potaz historii deprese v anamnéze.

Osobnostní charakteristika depresivních

Odlišnost osobnostní charakteristiky u depresivních vnímá Terapeut 2 převážně v problému vyjádření vzteku a agrese. „*To jako myslím, že je strašně zastřešující a že vlastně pro část klientů ta cesta z deprese byl kontakt s vlastní agresi.*“ Popisuje provázanost schopnosti vyjádření se a získáním energie, „*aktivace*“, k podniknutí kroků vedoucích k efektivním změnám v životě. Dále uvádí určité podskupiny, mezi které řadí klienty, kteří mají „*vnitřně inkonzistentní pohled na svět*“, což popisuje následně:

„Vyčleňují sebe mimo ostatní lidi, jo... takový zvláštní způsob výjimečnosti mají, že oni jsou výjimečný, než všichni ostatní, jsou zcela jiný druh člověka... ale špatnej.“ Uvádí vyšší výskyt u chronických a rekurentních klientů, vnímá vzájemnou stimulaci mezi tímto nastavením a depresivní symptomatikou.

Prožívání při práci

Postoj ke klientům

Terapeut 2 udává, že se ke všem klientům nechová stejně, neboť vždy zohledňuje individualitu klienta, v tomto případě jeho zdroje, historii deprese a její léčby. Na základě tohoto východiska spolu uzavírají zakázku a volí volbu formu práce. „Podle toho, jak mám největší šanci na úspěch, (...) je to úplně jinej člověk v tu chvíli prostě. Je to úplně jiná deprese, i když má stejný projevy. Takhle no.“

Prožitky při práci

Terapeut 2 uvádí při práci s depresivními klienty vzbuzení pocitu specifické náročnosti terapeutické práce, respektive že to bude „hodně práce, která půjde pomalu, ale která půjde dost spolehlivě a přehledně“, lze tedy pozorovat výsledky a postupně zrychlující se tempo, „nejsou tam velký skoky, ani nahoru, ani dolu většinou“. Tento pocit přehlednosti nabývá porovnáním práce s klienty s hraniční poruchou osobnosti a upřesňuje: „Ne jednoduchá, ale (...) taková systematická práce.“ Vzhledem k tomu je schopný okolo osmého sezení říct, zdali s depresivním klientem bude schopen dosáhnout pokroku nebo ne.

V rámci snahy aktivace depresivního klienta skrze sebeaktivaci se cítí po sezení vyčerpaný. „To je to, co mě vyčerpává, to na mě potom dosedne, ta nálada, se kterou přišel, tak já si ji tak nasaju, jo.“ Když dojde s klientem opět k negativnímu posunu zpět, „k propadu“, tak někdy pocítuje rozjezd frustrace a agrese. V průběhu sezení to nevnímá, soustředí se pouze na klienta, tyto pocity přichází až po odchodu klienta. „Není to nějak agresivní, když odejdou, tak se usadím a cítím se podrážděně, (...) mám takový pocity marnosti vlastně, kterým musím čelit v tom akutním nálevu potom.“

Přenos klientova stavu

Příchod klienta u Terapeuta 2 vyvolává pozitivní emoce. „V tu chvíli mám radost, že ho zase vidím.“ Odůvodňuje to svým nastavením a nachystáním směřovaným pouze na klienta. V sezení se vždy snaží být maximálně otevřen klientovi, napojit se na něj, což

zahrnuje i přenos emocí a rozpoložení, ve kterém klient je. Mnohdy s klientem nebojí svůj aktuální stav sdílet „*a mnohdy je to silný, že mě to dojde k slzám, tak si tu prostě s ním pobřečím. Pokud jsou takový, že mě to hodí do depky, tak si s nima taky podepkařím*“. Snaží se být otevřený a upřímný, nevidí přínos v zatajení prožívání klientova příběhu, „*kdybych mu řekl, že to se mnou nic nedělá, tak se cejtí ještě víc izolovaněje*“. Důležitou roli v takových případech přisuzuje určité resilienci, která mu umožňuje ve stavu nezústat, ale vytáhnout se opět nahoru „*a jak se před ním z toho vyhrabu, když to s ním sdílím, tak ho trochu vytáhnou zase nahoru, jo*“. Uvádí, že kdyby trpěl depresí, tak by tento přístup určitě nefungoval. „*Já tu depresi nemám, on mě sice rozesmutní, ale já se za chvíli vyšvihnu zpátky zase (smích)*.“

Rezonantní témata

Terapeut 2 vnímá jejich přítomnost, rozvádí, že jej většinou posilují, nemá negativní zkušenost. Klient je mu kvůli tématice bližší, má poté pocit, že se z klientova tématu stává společné téma, rozebírají jej. „*Tak se trochu starám i o sebe, (...) když dochází k jiným závěrům, nebo jinak to řeší, tak je to pro mě obohacující víc, když se mě to týká*.“

Práce s depresivním klientem

Očekávání od klientů

Od depresivních klientů Terapeut 2 očekává upřímnost a kritičnost. „*Jak jsou sebekritický, tak bych chtěl, aby byli i kritický*.“ Vnímá totiž vliv těchto prvků na chod sezení, celé terapie i jejich deprese, obzvláště u jedinců s nastavením „*všichni jsou v pořádku, jenom já jsem špatně*“. Významu dodává i směřování Terapeuta 2 k učení jejich prosazení: „*Naučím je, třeba aby si řekli, že jim to dneska nic nedalo. (...) Najednou si ulevili, najednou oni nejsou špatně, to sezení bylo špatně, potencionálně že já to dělám špatně, (...) dává jim to tu kompetenci*.“

Charakteristické pro práci

Jako další charakteristický prvek vnímá svoji „*vycvičenou*“ sebeaktivaci, kterou vnáší do sezení za účelem stimulace klienta, obzvláště když sdělí, že je dnes bez energie. „*Snažím se mít vždycky vyšší energii než on, v tom sezení (...) ta nálada, která z toho je, je únava a vyčerpání a propad takovej psychickéj, kteréj směřuje do tý... smutku, posmutnělosti a nebo podrážděnosti*.“ Když klient odchází i krátkodobě méně skleslý, vnímá to jako obrovský úspěch. Práci s depresivním klientem obecně popisuje jako

cyklickou, probíhá neustálá oscilace mezi dobrými a špatnými sezeními. „*Postupně těch dobrých dnů přibývá a těch špatných dnů ubývá.*“ Některé propady vnímá na sobě jako emočně náročné.

Terapeutický progres

Pozitivní terapeutický progres popisuje Terapeut 2 jako oboustrannou shodu na zlepšení, kdy při nabytí dojmu, že je klientovi lépe a dosahuje lepšího fungování v životě současně za snížení přítomné depresivní symptomatiky, se obrací na klientův pocit ohledně zlepšení během terapie „*a dokáže mi popsat proč ten pocit má*“. V takové fázi vnímá Terapeut 2 svůj osobní deficit. „*Když tam je ten pokrok, tak mám tendenci zlenivět a musím se přemáhat, abych se do toho dokázal víc anagažovat a víc tlačit.*“ Občas v takových situacích vnímá odklon mimo terapeutický rozhovor. „*Ne vždycky mám energii na to dřít a jako tvrdě jít po těch věcech, co tu depresi podporují a rozebírat to.*“ Když klient takovou situaci zaregistruje, společně reflektují, co by mělo být jinak „*a už jedeme*“. Samotný konec terapie vnímá naplněním zakázky a předem jej vnáší do terapie.

Negativní terapeutický progres je založený opět na oboustranné shodě. Terapeut 2 pak u sebe popisuje sebekritičnost a tendence ruminovat. „*Je to takový nepříjemný, víc stresující, takový klasický kolečko sebezpochyb o kvalitě práce o našem vztahu s klientem.*“ Snaží se odhalit projekce na klienta, správnost zakázky a zdali neupřednostnil své potřeby před klientovými. Rozebírá je v sebereflexi po sezení a případně na supervizi. „*Je to nějaká aktivace, nějaká výzva ke změně udělat něco jinak.*“ Když se téma otevře v průběhu sezení, tak na něj doléhají negativní pocity. „*Mám tam pocity, že mě to mrzí, že nejsem rád, že to nejde, že jsem se snažil, ale nestačí to a musíme něco jinak dělat.*“ Na druhou stranu to vnímá pozitivní potenciál, stává se to ústředním tématem a čím dříve se odhalí, tím více času zbyde k řešení a vybudování plánu. Jedná se o jeden z mála případů, kdy protahuje sezení, „*založí to tu práci dál, to může udělat obrovský krok dopředu a zefektivnit ty další sezení, (...) mám z toho dobrý zkušenosti*“. Vnímá zde souvislost s kritičností klienta, kdy nekritičtí klienti neregulují témata, kterými se zabývají „*tím pádem se ten čas úplně zabíjí*“. Zatímco „*ty klienti, kteří to dokáží vytáhnout rovnou a jsou velmi kritičtí v terapii se dají do kontaktu s tím nějakým vztekem a ten dodá tu energii potřebnou k aktivaci, aby dělali ty změny, které potřebují v tom životě*“. Když s klientem rozebírají nerelevantní témata a klient to namítne až o několik sezení později, vede to Terapeuta 2 k přehodnocení svých empatických schopností, „*říkám si, že jsem to měl*

vycítit dřív“, a k reflexi poznámek, „vztahuju se zpátky, jestli jsem nebyl moc rychlej, jak je lépe podpořit do budoucna“.

Strategie při práci

Strategie v sezení

V sezení Terapeut 2 uvádí, že strategie nemá, plně se soustředí na bytí s klientem, sebe se snaží opomíjet, „na sebe zapomenout, co to jde“. Zároveň však s depresivními klienty používá techniku sebeaktivace. Taktéž při převzetí klientovy nálady, když uzná za vhodné, klientovi sděluje své aktuální pocity a snaží se přitom navodit u klienta racionální náhled: „(uvádí příklad) *No tak, jak mi to tu vyprávíte, tak jsem takovej zavalenej úplně. Úplně to cejtím jako kdyby to nemělo žádný východisko (...), ale třeba vím, že racionálně si uvědomuju, že to nemůže být pravda, protože lidi ve vaší situaci to východisko našli už předtím. Jo, rozdělím emocionální a racionální.*“ Současně vnímá osobní a rezonantní témata jakožto možnosti, „jak se k němu vztáhnout“, vytvářejí možnost rychlejšího navázání vztahu s klientem, „nacítění se i toho sdílení (...) *prospívá to tomu vztahu, když tam jsou nějaký ty zkušenosti*“. Některé klienty se snaží vést k vyšší kritičnosti a dovednosti sebeprosazení.

Strategie mimo sezení

Mimo sezení vnímá zásadní přínos v tvorbě zápisů ze sezení v ten samý den. Pevně ohraničený zápis umožňuje projít emoce a situace, které byly v sezení, a rozlišit, které jsou vlastní a které jsou klienta, což navíc zamezí zpětnému navracení se k tématům. „*Ten čas, kdy jsem na sebe zaměřenej ve vztahu k tomu, co se dělo na tom sezení a tím, jak je to ohraničený, že jenom ten den a jindy ne, jo, tak mám ten mentální blok, abych se k tomu nevracel, abych neruminoval.*“ Dříve nabývaly zápisy jednodušší podoby a byly tvořeny s odstupem, takto systematicky a rutinně „*i kdybych měl padnout, to vždycky psát ten den*“ se je naučil dělat dva roky nazpět. Dále uvádí supervizi. Poté uvádí mnoho „technik“, u kterých se inspiroval depresivními klienty, jako vztahování se k diáři, který „*připomíná, že žije ten život, protože ty lidi s depresí maj často rozjetý, že ten život nežijou*“, radování se z maličkostí, zaměření se na každodennost, nekritický přístup k vlastním omezením nebo „*naučit se sebe vnímat jako subjekt, ne objekt*“.

Vlastní depresivní zkušenost

Popis symptomatiky

Terapeut 2 uvádí mezi vlastními depresivními symptomy poruchy spánku, anhedonii, ztrátu potěšení ze zájmů, sociální izolovanost, málomluvnost a ztrátu chuti k jídlu.

Příčina vzniku

Příčinu symptomatiky vnímá v zátěži způsobené náročnými klienty a zanedbané psychohygieně. „Většinou to mám vztažené k nějakému přetažení, zavání to vyhořením, ale myslím, že je to depresivní.“ Depresivní klienty neřadí mezi nejnáročnější, jako hraniční poruchy, avšak s jejich přibývajícím četností v terapii vnímá zvyšující se vyčerpání a „rozjezd“ symptomatiky. Uvádí, že v případě rozjeté symptomatiky s nimi nemůže pracovat. „Cejtím, že jim nedokážu tolik nabídnout, když sám jsem na tom mizerně.“ Výskyt uvádí v průběhu celé své praxe, nástup se různil od instantního po pozvolný. Epizody trvají aktuálně okolo dvou týdnů „není to úplně deprese jako těžká“, dříve se pohybovaly v rozsahu měsíce až roku s fluktuující intenzitou. Popisuje období, ve kterém ví, že se „přepne“ a je si vědom, že čtyři týdny nebude schopen fungovat. „Sbírám, vyškrabávám každou zbytek energie, abych fungoval v takovém minimu. (...) Je to někdy ve stavu, když mám hodně depresivních klientů a nemám vlastně energii, nemám čas se dát dohromady po nich.“ Vytyčením hranic mezi sebou a klientem, kterých dosahuje systematickým a ohraničeným zápisem sezení, tento fenomén výrazně zredukoval, „ale jakmile prostě se to semele, tak, že najednou nemám čas si odpočinout támhle, tak do toho můžu sklouznout“.

Reakce a řešení

Při prvních projevech depresivní symptomatiky, tedy na začátku praxe, náhled neměl. Naposledy však šlo o intenzivnější epizodu a zvažoval i medikaci, k čemuž nakonec nedošlo a popisuje: „Musel jsem si dát pauzu, nebyl jsem schopnej pracovat nějakou dobu. (...) Po třech tejdnech jsem zase byl schopnej pracovat, ne že jsem byl v pohodě, (...) ale rozjelo se to vzestupný kolečko. Dodržoval jsem nějaký pravidla psychohygieny.“ V průběhu zamyšlení se nad předchozími epizodami poznamenává: „Vlastně když se ohlídnu, tak si říkám, sakra, já mám depresi.“ Nárůst odolnosti vnímá i s přibývajícím praxí.

Dopady depresivní symptomatiky

Profesní rovina

Jako hlavní dopady v profesní rovině vnímá horší efektivitu. „*Když mám rozjetou tu depresivní symptomatiku, tak v terapii pracuji hůř, prostě jo,*“ ale většinou si stále udrží práceschopnost, když ne, bere si volno. Vnímá i dopad špatné nálady na únavu a tím pádem na výsledky. Z kolegů o symptomatice nikdo neví, „*práci odvádím*“. Stigma deprese ve společnosti nevnímá. „*Ne to ne, je to normální, to bývá ve všech profesích. (...) Já mám dost terapeutů mezi svými klienty s depresí (smích)*“, což odůvodňuje psychickou podstatou náročnosti práce, která se musí projevit emočními problémy. V ohledu ke klientům vnímá osobní zkušenost, ze které může čerpat. „*Díky tomu se můžu napojit na toho klienta a reflektovat ty jeho pocity.*“ Vzhledem k provázanosti epizod s praxí nedokáže porovnat, jak odlišný by byl terapeut bez této zkušenosti. „*Je to takový, že se hůře napojím na klienta, který říká, že ho chce zabít skříň než na klienta, který je smutný, že si vybral špatnou skříň.*“

Názor na antidepressiva

Vnímá je jako nástroj, který někdy funguje, někdy nefunguje, někdy je nezbytný. Mohou způsobit nemožnost terapeutické práce, protože klient nemá kontakt s vlastním prožíváním a není schopen provádět změny, které by vedly ke zlepšení stavu. Ideální je, když se užívají při hluboké depresi, neboť klienti nejsou schopni nic podnikat, „*aby tam stále bylo čeho se chytat*“. Také jsou klienti, kteří mají těžké vedlejší účinky a dochází k narušení důvěry k léčbě a vysazení, jenže bez léků se nejsou schopni pohnout, dále „*nějaký posílení beznaděje*“.

9.3. Terapeut 3

V době rozhovoru je Terapeutovi 3 čtyřicet let, s depresivními klienty pracuje přibližně patnáct let. Má praxi v oblasti psychoterapie a diagnostiky. Depresivní klientela je tvořena převážně mírně a středně těžkou depresivní fází. Absolvoval výcvik integrativní psychoterapie zaměřené na tělo, vychází z psychodynamického teoretického základu. V rámci praxe byl výrazně formován, domnívá se, že nejvíce vlastní analytickou terapií, následně supervizory a kolegy vycházejícími z rozličných směrů.

Výklad depresivní poruchy

Vnímání deprese

První myšlenka se vztahuje ke klinické atestaci, uvádí tedy klinická kritéria depresivního syndromu, výsledky diagnostických metod. „*Hodně jsem řešil klinická kritéria, aby byla jako naplněná ta diagnóza, jestli to je lehká, střední nebo těžká.*“ Dále rozvádí somatické symptomy deprese jako nechutenství a ztráta hmotnosti. „*Přicházejí kvůli tomu a třeba ještě ani nevědí, že mají depresi.*“ Aktuálně se prakticky odklonil od testové a klinické diagnostiky a přesunul svoji pozornost k emočním reakcím klienta na situace, které se mu v životě dějí. Také vnímá u deprese důležitost vývojového faktoru a sycení základních potřeb.

Posouzení deprese u klienta

Pro posouzení deprese u klienta potřebuje, aby jeho reakce na danou situaci trvala delší dobu. Obrací se přitom na klinicko-psychologická kritéria dle MKN, „*zhodnocení nálady, kognitivní schopnosti, somatický syndrom*“. Snaží se zohlednit reakci na ztrátu, depresivní reakci na narcistní zranění, a zdali nejde jenom o výsledek života. „*Hodně o tom přemejšlim jako vývojově, že některý lidi jsou vlastně smutný jako celoživotně, protože nemají nasycený základní životní potřeby. (...) Taky se mi děje, že lidi sem chodí a říkají, že mi tady mluví jenom o těch ošklivých věcech a o těch dobrejch vlastně nemluvěj... no že to se u psychologa neprobírá.*“ Rozvádí, že pro označení klienta za depresivního, se dvou týdnů dle kliniky již nedrží, vnímá to více individuálně, příkladem uvádí osm týdnů. „*Když mám pocit, že ten člověk do toho ještě více zabředává nebo se z toho nemůže nějakým způsobem vymanit.*“ V takovém případě to s klientem otevře a začne posuzovat, zdali je depresivní. Dodává, že v rámci psychodynamické terapie je běžné, že se klient v začátcích zhorší, když povoluje své obrany, „*když jim postupně jako nahlídnou nějaký svoje věci, (...) tak se může zhoršit i do deprese*“.

Osobnostní charakteristiky depresivních

Domnívá se, že deprese může potkat téměř kohokoliv, ale vnímá tři „*hlavní proudy*“, ve kterých mohou být lidé náchylnější. Jedná se o osoby s nedosycenými potřebami neboli podle Alexandra Rowena deprese orálního charakteru, o osoby s narcistně strukturovanou osobností, „*taková víc jako prázdná, nespokojená, podrážděná deprese*“, a masochistický typ charakteru s přítomností do sebe obrácené agresivity, „*kteřá*

se projevuje navenek taky nějakým smutkem, ale uvnitř se ten člověk vaří třeba hněvem“.
Dodává ještě osoby s neuroticky strukturovanou osobností.

Prožívání při práci

Postoj ke klientům

Z hlediska rozlišování klientů se jedná o otázku, kterou posledních pár let řeší. Reflektuje, že v počátcích praxe mezi klienty nedělal rozdíly a měl terapie táhnoucí se i osm let, které z hlediska objektivních kritérií terapeutické změny neměly valný výsledek. Aktuálně neodmítá pacienty na základě chronické anamnézy, *„na začátku to otevřeně zkusím s každým“*, ale když spolupracují již dva nebo tři roky, a pak už nevnímá signifikantní změny *„nebo vlastně vím, že bysme spolu takhle mohli zůstat do konce života (smích)“*, tak odkazuje klienta na CDZ, komunity, psychoterapeutické skupiny a další služby pracující s chronickými pacienty a terapii ukončuje. Stejně tak pokud nevnímá například třičtvrtě roku posun v terapii nebo když si člověk *„chodí pro psychosociální podporu a vlastně to přestává být terapie“*.

Prožitky při práci

Terapeut 3 uvádí, že je pro něj práce s depresivními klienty těžká, obzvláště pak když klient stav popírá, *„že ten klient se k těm pocitům jako nemůže dostat“*. V důsledku u sebe vnímá vyvolanou reakci, typicky se jedná o únavu nebo frustraci, *„takovej vztek zvláštní“*. Rozvádí, že se nejedná o reakci na samotné aktuální sezení, ale spíš na dlouhodobý progres, stagnaci, *„několik měsíců kroužíme kolem něčeho, ten člověk se tomu jako hodně vyhýbá“*. Reflektuje to jako důsledek vlastního aktivního zasazení *„když nevidím ty změny, tak samozřejmě mě to jako taky frustruje“*, což řeší skrze supervizi.

Prožitky při práci

Dále uvádí, že je pro práci charakteristická určitá úroveň energie, kdy *„opravdu depresivní“* klienti *„sebou nesou opravdu nízkou úroveň jako životnosti, jako kdyby byli v nějaký bažině, (...) nechci tady používat ezoterický slova, ale často cejtím, že prostě jako vysávají nebo mě to jako stahuje dovnitř“*, čemuž se musí bránit, aby s tím byli schopni pracovat, ale nevnímá moc konstruktivních řešení. *„Kdybych se před tím klientem uzavřel, že se začnu chránit před ním, tak moc nevěřím, že ta terapie má pak velký smysl.“* Rozvíjí ještě osobně důležité téma vlivu profese psychoterapeuta na vztahy s blízkými. *„Se říká, že deprese je nakažlivá. (...) Umím si představit, že mít víc depresivních klientů třeba během jednoho dne, tak večer přijdu domu a myslím si, že už by se mnou fakt moc nebylo.“*

Vztahuje to k energetické a emoční úrovni. Vnímá, že když je toho na něj mnoho „*moc se namočím*“, tak je nemluvný.

Přenos klientova stavu

V případě, když u sebe začne vnímat protipřenos, tak nabývá „*mentální, emoční a energetické*“ dimenze a snaží se jej citlivě sdílet a rozebrat s klientem jako vnější fenomén, než že by měl příčinu v klientovi. „*Si představuju, že na druhý straně si ten člověk musí připadat, jako že je naprosto strašnej, že vysaje i toho terapeuta.*“ Stejně to vztahuje i k prožitkům, které mohou být přítomny u jeho blízkých. Má s tímto přístupem převážně pozitivní zkušenost, když už je to odhaleno, tak pracují na změně. „*Nejvíce působí ty věci, co jsou právě nevyřčený. (...) Měl jsem klienta, se kterým jsem pravidelně usínal ve dvě hodiny odpoledne a předtím i potom jsem byl bdělej. Pochopil jsem, že to je vlastnost toho, co se mezi náma děje.*“

Rezonantní téma

Na rezonantní témata reaguje soucitem, „*vždyť jsme to zažili*“. Klientům sice přímo svoji zkušenost nepopisoval, ale vyjadřoval porozumění jejich situaci, snažil se o destigmatizaci a normalizaci.

Práce s depresivním klientem

Očekávání od klientů

Z hlediska očekávání na klienta nemá žádné představy nebo nároky, naopak od sebe jako terapeuta očekává naději ve zlepšení nebo alespoň dosažení snesitelnosti stavu. „*Já spíš jako ke každému pacientu přistupuju, že se s ním snažím pobejt (...) a když se to daří, tak se terapie většinou odvíjí do nějakého procesu, a když se nedaří pobejt, tak nám to prostě nejde, tak se snažím přijít na to proč nám to nejde.*“

Charakteristické pro práci

Práce je charakteristická „*bažinoidní*“ náladou a bezmocí, „*ten člověk je prostě... down*“, což je spojené s přítomností kognitivní otupělosti a zpomaleným psychomotorickým tempem, což znesnadňuje terapeutický proces. Snaží se s klientem nalézat a uchopit zdroje, hledat východiska. „*Vlastně v tý depresi ty lidi moc nevidí to řešení, ale můžou něco nahmatat. (...) Tímhle způsobem trošku pozměnit ty intervence... třeba chtít po tom člověku míň.*“ Také se v sezení zaměřuje na „*boj*“ s bezmocí a

negativním viděním budoucnosti udržováním naděje na zlepšení. „*Nejsem naivně nadějněj, ale kdybych to pustil úplně, tak to asi nemá moc smysl.*“

Terapeutický progres

Pozitivní terapeutický progres pozná Terapeut 3 skrze změny, které klient provádí, či jsou pozorovatelné. Po tělesné stránce vnímá u klienta více pohybů, změny v nádechu a hlase, větší jiskru v očích. Dále podle klientovy orientace k „*výživnějším věcem, které energii naopak dodávají*“, například v oblastech sociálních interakcí, práce a studia nebo sdílení zájmů a zážitků. Konec v terapii diskutují dohromady, když nabydou pocitu dostatečného zlepšení.

Negativní terapeutický progres se mu těžko uchopuje, ale obecně jej popisuje tak, když vidí, že klient trpí na mnoha úrovních. „*Vlastně nemá v životě jako ani kousíček světla, a to je pro mě opravdu těžký udržet.*“ Snaží se pak být s klientem a věnovat se svým spirituálním konceptům. „*Někdy mi je těžko... Myslím, že udržuju ten pocit tý naděje, že jdeme po nějaký cestě, která zrovna teď vede temnotou.*“ Zároveň u sebe monitoruje pocit beznaděje. V takových situacích zvažuje doporučení antidepresiv. „*Když mám pocit, že ten člověk jako opravdu trpí příliš dlouho a asi by nemusel.*“ Uvádí například osoby s neurotickou strukturou nebo s historií dobré reakce na medikaci. „*Pro mě jakoby takovej vlastně fenomén, že když začnu uvažovat o tom, že bych tomu člověku doporučil medikaci, tak si uvědomuju, že se cítím asi taky bezmocnej a chci to nechat už na těch práškách.*“ Vnímá, že takové téma pro klienta musí být těžké, proto spolupráci neukončuje, ale snaží se klienta „*triangulovat a zasítovat*“ v rámci dalších služeb. Zastává názor, že je velmi nebezpečné myslet si, že všem lidem může pomoci sám. „*Když jsem si uvědomil, že třeba se hodně snažím investovat do toho člověka, (...) že opravdu už supluju nějaký širší kontext.*“ Taktéž to vnímá jako prevenci vyhoření skrze rozdělení potřeb klienta mezi více odborníků a vzájemné sdílení.

Strategie při práci

Strategie v sezení

Terapeut 3 uvádí, že asi nejdříve odhaluje zdroj, příčinu, zdali se jedná o jeho osobu, nebo na sebe nechává působit pacienta. „*Čekám a opravdu se do toho jako nějak namáám jo, že třeba uberu na svém projevu a opravdu nechám jako na sebe působit to, co ten klient prostě vyzařuje nebo to o čem mluví.*“ Zároveň však hlídá i sebe, aby se „*nenamočil*“ příliš, neboť by se také už nemusel dostat na původní úroveň. K získání

náhledu do klienta využívá během sezení například praktik mindfulness, kdy vnímá klienta i své tělo. „*Třeba jak se mě zvětšuje pocit tíhy nebo třeba můžu zažívat nějaký divný pocit úzkosti.*“ Když z něj klient vysává energii, nebo jej „stahuje“, brání se uvědoměním situace. Někdy to sdílí s klientem a navrhuje jej k podpoře v hledání zdrojů, „*mnohdy to kognitivní porozumění, proč je v depresi nestačí.*“ Dodává, že se tomu asi moc bránit nelze.

Strategie mimo sezení

Mimo sezení vnímá jako protektivní faktory při práci s depresivními klienty sebepěči, „*věci co mám rád a co mě nabíjej*“, kdy se nejčastěji věnuje „*psychofyzickým aktivitám*“, respektive fyzickému cvičení, józe, procházkám v přírodě nebo saunování. Nadále vnímá jako velmi důležité vztahy, tedy kontakt s rodinou a přáteli, k čemuž se vztahuje i v souvislosti vlastní energetické úrovně, kterou jim může v závislosti na práci věnovat. Také uvádí supervizi.

Vlastní depresivní zkušenost

Popis symptomatiky

V rámci depresivních symptomů Terapeut 3 uvádí poruchy spánku, uzavřenost do sebe, nemluvnost a pocit ztráty existenciálního smyslu. Dokáže fungovat, ale spíše pouze přežívá. „*Jsem takovej abulickej, to základní přežití.*“ Na přítomnosti epizody deprese se shodl i s kolegy. Epizoda trvala několik měsíců.

Příčina vzniku

Terapeut 3 vnímá dva zdroje své depresivní symptomatiky. Prvním je terapeutická práce, „*když se namočím moc, tak jsem pak taky smutnej, depresivní*“. Druhým jsou neuspokojivé osobní vztahy, zde čerpá ze zkušenosti, kterou by nechtěl opakovat. Depresivní epizodu přičítá potížím v osobním životě, došlo k ní před několika lety. V rámci počátku praxe zažil vyhoření, „*ale myslím si, že štych deprese tam mohl být taky. Bylo to jako na tělesně energetický úrovni*“. Reflektuje, že se jedná o poměrně běžný fenomén u mladých pracovníků v pomáhajících profesích.

Reakce a řešení

Depresivní poruchu si připouštěl, měl náhled, k výraznějšímu řešení se rozhodl na základě dopadu na jeho okolí a jeho neschopnosti. „*Člověk pak jako nemůže fungovat jako přes den*“, nasadil antidepressiva, což přineslo rychlé zlepšení. V rámci vyhoření si musel

vzít dovolenou, kdy v podstatě jen spal, „*jsem byl strašně vyčerpanej*“, a zároveň se potýkal se ztrátou smyslu. S klienty se o zkušenosti nebavil. „*Nesnažím se zatěžovat svým příběhem.*“ Reflektuje, že možná u někoho vyhodnotil jako přínosné sdílet zkušenost s léky nebo s osobní terapií. Udává, že to je nevyhnutelností sebe nad své klienty. „*Já se nechápu nějak zvlášť odlišně od těch svých klientů. Pracuju celkem, řekl bych, se zdravou populací.*“ Případný odstup si drží u těžších poruch osobnosti.

Dopady depresivní symptomatiky

Profesní dopady

V rámci profesního dopadu vnímá výrazně zvýšení pokory vůči medikaci, což ovlivnilo i postoj k jejímu nabízení klientům. „*Ne že bych ji vyloženě doporučoval, ale nebráním se tomu, když vidím, že ten člověk opravdu trpí. (...) Nechám ty lidi víc jako vybrat.*“ Také vnímá větší pochopení pro ostatní lidi. „*Týká se to prostě nás všech tenhle problém.*“ Prožití epizody u něj vedlo ke zvýšení respektu vůči křehkosti lidské duše. Za zkušenost se nestydí, myslí si, že je důležité umět se o tom bavit s lidmi, kterým věří, uvádí kolegy. Se stigmatizací a odsouzením se osobně nesetkal.

Názor na antidepresiva

V případě nasazení antidepresiv vnímá častou změnu tématu v sezení. Dělí klienty na dva druhy. Prvním antidepresiva zaberou, dojde k odstranění symptomatiky, zlepšení a terapie akceleruje. Většinou jde o neuroticky strukturované klienty. „*Mají víc síly vyřešit ty svoje věci, na který reagovali depresí.*“ Pak klienty s depresí na osobnostním podkladě, kterým se uleví, ale nezískají kapacitu k řešení osobnostních věcí a terapie chroničtí. „*To je takovej krok, že tomu člověku se nežije tak špatně, ale současně nemá ty témata do terapie.*“ Také přemýšlí nad zvýšeným rizikem suicida při nasazení u dlouhodobé deprese.

9.4. Terapeut 4

V době rozhovoru je Terapeutovi 4 čtyřicet pět let a s depresivními klienty terapeuticky pracuje již přes osm let. V praxi se orientuje pouze na soukromou psychoterapeutickou službu. Depresivní klientela je tedy tvořena převážně jedinci trpícími lehkou nebo případně středně těžkou fází. Absolvoval výcvik v Gestalt terapii, podle kterého se i v rámci praxe orientuje.

Výklad depresivní poruchy

Vnímání deprese

Pro Terapeuta 4 je složitější uchopit jednotný koncept. „*To je takové hodně jako široké.*“ Vztahuje své vnímání deprese ke svému výcviku, udává, že se neorientuje na diagnózu. Řídí se hlavně projevy klienta, u deprese tedy zmiňuje omezené normální fungování, způsobené absencí energie, poruchami spánku, anhedonií a „*nevnímá vůbec krásu života*“. Depresi si u člověka představuje i tak, že „*není schopen adaptabilního chování*“.

Posouzení deprese u klienta

Při posouzení deprese u klienta se orientuje na důvod klientova příchodu, kdy se poté zaměřují na hledání zdroje těchto příčin. Uvádí, že „*ten člověk nepříjde kvůli depresi většinou, ale přece kvůli tomu, že se cítí špatně*“, a v případě, že vnímá nějaké depresivní symptomy, tak uvažuje o depresivní poruše. Poté se pokouší odhalit co k tomu klienta dovedlo, kdy se většinou jedná o výchovu nebo klientovo nastavení, které jej v životě formuje. Vnímá to jako praktický přístup, protože to klienta nejvíce ovlivňuje. „*Ne že by mě to zajímalo, jako že bych to chtěl zkoumat, ale prakticky ten člověk má nějaké nastavení a toho v tom životě vlastně jakoby likviduje.*“ Rozvádí, že takoví klienti stanovují určitá omezující nastavení, která nejsou reálně splnitelná. „*Často ti lidé jsou uvězněni v těch svých představách, introjektech, (...) to je úplně pak likviduje.*“

Osobnostní charakteristiky depresivních

V rámci osobnostní charakteristiky registruje vyšší sklony k depresivitě v případě lidí se zvýšenou mírou neuroticismu a introverze, kdy udává, že introvert bude svůj vztek spíše „*tlačít do sebe*“, což vnímá jako potenciální zdroj vedoucí k depresi.

Prožívání při práci

Postoj ke klientům

Domnívá se, že se nelze stavět ke všem klientům stejně, už pouze na základě osobních sympatií a antipatií v rámci povolání, vzhledu a povahy, avšak snaží se tyto faktory do praxe nevnášet. Jako „*člověk*“ si uvědomuje, na které sezení se těší, které bude náročnější, v rámci terapie mu však pomáhá dostat se do role, kdy si tyto pochody hlídá. Po konci sezení opět vstupuje do role „*člověka*“. Z hlediska historie deprese v anamnéze nevnímá mezi přístupem ke klientům rozdíl, naopak zásadní rozdíl vnímá v přístupu,

zejména snahy, klienta ke svému stavu. „*Nejtěžší pro mě depresivní klient je ten, který přijde a jako tak tady sedí jak hromádka neštěstí a dělejte se mnou něco...*“ Rozvádí, že tito neangažovaní klienti často rychle terapii ukončí, nevnímá u nich vlastní motivaci ke změně. „*Oni přijdou, a tak se mnou něco dělejte. (...) Manželka říkala, že tady mám přijít, abyste se mnou něco dělal.*“ Zde vnímá velký přínos práce v soukromé praxi, kdy nemotivovaní klienti nebudou ochotni terapii hradit.

Prožitky při práci

Terapeut 4 uvádí, že se mu s depresivními klienty pracuje dobře. „*Mám dojem, že těm lidem rozumím.*“ Domnívá se, že tomu tak je kvůli vlastní zkušenosti s depresivní epizodou. Pozitivní vztah k nim také vyvozuje z porovnání s klienty trpícími závislostmi, které osobně považuje za složité. Někdy však pociťuje bezmoc vzhledem k možnostem pomoci klientovi. „*Nemůžu to za něho vyřešit, on to musí udělat sám.*“ Jako těžké vnímá, když po celém sezení vidí, jak je klient usazený, jak je skleslý a nemůže to odpracovat za něj. Uvádí, že to je o udržení si hranic a jedná se o téma, které dlouhodobě řeší na supervizi.

Přenos klientova stavu

Vnímá dopad klientova příchodu na sebe a snaží se jej kontrolovat, „*Vidím, že přichází právě takový nějaký propadlý a snažím se to hodně hlídat, abych to nedal najevo.*“ V rámci výcviku se řídí rozvojem tématu, se kterým klient přichází, ne tématu, které z klienta aktuálně vnímá. „*Nezačínám já, (...) nezačínám nikdy tím: vidím na vás, že jste nějaká skleslá.*“ Doplnuje, že se k tomu později stejně případně dostanou. Pokud neudrží své hranice, tak pracuje za klienta a zároveň přejímá jeho bezmoc. „*V tu chvíli jsme v háji. (...) Kdysi jsem dělal tyhle chyby, že jsem to přejímal a vlastně jsme dva tady seděli jako dva v močálu a vlastně jsme si... Byla to blbost...*“ Může klientovi podat ruku, ale musí zůstat na břehu, nemůže vstoupit do „*močálu*“. V průběhu sezení se pak snaží být maximálně orientovaný na klienta, i když nejsou napojeni, tak to „*vyzávorkuje*“, je si toho vědom, ale dá to stranou, hlídá si to a snaží se to sezení společně strávit.

Rezonantní témata

Rezonantní témata vnímá, většinou ve formě přílišných nároků na sebe, potlačeného hněvu směřovaného vůči sobě a vztahových konfliktů. Jelikož je má ale zpracované, tak z jejich případného výskytu čerpá „*vždyť to přece skvěle znám*“. Pomáhá mu to navázat se na klientovy pocity, případně jej navádí k jinému způsobu zvládnání.

Práce s depresivním klientem

Očekávání od klientů

Očekávání od klienta se Terapeut 4 snaží nemít, aby jej lépe pochopil, porozuměl mu. „*Já se snažím, abych vnímal, že to je jeho svět. Jako gestaltisté bychom řekli, jeho jakoby proces, jeho pole a nechat ho.*“ Zároveň si tak uvědomuje přenechávání vlastní zodpovědnosti na klientovi, udržuje si hranice.

Charakteristické pro práci

Jako své klíčové téma vnímá udržení hranic, které se charakteristicky projevuje do sezení. Dříve se snažil navádět klienta, aby podnikl nějaké kroky, což vedlo k X důvodům, proč to tak nejde a oba dva je to „*utápělo*“. Nyní například jen nabídne svoji perspektivu, co by podnikal za sebe a když klient uhýbá, tak to přijímá a nenechá se pohltnout.

Terapeutický progres

Pozitivní terapeutický proces vnímá tak, že je mu v sezení dobře a vnímá na klientovi proměnu. „*Často ji klient nevidí jo, ale já ji vidím.*“ Změna může nabývat formy zisku náhledu, redukce převažující skleslé nálady, vzpřímené chůze nebo snížení hmotnosti, „*protože zajídal ten stres*“. Nachází se v přítomném kontaktu, klient se už neodklání pohledem z okna, „*takový pocit... jakoby se přibližujeme symbolicky*“. Jako silný moment vnímá klientovo zvýšení zdravé sebelásky. „*Často vlastně nenávidí sami sebe, aniž si to uvědomují. (...) Třeba žena se začne líp oblíkat.*“ Tyto projevy se snaží klientovi zvědomět, obzvláště když se klient „*topí*“ v pocitech bezvýchodnosti a nemožnosti změny. Ukončení terapie vychází ze vzájemné domluvy. Když s tím přijde klient, tak zhodnocují dosažené změny, aktuální stav. Za sebe navrhuje ukončení terapie, když nevnímá další přínosnost a obává se, aby se klient nestal závislým. Ukončení je definitivní, neboť má zkušenost s klienty, kteří se ozvali jen, když bylo zle, ale „*pak tomu moc nedávali*“.

Negativní terapeutický progres popisuje jako absenci kontaktu s klientem. „*Ten klient se mi nějak ztrácí, ten klient vykládá a já se na něho nejsem schopna napojit.*“ Uvádí, že důvody z jeho strany mohou být vnesení osobního tématu, neporozumění, zmatení klienta „*v depresi třeba zmatení, že vlastně pořád tak jako pláčou*“. Klient se také může dívat po různých podnětech, nemluvit, „*utíkat*“. „*On je třeba někde jinde. Když se to stává hodně často, tak mám pocit, že se terapie nedaří, (...) nejsme jakoby v tom gestaltu.*“ Také když klient zvolní frekvenci sezení na jednou za měsíc nebo dva a „*vlastně si jenom*

trochu chodí pro radu“, většinou se jedná o momenty, kdy krouží okolo krucióálního tématu a klient se mu takto vyhýbá. V takovém případě ho později konfrontuje ohledně smysluplnosti takové spolupráce: *„Mám pocit, že jsme se něčeho dotkli a že trochu od toho utíkáte. (...) Popisuju, co se děje a je na tom klientovi, jak se k tomu postaví.“* Jednou se takto záměrně klienta zbavil, neboť měl tyto opakované tendence ukončovat a navazovat terapeutický kontakt při dotyku příčinného tématu, v té době tuto konfrontaci vnímal těžce a měl dojem, že to klient neustojí, takže si vymyslel jiný důvod.

Strategie při práci

Strategie v sezení

Před začátkem sezení si vyhrazuje pár minut na přípravu na klienta, během které si zvědomuje vztah s klientem, protipřenos a že sezení je o klientovi, ne o něm. To mu napomáhá eliminovat dopady vyvozené z klientova příchodu, orientovat se na klientovo téma, nepřebírat iniciativu a práci za klienta. Pro rozvoj tohoto přístupu vnímá zásadní supervizi. Taktéž se snaží dostat sebe samotného do role terapeuta, oprostít se od role člověka, který má nějaké přirozené preference, sympatie a antipatie. Je pro něj důležité, mít pauzu pětadvacet minut, aby se stihl takto připravit, případně vyřídit fyziologické potřeby, které jej vedou k nesoustředěnosti.

V rámci sezení vnímá potíže s udržením hranice mezi sebou a klientem. Tomu se snaží předcházet nebo zabránit tím, že si udržuje i optické hranice. *„Teď tady my dva sedíme a vlastně takhle sedí klient, takhle sedím já a pomyslně si tady říkám vždycky a nejdí dál, jako nejdí dál. To je pro mě důležité.“* Tuto techniku vztahuje ke svému výcviku. Snaží si v průběhu říkat, že tomu může dát svých padesát procent a klient musí dát zbytek a když tomu klient nic nevěnuje, tak už jde o jeho odpovědnost. *„To je pro mě docela těžké to odlišovat, když vidím takhle trpícího člověka.“* Zároveň uvádí, že od té doby klienti více přebírají odpovědnost na sebe a terapie se výrazně lépe daří. Když se v terapii nedaří, tak se vztahuje k určitému keramickému výtvaru, který má před sebou v pracovně, *„je to takový trošku upatlanec, jo“*, a připomíná mu, že nemusí být perfektní, *„jako stačí, když seš průměrný“*.

Strategie mimo sezení

Mimo sezení vnímá zásadní přínos supervize, změnu obsahu supervize považuje za velký zlom v rámci své praxe. Zažil konflikt, který jej málem přiměl k ukončení praxe, vedl k uvědomění, že potřebuje změnu směrem k direktivnějším supervisorovi. Nyní

v rámci supervize neřeší pouze jak s klienty pracovat, ale zaměřuje se i na to, co s ním klient dělá, „*co to ve mně otevírá. Třeba potřeba někoho zachraňovat, když je depresivní*“. Stejně tak si bere buď na supervizi, nebo do sebereflexe případy, když má dojem, že nejsou s klientem napojení a zkoumá například jestli jde o fyzickou únavu, nebo otevření osobního tématu. Jako přínosné pro sebezpečí vnímá udržování řádu a pravidelnosti v sezeních s klienty. Procházku před začátkem práce a nějakou činnost po ukončení práce. „*Klienty tady jako v ‚nechávám‘, ale stejně je nosím v hlavě. Tak to pomáhá, třeba mi něco docvakne, co by se dalo dělat.*“ Nadále vnímá přínos sebezvzdělávání, většinou skrze literaturu, nečerpá přímo inspiraci, spíše jej považuje za součást profese, má dojem, že by jinak mohl „*postupně jít dolu, v takové bdělosti. (...) Jako když jíte chleba, jako že ten chleba si nevyčutnáte, ten prostě je součástí nějak jako té potravy.*“

Vlastní depresivní zkušenost

Popis symptomatiky

Terapeut 4 popisuje svoji depresivní symptomatiku převážně poruchami spánku, vedoucím k absolutnímu vyčerpání, nevnímal radost v životě, poruchou interpretace situací, kdy sebemenší problémy vnímal jako „*mega problém*“ a propadal pláči bez adekvátních podnětů. „*Cokoliv mě už rozhodilo (...) emočně řeknu prostě na sračky, jo, úplně prostě hotový, bez energie, bez jakékoliv vize (...) problém vstát z postele, jo.*“

Příčina vzniku

K depresivní epizodě došlo před počátkem terapeutické praxe, vnímá, že šlo o důsledek pracovního vytížení, vztahových problémů a přehnaných nároků na sebe.

Reakce a řešení

Díky sociální opoře se obrátil na medikaci a psychoterapii, což mělo pozitivní dopad a postupně se dostával do funkčního stavu. Nyní v rámci praxe vnímá občasné navracející se epizody a projevy depresivní symptomatiky v souvislosti s nedostatkem sebezpečí a vyčerpání.

Dopady depresivní symptomatiky

Profesní rovina

V rámci profesní roviny je těžké se k té první epizodě vztahovat, neboť k ní došlo před počátkem psychoterapeutické praxe. Přičemž vzpomíná, jak opětovně našel, jak se mít rád, navedení se k zdravějšímu životnímu stylu, shození nadváhy a celkově

adaptivnějším copingovým strategiím, například ventilací skrze fyzickou aktivitu. Avšak udává, že se v průběhu praxe občas objevují epizody, kdy se mu depresivní symptomatika vrací. „*Citím se nějak hůř, (...) cítím takhle třeba nebezpečí, že bych do toho mohl sklouznout, jo.*“ Rozvádí, že to je o jeho hlídání hranic, nemít na sebe přehnané nároky, nepřetěžovat se, nebrat si více klientů, než zvládne, hlídat si psychohygienu, aby do toho opět nespádl. Vnímá velmi těžké odmítat klienty, když ví, že už by překračoval hranice. „*Zvláště ty depresivní mi volají, brečí do toho telefonu, tak umět říct jako v klidu asertivně ne.*“ Reflektuje, že kdyby depresi nezažil, tak by si ty klienty asi vzal. „*Díky tomu vím, že si to musím hlídat.*“ Zároveň vnímá lepší vztah k antidepresivům pramenící z vlastní pozitivní zkušenosti. Zároveň uvádí možnost sebeodhalení zpracovaných témat, má pozitivní zkušenost, kdy například klient reaguje „*aha, tak když i ten odborník s tím měl problémy a dostal se z toho evidentně*“ a v důsledku vnímá úlevu a nárůst naděje na straně klienta. Vždy ale zvažuje nakolik takovou informaci klient snese. „*Někteří klienti ve vás potřebují mít tu autoritu takového toho úplně dokonalého... v začátcích.*“

Názor na antidepresiva

Vůči lékům má obecně negativní postoj, antidepresiva vnímá jako výjimku. Pokud je již mají a dochází k němu na terapii, tak to vnímá jako dobrou kombinaci. V případě, že je klient v těžkém depresivním stavu, „*typicky nespavost, bez elámu*“, tak nabízí nasazení antidepresiv. Zároveň edukuje o jejich užívání, důležitosti kombinace s terapií a destigmatizuje jejich užívání. Po započetí jejich účinku vnímá změnu k lepšímu na úrovni aktivizace, komunikativnosti, témata se nemění.

9.5. Terapeut 5

V době rozhovoru je Terapeutovi 5 třicet dva let a má přibližně sedm let praxe s depresivními klienty. Zkušenosti nabral v nemocničním zařízení i v rámci vlastní terapeutické praxe. Depresivní klientelu udává z jedinců trpící lehkou a středně těžkou depresí. Absolvoval výcvik SUR – psychodynamický, který vnímá při práci s depresivními klienty spíše jako nevhodný, neboť „*jak v tý depresi vidíme všechno černě*“, tak hledání zdrojů v minulosti „*nás pošle ještě hlouběji*“. Aktuálně je ve výcviku strategické a hypnoterapeutické psychoterapie, kterou shledává aktuálně efektivnější. Vnímá, že do jeho praxe proniká čím dále více „*přirozená spiritualita, to co do života přináší meditace*“.

Výklad depresivní poruchy

Vnímání deprese

Terapeut 5 vnímá rozdíl mezi depresivní poruchou a prožitkem deprese. Vztahuje se k neurofyziologickému podkladu deprese v mozku, na úrovni dysbalance neurotransmiterů, který nevnímá. „*Pro mě vlastně neladí ten pohled, že by to tělo dělalo něco samo. (...) Já nějak nevnímám se oddělenou od těla.*“ Vnímá současně tělo, mysl a duši. Poruchu si představuje jako opakující se fenomén přicházející v určitých obdobích navázaný na spánek, stravu, vztahové události a případně biochemické změny. „*Je to porucha života v podstatě, protože nás to nějak znovu a znovu omezí.*“ Názor na poruchu má takový, že nemoc není něco, co se objevuje a „*ted'ka nás to jde jako přeprat nebo porazit a je potřeba s tím bojovat*“. Symptomy považuje za informaci o naší pozici v systému „*mysl, tělo, duše (...) a co nás ten život vlastně chce naučit*“. V rámci deprese bychom mohli pohlížet na symptomy prohloubené špatné nálady, tíhy a ztráty naděje na všech úrovních bytí.

Posouzení deprese u klienta

Při posouzení deprese u klienta se nevztahuje k žádným kategoriím, vychází z individuality člověka, „*který vyvinul něco, co potom můžete kategorizovat jako depresi, ale já se potřebuju pořád dívat na toho člověka*“. Vnímá důležité vztahovat se k významu prožívání člověka, a co nám to říká o aktuálním životě, jeho minulosti. „*Jestliže se něco takového děje, tak je to pravděpodobně ve světě toho člověka ta nejnormálnější reakce na nějakou nenormální situaci.*“ Vytváří novou psychoterapii a novou kategorii pro každého člověka.

Osobnostní charakteristika depresivních

Osobnostní charakteristiky by v případě zmíněných symptomů vnímal jako nutnost určité úrovně vnímavosti k všudypřítomné bolesti, absenci strategií zvládnání, které zamezí hlubšímu rozvoji. Obecně osoby introvertní, s vyšší mírou neuroticismu, nižším prahem bolesti, úzkostní lidé a přítomnost „*poruchy sebezachránění se*“, kdy by upřednostnění vlastních potřeb před potřebami druhých vedlo k pocitům sobectví.

Prožívání při práci

Postoj ke klientům

Na stanovené diagnózy klientů v podstatě nehledí. „*Že někdo někoho nějak diagnostikoval, jenom znamená, že měl někdo takový názor. Vůbec nic to neříká o tom člověku a o tom příběhu.*“ Uvádí, že je samozřejmé, že je s každým klientem někde jinde, neboť každý přichází s jinou energií. Taky jsou to jiné osoby, v různém věku, s různou zkušeností.

Prožitky při práci

Uvádí, však že samotná práce s depresivními klienty je někdy velmi těžká. „*Je to pocit, jako kdybych bojoval s tím člověkem za toho člověka, proti němu.*“ Mezi charakteristické prvky při práci řadí klientovo pohlcení fenoménem „*ano, ale...*“, kdy na většinu věcí existuje nějaký důvod proč je XY nemožné a obecně převládá nedůvěra v možnost zlepšení. Má dojem, že se mnohdy nelze hnout z místa, protože klient nemá pocit dostatku energie ke zvládnutí kroků směrem k řešení. V tomto smyslu taktéž vnímá depresivní propad jako „*nástroj, jak se k něčemu vyhnout, protože kdybychom vlastně byli v tu chvíli funkční, tak musíme čelit třeba problému ve vztahu s manželem*“, což může být pro klienty velmi náročné, když se „*cítí fakt blbě*“ a ještě si uvědomit, „*já to trošku zneužívám*“. Když se v terapii nedaří, například když má dojem, že klient odmítá spolupracovat, tak pociťuje negativní emoce, nabývá dojmu, že v sezení pracuje pouze on.

Přenos klientova stavu

Terapeut 5 se s příchodem klienta snaží být neutrální, přítomný, nevnímá na sobě dopad. Přenos se dostavuje například v průběhu sezení, vnímá jej v kontextu vlastní depresivní symptomatiky. Rozvádí, že v posledních letech „*zažívám to, co zažívají ty lidi*“, takže je schopen objektivně vnímat klientovu možnou zátěž. Většinou přichází s beznadějí, nízkou energií, pocitem neřešitelnosti nebo ztráty smyslu. „*Prožívám s nima všechny tyhle věci*“, přičemž vnímá jako svoji zodpovědnost nenakazit se jejich prožíváním a nenakazit je svým prožíváním, „*což je o neustálém hledání rovnováhy*“, což s depresivním klientem může být ještě složitější. Vnímá existenci přenosu a protipřenosu jako normální fenomén, se kterým je dobré počítat, proto má pocit zodpovědnosti za sebe jako „*pracovního nástroje*“ o sebe pečovat.

Rezonantní témata

Vnímá rezonantní témata za přirozená. „*Jsme tady dva lidi a to, že se něco děje se mnou je v pořádku*“, avšak zodpovídá za to, aby se terapie nezačala ubírat směrem k řešení jeho věci. Sděljuje mírně zaobaleně svůj příběh, vždy klade důraz na vhodnost obsahu pro klienta v jeho situaci, aby byl výsledek podporující, nesmí jej „*zahltit*“ nebo se jej pokoušet „*trumfnout*“. Dovoluje si projevit slzy, prožitek s klientem, občas se projeví ztrátou pozornosti. Nezpracované téma musí prvně vyřešit u sebe a s jej může odstupem řešit u klientů. „*Potřeboval jsem ten čas.*“

Práce s depresivním klientem

Očekávání od klienta

Z hlediska očekávání od klientů Terapeut 5 o žádných neví. Jediné, co mu přichází na mysl je, že v rámci spolupráce by se klient měl naučit, „*co znamená být klientem v psychoterapii*“, respektive začít na sobě pracovat sám, aby terapeut měl té práce čím dál méně.

Charakteristické pro práci

Depresivní klienti přichází s beznadějí, únavou, pocitem ztráty smyslu nebo neřešitelnosti jejich situace. Klientův stav v sezení prožívá, vnímá přenos a případný protipřenos a chápe jako vlastní zodpovědnost tyto stavy zvládat. Je tedy charakteristické neustálé hledání rovnováhy, což vnímá u depresivních klientů jako náročnější.

Terapeutický progres

Pozitivní terapeutický progres vnímá jako rozvoj mezilidského vztahu, rozvoji důvěry. Snaží se klienta naučit zdravý lidský vztah, uvádí příklad korektivní zkušenosti, kdy při nedorozumění nebo rychlém otevření tématu se omlouvá a případně vede k rozboru, což vnímá za důležitý okamžik, kdy se klienti učí, že vztah může pokračovat. „*Je přirozený, že když lidskej vztah trvá nějakou dobu, tak se v něm i stane nějaká neshoda a neporozumění, komplikace. (...) To je velmi důležitý okamžik, kdy se lidé mohou tady učit.*“ Uvádí to jako léčbu vztahem a komunikací, kterou vnímá jako univerzální. Dále také uvádí posun v zakázce, kdy klient přichází s pocitem zlepšení své situace. Často si všímá i zvyšování autenticity klienta v sezení v porovnání s počátkem terapie. „*Když přijdou ty lidi poprvé, kolik masek máme, kolik... rolí, naučených odpovědí... konceptů (...) se tohle začne rozpouštět.*“ Konec terapie vnímá jako své téma, které se vyvíjí. Rozvádí odlišnost

mezi psychodynamickým východiskem, které nechává ukončení na klientovi a strategického přístupu, který je více strukturovaný včetně určení konce. Aktuálně vnímá, že klient ukončuje sám, on reflektuje například posun v zakázce. Zastává názor, že *„terapie je tady od toho, aby tady žádná nemusela být“*, přičemž konec terapie neznamena vyřešení témat, ale získání kompetencí a nástrojů k jejich řešení.

Negativní progres v terapii vnímá, když jsou sezení *„taková stejná“*, dle klienta je symptom stále přítomný a zároveň pociťuje nějaký boj v sezení. Boj může nabývat podoby flirtu, lhaní, vyhýbání se, nedůvěry, *„že se člověk nenaučí, co to znamená být klientem, takže neudělá krok k vlastnímu sebezkoumání a té vlastní práci“*. Rozvádí, že někteří lidé vůbec nemají transformační potenciál, respektive vnitřní drive k podnikání změn, práci na sobě. Dále když neberou vlastní odpovědnost, *„říkají 'tak mě opravte'. To neumím (smích).“* Většinou se poté snaží najít způsob, zda jsou schopni spolupracovat, *„co by ten člověk potřeboval, aby se to někam posunulo“*. Uvádí, že dobrým ukazatelem spolupráce jsou domácí úkoly, neboť klient přebírá svoji zodpovědnost. Jejich neplnění vede k pocitům bezmoci. *„Můžu mu maximálně dát puntík do notýsku.“* Spolupráce jej přestává bavit a chce ji ukončit. Vztahuje se k supervizi, že se jedná o *„lidi, který potřebují domazlit. (...) potřebují ještě o úroveň níž... do toho dítěte... Nemůžu se vztahovat k nějaký dospělý kvalitě“*. Reflektuje, že v rámci teoretického východiska má s klientem okolo dvaceti sezení a s klienty v regresi nemá asi ještě trpělivost, takže když nevidí možnosti, jak by se terapie mohla pohnout, tak navrhuje poslední sezení, doporučuje kolegy a ukončuje terapii.

Strategie při práci

Strategie v sezení

Před příchodem klienta se připravuje, nenastavuje si předem *„je to bude těžký“*, soustředí se, aby byl s každým člověkem přítomně. V rámci sezení se snaží hledat a udržovat rovnováhu, aby nedocházelo k *„nákaze prožívání“* ani na jednu stranu. Pro tuto rovnováhu je předpokladem udržení vlastního zdraví, což vede k důrazu na sebezpečí mezi klienty a mimo terapii. Uvádí, *„že se v člověku vždycky vztahuje k tomu místu, který se dá a který umí milovat. (...) To místo je v nás všech stejný a všichni ho máme, je to jenom různě hluboko“*. U depresivních klientů cítí, že je to hluboko, klient je daleko, takže se snaží klienty opakovaně zvát do kontaktu, dává vědět, že je zde pro ně. *„Nemá smysl chodit za depresivním člověkem, on před váma víc a víc couvá do sebe. (...) Nevztahují se*

k části, která tam má ty problémy, neprohlubuju problém, vždycky hledám řešení.“ Klientům o své přítomnosti dává vědět skrze ujištění, podporu, navrácení pozornosti k zvládnutému a uskutečněnému i třeba telefonickým kontaktem mimo terapeutické sezení „protože nikdy se nám nezhroutí úplně všechno. (...) Teda většinou jo, nebavíme se o psychiatrii, pokud chodí ke mně, to znamená, že jsou z to si platit ne levnou psychoterapii a opravdu sem docházet.“ Takže se s klientem upíná na věci které fungují.

Strategie mimo sezení

Mimo sezení se věnuje sebepěči, které se mu dostává za pomoci fyzického cvičení, meditace, přírody, literatury, vzdělávání se, omalovánek a kontaktu s partnerem a přáteli. Uvádí i supervizi.

Vlastní depresivní zkušenost

Popis symptomatiky

Má dojem, že má zkušenost s „*vysokofunkční depresí*“, kterou popisuje jako stav, kdy je osoba navenek fungující a zvládající, ale uvnitř „*běží nějaká linka hlubokého životního zmaru*“. Fungoval, ale nic mu nedávalo smysl, „*jste mi přece říkali, že když vystuduju, budu mít dobrou práci a budu za ní dostávat peníze a budu mít tu toho partnera, tak že to bude ono. Rozhodně nebylo, (...) cítil jsem se hluboce podvedený.*“ Symptomatiku popisuje jako úzkosti a hlubokou ztrátu smyslu, chronické bolesti hlavy, bolesti za krkem. Měl pocit, že neustále musel potvrzovat svoji hodnotu a že když něco ztratí, tak se ukáže, že je nefunkční. „*Nedostatečně dobrý člověk pro tenhle svět a cokoliv, co dělám, nemá smysl.*“

Příčina vzniku

Příčinu vnímá v mainstreamovém vzdělávacím systému, který nás „*učí být malým funkčním ozubeným kolečkem v soukolí*“, když budeme tu roli plnit dobře, tak máme být spokojeni. Popisuje to jako navlékání „*skafandru*“, jisté předurčené cesty, která má vést ke štěstí. Nakonec se dopátral k tomu, že se společnost zakládá na výchově ega, „*celý svět je o moci a penězích a vlivu, o tom jaký kdo bude mít vyšperkovanéj skafandr*“, a takto není možný být šťastný. Záleží jen na tom abychom se cítili dobře, abychom dokázali vydržet sami se sebou a „*ukončit tu válku uvnitř, aby nemusela být venku*“.

Reakce a řešení

Vypořádával se s tím těžce, jistou dobu se se symptomatickou vypořádával zakrýváním sebe sama. „*Vezmeme tu bolest a začneme ji zakrývat... cigarety, alkohol, drogy, sex a zážitky... Začneme to přebíjet, zkoušet věci, ve kterých lidé vypadají šťastní.*“ Nakonec došel skrze vipassanu k odhalení, že největší utrpení přináší část člověka, která se upíná na svět, který si vytvořil kolem sebe. „*To je to, proč člověk nemá rád změny, (...) jenže to ignoruje fakt, že se všechno změní jednou.*“ Takže řešením byla ochota a možnost změnit vše, „*co jsem doposud vytvořil, nebo co mě bylo vytvořeno tou výchovou a tím systémem*“ a vybudovat to svoje, „*což vyžaduje ochotu k neustálým změnám*“. Až poslední dva roky vnímá zlepšení, příchod důvěry, že není obětí světa, že vlastní svět vzniká z něj, z jeho postoje.

Dopady depresivní symptomatiky

Profesní rovina

V rámci profesních dopadů vnímá dopady z osobního života, kdy nikdy nebyl spokojenější. V terapii je přirozenější, otevřenější, víc si věří v pozici terapeuta. Nevnímá vše jako tak velký problém, „*nějak s takovým větším klidem*“. Přesto ale vnímá nějakou stále přítomnou úzkost. Orientuje se směrem k sebezpečí, kterou vnímá jako základ pro práci i obranu vůči symptomatice.

Názor na antidepressiva

Antidepressiva vnímá jako nástroj ke stabilizaci, snížení těžké symptomatiky, v případě potřeby energie k samotnému docházení do terapie. Dlouhé užívání však kvůli emoční otupělosti v obou směrech nedoporučuje, pokud to jde, tak podporuje ve vysazení. Nemyslí si, že člověku může stačit nebo že je zdravé, aby žil v tak „*omezeném pásu prožívání*“. Změny v terapii nepozoruje, neboť příchozí klienti již většinou užívají.

9.6. Terapeut 6

V době rozhovoru je Terapeutovi 6 třicet dva let a v psychologické praxi s depresivními klienty je přibližně sedm let. Má zkušenost z nemocničního prostředí, soukromé psychoterapie a instituce zaměřené na léčbu psychedeliky. Absolvoval výcvik v psychoterapii zaměřené na klienta (PCA; person-centred approach) s nástavbou v play therapy pro děti, výcvik v Pesso Boyden psychomotorické psychoterapii a kurz

postmoderního přístupu. Aktuálně se nachází ve výcviku facilitace holotropního dýchání. V rámci práce s depresivními klienty by se již nedefinoval jako „rogeriánský“ terapeut, spíše se orientuje v nějaké syntéze, v závislosti na typu klienta, se kterým pracuje.

Výklad depresivní poruchy

Vnímání deprese

Terapeut 6 vnímá depresivní poruchu jako symptom, pohlíží na ni symptomaticky, ve smyslu způsobu, jak se sebou a se světem člověk zachází v kontextu zátěže a reakcí na zátěž, kde vnímá určitý vliv genetické predispozice. „Každý na zátěž reaguje jinak a někdo má tenhle způsob.“ Je pro něj tedy důležité, jak klient sám rozumí tomu, co se mu děje.

Posouzení deprese u klienta

Při posouzení deprese u klienta uvádí, že záleží na perspektivě práce. V klinické praxi se řídí podle MKN a zajímá se o upřesnění stavu, diferenciální diagnostiku a řazení do klasifikace, „protože se mě na to ptají ty doktoři (úsměv)“. V soukromé praxi se orientuje na dopady, které stav způsobuje v klientově životě a jak tomu klient rozumí, „jaká tam je dynamika“. MKN kritéria striktně neřeší, „mi v terapeutickém kontextu nepřijdou úplně jako užitečné“, pouze zhodnocuje, zdali problémy narušují zvládnutí života natolik, že je třeba zvážit spolupráci s psychiatrem pro farmakoterapii. Někdy ale vnímá užitečnost pojmenování „to, co zažíváte, tomu můžeme říkat deprese. Někdy to přináší úlevu“.

Osobnostní charakteristika depresivních

Z osobnostního hlediska vnímá u depresivních klientů tendence k internalizaci potíží, „že ty potíže jako nejdou ven, ale spíš... spíš se vaří vevnitř“.

Prožívání při práci

Postoj ke klientům

Z hlediska rozlišování klientů nevnímá zásadní rozdíly mezi lidmi, spíše v závislosti na fázi procesu. Záleží, v jakém stavu přichází, s jakou hloubkou deprese, s jakou mírou energie a co potřebují. Když to na něj dopadne, tak si potřebuje chvíli vydechnout a dočerpat. „Tak někdy je to víc jako úlevný prostředí tady, než se dostaneme k nějaký jako aktivnější práci.“ U klientů s rozsáhlejší historií se ohlíží do jejich zkušenosti, jaké měli řešení, přístupy, co fungovalo a co ne.

Prožitky při práci

Práci s depresivními klienty vnímá v závislosti na hloubce a intenzitě deprese. V psychiatrické nemocnici jsou klienti většinou už bez energie a zažívá pocity, že „*moc to jako nejde*“, nejsou například ani schopni vstoupit do kontaktu. V soukromé terapii spolupráci vnímá výrazně snazší „*víc jako v klidu nějakým*“. Při ketaminem asistované terapii vnímá náročně, když klient přichází, je pasivní a očekává, že jej látka vyléčí sama.

Při nedostatku energie u depresivního klienta má pocit, že sezení „*tak jako dře*“, takže potom vnáší do sezení více vlastní energie. Rozvádí, že to ale nesmí přehnat, obzvláště když vnímá velkou tíhu. „*Udržet se, že já stojím jednou nohou empaticky v tom a jednou nohou ve svém klidu, (...) nenaskočit na tu tíhu tolik.*“ Snaží se balancovat, aby byl pro klienta, cítil ho, ale zachoval si své hranice.

Přenos klientova stavu

Největší zátěž vnímá, když klient je zároveň ve velmi náročné vnější situaci, kdy je dostupných málo zdrojů nebo je vidět málo možností. „*Tam to jako dělá fůů... (hluboký výdech) víc tu tíhu.*“ Cítí se pak, že „*ochutnává*“ klientovu beznaděj a vnímá důležitost udržení vlastní víry, naděje v možný progres. Někdy tyto pocity s klientem otevírá a ověřuje, zdali to vnímá stejně, „*že fakt jako vidět možnosti je v tomhle stavu velmi těžké*“, ale zahrnuje „*jiskru*“ pokroku, na kterém pracují, i když nemusí být zatím vidět. Mnohdy pak klient sděluje úlevu, neboť se třeba poprvé setkává s uznáním vlastních prožitků a jejich tíhy, často přichází s tím, že jejich potíže okolí zlehčuje, protože nejsou viditelné. „*Nejdřív jako validizujeme a pak si s tím můžeme začít zkoumat.*“

Rezonantní témata

Rezonantní témata v terapii potkává zřídka, když ano, tak jejich dopad na sobě vnímá, „*tak tam to se mnou jako zavibrovalo, ale no není to častý*“.

Práce s depresivním klientem

Očekávání od klientů

Očekávání od klientů nabývají u Terapeuta 6 podoby iniciativy, nějaká prerektivita pro terapeutickou práci. „*Jako chuť jo že, ono se to nestane z venku, ale že teď nějak jako musí sám.*“ Potřebuje, aby si klient uvědomil, že to vyžaduje práci, která nemusí být příjemná, ani jednoduchá.

Charakteristické pro práci

Jako charakteristické vnímá vnášení více své energie do sezení. Dále udává dojem, že léčba probíhá v cyklech, které směřují vzhůru a k lepšímu, ale obsahují i kroky zpět. „*Jdu dva kroky dopředu, krok zpátky, tři kroky dopředu, ještě jeden dopředu, dva zpátky.*“ Proto vnímá, že je důležité podívat se zpět, porovnat stav a uvědomit si, že to není stejné. Uvědomit si vybudované vnitřní zdroje, postojte a vše co vede k lepšímu zvládnání symptomů. Nepamatuje si, že by se nějakého depresivního klienta chtěl zbavit.

Terapeutický progres

Pozitivní terapeutický progres vnímá, když dochází ke změnám a otevírají se nové možnosti. Zprvu mohou být subtilní, klient je nevnímá, ale je znát jiný tón hlasu, jiná slova. Později se projevuje nárůstem energie, nárůstem soucitu k sobě, nahrazením smutku zlostí. „*Třeba že to je takovej dobrej moment, kdy vlastně už má nějakej drive.*“ Problém je, když se drive obrací dovnitř. Když se v terapii daří, tak prožívá hřejivý pocit z drobného posunu. Snaží se pak být vůči klientovi opatrně transparentní a zjišťuje, jestli to klient vnímá stejně. V průběhu terapeutické práce si dělá s klienty pozastavení, například každých pět sezení, kdy otevírají správnost směru terapie, „*jestli mluvíme o tom důležitém*“, a zároveň pojmenovává dosažené změny, jak to klient vnímá a na čem chce pracovat. Konec většinou pak pozná tak, že se klient přesouvá od výkonu v terapii k zájmům v životě. „*Vlastně... ten život se otevírá jinde, ano.*“ Domlouvají se pak na snížení frekvence sezení, až po setkání po delší době, kde si sdělí, jestli svoji situaci zvládají nebo ne. „*Nějakej moment takovýho sebeposílení. Že jo... furt se dějou náročný věci, ale já je zvládám.*“

Negativní terapeutický progres vnímá ve chvíli, když se nedaří navázat raport, očekává-li zlepšení pouze na základě biologického efektu látky nebo když klient nepřejímá zodpovědnost a nemá vnitřní motivaci, funguje v nastavení „*tak mě tady opravte*“ namísto například „*mě zajímá můj vnitřní svět a moje vztahy s lidma a rád bych tomu věnoval pozornost*“. Uvádí, že se někdy klientům v průběhu vracejí depresivní epizody v lehčí formě, kdy je s tím třeba schopen lépe pracovat, ale neví, jestli by to ohodnotil jako zdar nebo nezdar v terapii, spíše jde o charakteristiku. Rozvádí, že je rozdíl mezi prací s depresivní reakcí na aktuální situaci a dlouhodobou hlubší tematikou, kdy se jedná třeba o opakující depresivní epizody přičiněné způsobem reagování na zátěž. „*Je tam nějaká neurobiologická složka, kterou mám dojem, že nedokážeme jako narovnat.*“ Může se ale

orientovat na vnitřní prožitky a zacházení s nimi „*změny v sebeobrazu, zacházení se sebou*“.

Strategie při práci

Strategie v sezení

V sezení se snaží sebeaktivovat, když je na klientově straně energie málo. Musí si pak hlídat hranice, aby jej empaticky vnímal, ale nepřevzal klientovu prožívanou tíhu. Dále otevírá, že v průběhu si „*hodně skenuju tělo*“, protože má tendence reagovat na tělesné úrovni, když si uvědomí, že přestává poslouchat a něco se začíná dít, „*tak si jako všimnu, kde to je a jakou to má kvalitu, v jakou chvíli se to objevilo*“. Výsledek si dává do „*závorky*“ posouvá ho stranou a vrací se k tomu zpětně. Obtížnost procesu „*vyzávorkování*“ se vztahuje k náročnosti období, „*v jakém jsem energeticky vyladěným vztahu*“. Když se nedaří, tak se objevují pochybnosti o vlastní terapeutické kompetenci. Pak si pocity pomáhá utlumit groundingem, „*víc si posadím dech dolů a začnu vědomě poslouchat*“, aby mohl opět empaticky poslouchat a nesvíjet se v úzkosti.

V případě rezonantního tématu, které nemá vyřešené, si zvědomuje, že jde o dané téma, usazuje se a soustředí se na odlišení vlastního a klientova příběhu. Někdy se dostaví emoční nebo tělesná reakce, které nerozumí, tak si ji prohlíží a případně ji sdílí. „*Jestli to je z toho pole, nebo jestli to je úplně moje, někdy to bývá šikovný prostě to říct*.“ Občas pak klient reaguje přiznáním stejného pocitu v sobě, tak jdou do rozboru.

Strategie mimo sezení

Mimo terapii vnímá důležitost supervize a sebepéče. Uvádí neformální komunikaci s kolegy obohacenou o humor, který pomáhal ventilovat a nadlehčovat těžká témata. Myslí si, že to tak má, protože skrze humor vypouští energii. „*Tělesně mám pocit, že když se člověk fakt směje, nebo hodně pláče, tak je to tělově hodně podobnej pocit, jak to zachází s tou bránicí a trochu to vyklepe, co tam je zatátýho*.“ Zároveň humor vytváří určitý odstup. V rámci sebepéče převážně fyzický pohyb, běh. Na počátku využíval imaginace podrobného postupu kroků při opouštění práce a cesty domů, napomáhalo to nechávat pocity a klienty v práci.

Vlastní depresivní zkušenost

Popis symptomatiky

Terapeut 6 popisuje vlastní depresivní symptomatiku v epizodě jako ranní pesimy, poruchy spánku, nechuť k jídlu, stav, ve kterém vše dá hroznou práci. „*Mám pocit, že se nedokážu usmát, vylézt z postele, prostě otevřu oči, a tak mi to jako zaplácne prostě (...) a to, že tam je nějaký svět, do kterého já bych měl jít, tak to teda ani omylem, ale zase jako ležet v tý paralýze je prostě taky strašný.*“ Už ale ví, že v tom nesmí ležet. Mít ve vědomí, že může žít, i když to vypadá, že se nedokáže pohnout. Když pak vyleze, přemůže se ke cvičení, dá si kávu a zakouří si, „*což není úplně dobrý, ale funguje to*“, tak se rozhybe a během dne se to pak „*rozpouští*“. Poruchy spánku v podobě ranního buzení a lehkého spánku jsou přítomné v podstatě stále.

Příčina vzniku

Příčinu, nebo počátky, vnímá ve vývojovém traumatu, „*které nebylo zaviněno něčí špatnou vůlí, ale prostě to tak bylo*“. Jednalo se o závažné zdravotní potíže rodičů a vlastní častý pobyt v nemocnici. „*Taková ta jako raná separační tematika, nebezpečnej svět,*“ kdy pociťoval vinu za špatné věci, které se mu dějí, vnímal je jako trest, což vedlo k autoakuzacím, pocitu insuficience a v dospívání k autoagresivní formě z velkého napětí, „*se kterým nešlo dělat nic jinýho, tak jsem ho pouštěl dovnitř*“. Tato symptomatika se stále periodicky vrací v podobě lehčích epizod, které lze zvládat bez medikace, dokáže při nich pracovat. Epizody většinou trvají dva měsíce, rozdíl vnímá ve vědomí jejich konečnosti.

Reakce a řešení

Depresi řešil v dospívání skrze psychiatra a psychologa, tedy medikaci a terapii, což vnímal s pozitivní odezvou. „*Antidepressiva mi v nějaký formě zachránily život a terapie zachránila kvalitní život.*“ Diagnózu vnímal jako úlevu, přinesla rámec a od něho ovíjející se pomoc. Aktuálně se s epizodami vypořádává samostatně, snaží se jim pokud možno předcházet.

Dopady depresivní symptomatiky

Profesní dopady

Dopad vnímá v nutnosti sebezpečí a opatrnosti vůči sobě. Nesmí se přepínat, musel přijmout své energetické limity, „*které jsou pro mě náročné*“, neboť vyčerpání vede do depresivní epizody, kdy jako rizikové vnímá i jarní období. Osobním tématem jsou

věčně přítomné pochyby o sobě, o kvalitě a správnosti terapie a celkové práce. V tom mu nejvíce pomáhá supervize, kdy má dostupný náhled druhého člověka a osobní terapie, díky které vnímá postupný posun od smutného introverta k radostnému člověku.

Vnímá jako zajímavé, že v rámci sezení se pocity insuficience rozplynou, cítí se napojen na klienta. Po odchodu klienta se však navracejí, proto pak začíná nadměrně pracovat, což vede k vyčerpání, které vede „*blbým směrem*“ až k rozvoji epizody. Domnívá se, že jde o situaci, kdy nehledí tolik do sebe ale „ven“. Zároveň je terapie časově ohraničená s jednou osobou, delší doba s více lidmi vytváří více vstupů. „*Pak mám takovou mozkovou mlhu občas. (...) Je to náročné, vyčerpávající.*“

V terapii vnímá zkušenost toho, jak špatné to může pro klienta být, umí si to představit, ale nemyslí si, že má pochopení toho, jak to prožívají, „*každěj to prožívá jinak*“. Asi má pochopení pro složitost rozpoznání epizody, sám s tím má problém, a proto tomu s klientem věnuje více pozornosti, „*aby se to zachytilo třeba včas*“.

Názor na antidepresiva

K antidepresivům se staví jako k nástroji, který může pomoci ve specifické situaci, ale není všespásný. Změna v terapii není jasná vzhledem k latentnímu účinku, ale většinou se jedná o zisk energie k aktivitám. U klientů s lehčími formami deprese často narážel na témata, u kterých měli klienti pocit, že se jich nemohli dotknout, protože měli příliš „*oplácnutou*“ emocionalitu. Takže pokud se klient cítí, že nabyl nějaké větší kapacity, tak vysazení přináší další prostor pro práci.

9.7. Odpověď na výzkumné otázky

V této podkapitole bude postupně odpovězeno na všechny výzkumné otázky na základě výsledků ze společné analýzy dat všech respondentů. Uváděná témata budou **zvýrazněna** a prezentována v kondenzované formě, pro jejich lepší přehlednost a výtěžnost v rámci výzkumné otázky. Kompletní výsledky včetně jejich kontextu lze nalézt v předchozích podkapitolách výsledků jednotlivých terapeutů.

Hlavní výzkumné otázky:

- 1. Jak terapeuti vnímají depresivní poruchu?**

Vnímání deprese

Všichni respondenti popisovali určité symptomy. Nejčastěji se vyskytovaly **poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu, dominující smutné naladění, snížená energie až vyčerpání** a symptomy **kognitivního deficitu**. Dále respondenti uváděli projevy zařaditelné do klastru **negativních interpretací** a **anhedonie**. Individuálně se objevovali projevy jako **ztráta objektivního náhledu na sebe a na svět, zvýšená sebekritičnost a pocity tíhy**. Mimo symptomy deprese většina respondentů vnímá depresi **individuálně** u každého klienta, kdy dva respondenti přikládají důraz na příčinu ve **způsobu zacházení se zátěží**, individuálně pak skrze **konflikty protichůdných tendencí, životní nastavení a výchovu, aktivní témata a jejich řešení u klienta** a **opakovaná omezení určitých oblastí života**.

Posouzení deprese u klienta

Všichni se **obracejí na vlastní vnímání deprese**, zároveň zkoumají **aktuální stav klienta** a **kontext jeho života**. Většina respondentů se obrací na zjištění **přítomnosti depresivních symptomů**. Polovina respondentů zvažuje **efektivitu terapie** ve vztahu k hloubce symptomů a případné potřebě spolupráce s psychiatrem. Individuálně se objevuje **vyloučení přítomnosti závažnější diagnózy, posouzení až po dlouhodobé přítomnosti symptomů** a **neposuzování přítomnosti deprese, ale situace klienta**.

Osobnostní charakteristiky depresivních

Dva respondenti uváděli vyšší **úzkostnost, neuroticismus** a **introverzi**. Dále se objevovaly jednotlivé charakteristiky jako **problém s vyjádřením vzteku a agrese, jemně ostražitý náběh, tendence k internalizaci potíží, vlastní výjimečnost v podřadnosti, nedosycené základní životní potřeby, vyšší vnímavost a citlivost**. Jeden respondent rozlišoval projevení deprese v závislosti na **orálním typu charakteru, narcistní, masochistické** a **neurotické** struktury osobnosti. Dva respondenti uváděli riziko rozvoje deprese u každé osoby.

2. Jak terapeuti prožívají práci s depresivním klientem?

Postoj ke klientům

Čtyři terapeuti udávají, že se **nelze stavět ke klientům stejně**, přesto se snaží nabídnout pomoc všem. Většina pouze zohledňuje **individuální historii deprese a zdroje**, pro jednoho je zásadní **sociální opora**. Dva respondenti uvádí, že jim **nezáleží na klientově anamnéze**, pro jednoho je podstatnější **snaha v terapii** a druhý spíše vnímá

rozdíly v rámci procesu u jednotlivých klientů. Jednotlivě se objevují témata **potlačení individuálních sympatií, odkázání na další služby, srovnání s jinými diagnózami.**

Prožitky při práci

Práci s depresivními uvádí většina respondentů jako **někdy náročnou**. Náročnost přichází pro většinu respondentů v nutnosti **udržení hranic mezi svým a klientovým prožíváním**, jako další aspekty jsou zmiňovány **klientova pasivita, energeticky a emočně náročná práce**, individuálně pak **popírání problémů**, přítomnost **komorbidit, hloubka deprese a klientův skleslý posed**. Většina udává přítomnost **únavy**, u poloviny **bezmoc** a u menšiny **frustrace** a **podráždění**. Individuálně je udávána **přehlednost práce, nenáročnost a potřeba**.

Přenos klientova stavu

Přenos klientova stavu na terapeuta vnímají alespoň v některé fázi sezení všichni respondenti. Většina respondentů uvádí **zodpovědnost za zpracování**, dva udávají případnou **přípravu před sezením** a dva udávají, že nevidí smysl v terapii při **izolaci od klienta**. Většina participantů s klienty **přenos a protipřenos mnohdy sdílí**, přičemž se individuálně zaměřují na **rozdělení racionálna a emocionálna, uchopení jako fenoménu a validizaci pocitů**. Dalšími tématy v kontextu zvládnutí přenosu dle respondentů **udržení hranic, udržení vlastní naděje, resilience a sebepěče**.

Rezonantní témata

Všichni terapeuti udávají zkušenost s rezonantními tématy, avšak v rozličné míře výskytu od běžného po zřídka. Zpracované a pro klienta přínosné téma polovina respondentů sdílí vždy, zbytek pouze někdy. Polovina **vlastní zkušenost mírně zaobaluje** a projevuje i emoce. Zbytek dává najevo pouze **emoce** nebo **porozumění**. Dva respondenti je vnímají pouze pozitivně, neboť poskytují **výhodu vlastní zkušenosti** nebo **inspiraci**. Většina vnímá zpracovaná témata jako přínosná pro **lehčí navázání kontaktu** s klientem. Někteří udávají pocit **zodpovědnosti za proces** sdílení.

3. Jak probíhá práce terapeutů s depresivním klientem?

Očekávání od klienta

Čtyři terapeuti mají vůči klientům nějaká očekávání, jeden se snaží nemít, vnímá je **kontraproduktivně** a jeden žádné neuvádí, naopak uvádí očekávání od terapeuta. Nejčastěji respondenti uváděli **motivaci k terapii** a **uvědomění, že psychoterapie**

vyžaduje práci na sobě. Dále očekávají **upřímnost, kritičnost a alespoň jedno téma**. Očekávání od terapeuta je **víra v naději ve zlepšení**.

Charakteristické pro práci

Jako charakteristické uvádí dva respondenti **navyšování vlastní energie** pro vyrovnání klientovy nízké energie. Dva terapeuti popisují práci jako **cyklickou, s oscilací mezi zlepšením a deteriorací**. Dva participanti vztahují charakteristiku k **vlastnímu vývoji hranic**, jeden v prosazování vůči vyhýbavosti klientů, druhý v udržení odstupu od stavu klientů. Dále uvádí **znesnadněný terapeutický proces** kvůli symptomům kognitivní otupělosti a zpomaleného psychomotorického tempa. Individuálně pak **hledání zdrojů, udržování naděje, udržování rovnováhy a dovedení práce do konce i na svůj úkor**.

Terapeutický progres

Pozitivní terapeutický progres udává většina terapeutů, když dochází ke **změnám v životě klienta**, dále ve **změnách v projevu klienta** a obecně v **poklesu depresivní symptomatiky**. Dva respondenti jej vnímají, když je **dobrá terapeutická aliance**. Individuálně pak při **dobrém pocitu v sezení**, při **rozvoji mezilidského vztahu** a při **posunu zakázky**. Jeden respondent uvádí **tendenci zlenivět** při pozitivním progresu.

Negativní terapeutický progres uvádí většina terapeutů při klientově **nepřijetí vlastního podílu odpovědnosti v terapii**, dva respondenti uvádí, když se **nedaří navázat terapeutický vztah**. Respondenti poté uvádí rozličné odpovědi, tedy na základě **oboustranné shody**, když se klient stane **závislým, nedravě obdivujícím**, když **klient trpí na mnoha úrovních**, při **stagnaci vývoje sezení**, při **pocitu boje v sezení**, při **očekávání zlepšení pouze na základě biologické léčby a individuálního problému s klientem**. Samostatně ze strany terapeuta zmiňuje **zbytečně rychlé tempo terapie**. U většiny respondentů to vede k **hledání nefunkčního prvku**, dva pak reagují **sebepochybami o kvalitě práce**, individuálně pak skrze **ztrátu uvolnění, sebekritické ruminace, sebemonitoring pocitu beznaděje a udržení naděje, doporučení antidepresiv**.

Strategie v sezení

V rámci sezení většina respondentů užívá **zvědomování si hranic mezi sebou a klientem**, někteří respondenti užívají **groundingu**, „**vyzávorkování**“ **vlastních pocitů, přípravy na klienta, sebeaktivace, plného soustředění se na klienta, skenování vlastního těla**. Individuálně pak zmiňují **namáčení se v klientově prožívání, rozvíjení**

klientovy kritičnosti a sebeprosazení, vztahování se k nedokonalému symbolu a opakované vyzývání klienta do kontaktu.

Strategie mimo sezení

Všichni respondenti uvádí obecně **sebepečí** a **supervizi**. Sebepečí je vnímaná různorodě, až na jednoho respondenta se u všech vyskytuje **fyzický pohyb**, polovina respondentů udává **konsolidaci obsahu sezení, bytí v přírodě, sebevzdělávání, osobní sociální kontakty**. Individuálně pak respondenti udávají **potřebu vizuální stimulace, kontakt s kolegy, zápis sezení v ten samý den, saunování, udržování řádu, meditace, radování se z maličkostí, nekritický přístup k vlastním omezením a kolegiální humor**.

4. Jaká je vlastní zkušenost terapeutů s depresivní symptomatikou?

Popis symptomatiky

Všichni respondenti udávají **prožití depresivní epizody** někdy během života, v rámci praxe se většinou jedná o **epizodické navracení depresivní symptomatiky**, jeden participant jej vnímá jako **vysokofunkční depresi**. Dva respondenti udávají **vyhoření** na počátku praxe. Popisovaná symptomatika u většiny zahrnuje **poruchy spánku a vyčerpání**, u některých pak **ztrátu chuti k jídlu, pocity vysoké námahy u jakékoliv činnosti, anhedonii, pocity insuficience, ztrátu existenciálního smyslu, sociální izolaci a málomluvnost**. Individuálně pak zmíněna **zvýšená senzitivita na vnější podněty, úzkost, chronické bolesti částí těla a ranní pesimy**.

Příčina vzniku

Příčiny vzniku depresivních epizod jsou u respondentů rozlišné od sekundární reakce na onemocnění, náročných klientů, vztahových problémů, pracovního vytížení, nastavení společnosti po vývojové trauma. V rámci aktuální depresivní symptomatiky se všichni respondenti shodují na příčině v **zanedbání psychohygieny**, někteří uvádí **neudržení hranic v sezení, náročné klienty a sezónní riziko**.

Reakce a řešení

Epizody vnímala většina respondentů prvotně těžce, někteří měli náhled, jeden jej získal až postupně, jednomu diagnóza přinesla úlevu. Aktuálně vnímají depresi jako **normální nemoc**. Řešení u většiny spočívalo v **psychoterapii**, čtyři navíc užívali **antidepresiva**, u jednoho skrze **meditaci**, všichni respondenti se věnovali **sebepečí**.

Profesní dopady

U všech respondentů došlo ke **zvýšení důrazu na sebepěči a psychohygienu**. Většina respondentů uvádí, že zkušenost zprostředkovává **lepší napojení na klienta**, což může vést k lepšímu vztahu. Někteří respondenti uvádí **potřebu hlídání hranic v sezení, uznání svých limitů, změnu názoru vůči antidepresivům a posilující zkušenost**. Stigmatizaci deprese **nevnímají**. Někteří kolegům o symptomatice řekli, někteří ne, přičemž jeden se v rámci kolegiálních vztahů setkal problémy. Individuálně zmiňují **snížení efektivity v terapii** při rozjeté symptomatice, vnímání zkušenosti jako **větší respekt křehkosti lidské duše, cyklus přetěžování se a zaměření se na rozpoznání epizody** s klientem.

Dílčí výzkumné otázky:

5. *Jaký mají terapeuti názor na užívání antidepresiv při léčbě deprese?*

Názor na antidepresiva

Většina respondentů antidepresiva osobně doporučuje **pouze v případě pochyby aktuálního přínosu terapie**. Dva terapeuti mají **pozitivní postoj**, zbytek zastává spíše **pozitivně ambivalentní postoj**, uznávají jejich místo, ale i jejich negativní efekt.

Vliv na terapii

Většina respondentů **vnímá dopad na terapeutický proces** nabývající pozitivní i negativní povahy, nejčastěji se u klienta dostavuje ve formě **zisku energie a posunu k reflexi a řešení témat**, ale i k **otupění klientova prožívání, vedlejších účinkům a neutrálně na základě podkladu deprese**.

10 DISKUZE

V této kapitole budou shrnuta získaná data v rámci výzkumného problému práce a jejich porovnání s dostupnými vědeckými poznatky v dané problematice uvedenými v teoretické části práce. Na závěr dojde k rozboru limitů práce, zhodnocení přínosu práce včetně poznatků pro další výzkum.

Vnímání terapeutů u problematiky deprese

Získané výsledky by nám měly přinést přehled o vnímání terapeuta, jeho stylu práce a názorech v oblasti depresivní problematiky, který může vést k lepšímu porozumění v rámci zbylých výsledků. Některé odpovědi jsou tedy z podstaty subjektivní a hůře se porovnávají.

Výsledky ukázaly, že všichni respondenti na depresi nahlíží skrze příslušné symptomy, mezi které nejčastěji patřily poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu, dominující smutné naladění, snížená energie až vyčerpanost a symptomy kognitivního deficitu, dále pak anhedonie a negativní interpretace. Tyto symptomy jsou v souladu s popisem depresivní fáze dle WHO (2019). Příčinu deprese vnímají dva respondenti jako důsledek způsobu zacházení se zátěží, což odpovídá tvrzení Praška et al. (2003) ohledně vlivu schopnosti zpracovávat stres na rozvoj deprese. Individuálně pak respondenti depresi vnímají v kontextu životního nastavení a výchovy, s čímž souhlasí i Orel & Facová (2016), kteří přikládají důraz na rané zkušenosti a rozvoj dysfunkčních schémat. Dále skrze důsledky konfliktů protichůdných tendencí, aktivní témata a jejich řešení u klienta a skrze opakovaná omezení určitých oblastí života.

Při posouzení deprese u klienta se všichni respondenti obracejí na vlastní vnímání deprese, zároveň zkoumají aktuální stav klienta a kontext jeho života. Posouzení obsahuje u většiny ověření přítomnosti depresivních symptomů. Polovina zahrnuje zvážení efektivity terapie a spolupráci s psychiatrem vzhledem k hloubce klientovy deprese. Individuálně se pak respondenti věnují vyloučení přítomnosti závažnější diagnózy, posouzení deprese až po dlouhodobé přítomnosti symptomů a neposuzování přítomnosti deprese, ale situace klienta.

Mezi osobnostní charakteristiky depresivních uvádí někteří respondenti vyšší míru neuroticismu, což uvádí jako rizikový faktor i (Boyce & Mason, 1996; Raboch et al., 2015), úzkostnosti a introverze. Dále se objevovaly jednotlivé charakteristiky jako problémy s vyjádřením vzteku a agrese, což lze vnímat v souladu s výsledky studie Simon et al. (2015) ohledně vlivu interpersonálního chování na hloubku deprese nebo tvrzením ve studii Datz et al. (2016) ohledně směřování prožívané agrese vůči sobě. Dále vyšly různé náhledy jako tendence k internalizaci potíží, vlastní výjimečnost v podřadnosti, jemně ostražitý náběh, nedosycené základní životní potřeby nebo vyšší vnímavost a citlivost, což uvádí jako predispoziční faktory i Praško et al. (2003). Jeden respondent rozlišoval projevení deprese v závislosti na orálním typu charakteru, narcistní, masochistické a neurotické struktury osobnosti. Dva respondenti uváděli riziko rozvoje deprese u každé osoby.

Prožívání terapeutů při práci s depresivním klientem

Z výsledků vyplývá, že většina terapeutů vnímá jako nemožné stavět se k depresivním klientům stejně, ale zároveň se snaží nabídnout pomoc všem, pouze zohledňují klientovu historii deprese a zdroje. Jeden respondent zdůrazňuje význam mapování sociální opory pro vliv na zvládnutí situace, což uvádí v kontextu deprese i Praško et al. (2011). Dále bylo zjištěno, že některým terapeutům nezáleží na anamnéze klienta, pro jednoho je významnější klientova snaha v sezení a druhý vnímá změny postoje spíše až v rámci procesu mezi sezeními. V rámci formování postoje ke klientům zjišťujeme u některých respondentů potlačení individuálních sympatií, srovnání s jinými diagnózami a odkázání na další služby v případě stagnace.

Zjistili jsme, že většina respondentů vnímá práci s depresivními klienty jako někdy náročnou, což je v souladu se závěry výzkumu Fischer et al. (2019) zejména v postoji k léčbě a skrze negativní vyvolané prožitky v terapeutovi. Výsledky ukazují, že náročnost se primárně vztahuje k nutnosti udržení hranic mezi svým a klientovým prožíváním, což je v souladu s tvrzením Schwartz & Flowers (2012) ohledně potřeby reflexe dopadů na vlastní stav a zdroje a studií Laverdière et al. (2019) poukazující na rizika spojená se splýváním terapeutova self a klienta. Dále pocit náročnosti vychází z klientovy pasivity, tento poznatek může být vysvětlen na základě studie Putrino et al. (2019) vycházením z monotónnosti a stagnací změn. Výsledky dále poukazují na podstatu energeticky a emočně náročné práce, to je v částečném souladu se závěry Putrino et al. (2019), kdy 72 % terapeutů ze souboru pociťovalo emoční zátěž. Dalšími příčinami se poté zdají být

klientovo popírání problémů, přítomnost komorbidit, hloubka deprese a klientův skleslý posed. Na druhou stranu docházíme k poznatkům, že někteří terapeuti si asociují práci s depresivním klientem jako zdlouhavou, ale přehlednou nebo i jako nenáročnou v porovnání s jinými diagnózami (hraniční porucha osobnosti, závislosti), což je v souladu s výsledky Fischer et al. (2019) poukazující na hraniční poruchu osobnosti jako jednu z nejobtížnějších diagnóz v terapii. Také se objevuje pocit, že jsou potřební, který lze interpretovat v souladu se studií Brody & Farber (1996), která tvrdí, že depresivní klienti v terapeutech mimo jiné vyvolávají podpurný projev zahrnující empatii, soucit a péči.

Mezi nejčastějšími vystupujícími prožitky dochází u většiny ke shodě na přítomnosti únavy, což je v souladu se studií Putrino et al. (2019), u poloviny pak vidíme pocity bezmoci a někteří zažívají i frustraci a podráždění, většinou v kontextu nezdaru v terapii, tyto závěry lze interpretovat souhlasně s vyvolanými negativními prožitky u terapeutů ve studii Fischer et al. (2019) nebo dle Peška et al. (2013), kdy stagnace nebo zanedbatelný progres v terapii u terapeuta vyvolává bezradnost nebo rozhořčení. Nakažlivost v doméně smutku, hněvu a jejich doprovodných stavů může být vysvětlena skrze emoční nakažlivost, kterou udává Hatfield et al. (2014) jako všudypřítomnou interpretaci percepce druhého. Vzhledem že k vyvolání pocitů mnohdy dochází v rámci přílišného pohlčení emocemi klienta, můžeme se jev pokusit vysvětlit v kontextu nakažlivosti depresivní symptomatiky dle Yamashita & Yamamoto (2021), což by podporovaly i výsledky studie Fischer (2003), které upozorňují na vyšší míru emoční nakažlivosti ve vztazích s vyšší mírou angažovanosti v pochopení prožívání druhého.

Na vnímání přenosu klientova stavu alespoň v nějaké fázi sezení se shodují všichni respondenti, což je v souladu s tvrzením Parkinson et al. (2005) o vzájemném emočním ovlivňování a částečně odpovídá výsledkům studie Putrino et al. (2019) uvádějící přenos klientova stavu na terapeuta. Většina participantů pociťuje zodpovědnost za zpracování tohoto přenosu, někteří udávají, že případně potřebují přípravu před sezením, což doporučuje i Kopřiva (2013). Dva respondenti se shodují, že terapie by postrádala smysl v případě, když by se snažili o izolaci od klientových prožitků a sdělení, tento poznatek uvádí i Corey (2013). Většina participantů s klienty přenos a protipřenos mnohdy sdílí, přičemž se individuálně zaměřují na rozdělení racionální a emocionální, uchopení jako fenoménu a validizaci pocitů. Přes odlišné strategie je společným prvkem většinová pozitivní odezva na straně klienta. Tento jev můžeme vysvětlit pomocí studie Datz et al. (2016) ukazující, že terapeutův pozitivní protipřenos vyvolává u pacienta pozitivní odezvu.

Dalšími důležitými tématy v kontextu zvládnání přenosu jsou udržení hranic, udržení vlastní naděje, resilience, kterou vnímají jako zásadní protektivní faktor i Ludick & Figley (2017), a sebepečce. Podle Orla (2015) je přenos pomocí zrcadlových neuronů intenzivnější v těsném vztahu, lze se tedy domnívat, že s „přibližováním“ se klientově prožitkům narůstá i intenzita přenosu.

Výsledky ukazují, že všichni respondenti mají zkušenost s rezonantními tématy, rozlišují se v míře vnímaného výskytu od běžného po zřídka. Témata, která jsou jednotlivci zpracovaná a vyhodnocená jako přínosná pro terapii polovina respondentů sdílí vždy, zbytek pouze někdy. Polovina vlastní zkušenost mírně zaobaluje, dovoluje si projevit i emoce. Zbytek dává najevo pouze emoce nebo porozumění. Dva respondenti je vnímají pouze pozitivně, neboť poskytují výhodu vlastní zkušenosti nebo inspiraci, pro sebe i pro terapii. Většina vnímá zpracovaná témata jako přínosná pro lehčí navázání kontaktu s klientem, což může být vysvětleno některými závěry studie provedené Cain (2000), kdy vlastní psychiatrická historie umožňuje hlubší porozumění klientovi v podobné situaci, dále výzkumem Wernicke et al. (2006), poukazující na schopnost empatictějšího přístupu v rovině depresivní symptomatiky. Případné sdílení pak pomocí závěru studie Knox & Hill (2003), kdy adekvátně provedené sdílení vede ke zlidštění osoby terapeuta nebo náhledu řešitelnosti a obecně ke zlepšení terapeutického vztahu, s čímž souhlasí i Schwartz & Flowers (2012). Někteří respondenti ještě kladou důraz na pocit zodpovědnosti za proces sdílení.

Aspekty práce terapeutů s depresivním klientem

Z výzkumu vyplynulo, že většina respondentů má vůči depresivním klientům nějaká očekávání, jeden se snaží očekávání nemít, vnímá je kontraproduktivně a jeden žádná neuvádí, naopak uvádí očekávání od terapeuta. Nejčastěji respondenti uváděli motivaci k terapii a uvědomění, že psychoterapie vyžaduje práci na sobě. Dále vycházelo u některých očekávání klientovy upřímnosti, kritičnosti a alespoň jednoho tématu k řešení. Přítomnost podobných prvků na klientově straně uvádí i Pešek (2018) jako zásadní faktor pro úspěch v terapii. Očekáváním od terapeuta je udržení víry v naději ve zlepšení, přičemž dle Vymětala (2010) je vysoká míra naděje jednou z charakteristik kvalitního psychoterapeutického vztahu.

Jako charakteristické prvky při práci s depresivními klienty někteří respondenti uvádí cyklickou povahu práce s oscilací mezi zlepšením a deteriorací. Na tento fenomén

lze nahlížet skrze studii Falkenström et al. (2016), která naznačuje, že kvalita psychoterapeutického vztahu pravděpodobně ovlivňuje intenzitu depresivních symptomů u klienta již při následujícím sezení. Podporujícím tvrzením může být opakovaně prokázán vliv kvality terapeutické aliance na výsledek terapie (Flückiger et al., 2018; Gómez Penedo et al., 2020; Horvath, 2011; Leach, 2005). Limitem je, že se jedná o poznatek uskutečněný v malém výzkumném souboru (N=84) a v rámci KBT a IPT, který ani jeden z respondentů neužívá, na druhou stranu autoři (Goodyer et al., 2017; Vybíral & Roubal, 2010) se shodují na podobných výsledcích terapie bez ohledu na užitý přístup. Někteří participanti vztahují charakteristiku práce k vlastnímu vývoji hranic v průběhu praxe, jeden pozoroval navýšení efektivity při prosazování vůči vyhýbavosti klientů, druhý v udržení odstupu od stavu klientů. Dalším aspektem práce je znesnadněný terapeutický proces kvůli symptomům kognitivní otupělosti a zpomaleného psychomotorického tempa. Někteří respondenti uvádí právě navyšování vlastní energie se záměrem vyrovnání klientovy nízké energie s úspěšnými výsledky, což lze vnímat jako potvrzení fungujícího přenosu mezi klientem a terapeutem minimálně na energetické úrovni. Individuálně se poté napříč souborem objevuje hledání zdrojů (u klienta), udržování naděje, udržování rovnováhy (terapeuta) a dovedení práce do konce i na svůj úkor.

Pozitivní terapeutický progres udává většina terapeutů, když dochází ke změnám v životě klienta, dále ve změnách v projevu klienta a obecně v poklesu depresivní symptomatiky, přínos těchto výsledků je z popisu deprese a jejího dopadu na život v teoretické části práce sebe vypovídající, jedna z možných interpretací pro vnímání pozitivního progresu skrze změny v projevu a pokles symptomatiky je skrze poznatky studie Tryon & Winograd (2011) poukazující na souvislost mezi klientovým aktivním zapojením a lepším výsledkem terapie. Změny v životě klienta lze interpretovat jako pozitivní krok na základě nepřítomnosti typické charakteristiky depresivního odporu, který uvedl Leahy (2003). Někteří respondenti pozitivní progres vnímají skrze navázanou dobrou terapeutickou alianci, což je ve shodě s již zmíněnými studiemi autorů (Flückiger et al., 2018; Gómez Penedo et al., 2020; Horvath, 2011; Leach, 2005), které dokládají význam kvalitní terapeutické aliance pro pozitivní výsledek terapie. Zároveň dle studie Gómez Penedo et al. (2020) lze předpokládat, že zlepšení terapeutického vztahu u submisivních klientů povede k nárůstu aktivity a otevřenosti. Individuálně je pak pozitivní progres zmiňován v kontextu dobrého pocitu v sezení, při rozvoji mezilidského vztahu a

při posunu zakázky. Jeden respondent uvádí tendenci zlenivět v důsledku pozitivního terapeutického progresu, což můžeme zkusit s opatrností interpretovat v souladu se závěry studie Zilcha-Mano et al. (2015), kde autoři diskutují nad polevením terapeuta v případě silné aliance, která souvisí se symptomatickým zlepšením u klienta.

Negativní terapeutický progres uvádí většina terapeutů při klientově nepřijetí vlastního podílu odpovědnosti v terapii, což lze potvrdit na základě tvrzení Peška (2018), který jej uvádí jako základ pro efektivní psychoterapii. Dále výsledky poukazují na případy, kdy se nedaří navázat terapeutický vztah, což lze opět interpretovat významem terapeutické aliance pro terapeutický efekt (Flückiger et al., 2018; Gómez Penedo et al., 2020; Horvath, 2011; Leach, 2005). Tento výsledek lze interpretovat i jako klientův odpor vyvolaný narušením aliance, jak uvádí autoři (Pešek et al., 2013; Vymětal, 2010). Respondenti poté popisují negativní progres rozlišně na základě oboustranné shody, dále když se klient stane nezdravě obdivujícím nebo závislým (na terapeutovi), což potvrzuje i Schwartz & Flowers (2012) jakožto maladaptivní stav, zamezující samostatnému rozvoji. Taktéž když klient trpí na mnoha úrovních, při stagnaci vývoje sezení, když klient očekává zlepšení pouze na základě biologické léčby, individuálního problému s klientem a při pocitu boje v sezení, který lze interpretovat dle Vymětala (2010) jako odpor, u kterého Kottler (2013) doporučuje terapeutům prvotně hledat zdroj v sobě. Výsledky ukazují i příčiny vnímané jako pochybení pouze na straně terapeuta, kdy nasadil zbytečně rychlé tempo terapie, což souhlasí s Timulákem (2014) upozorňujícím na přizpůsobení kognitivnímu zpomalení u depresivního klienta. U většiny respondentů je poté důsledkem hledání nefunkčního prvku, někteří pak reagují sebepochybami o kvalitě práce, což souhlasí s výsledky studie Putrino et al. (2019). Individuálně pak výsledky naznačují ztrátu uvolnění, sebekritické ruminace, sebemonitoring pocitu beznaděje a udržení naděje, doporučení antidepresiv.

V rámci sezení většina respondentů užívá zvědomování si hranic mezi sebou a klientem, což lze interpretovat jako adaptabilní strategii, neboť i Lawson (2007) uvádí udržování sebeuvědomění mezi nejefektivnějšími protektivními faktory u terapeutů. Někteří respondenti užívají technik grounding, „vyzávorkování“ vlastních pocitů, sebeaktivace, skenování vlastního těla a přípravu na klienta. Tyto techniky mohou být částečně interpretovány v souladu se závěry studie Murtagh a Wollersheim (1997) uvádějící, že terapeuti užívajícími strategie zaměřené na sebekontrolu při práci s depresivními lépe zvládají stres a indukci dysforické nálady včetně dalších symptomů

deprese. Individuálně pak vnímají respondenti jako významné plné soustředění na klienta, namáčení se v klientově prožívání, vztahování se k nedokonalému symbolu, opakované vyzývání klienta do kontaktu a rozvíjení klientovy kritičnosti a sebeprosazení, což se jeví jako relevantní vzhledem k tvrzení Schwartze & Flowerse (2012) ohledně nesdílnosti depresivních klientů a významnosti zpětné vazby na chod terapie.

Všichni respondenti uvádí obecně sebezpečí a supervizi. Nejčastější forma sebezpečí zahrnuje fyzický pohyb, konsolidaci obsahu sezení, což doporučuje i Kopřiva (2013), bytí v přírodě, osobní sociální kontakty a sebevzdělávání. Jednotliví respondenti vkládají důraz na potřebu vizuální stimulace, kontakt s kolegy, zápis sezení v ten samý den, saunování, udržování řádu, meditace, radování se z maličkostí, nekritický přístup k vlastním omezením a kolegiální humor. Strategie jsou sice poměrně různorodé, vědomí potřeby a vykonávání sebezpečí je však přítomné u všech, lze tak interpretovat, že si jsou všichni respondenti vědomi dopadů terapeutické práce a v souladu s doporučením autorů (Lawson, 2007; Miller, 1998; Norcross, 2000) se snaží vyvažovat břemeno vlastními potřebami.

Vlastní zkušenost terapeutů s depresivní symptomatikou

Všichni respondenti udávají prožití depresivní epizody někdy během života, v rámci praxe se většinou jedná o epizodické navracení depresivní symptomatiky, jeden participant jej vnímá jako přetrvávající vysokofunkční depresi. Tyto zjištění lze interpretovat v souladu s modelem inkonzistentních trajektorií vývoje, který navrhli Zerubavel & Wright (2012). Dva respondenti udávají vyhoření na počátku praxe. Popisovaná symptomatika u většiny zahrnuje poruchy spánku a vyčerpání, u některých pak ztrátu chuti k jídlu, pocity vysoké námahy u jakékoliv činnosti, anhedonii, pocity insuficience, ztrátu existenciálního smyslu, sociální izolaci a málomluvnost. Individuálně se objevuje zvýšená senzitivita na vnější podněty, úzkost, chronické bolesti částí těla a ranní pesimy.

Příčiny vzniku depresivních epizod výsledky ukazují jako rozlišné. Od sekundární reakce na onemocnění, náročných klientů, vztahových problémů, pracovního vytížení, nastavení společnosti po vývojové trauma. V rámci aktuální depresivní symptomatiky se všichni respondenti shodují na příčině v zanedbání psychohygieny, někteří uvádí neudržení hranic v sezení, náročné klienty a sezónní riziko.

Epizody vnímala většina respondentů prvotně těžce, někteří měli náhled, jeden jej získal až postupně, jednomu diagnóza přinesla úlevu. Aktuálně vnímají depresi jako

normální nemoc. Řešení u většiny spočívalo ve vyhledání psychoterapie, čtyři navíc užívali antidepresiva, u jednoho skrze meditaci, všichni respondenti se věnovali sebepěči, lze tedy interpretovat tvrzení, které uvádí Everall & Paulson (2004) ohledně odmítání potřeby pomoci mezi profesionály a představy narušení vlastní kompetence jako nepotvrzené.

U všech respondentů došlo ke zvýšení důrazu na sebepěči a psychohygienu, což bylo diskutováno v rámci strategií. Většina respondentů uvádí, že zkušenost zprostředkovává lepší napojení na klienta, což může vést k lepšímu vztahu. Tento výsledek je v souladu se závěry, které uvádí Zerubavel & Wright (2012) ohledně zisku „výhody“ pravděpodobně z procesu uzdravení, výsledek podporují i autoři (Gelso & Hayes, 2007; Hayes, 2002) za předpokladu, že si je terapeut vědom svých témat a je schopen zůstat ve své roli. Snadnější navázání empatického přístupu je v souladu s výsledky studie Gilroy et al. (2001). Někteří respondenti uvádí potřebu hlídání hranic v sezení, což lze interpretovat v souladu s výsledky studie Isobel & Angus-Leppan (2018) upozorňující na potenciálně silnější reakci na klientovo trauma v případě podobné historie. Dále zkušenost vedla k uznání svých limitů, posílení a změně názoru vůči antidepresivům. Stigmatizaci deprese nevnímají. Někteří kolegům o symptomatice řekli, většina ne, přičemž jeden v rámci kolegiálních vztahů vnímal potíže, jeden podporu. Ke stigmatizaci mezi terapeutickými kolegy, jež uvádí Zerubavel & Wright (2012) se tedy nelze adekvátně vyjádřit. Individuálně zmiňují snížení efektivity v terapii při rozjeté symptomatice, vnímání většího respektu ke křehkosti lidské duše, cyklus přetěžování se a zaměření se na rozpoznání epizody s klientem.

Názor terapeutů na užívání antidepresiv v terapii

Výsledky ukazují, že většina respondentů klientům doporučuje pouze v případě pochyby aktuálního přínosu terapie. Dva terapeuti mají pozitivní postoj, zbytek zastává spíše pozitivně ambivalentní postoj, uznávají jejich místo, ale i jejich negativní efekt. Při užití v rámci terapie většina respondentů vnímá dopad na terapeutický proces nabývající pozitivní i negativní povahy, nejčastěji se u klienta dostavuje ve formě zisku energie a posunu k reflexi a řešení témat, což je v souladu s tvrzením Kay (2005), ale i k otupění klientova prožívání, vedlejším účinkům a taktéž na základě podkladu deprese.

Limity práce a poznatky do budoucna

Pro sběr dat bylo použito metody polostrukturovaného interview, vzhledem k vhodnému rozsahu výzkumného souboru pro vybranou metodu analýzy dat je úskalí práce vnímáno právě ve struktuře a rozsahu rozhovoru vlastní konstrukce, který byl použit vzhledem ke specifčnosti fokusu práce a nenalezení vhodné standardizované metody v problematice. Polostrukturovaná forma interview umožňující určitý odklon od struktury, značný rozsah otázek a výzkumníkův záměr co nejbližšího porozumění zkoumané problematice se ukázal jako limitující. V rámci zpracování dat bylo zjištěno, že výtěžnost metody přesáhla očekávaný rozsah a objem dat.

Nedostatky byly zpětně odhaleny i v rámci analýzy dat, kdy došlo ke vzniku nezměrného počtu kódů a tvorbě rozsáhlých kategorií se záměrem zachycení všech vynořujících se prvků v domnění potenciálního přínosu pro popis a porozumění zkoumané problematiky. Pro budoucí práce proto bylo shledáno jako vhodnější více vymezit výzkumný problém, případně zkoumat více do hloubky, nežli se pokoušet o pořízení komplexního a zároveň nepovrchního vhledu.

Výsledky práce tak nabývají značného rozsahu ve výzkumné části práce, výzkumník uvažoval o zmenšení jejich prezentovaného rozsahu, avšak neučinil tak kvůli obavě z narušení koherence zkušenosti respondentů. Výsledky tedy byly složitě uchopitelné z hlediska nalézání souvislostí, bez omezení jejich výpovědní hodnoty. Pro budoucí práce bylo opět shledáno adekvátnější zaměřit se na menší rozsah umožňující hlubší, a především zřetelnější strukturu práce s daty.

Tato práce nabízí určitý vhled do zkušenosti specifického souboru respondentů a přibližuje některé fenomény v rámci terapeutické praxe. Lze se tak domnívat, že některé části či zjištění v rámci práce mohou posloužit jako inspirace pro budoucí výzkum v dané problematice.

11 ZÁVĚR

Výsledky práce poukazují na to, že respondenti si s depresí nejvíce asociují poruchy spánku, ztrátu chuti k jídlu, dominující smutné naladění, sníženou energii a kognitivní deficit. Zároveň vnímají depresi skrze vlastní koncepty, přičemž nejčastěji zastoupen byl důsledek způsobu zacházení se zátěží. Při posouzení deprese u klienta se obracejí na vlastní vnímání deprese, většina posuzuje přítomnost depresivních symptomů a polovina zvažuje efektivitu terapie a potřebu medikace. Mezi osobnostní charakteristiky depresivních klientů respondenti nejčastěji uvádí vyšší míru neuroticismu, úzkostnosti a introverze.

K depresivním klientům se dle respondentů nelze stavět jednotně, nejčastěji zohledňují klientovu historii deprese a zdroje. Samotná práce je respondenty někdy vnímána jako náročná, a to zejména kvůli nutnosti udržení hranic mezi svým a klientovým prožíváním, poté z klientovy pasivity a z podstaty energetické a emoční náročnosti práce. Nejčastějšími prožitky při práci jsou únava a bezmoc, případně pak frustrace a podráždění. Přenos v rámci sezení je přítomen u všech respondentů a většina pociťuje zodpovědnost za jeho zpracování a většina jej s klientem sdílí. Všichni respondenti uvádí zkušenost s rezonantními tématy, část z nich vlastní zkušenost sdílí. Většina vnímá zpracovaná témata jako přínosná pro jednodušší navázání kontaktu s klientem.

Většina respondentů má vůči depresivním klientům očekávání, nejčastěji se jedná o motivaci k terapii a uvědomění, že psychoterapie vyžaduje práci na sobě. Nejčastějšími charakteristickými prvky při práci s depresivními klienty jsou cyklická povaha práce s oscilací mezi zlepšením a deteriorací a navyšování vlastní energie. Pozitivní terapeutický progres je přítomen, když u klienta dochází ke změnám v životě, v projevu a v poklesu depresivní symptomatiky, dále při navázání dobré pracovní aliance. Negativní terapeutický progres je vnímán při klientově neochotě přijetí vlastního podílu odpovědnosti v terapii, dále při nezdaru navázání terapeutického vztahu. Většina respondentů se pak zaměřuje na hledání nefunkčního prvku, případně pochybuje o kvalitě vlastní práce. Většina respondentů v sezení si zvědomuje hranice mezi sebou a klientem. Mimo sezení pak se

všichni respondenti věnují sebeděči, složené z fyzického pohybu, konsolidace obsahu sezení, sociálních kontaktů a sebevzdělávání, a dochází na supervizi.

Při aktuální depresivní zkušenosti v praxi se většinou jedná o epizodickou rekurenci depresivní symptomatiky. Symptomatika u většiny zahrnuje poruchy spánku a vyčerpání. Příčiny jsou různorodé, aktuální depresivní symptomatika je u všech respondentů spojena se zanedbáváním psychohygieny, u některých s neudržením hranic v sezení a náročnými klienty. Většina z respondentů řešila depresi pomocí terapie a antidepresiv, všichni se věnovali sebeděči. Aktuálně nevnímají stigmatizaci. Dopady vnímají všichni ve zvýšení důrazu na sebeděči a psychohygienu. Většinou zkušenost zprostředkovává možnost lepšího napojení se na klienta, s čímž se pojí i potřeba hlídání si hranic v sezení.

Antidepresiva většina respondentů klientům doporučuje v případě, když pochybují o aktuálním přínosu terapie. Užití v rámci terapie nese pozitivní i negativní dopady na terapeutický proces. Přínosem je získání energie u klienta a posun k možnosti reflexe a řešení témat. Nevýhodou je otupění klientova prožívání a potenciální vedlejší účinky.

12 SOUHRN

Práce se zabývá problematikou deprese a psychoterapie z poměrně opomíjeného pohledu psychoterapeuta, respektive jeho prožíváním při práci s depresivním klientem. Zároveň u terapeuta zahrnuje rozbor vlastní depresivní symptomatiky ve vztahu k riziku pramenícího z povahy práce.

První kapitola teoretické části rozvádí téma deprese. Prostor byl vyhrazen pro její krátký popis, kdy dle Křivohlavého (2003) spočívá ve snížení částečné nebo globální funkce člověka. Vznik je přisuzován multifaktoriální podstatě, k rozvoji většinou dochází působením kumulace nebo propojení zátěže se zřetelem na souvislosti s individuální resiliencí a vulnerabilitou (Vágnerová, 2014). Poté jsou předneseny symptomy, emoční, somatické kognitivní i sociální dopady, diagnostické dělení a postup dle MKN-10 (WHO, 2019). Kapitola je zakončena přednesem vybraných teoretických konceptů deprese.

V rámci terapii deprese, je při biologické léčbě nejčastěji indikovaná farmakoterapie, konkrétně antidepresiv (Drehera, 2017). Psychoterapeutická léčba, jejíž specifiky jsou dle Rabocha (2012) nenáročnost, ale zdlouhavost, Höschl (2004) dodává intenzivní spolupráci a závislost výsledku na osobnostech zúčastněných. Vybíral & Roubal (2010) uvádí proměnné v účinnosti terapie, kdy Lambert & Barley (2001) vyzdvihují vztah mezi terapeutem a klientem. Autoři (Cuijpers et al., 2008; Goodyer et al., 2017; Vybíral & Roubal, 2010) jsou názoru, že napříč teoretickými přístupy nejsou signifikantní rozdíly v efektivitě.

Třetí kapitola rozvádí faktory v terapii a vztah v psychoterapii. Vymětal (2003, 2010) uvádí situaci terapie, osobnostní charakteristiky terapeuta, osobnostní znaky pacienta a vztah mezi pacientem a terapeutem jakožto účinné faktory v psychoterapii. Russell et al. (2020) uvádí terapeutovy rysy svědomitosti a emoční stability, případně přívětivosti. Za prediktor efektu na straně klienta Timul'ák (2005) označuje připravenost ke změnám a sympatie k terapeutovi, dále souvislost s rozsahem a závažností vstupních potíží. Pešek (2018) uvádí na straně klienta předpoklady motivace, pojmenování a přijetí problému a zodpovědnost za řešení.

Psychoterapeutický vztah, respektive jeho kvalita, zásadně ovlivňuje terapeutický efekt (Flückiger et al., 2018; Gómez Penedo et al., 2020; Horvath, 2011; Leach, 2005). Kvalitní psychoterapeutický vztah se vyznačuje vysokou mírou důvěry, naděje, akceptace a principiální rovností (Vymětal, 2010). V rámci terapeutického vztahu je přenos a protipřenos, reflektující kvalitu emočního vztahu dvou osob, v podstatě nevyhnutelný (Pešek et al., 2013). Dahl et al. (2017) uvádí vztah mezi protipřenosem a výsledkem terapie. Dále se rozvádí tematika rezonantních témat, hranic a odporu.

Práce s depresivními klienty vyvolává v terapeutech negativně nabitě reakce na psychické i tělesné úrovni, pravděpodobně způsobeny povahou sezení nebo zrcadlením prožitků klientů (Putrino et al., 2019). Protektivním faktorem se zdá být diferenciací terapeuta self a klienta (Laverdière et al., 2019). Vykonávání práce, která díky své povaze vyvolává stres, je dle Siegrista (2008) spojeno s rozvojem deprese. Dále jsou rozebírány potenciálně rizikové fenomény v rámci terapeutické praxe jako syndrom vyhoření (Delgado et al., 2018), nakažlivost deprese v interakci blízkých osob (Joiner & Katz, 2006; Rosenquist et al., 2010), přítomnosti emoční nakažlivosti (Hatfield et al., 2014). V podkapitole copingových strategií terapeutů jsou uvedeny doporučené strategie pro terapeuty (Lawson, 2007; Norcross, 2000), sebemonitoring jako základ sebepečce (Corey, 2013), potřeba sycení osobních potřeb (Miller, 1998; Norcross, 2000), supervize a přínosy osobní terapie (Moe & Thimm, 2020). Fenomén zraněného léčitele upozorňuje na možný zisk dovedností získaných procesem uzdravení (Zerubavel & Wright, 2012) a potenciál protipřenosu v nápomoci porozumění. (Gelso & Hayes, 2007; Hayes, 2002).

Cílem výzkumu bylo vzhledem k uvedené problematice porozumění a popis prožívání psychoterapeutů při terapeutické práci s depresivními klienty a případného vlivu vlastní depresivní symptomatiky. Pro práci byl zvolen kvalitativní přístup. Jako typ výzkumu byla zvolena vícepřípadová studie. Výzkumný soubor se skládal ze šesti respondentů s akreditovaným výcvikem, alespoň roční zkušeností v terapii s depresivními klienty a vlastní zkušeností s depresivní symptomatikou v průběhu terapeutické praxe. Soubor byl získán pomocí účelového výběru. Pro sběr dat byla vybrána metoda polostrukturovaného interview. Metodou analýzy dat byla interpretativní fenomenologická analýza. V rámci analýzy dat došlo k tvorbě výsledků a společné analýzy, na základě které došlo k zodpovězení výzkumných otázek.

Výsledky práce poukazují na to, že respondenti si s depresí nejvíce asociují poruchy spánku, ztrátu chuti k jídlu, dominující smutné naladění, sníženou energii a

kognitivní deficit. Zároveň vnímají depresi skrze vlastní koncepty, přičemž nejčastěji zastoupen byl důsledek způsobu zacházení se zátěží. Při posouzení deprese u klienta se obracejí na vlastní vnímání deprese, většina posuzuje přítomnost depresivních symptomů a polovina zvažuje efektivitu terapie a potřebu medikace. Mezi osobnostní charakteristiky depresivních klientů respondenti nejčastěji uvádí vyšší míru neuroticismu, úzkostnosti a introverze.

K depresivním klientům se dle respondentů nelze stavět jednotně, nejčastěji zohledňují klientovu historii deprese a zdroje. Samotná práce je respondenty někdy vnímána jako náročná, a to zejména kvůli nutnosti udržení hranic mezi svým a klientovým prožíváním, poté z klientovy pasivity a z podstaty energetické a emoční náročnosti práce. Nejčastějšími prožitky při práci jsou únava a bezmoc, případně pak frustrace a podráždění. Přenos v rámci sezení je přítomen u všech respondentů a většina pociťuje zodpovědnost za jeho zpracování a většina jej s klientem sdílí. Všichni respondenti uvádí zkušenost s rezonantními tématy, část z nich vlastní zkušenost sdílí. Většina vnímá zpracovaná témata jako přínosná pro jednodušší navázání kontaktu s klientem.

Většina respondentů má vůči depresivním klientům očekávání, nejčastěji se jedná o motivaci k terapii a uvědomění, že psychoterapie vyžaduje práci na sobě. Nejčastějšími charakteristickými prvky při práci s depresivními klienty jsou cyklická povaha práce s oscilací mezi zlepšením a deteriorací a navyšování vlastní energie. Pozitivní terapeutický progres je přítomen, když u klienta dochází ke změnám v životě, v projevu a v poklesu depresivní symptomatiky, dále při navázání dobré pracovní aliance. Negativní terapeutický progres je vnímán při klientově neochotě přijetí vlastního podílu odpovědnosti v terapii, dále při nezdaru navázání terapeutického vztahu. Většina respondentů se pak zaměřuje na hledání nefunkčního prvku, případně pochybuje o kvalitě vlastní práce. Většina respondentů v sezení zvědomuje hranice mezi sebou a klientem. Mimo sezení se pak všichni respondenti věnují sebepéči, složené z fyzického pohybu, konsolidace obsahu sezení, sociálních kontaktů a sebevzdělávání, a dochází na supervizi.

Při aktuální depresivní zkušenosti v praxi se většinou jedná o epizodickou rekurenci depresivní symptomatiky. Symptomatika u většiny zahrnuje poruchy spánku a vyčerpání. Příčiny jsou různorodé, aktuální depresivní symptomatika je u všech respondentů spojena se zanedbáváním psychohygieny, u některých s neudržením hranic v sezení a náročnými klienty. Většina z respondentů řešila depresi pomocí terapie a antidepresiv, všichni se věnovali sebepéči. Aktuálně nevnímají stigmatizaci. Dopady vnímají všichni ve zvýšení

důrazu na sebepěči a psychohygienu. Většinou zkušenost zprostředkovává možnost lepšího napojení se na klienta, s čímž se pojí i potřeba hlídání si hranic v sezení.

Antidepresiva většina respondentů klientům doporučuje v případě, když pochybují o aktuálním přínosu terapie. Užití v rámci terapie nese pozitivní i negativní dopady na terapeutický proces. Přínosem je získání energie u klienta a posun k možnosti reflexe a řešení témat. Nevýhodou je otupění klientova prožívání a potenciální vedlejší účinky.

Limity práce jsou široký záběr zkoumaného tématu, vysoké množství otázek a širší oblasti v rámci rozhovoru. Tato práce nabízí určitý vhled do zkušenosti specifického souboru respondentů. Lze se tak domnívat, že některé části práce mohou posloužit jako inspirace pro budoucí výzkum.

LITERATURA

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hankin, B. L., Haefffel, G. J., MacCoon, D. G., & Gibb, B. E. (2002). Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context. In I. H. Gotlib, & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (s. 268–294). The Guilford Press.
- Bachelor A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(2), 118–135. <https://doi.org/10.1002/cpp.792>
- Bareš, M., & Novák, T. (2008) Depresivní porucha. In D. Seifertová, J. Praško, J. Horáček, & C. Höschl (Eds.), *Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti* (2., rev. vydání, s. 103-131). Praha: Academia.
- Barnett, J. E., & Hillard, D. (2001). Psychologist distress and impairment: The availability, nature, and use of colleague assistance programs for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(2), 205–210. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.32.2.205>
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X., & Holman, J. (2010). Resistance/Reactance Level. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 133–142. doi:10.1002/jclp.20753
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2006). Distinctive Features of Short-Term Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy: A Review of the Comparative Psychotherapy Process Literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), 167–188. doi:10.1093/clipsy.7.2.167
- Blatt, S. J. (1974). Levels of Object Representation in Anaclitic and Introjective Depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 29(1), 107–157. doi:10.1080/00797308.1974.11822616
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A., & Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The national institute of mental treatment of depression collaborative research program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 125-132.
- Blatt, S. J., Sanislow, C. A., 3rd, Zuroff, D. C., & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: further analyses of data from the National Institute of Mental Health

- Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1276–1284. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1276>
- Bonini, L., & Ferrari, P. F. (2011). Evolution of mirror systems: a simple mechanism for complex cognitive functions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1225(1), 166–175. doi:10.1111/j.1749-6632.2011.06002
- Bouček, J. (2006). *Psychoterapie*. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci.
- Bouček, J., & Pidrman, V. (2005). *Psychofarmaka v medicíně*. Praha: Grada Publishing.
- Boyce, P., & Mason, C. (1996). An Overview of Depression-Prone Personality Traits and the Role of Interpersonal Sensitivity. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(1), 90–103. doi:10.3109/00048679609076076
- Boyce, P., Hopwood, M., Morris, G., Hamilton, A., Bassett, D., Baune, B. T., Mulder, R., Porter, R., Parker, G., Singh, A. B., Outhred, T., Das, P., & Malhi, G. S. (2020). Switching antidepressants in the treatment of major depression: When, how and what to switch to? *Journal of affective disorders*, 261, 160–163. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.082>
- Brody, E. M., & Farber, B. A. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(3), 372–380. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.33.3.372>
- Brøshølen, P., Ulberg, R., Dahl, H. J., & Thorén, A. (2022). Therapists' Emotional Responses in Individual Therapy with Depressed Adolescents: An Evaluation of the Data Structure of the Feeling-Word Checklist-28. *International journal of environmental research and public health*, 19(15), 9496. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159496>
- Brown, P. (2001). Effective treatments for mental illness not being used, WHO says. *BMJ*, 323(7316), 769–769. doi:10.1136/bmj.323.7316.769
- Caggiano, V., Fogassi, L., Rizzolatti, G., Casile, A., Giese, M. A., & Thier, P. (2012). Mirror neurons encode the subjective value of an observed action. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(29), 11848–11853. doi:10.1073/pnas.1205553109
- Cain, N. R. (2000). Psychotherapists with personal histories of psychiatric hospitalization: Countertransference in wounded healers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 22–28. <https://doi.org/10.1037/h0095127>

- Corey, G. (c2013). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (9th ed). Brooks/Cole Cengage Learning.
- Corlier, J., Burnette, E., Wilson, A. C., Lou, J. J., Landeros, A., Minzenberg, M. J., & Leuchter, A. F. (2020). Effect of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) treatment of major depressive disorder (MDD) on cognitive control. *Journal of affective disorders*, *265*, 272–277. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.068>
- Counselman, E. F., & Alonso, A. (1993). The Ill Therapist: Therapists' Reactions to Personal Illness and Its Impact on Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, *47*(4), 591–602. doi:10.1176/appi.psychotherapy.1993
- Coyne, J. C. (1976). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, *85*(2), 186–193. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.85.2.186>
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(6), 909–922. doi:10.1037/a0013075
- Češková, E. (2001) Afektivní poruchy. In J. Raboch, & P. Zvolský (Eds.), *Psychiatrie* (s. 253-275). Praha: Galén.
- Češková, E. (2006). Poruchy nálad. In E. Češková, H. Přikrylová Kučerová, & M. Svoboda (Ed.), *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy* (s. 201-222). Portál.
- Dahl, H. J., Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Gabbard, G. O., Perry, J. C., & Christoph, P. C. (2017). Does Therapists' Disengaged Feelings Influence the Effect of Transference Work? A Study on Countertransference. *Clinical psychology & psychotherapy*, *24*(2), 462–474. <https://doi.org/10.1002/cpp.2015>
- Datz, F., Parth, K., Rohm, C., Madanoglu, S., Seidman, C., & Löffler-Stastka, H. (2016). Dimensions of activity in countertransference and therapist reactions: Therapist reactions during sessions with depressed patients. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *62*(4), 322–335. <https://doi.org/10.13109/zptm.2016.62.4.322>
- Delgadillo, J., Saxon, D., & Barkham, M. (2018). Associations between therapists' occupational burnout and their patients' depression and anxiety treatment outcomes. *Depression and anxiety*, *35*(9), 844–850. <https://doi.org/10.1002/da.22766>
- Deutsch, C. J. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *15*(6), 833–845.

- di Pellegrino, G., Fadiga, L., Fogassi, L., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (1992). Understanding motor events: a neurophysiological study. *Experimental Brain Research* 91(1), 176–180. <https://doi.org/10.1007/BF00230027>
- Donner, L., & Schonfield, J. (1975). Affect contagion in beginning psychotherapists. *Journal of Clinical Psychology*, 31(2), 332–339. doi:10.1002/1097-4679(197504)31:2<332::aid-jclp2270310238>3.0.co;2-p
- Dreher, J. (2017). *Psychofarmakoterapie: stručně, jasně, přehledně*. Grada Publishing.
- Dunn, E. C., Brown, R. C., Dai, Y., Rosand, J., Nugent, N. R., Amstadter, A. B., & Smoller, J. W. (2015). Genetic determinants of depression: recent findings and future directions. *Harvard review of psychiatry*, 23(1), 1–18. doi:10.1097/HRP.0000000000000054
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2., přepracované vydání). Praha: Grada Publishing.
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 25–36. doi:10.1016/j.cpr.2010.09.004
- Everall, R. D., & Paulson, B. L., (2004). Burnout and secondary traumatic stress: Impact on ethical behaviour. *Canadian Journal of Counselling*, 38, 25-35.
- Falkenström, F., Ekeblad, A., & Holmqvist, R. (2016). Improvement of the working alliance in one treatment session predicts improvement of depressive symptoms by the next session. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(8), 738–751. <https://doi.org/10.1037/ccp0000119>
- Ferjenčík, J., & Bakalář, P. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (s. 1-20). Brunner/Mazel.
- Fischer, A., Manstead, A., & Zaalberg, R. (2003). *Social influences on the emotion process*. *European Review of Social Psychology*, 14, 171–201. doi:10.1080/10463280340000054

- Fischer, C., Cottin, M., Behn, A., Errázuriz, P., & Díaz, R. (2019). What makes a difficult patient so difficult? Examining the therapist's experience beyond patient characteristics. *Journal of clinical psychology, 75*(5), 898–911. <https://doi.org/10.1002/jclp.22765>
- Fišar, Z. (2009). Poruchy nálady. In Z. Fišar (Ed.), *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie* (2. vydání, s. 249-296). Grada.
- Fleet, D., & Mintz, R. (2013). Counsellors' perceptions of client progression when working with clients who intentionally self-harm and the impact such work has on the therapist. *Counselling and Psychotherapy Research, 13*(1), 44–52. doi:10.1080/14733145.2012.698421
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 55*(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Fowler, J. C., Allen, J. G., Oldham, J. M., & Frueh, B. C. (2013). Exposure to interpersonal trauma, attachment insecurity, and depression severity. *Journal of Affective Disorders, 149*(1-3), 313–318. doi:10.1016/j.jad.2013.01.045
- Gelso, Ch. J., & Hayes, J. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: perils and possibilities*. Routledge, New York.
- Gilroy, P. J., Carroll, L., & Murra, J. (2001). Does depression affect clinical practice? A survey of women psychotherapists. *Women & Therapy, 23*(4), 13–30. https://doi.org/10.1300/J015v23n04_02
- Gold, J. H. (1999). Events in the life of the therapist: The effect on transference and countertransference. *Harvard Review of Psychiatry, 6*(5), 263–269. <https://doi.org/10.3109/10673229909000338>
- Gómez Penedo, J. M., Babl, A., Krieger, T., Heinonen, E., Flückiger, C., & Grosse Holtforth, M. (2020). Interpersonal agency as predictor of the within-patient alliance effects on depression severity. *Journal of consulting and clinical psychology, 88*(4), 338–349. <https://doi.org/10.1037/ccp0000475>
- Goodyer, I. M., Reynolds, S., Barrett, B., Byford, S., Dubicka, B., Hill, J., ... Fonagy, P. (2017). Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder

- (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 109–119. doi:10.1016/s2215-0366(16)3037
- Greinacher, A., Derezza-Greeven, C., Herzog, W., & Nikendei, C. (2019). Secondary traumatization in first responders: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1562840. doi:10.1080/20008198.2018.1562840
- Hankir, A., & Zaman, R. (2013). Jung's archetype, 'The Wounded Healer', mental illness in the medical profession and the role of the health humanities in psychiatry. *BMJ case reports*, 2013, bcr2013009990. <https://doi.org/10.1136/bcr-2013-009990>
- Hanwella, R., & De Silva, V. (2008). Depression in the physically ill. *Ceylon Medical Journal*, 53(2), 63. <https://doi.org/10.4038/cmj.v53i2.237>
- Hatfield, E., Bensman, L., Thornton, P. D., & Rapson, R. L. (2014). New Perspectives on Emotional Contagion: A Review of Classic and Recent Research on Facial Mimicry and Contagion. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 8(2), 159–179. doi:10.5964/ijpr.v8i2.162
- Hayes, J. A. (2002). Playing with fire: Countertransference and clinical epistemology. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 32(1), 93–100. <https://doi.org/10.1023/A:1015543531230>
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání). Praha: Portál.
- Høifødt, R. S., Waterloo, K., Wang, C., Eisemann, M., Figenschau, Y., & Halvorsen, M. (2019). Cortisol levels and cognitive profile in major depression: A comparison of currently and previously depressed patients. *Psychoneuroendocrinology*, 99, 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.08.024>
- Holmqvist, R., & Jeanneau, M. (2006). Burnout and psychiatric staff's feelings towards patients. *Psychiatry research*, 145(2-3), 207–213. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.012>
- Honzák, R. (1999). *Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén.
- Horesh, D., Hasson-Ohayon, I., & Harwood-Gross, A. (2021). The Contagion of Psychopathology across Different Psychiatric Disorders: A Comparative Theoretical Analysis. *Brain sciences*, 12(1), 67. <https://doi.org/10.3390/brainsci12010067>

- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 9–16.
<https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Höschl, C. (2004) Poruchy nálady. In C. Höschl, J. Libiger, & J. Švestka (Eds.), *Psychiatrie* (s. 419-467). Praha: Tigis.
- Huber, J., Born, A. K., Claaß, C., Ehrental, J. C., Nikendei, C., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2019). Therapeutic agency, in-session behavior, and patient-therapist interaction. *Journal of clinical psychology*, 75(1), 66–78. <https://doi.org/10.1002/jclp.22700>
- Isobel, S., & Angus-Leppan, G. (2018). Neuro-reciprocity and vicarious trauma in psychiatrists. *Australasian Psychiatry*, 26(4), 388–390. doi:10.1177/1039856218772223
- Jackson, S. W. (2001). Presidential Address: The Wounded Healer. *Bulletin of the History of Medicine*, 75(1), 1–36. doi:10.1353/bhm.2001.0025
- Jin, Y., Sun, C., Wang, F., An, J., & Xu, J. (2018). The relationship between PTSD, depression and negative life events: Ya’an earthquake three years later. *Psychiatry Research*, 259, 358–363. doi:10.1016/j.psychres.2017.09.01
- Joiner, T. E. (1994). Contagious depression: Existence, specificity to depressed symptoms, and the role of reassurance seeking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 287–296. doi:10.1037/0022-3514.67.2.287
- Joiner, T. E., & Katz, J. (2006). Contagion of Depressive Symptoms and Mood: Meta-analytic Review and Explanations From Cognitive, Behavioral, and Interpersonal Viewpoints. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 149–164. doi:10.1093/clipsy.6.2.149
- Kaplowitz, M. J., Safran, J. D., & Muran, C. J. (2011). Impact of therapist emotional intelligence on psychotherapy. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(2), 74–84.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182083efb>
- Kay, J. (2005). Psychotherapy and medication. In G. O. Gabbard, J. S. Beck, J. Holmes (Eds.), *Oxford Textbook of Psychotherapy* (s. 463-475). Oxford: University Press.
- Kirk, L., Haaga, D. A. F., Solomon, A., & Brody, C. (2000). Perceptions of Depression among Never-Depressed and Recovered-Depressed People. *Cognitive Therapy and Research*, 24(5), 585–594. doi:10.1023/a:1005518229707

- Knox, S., & Hill, C. E. (2003). Therapist self-disclosure: research-based suggestions for practitioners. *Journal of clinical psychology, 59*(5), 529–539.
<https://doi.org/10.1002/jclp.10157>
- Kopřiva, K. (2013). *Lidský vztah jako součást profese* (Vyd. 7., V Portálu 6, autor úvodu Jiřina ŠIKLOVÁ). Portál.
- Kottler, J. A. (2013). *Profesní psychohygienu terapeuta: cvičení a náměty pro sebehodnocení, sebezvoj a péči o sebe sama* (přeložil Petr JOCHMANN). Portál.
- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie* (7. vydání). Portál.
- Křivohlavý, J. (2003). *Jak zvládat depresi* (2., rozš. vyd). Praha: Grada.
- Kushner, S. C., Quilty, L. C., Uliaszek, A. A., McBride, C., & Bagby, R. M. (2016). Therapeutic alliance mediates the association between personality and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 201*, 137–144.
 doi:10.1016/j.jad.2016.05.016
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 357–361. doi:10.1037/0033-3204.38.4.357
- Lane, J. D., & DePaulo, B. M. (1999). Completing Coyne's Cycle: Dysphorics' Ability to Detect Deception. *Journal of Research in Personality, 33*(3), 311–329.
 doi:10.1006/jrpe.1999.2253
- Látalová, K., & Kamarádová, D. (2015). Depresivní poruchy. In K. Látalová, D. Kamarádová, & J. Praško (Eds.), *Suicidalita u psychických poruch* (1. vydání, s. 58-68). Grada Publishing.
- Laverdière, O., Ogrodniczuk, J. S., & Kealy, D. (2019). Clinicians' Empathy and Professional Quality of Life. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 207*(2), 49–52.
 doi:10.1097/nmd.0000000000000927
- Lawson, G. (2007). Counselor Wellness and Impairment: A National Survey. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development, 46*(1), 20–34. doi:10.1002/j.2161-1939.2007.
- Lazarus, R. S. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology, 44*(1), 1–22. doi:10.1146/annurev.ps.44.020193
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Leahy, R. L. (2003). *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. Guilford Press, New York, 2003.
- Leach M. J. (2005). Rapport: a key to treatment success. *Complementary therapies in clinical practice*, 11(4), 262–265. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2005.05.005>
- Lohoff, F.W. (2010). Overview of the genetics of major depressive disorder. *Current Psychiatry Reports*, 12, 539–546. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0150-6>
- Lorenzo-Luaces, L., DeRubeis, R. J., & Webb, C. A. (2014). Client characteristics as moderators of the relation between the therapeutic alliance and outcome in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 368–373. doi:10.1037/a0035994
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguier, L., Woody, G., & Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 53–65. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00099.x>
- Ludick, M., & Figley, C. R. (2017). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology*, 23(1), 112–123. <https://doi.org/10.1037/trm0000096>
- Lundh, L.-G., Wångby-Lundh, M., Paaske, M., Ingesson, S., & Bjärehed, J. (2011). Depressive Symptoms and Deliberate Self-Harm in a Community Sample of Adolescents: A Prospective Study. *Depression Research and Treatment*, 2011, 1–11. doi:10.1155/2011/935871
- Margo, G. M., Greenberg, R. P., Fisher, S., & Dewan, M. (1993). A direct comparison of the defense mechanisms of nondepressed people and depressed psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 34(1), 65–69. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(93\)90038-6](https://doi.org/10.1016/0010-440X(93)90038-6)
- Martin, G. N. (2006). *Human neuropsychology* (2nd ed). Harlow: Pearson/Prentice Hall.
- McBride, C., Atkinson, L., Quilty, L. C., & Bagby, R. M. (2006). Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: A randomized control trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1041–1054. doi:10.1037/0022-006x.74.6.1041
- McIntyre, S. M., & Schwartz, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of clinical*

- psychology*, 54(7), 923–931. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199811\)54:7<923::aid-jclp6>3.0.co;2-f](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199811)54:7<923::aid-jclp6>3.0.co;2-f)
- Mento, C., Silvestri, M. C., Merlino, P., Nocito, V., Bruno, A., Muscatello, M. R. A., ... & Kawai, T. (2020). Secondary traumatization in healthcare professions: a continuum on compassion fatigue, vicarious trauma and burnout. *Psychologia*, 62(2), 181-195. Získáno z https://www.jstage.jst.go.jp/article/psysoc/62/2/62_2020-B013/_article
- Miller, L. (1998). Our own medicine: Traumatized psychotherapists and the stresses of doing therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(2), 137–146. <https://doi.org/10.1037/h0087708>
- Milrod, D. (1988). A Current View of the Psychoanalytic Theory of Depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 43(1), 83–99. <https://doi.org/10.1080/00797308.1988.11822736>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (1st ed.). Praha: Grada.
- Moe, F. D., & Thimm, J. (2020). Personal therapy and the personal therapist. *Nordic Psychology*, 1–26. doi:10.1080/19012276.2020.1762713
- Mulder, R., Hamilton, A., Irwin, L., Boyce, P., Morris, G., Porter, R. J., & Malhi, G. S. (2018). Treating depression with adjunctive antipsychotics. *Bipolar disorders*, 20 Suppl 2, 17–24. <https://doi.org/10.1111/bdi.12701>
- Murtagh, M. P., & Wollersheim, J. P. (1997). Effects of clinical practice on psychologists: Treating depressed clients, perceived stress, and ways of coping. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(4), 361–364. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.28.4.361>
- Neumann, R., & Strack, F. (2000). "Mood contagion": The automatic transfer of mood between persons. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(2), 211–223. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.2.211>
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 6(2), 57–68. Získáno z: <https://calio.org/wp-content/uploads/2020/04/Professional-burnout-vicarious-trauma-secondary-stress-and->

compassion-fatigue-A-review-of-theoretical-terms-risk-factors-and-preventive-methods-for-clinicians-and-researchers.pdf

- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2013). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 60*(4), 483–495.
<https://doi.org/10.1037/a0033643>
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(1), 48–60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*(6), 710–713.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.31.6.710>
- Norcross, J. C. (2005). The Psychotherapist's Own Psychotherapy: Educating and Developing Psychologists. *American Psychologist, 60*(8), 840–850. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.8.840>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationship. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 3-21). New York: Oxford University Press.
- Olszanowski, M., Wróbel, M., & Hess, U. (2019). Mimicking and sharing emotions: a re-examination of the link between facial mimicry and emotional contagion. *Cognition and Emotion, 34*, 367-376. doi:10.1080/02699931.2019.1611543
- Orel, M. (2015). *Nervové buňky a jejich svět*. Grada.
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3., aktualizované a doplněné vydání). Grada.
- Orel, M., & Facová, V. (2016) Příčiny vzniku duševních poruch. In M. Orel (Ed.), *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (2., aktualizované a doplněné vydání, s. 27-60). Praha: Grada.
- Orlinsky, D. E., Norcross, J. C., Rønnestad, M. H., & Wiseman, H. (2005). Outcomes and Impacts of the Psychotherapists' Own Psychotherapy. In J. D. Geller, J. C. Norcross, & D. E. Orlinsky (Eds.), *The Psychotherapists' Own Psychotherapy: Patient and Clinician Perspectives* (s. 214-230). New York: Oxford University Press.

- Parkinson, B., Fischer, A. H., Manstead, A. S. R. (2005). *Emotion in social relations. Cultural, group, and interpersonal processes*. New York: Psychology Press.
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2., přepracované a doplněné vydání). Grada.
- Pešek, R. (2018). *Sám sobě psychoterapeutem, aneb, Co opravdu pomáhá zvládat úzkosti a deprese: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Pasparta.
- Pešek, R., Praško, J., & Štípek, P. (2013). *Kognitivně-behaviorální terapie v praxi: pro terapeuty, studenty a poučené laiky*. Portál.
- Poněšický, J. (2011). *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění: Specifita nespecifických účinných faktorů v psychoterapii*. Praha, Triton.
- Poněšický, J. (2021). Cíl a proces změny v dynamické psychoterapii. In J. Růžička (Ed.), *Rozhovory v psychoterapii: psychoterapie v přesazích a souvislostech*. Stanislav Juhaňák - Triton.
- Power, M. J., & Dalgleish, T. (c2008). *Cognition and emotion: from order to disorder* (2nd ed). Psychology Press.
- Praško, J., & Možný, P. (2010). Kognitivně behaviorální terapie. In Z. Vybíral, & J. Roubal (Eds.), *Současná psychoterapie* (s. 195-234). Portál.
- Praško, J., Grambal, A., Látalová, K., & Kamarádová, D. (2011) Depresivní poruchy. In J. Praško, K. Látalová, A. Ticháčková, & L. Stárková. (Eds.), *Klinická psychiatrie* (s. 235-281). Praha: Tigis.
- Praško, J., Prašková, J., & Prašková, H. (2003). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál.
- Press, M. (2008). *The Uses of Medications in Psychoanalysis: What We Know, What Is Uncertain*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56(3), 949–955.
doi:10.1177/0003065108324063
- Pross, Ch. (2006). Burnout, vicarious traumatization and its prevention. *Torture*, 16(1), 1-9.
- Příkrylová Kučerová, H., Preiss, M., Navrátilová, P., & Příkryl, R. (2010). *Kognitivní výkon u depresivní poruchy*. *Psychiatrie pro praxi*, 11(2), 56-58. Získáno 10. listopadu 2019 z https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201002-0004_Kognitivni_vykon_u_depresivni_poruchy.php

- Putrino, N., Casari, L., Mesurado, B., & Etchevers, M. (2019). Psychotherapists' emotional and physiological reactions toward patients with either borderline personality disorder or depression. *Psychotherapy Research*, *30*(7), 912–919.
doi:10.1080/10503307.2019.1690176
- Raboch, J. (2012) Afektivní poruchy. In J. Raboch, P. Pavlovský, J. Beran, & E. Češková (2012). *Psychiatrie* (s. 260-274). Charles University in Prague, Karolinum Press.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.
- Rauvola, R. S., Vega, D. M., & Lavigne, K. N. (2019). Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress, and Vicarious Traumatization: a Qualitative Review and Research Agenda. *Occupational Health Science*, *3*, 297–336. doi:10.1007/s41542-019-00045-1
- Renner, F., Siep, N., Arntz, A., van de Ven, V., Peeters, F., Quaedflieg, C., & Huibers, M. (2017). Negative mood-induction modulates default mode network resting-state functional connectivity in chronic depression. *Journal of affective disorders*, *208*, 590–596.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.022>
- Richards, B. M. (2000). Impact upon therapy and the therapist when working with suicidal patients: Some transference and countertransference aspects. *British Journal of Guidance & Counselling*, *28*(3), 325–337. doi:10.1080/03069880050118975
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). THE MIRROR-NEURON SYSTEM. *Annual Review of Neuroscience*, *27*(1), 169–192. doi:10.1146/annurev.neuro.27.07020
- Rosenblatt, A., & Greenberg, J. (1991). Examining the world of the depressed: Do depressed people prefer others who are depressed? *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*(4), 620–629. doi:10.1037/0022-3514.60.4.620
- Rosenquist, J. N., Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2010). Social network determinants of depression. *Molecular Psychiatry*, *16*(3), 273–281. doi:10.1038/mp.2010.13
- Roubal, J. (2010). Gestalt terapie. In Z. Vybíral, & J. Roubal (Eds.), *Současná psychoterapie* (s. 164-194). Portál.
- Rush, A. J., Weissenburger, J., Vinson, D. B., & Giles, D. E. (1983). Neuropsychological dysfunctions in unipolar nonpsychotic major depressions. *Journal of affective disorders*, *5*(4), 281–287. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(83\)90016-2](https://doi.org/10.1016/0165-0327(83)90016-2)

- Russell, K. A., Swift, J. K., Penix, E. A., & Whipple, J. L. (2020). Client preferences for the personality characteristics of an ideal therapist. *Counselling Psychology Quarterly*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1733492>
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Sandler, J., Dare, Ch., & Holder, A. (1992). *The patient and the analyst: The Basis of the Psychoanalytic Process*. Karnac, London.
- Segrin, C., & Abramson, L. Y. (1994). Negative reactions to depressive behaviors: A communication theories analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(4), 655–668. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.4.655>
- Seifertová, D. (2008) Elektrokonvulzivní terapie. In D. Seifertová, J. Praško, J. Horáček, & C. Höschl. (Eds.), *Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti* (2., rev. vydání, s. 552-558). Praha: Academia
- Settineri, S., Rizzo, A., Liotta, M., & Mento, C. (2014). Caregiver's burden and quality of life: caring for physical and mental illness. *International Journal of Psychological Research, 7*(1), 30–39. <https://doi.org/10.21500/20112084.665>
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 259*(5), 298–306. <https://doi.org/10.1007/s00406-009-0870-y>
- Schwartz, B., & Flowers, J. V. (2012). *Jak selhat jako terapeut: 50 způsobů, jak ztratit nebo poškodit svého klienta* (S. Struková, překladatel). Portál.
- Siegrist, J. (2008). Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 258*(S5), 115–119. doi:10.1007/s00406-008-5024-0
- Simon, S., Cain, N. M., Wallner Samstag, L., Meehan, K. B., & Muran, J. C. (2015). Assessing Interpersonal Subtypes in Depression. *Journal of Personality Assessment, 97*(4), 364–373. doi:10.1080/00223891.2015.1011330
- Slaměnik, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. Grada Publishing.

- Steel, J. L., Dunlavy, A. C., Stillman, J., & Pape, H. C. (2011). Measuring depression and PTSD after trauma: Common scales and checklists. *Injury*, *42*(3), 288–300. doi:10.1016/j.injury.2010.11.045
- Stevanovic, P., & Rupert, P. A. (2004). Career-Sustaining Behaviors, Satisfactions, and Stresses of Professional Psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *41*(3), 301–309. doi:10.1037/0033-3204.41.3.301
- Stevens, E. A., & Prinstein, M. J. (2005). Peer Contagion of Depressogenic Attributional Styles Among Adolescents: A Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *33*(1), 25–37. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-0931-2>
- Strack, S., & Coyne, J. C. (1983). Social confirmation of dysphoria: Shared and private reactions to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*(4), 798–806. doi:10.1037/0022-3514.44.4.798
- Suzuki, M., Furihata, R., Konno, C., Kaneita, Y., Ohida, T., & Uchiyama, M. (2018). Stressful events and coping strategies associated with symptoms of depression: A Japanese general population survey. *Journal of Affective Disorders*, *238*, 482–488. doi:10.1016/j.jad.2018.06.024
- Světová zdravotnická organizace. (2019). *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabeleární část*. (Aktualizované vydání k 1. 1. 2020). Praha: ÚZIS ČR.
- Tafet, G. E., & Bernardini, R. (2003). Psychoneuroendocrinological links between chronic stress and depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *27*(6), 893–903. doi:10.1016/s0278-5846(03)00162-3
- Tang, J., Yu, G., & Yao, X. (2021). Emotional Contagion in the Online Depression Community. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *9*(12), 1609. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121609>
- Timuľák, L. (2014). *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru: integrativní rámec* (Vyd. 2, přeložil Jana KŘÍŽOVÁ). Portál.
- Timuľák, L. (c2005). *Současný výzkum psychoterapie* (přeložil Michal IVANOVSKÝ). Triton.
- Tryon, G. S., & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *48*(1), 50–57. <https://doi.org/10.1037/a0022061>
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

- VandenBos G. R. & American Psychological Association. (2015). *Apa dictionary of psychology* (Second). American Psychological Association.
- Vavrušová, L. (2008) *Depresia*. Osveta (Martin).
- Veiel, H. O. F. (1997). A preliminary profile of neuropsychological deficits associated with major depression. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19(4), 587–603.
<https://doi.org/10.1080/01688639708403745>
- Vybíral, Z., & Holub, D. (2010). Psychodynamická terapie. In Z. Vybíral, & J. Roubal (Eds.), *Současná psychoterapie* (s. 81-109). Portál.
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Portál.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie* (3. vydání). Portál.
- Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie* (3., aktualiz. a dopl. vyd). Grada Publishing.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Weintraub, M. J., Van de Loo, M. M., Gitlin, M. J., & Miklowitz, D. J. (2017). Self-Harm, Affective Traits, and Psychosocial Functioning in Adults With Depressive and Bipolar Disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(11), 896–899.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000744>
- Wernicke, R. A., Pearlman, M. Y., Thorndike, F. P., & Haaga, D. A. (2006). Perceptions of depression among recovered-depressed and never-depressed individuals. *Journal of clinical psychology*, 62(6), 771–776. <https://doi.org/10.1002/jclp.20261>
- Westwood, S., Morison, L., Allt, J., & Holmes, N. (2017). Predictors of emotional exhaustion, disengagement and burnout among improving access to psychological therapies (IAPT) practitioners. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 26(2), 172–179.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1276540>
- Wilkins, W. (1971). Psychoanalytic and Behavioristic Approaches Toward Depression: A Synthesis? *American Journal of Psychiatry*, 128(3), 358–359.
<https://doi.org/10.1176/ajp.128.3.358>
- Yamashita, Y., & Yamamoto, T. (2021). Perceiving Positive Facial Expression Can Relieve Depressive Moods: The Effect of Emotional Contagion on Mood in People With

- Subthreshold Depression. *Frontiers in psychology*, 12, 535980.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.535980>
- Zalk, M. H. W. van, Kerr, M., Branje, S. J. T., Stattin, H., & Meeus, W. H. J. (2010). Peer Contagion and Adolescent Depression: The Role of Failure Anticipation. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(6), 837–848.
doi:10.1080/15374416.2010.517164
- Zerubavel, N., & Wright, M. O. (2012). The dilemma of the wounded healer. *Psychotherapy*, 49(4), 482–491. <https://doi.org/10.1037/a0027824>
- Zilcha-Mano, S., Solomonov, N., Chui, H., McCarthy, K. S., Barrett, M. S., & Barber, J. P. (2015). Therapist-reported alliance: Is it really a predictor of outcome? *Journal of Counseling Psychology*, 62(4), 568–578. doi:10.1037/cou0000106
- Zuroff, D. C., McBride, C., Ravitz, P., Koestner, R., Moskowitz, D. S., & Bagby, R. M. (2017). Autonomous and controlled motivation for interpersonal therapy for depression: Between-therapists and within-therapist effects. *Journal of Counseling Psychology*, 64(5), 525–537. <https://doi.org/10.1037/cou0000239>

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Abstrakt práce v českém jazyce

Příloha č. 2: Abstrakt práce v anglickém jazyce

Příloha č. 3: Ukázka struktury rozhovoru

Příloha č. 4: Ukázka analýzy dat v programu ATLAS.ti

Příloha č.1: Abstrakt práce v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Prožívání psychoterapeutů v terapeutickém vztahu s depresivními klienty

Autor práce: Bc. David Vítek

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, PhD.

Počet stran a znaků: 145, 302 348

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 179

Abstrakt:

Diplomová práce je zaměřena na prozkoumání a popis prožívání psychoterapeutů při práci s depresivními klienty včetně případného vlivu vlastní depresivní symptomatiky. Cílem práce je prozkoumání a popis náhledu terapeutů na depresivní problematiku, prožívání terapeutů při práci s depresivním klientem, aspektů práce terapeutů s depresivním klientem a zkušenost terapeutů s depresivní symptomatikou. Teoretická část práce rozebírá témata deprese, terapie deprese, terapeutického vztahu a práci s depresivním klientem. Výzkumný soubor tvoří šest respondentů získaných na základě účelového výběru. Metodou získávání dat bylo polostrukturované interview, metodou analýzy dat byla Interpretativní fenomenologická analýza. Výsledky prezentují jak individuální, tak společnou zkušenost respondentů v rámci vnímání deprese, prožívání při práci, samotné práci a vlastní depresivní zkušenosti. Práce tedy nabízí vhled do specifické problematiky v rámci psychoterapeutické praxe.

Klíčová slova:

psychoterapie, deprese, prožívání psychoterapeuta, depresivní klient, terapeutický vztah

Příloha č.2: Abstrakt práce v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Psychotherapists' experiences with depressive clients in therapeutic relationships

Author: Bc. David Vítek

Supervisor: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, PhD.

Number of pages and characters: 145, 302 348

Number of appendices: 4

Number of references: 179

Abstract:

The thesis is aimed at exploring and describing the experience of psychotherapists when working with depressed clients, including the possible impact of their own depressive symptoms. The aim of the thesis is to explore and describe the view of therapists on depressive issues, the experience of therapists when working with a depressed client, aspects of the work of therapists with a depressed client and the experience of therapists with depressive symptoms. The theoretical part of the thesis discusses the topics of depression, depression therapy, therapeutic relationship and working with a depressed client. The research set consists of six respondents obtained on the basis of targeted selection. The method of data acquisition was semi-structured interview, the method of data analysis was interpretative phenomenological analysis. The results present both the individual and collective experience of respondents in terms of perception of depression, experiencing it at work, the work itself and their own depressive experience. Thus, the thesis offers an insight into specific issues within psychotherapeutic practice.

Key words:

psychotherapy, depression, experiencing of psychotherapist, depressive client, therapeutic relationship

Příloha č. 3: Ukázka struktury polostrukturovaného rozhovoru

Věk:

Doba v praxi/délka praxe s depresivními klienty:

Terapeutický výcvik – formování v průběhu praxe s depresivními:

I.

1. Jak vnímáte/hodnotíte depresivní poruchu? (kontext, koncept, porozumění...)
2. Co je pro Vás klíčem k posouzení deprese u klienta?
3. Jaký máte výklad osobnosti u depresivního, respektive vnímáte něco odlišného? (osobnostní charakteristiky...)

II.

4. Jaké pro Vás je pracovat s depresivními klienty? (pocity...)
5. Jaká máte očekávání od depresivních klientů?
6. Stavíte se ke všem depresivním klientům stejně? (anamnéza, věk...)
7. Vnímáte na sobě nějaký dopad z příchodu klienta? (jak s tím pracuje?)
8. Je práce/sezení s depresivními klienty něčím charakteristická? (prvky, klient, pocity...)
9. Vnímáte nějaké dopady svého chování/vnímání v na prožívání/chování klienta?

III.

10. Jak poznáte, že se v terapii **daří**? (pozitivní progres, konec terapie)
11. Jak poznáte, když se v terapii **nedáří**? (negativní progres, konec terapie)
12. Už se vám stalo, že jste se chtěl/a klienta z nějakého důvodu zbavit?
13. Jaké strategie používáte v průběhu terapie? (denní snění, ...)
14. Jaké strategie používáte mimo terapii? (psychohygiena, ...)
15. Co si myslíte o užívání antidepresiv při léčbě deprese?

IV.

16. Můžete mi popsat Vaši depresivní symptomatiku?
17. Připouštěl/a jste si depresivní poruchu, když jste začala pozorovat symptomy?
18. Jak jste se s tím vypořádal/a?
19. Vnímáte vznik depresivních symptomů jako důsledek práce s depresivními klienty?
20. Sdělila jste někdy klientovi, že jste prožívala/**áte** tyto problémy? (jiné sdílení...?)
21. Narazil/a jste v terapii na nějaká rezonantní témata?
22. Všimnul/a jste si v důsledku toho nějaké změny v profesní rovině?

Příloha č. 4: Ukázka analýzy dat Terapeuta 2 v programu ATLAS.ti

