

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

VYBRANÉ PSYCHIATRICKÉ
DIAGNÓZY A JEJICH ŘEŠENÍ
V ODBORNÉ A LAICKÉ TERAPII

SELECTED PSYCHIATRIC DIAGNOSES AND THEIR
SOLUTIONS IN PROFESSIONAL AND LAY THERAPY



Magisterská diplomová práce

Autor: **Mgr. Bc. Kateřina Grubnerová**

Vedoucí práce: **PhDr. Romana Mazalová, Ph.D.**

Olomouc

2024

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé diplomové práce, PhDr. Romaně Mazalové, Ph.D. za její cenné rady a lidský přístup. Poděkování patří také MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, Ph.D. za podnětné konzultace v oblasti psychopatologie. Děkuji rovněž Mgr. Ivu Černíkovi za jeho důležité komentáře v oblasti metodologie. Velké poděkování patří respondentům, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě chci poděkovat mé rodině a nejbližším za celkovou podporu a pochopení nejen v průběhu vzniku této práce, ale i během celého studia.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Vybrané psychiatrické diagnózy a jejich řešení v odborné a laické terapii“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce PhDr. Romany Mazalové, Ph.D. a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 20. 3. 2024

Podpis.....

OBSAH

OBSAH.....	3
ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 VYBRANÉ PSYCHIATRICKÉ DIAGNÓZY A JEJICH LÉČBA.....	7
1.1 Deprese	8
1.1.1 Projevy a diagnostika deprese.....	8
1.1.2 Farmakologická léčba deprese.....	11
1.1.3 Psychoterapeutická léčba deprese.....	13
1.2 Anxiózní poruchy	14
1.2.1 Projevy a diagnostika anxiózních poruch	14
1.2.2 Farmakologická léčba anxiózních poruch	19
1.2.3 Psychoterapeutická léčba anxiózních poruch	20
1.3 Duševní poruchy vzniklé v souvislosti se stresem.....	21
1.3.1 Trauma	22
1.3.2 Projevy a diagnostika duševních poruch vzniklých v souvislosti se stresem ..	22
1.3.3 Léčba poruch vzniklých v souvislosti se stresem	26
2 ODBORNÝ RÁMEC PSYCHOTERAPIE V ČR.....	28
2.1 Vymezení oboru psychoterapie.....	28
2.2 Historie psychoterapie v ČR a její soudobý legislativní rámec	30
2.3 Kvalifikace pro výkon psychoterapie	32
3 FORMÁLNÍ ROZDÍLY MEZI ODBORNOU A NEODBORNOU TERAPIÍ.....	36
3.1 Souhrn požadavků pro výkon odborné psychoterapie.....	36
3.2 Služby poskytované ne odbornými terapeuty	38
EMPIRICKÁ ČÁST.....	41

4	VÝZKUMNÝ PROBLÉM	42
4.1	Výzkumné cíle a otázky.....	43
5	TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY	44
5.1	Typ výzkumu	44
5.2	Metoda získávání dat	44
5.3	Metoda zpracování a analýzy dat.....	46
5.4	Výzkumný soubor.....	48
5.5	Etické aspekty výzkumu a ochrana soukromí.....	48
6	VÝSLEDKY	50
6.1	Představení respondentů	50
6.2	Nabízené služby a průběh nekvalifikovaných terapií	52
6.2.1	Nabízené služby	52
6.2.2	Průběh nekvalifikovaných terapií	54
6.2.3	Metody práce využívané nekvalifikovanými terapeuty	55
6.3	Efekty terapie.....	59
6.3.1	Pozitivní efekty	59
6.3.2	Neutrální až negativní efekty	61
6.4	Důvody preference neodborné terapie před odbornou	63
7	DISKUZE	67
8	ZÁVĚRY.....	72
9	SOUHRN	73
	LITERATURA	76
	PŘÍLOHY	81

ÚVOD

Neodborně vedené terapie jsou fenoménem, který se v našem prostředí vyskytuje dlouhodobě. V oblasti péče o duševní zdraví i v oblasti osobního rozvoje jsou poskytovány různé služby. Setkáváme se jak s nabídkou nekvalifikovaného poradenství v duševního rozvoje, tak i s nekvalifikovaně poskytovanými terapiemi psychických obtíží.

Významné je rozlišit, o jaký typ služby se jedná a komu je poskytována. Mnohdy neškodné poradenství v oblasti osobního rozvoje se může diametrálně odlišovat od poskytování poradenství či terapie klientům, kteří hledají pomoc v oblasti problémů s psychickým prožíváním. Obtíže v oblasti duševního zdraví mohou významně zasahovat do každodenních činností a do kvality života klientů.

V posledních letech jsou díky rozvoji a dostupnosti digitálních technologií veškeré služby snadněji přístupné, a to nejen v osobní, ale i v on-line podobě. On-line prostředí webových stránek a sociálních sítí poskytuje velký prostor pro sebe prezentaci. Kdokoli si může během několika málo chvil vytvořit důvěryhodně a přesvědčivě vypadající webovou stránku či profil na sociálních sítích. Není nijak složité nabídnout své služby klientům toužícím po rychlém dosažení požadovaných výsledků a po efektivním řešení problémů s duševním zdravím.

Slibně vyznívající informace mohou také na webových stránkách i sociálních sítích být podpořeny kladnými hodnoceními a recenzemi spokojených klientů, kterým daný poradce či terapeut změnil život k nepoznání. Naděje na zlepšení a motivace k dalším krokům jsou často tím, co klienti v těžkých chvílích hledají. Problematickým faktorem zde může být předkládaná univerzálnost technik a postupů, které jsou v sezeních využívány. Jak se může někdy jevit, tyto postupy mohou být nabízeny jako univerzální řešení naprosto každého problému v lidském životě bez ohledu na charakter tohoto problému.

Jaké konkrétní postupy se skrývají za nadějeplnými slovy, která mnohdy slibují kompletní proměnu psychického stavu, zlepšení mezilidských vztahů či vztahu k sobě? Právě tyto otázky byly motivací pro vznik této diplomové práce. Jejím cílem je přinést poznání v oblasti fungování neodborně vedených terapií, zmapovat techniky a postupy, které jsou v jejich průběhu využívány a také se dozvědět, jaké skutečné přínosy pro klienty tento typ terapie má.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYBRANÉ PSYCHIATRICKÉ DIAGNÓZY A JEJICH LÉČBA

Předložená práce se věnuje odborným a laickým aspektům terapie vybraných duševních nemocí. Pro účely této diplomové práce jsme vybrali tři psychiatrické diagnózy. Tyto diagnózy jsme nevybrali náhodně, ale **zařadili jsme je z důvodu jejich oblíbenosti na poli laicky vedené terapie**, kterou se naše práce primárně zabývá. Webové stránky či profily na sociálních sítích laických terapeutů, které jsme pro účely této práce prozkoumali, měly mimo jiné společné především zaměření na traumata, často i na úzkosti a deprese.

V této kapitole se budeme tedy věnovat **depresi, úzkostným poruchám a reakci na těžký stres**. U těchto diagnóz nejprve obecně definujeme jejich projevy a diagnostická kritéria, výskyt v populaci v rámci České republiky a také se zaměříme na odbornou léčbu. Věnovat se budeme řešení a postupům v rámci farmakoterapie i psychoterapie.

Zde bychom rádi upozornili, že cílem kapitoly není poskytnout kompletní informace o uvedených diagnózách včetně všech pojmenovaných typů onemocnění, zcela přesná diagnostická kritéria či komplexní přehled dostupné farmakoterapie či psychoterapie. Cílem je poskytnout čtenáři **základní informace a orientaci v popisovaných diagnózách**, nastínit jejich projevy, výskyt v populaci a možnosti léčby. Pro komplexní informace o depresi, úzkostných poruchách a reakci na těžký stres je třeba dalšího studia odborné literatury v tomto oboru.

Informace o diagnózách čerpáme z víceosého systému **MKN-10 a také DSM-V**, primárně však vycházíme z MKN-10 a to z důvodu, že se jedná o klasifikaci předně využívanou v Evropě a ČR.

Pro úplnost uvádíme, že v době vzniku práce byla dostupná také nová verze MKN-11 vydaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO) již v roce 2019. V platnost vstoupila 1. 1. 2022 s pětiletým přechodným obdobím na reportování statistik příčin smrti (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023). Není však ještě aplikována pro praxi v České republice. Z toho důvodu stále čerpáme z klasifikace MKN-10, konkrétně z verze platné v ČR od 1. 1. 2023.

1.1 Deprese

Depresi, dříve pojmenovanou jako melancholii či trdomyslnost, nalezneme již v nejstarších záznamech o historii lidstva. Řadíme ji mezi nejčastější psychické poruchy naší populace (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

1.1.1 Projevy a diagnostika deprese

Deprese patří do kategorie **afektivních poruch**, jinak řečeno poruch nálady, které mají v MKN-10 kódové označení **F30–F39**. Do této kategorie spadají námi vybrané diagnózy **F32 (Depresivní fáze)** a **F33 (Periodická depresivní porucha)** (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, MKN-10, 2023).

Do kategorie F30–F39 (afektivní poruchy) řadíme ještě několik kategorií a dalších diagnóz, pro účely této práce je však vybrána pouze depresivní fáze a periodická depresivní porucha. Rozdělení uvedených kategorií dle MKN-10 je následující (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, MKN-10, 2023):

Depresivní fáze (F32)

- Lehká depresivní fáze (**F32.0**)
- Středně těžká depresivní fáze (**F32.1**)
- Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků (**F32.2**)
- Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky (**F32.3**)
- Jiné depresivní fáze (**F32.8**)
- Depresivní fáze NS (**F32.9**)

Periodická depresivní porucha (F33)

- Periodická depresivní porucha, současná fáze je lehká (**F33.0**)
- Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká (**F33.1**)
- Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale bez psychotických symptomů (**F33.2**)
- Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky (**F33.3**)
- Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi (**F33.4**)

- Jiné periodické depresivní poruchy (**F33.8**)
- Periodická depresivní porucha NS (**F33.9**)

Dle informací dostupných v Psychiatrické ročence 2022, kterou vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, se roku 2021 s diagnózami F32–F33 léčilo na psychiatrii celkem 90.243 pacientů. V roce 2022 se s uvedenými diagnózami léčilo 92.086 pacientů, což odpovídá 13,8 % z celkového počtu (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023).

Deprese se obecně projevuje **ztrátou energie, výkonu a rychlosti** v běžných činnostech, které dříve osoba zvládala bez větších obtíží. Objevuje se **pesimistické naladění**, pocity viny, podceňování, bezvýchodnosti a vlastní bezcennosti. U dotyčného se snižuje sebedůvěra, sebevědomí i sebeúcta. V těžších formách mohou výše uvedené pocity nabýt až bludné hloubky. Mohou se objevit také **myšlenky na smrt**, které se mohou zdát jako jediné východisko a jediná možnost ukončení trápení (Orel, 2020).

Počátek depresivní epizody může být nenápadný, mezi **prvotní projevy** můžeme zařadit poruchy spánku, nesoustředěnost, nervozitu, oslabení zájmu o různé činnosti. Dále se může objevit nechutenství nebo bolesti hlavy. Docházet může také k **somatizaci**, tedy nevědomému tělesnému vyjádření psychických obtíží, především v oblasti trávicího traktu. Pokud se při vyšetření neshledá organická příčina symptomů, nemocný se poté dostává do péče psychiatrické (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Může být také spojena s nárůstem rizika dalších onemocnění jako je diabetes, srdeční onemocnění, rakovina či Alzheimerova choroba (Penninx, Milaneschi, Lamers, & Vogelzangs, 2013; Whooley & Wong, 2013).

Mezi další tělesné projevy deprese můžeme zařadit tlak na hrudi, bolesti těla a končetin, pozorovat můžeme také prohloubení stávajících onemocnění kožních, kloubních apod. S tím souvisí také pojem **larvovaná deprese**, která se projevuje právě rozmanitými tělesnými příznaky, které zastiňují příznaky psychické (Orel, 2020).

Po nábaze se objevuje únava, objevují se **poruchy spánku**. Je narušen spánkový cyklus, ranní probuzení může být mnohem dřívější, než je u nemocného obvyklé, a to až v řádu hodin. Největší zhoršení pozorujeme ráno. Podle počtu a míry příznaků fázi

hodnotíme jako mírnou, střední či těžkou (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, MKN-10, 2023).

Pozorujeme **sníženou chuť k jídlu**, se kterou může souviset **úbytek tělesné hmotnosti**. V tělesném projevu je typický celkový **útlum**. Projeví se také ve výrazu tváře a postavení těla (nemocný je více „sevržený“). Také **řeč** je celkově utlumená, a to co do hlasitosti, tak obsahu i rozsahu sdělení. V hlubokých formách deprese může dotyčný **zanedbávat úpravu zevnějšku i hygienu**. V oblasti mezilidských vztahů se kontaktu spíše **vyhýbá a izoluje se**, nemá sílu se stýkat s lidmi a může také odmítat veškerou nabízenou pomoc (Orel, 2020).

Pokud je deprese těžké formy a nabývá psychotické hloubky, můžeme se v souvislosti s tím setkat s tzv. **Cotardovým syndromem**, který zde označuje bludy hypochondrické, negační a bludy eternity (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Zásadní rozdíl mezi diagnózami F32 (Depresivní fáze) a F33 (Periodická depresivní porucha tkví v tom, že depresivní fáze se vyskytuje u nemocného poprvé. Periodická depresivní porucha je poté opakovaným prožíváním výše popsaného. Níže se seznámíme s diagnostickými kritérii obou onemocnění (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015):

Depresivní epizoda (F32) má následující diagnostická kritéria:

- Trvá nejméně dva týdny.
- U osoby se nikdy nevyskytla hypomanická či manická epizoda.
- Není způsobena psychoaktivními látkami ani jinou organickou psychickou poruchou.

Periodická depresivní porucha (F33) má následující diagnostická kritéria:

- V minulosti byla přítomna alespoň jedna depresivní epizoda.
- Předchozí depresivní epizoda se vyskytla před současnou alespoň o 2 měsíce dříve.
- V minulosti se nevyskytla manická či hypomanická epizoda.
- Není způsobena psychoaktivními látkami ani organickou psychickou poruchou.

1.1.2 Farmakologická léčba deprese

Léčba deprese může být farmakologická i psychoterapeutická. Při **farmakologické léčbě** se využívají obvykle léky ze skupiny antidepresiv. **Antidepresiva** jsou dělena do několika skupin a rozdělujeme je podle toho, jaké neuromediátory (neurotransmitery) ovlivňují. Neurotransmitery jsou přenašeče nervových signálů. U zdravých jedinců jsou obvykle v rovnováze, u osob s depresí však dochází k jejich nerovnováze (Orel, 2020).

Orel (2020, s. 316) k působení antidepresiv uvádí: „Působí zejména na serotoninergní, noradrenergní, případně dopaminergní systém, jejichž deficit je podle některých teorií považován za biochemickou příčinu depresivních poruch“.

Pro stručné a přehledné rozdělení antidepresiv je uvádíme v tabulce (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015, 412).

Tab. 1 Rozdělení antidepresiv

Inhibitory vychytávání monoaminů		
I. generace	tricyklická a tetracyklická antidepresiva	amitriptylin, nortriptylin, clomipramin
II. generace	heterocyklická antidepresiva	maprotilin
III. generace	SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)	fluoxetin, citalopram, escitalopram, sertralín, paroxetin
	SARI (agonisté serotoninu a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)	trazodon
	NARI (inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu)	reboxetin, atomoxetin
IV. generace	SNRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu)	venlafaxin, duloxetin

NaSSa (noradrenergí a specificky serotonergní antidepresiva)	mianserin, mirtazapin
NDRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu)	bupropion

Inhibitory biodegradace

	I. generace (neselektivní)	IMAO (ireverzibilní inhibitor monoaminoxidázy typu A) - tranylcypromin
Inhibitory MAO	II. generace (selektivní)	I-MAO-A (RIMA – reverzibilní inhibitor monoaminoxidázy typu A) – moklobemid
		I-MAO-B (ireverzibilní) – selegilin

Antidepresiva jsou určena k **dlouhodobému užívání**, nehrozí u nich riziko vzniku závislosti. Léčebná dávka se obvykle nasazuje postupně, stejně tak probíhá vysazování léku. Současně nejvyužívanější jsou **antidepresiva III. generace**, konkrétně skupina SSRI, která je využívána nejen k léčbě deprese, ale také například úzkostných poruch a obsedantně-kompulzivní poruchy (Orel, 2020).

Jako možnou komplikaci při podávání antidepresiv zmiňujeme **serotoninový syndrom**. Ten se může objevit při podání dvou či více serotonergních látek (např. dvě serotonergní látky v kombinaci s IMAO). Mezi příznaky můžeme zařadit svalovou rigiditu, třes, hyperaktivitu ANS, tachykardii, průjmy, zvracení, delirium, hypertenzi, úzkost. Je nutné vysadit lék a případně zvolit další postup dle závažnosti (Češková & Horská, 2023).

Pro zajímavost ještě uvedeme, že **serotoninová hypotéza** v souvislosti se vznikem deprese byla také **zpochybněna**. Moncrieff a kol. (2022) uvádí, že hypotéza souvislosti snížené hladiny serotoninu a rozvoje deprese, poprvé naznačena v 60. letech 20. století nemusí být zcela platná. Poukazují na možný placebo efekt či schopnost léků otupit celkové

prožívání. Provedená studie dle autorů naznačuje, že se nepodařilo přesvědčivě prokázat souvislost hladiny serotoninu a vzniku deprese.

Jiní výzkumníci v reakci na tento článek však poukazují na metodologické i další nedostatky této studie a zdůrazňují potřebu dalšího zkoumání (Möller & Falkai, 2023).

1.1.3 Psychoterapeutická léčba deprese

Po přiblížení farmakologické léčby se nyní podívejme na řešení deprese formou psychoterapie. **Psychoterapeutické řešení deprese** se nabízí především u lehkých až středních forem. U lehkých forem deprese je psychoterapie schopna pomoci i bez léků a zkracuje dobu uzdravy (Praško, 2009). Psychoterapie může hrát při řešení deprese významnou roli.

Na základě provedených výzkumů a metaanalýz se její účinek jeví srovnatelný s farmakoterapií, nicméně nebylo zde rozlišeno mezi různými hloubkami deprese (Amick et al., 2015). Pokud srovnáme psychoterapii s farmakoterapií, **nemá psychoterapie vedlejší účinky** a také může snížit riziko návratu prostřednictvím osvojení strategií, které pomohou zabránit návratu deprese. U středních až těžkých forem je vhodná kombinace s farmaky, nicméně dle některých výzkumů upřednostňují psychoterapii oproti farmakologické léčbě až tři čtvrtiny pacientů (McHugh, Whitton, Peckham, Welge, & Otto, 2013).

Psychoterapeutických směrů, ze kterých je možno při terapii depresí volit, je velké množství. Psychoterapie deprese může probíhat **individuálně i skupinově**, záleží na preferencích a také hloubce onemocnění. Psychoterapii jako takové se budeme blíže zabývat v kapitole č. 2, stručně uvedeme pouze některá východiska. **Kognitivně-behaviorální terapie** pracuje s tezí, že pokud je v dětství člověk vystaven nepříznivým vlivům, může se rozvinout tzv. **naučená bezmocnost**. Ta se poté projevuje přesvědčením, že člověk je neschopný a neporadí si ve světě sám, které v kombinaci se stresovými faktory může vyústit v bludný kruh projevující se depresivním uvažováním, prožíváním a chováním (Praško, Možný & Šlepecký, 2007).

Uplatňuje se zde například **metoda sledování činností**, kdy je klient vyzván, aby po hodině zaznamenával aktivity, které vykonával. Smysl spočívá v možnosti zvýšení aktivity

klienta a také umožňuje sledovat, jakým aktivitám se pacient věnuje, v jakých obdobích je aktivnější a v jakých méně (Vybíral & Roubal, 2010).

1.2 Anxiózní poruchy

Anxiózní neboli úzkostné poruchy řadíme v MKN-10 do skupiny s označením **F40–F48 (neurotické, stresové a somatoformní poruchy)**. Jedná se o skupinu zahrnující rozmanité spektrum diagnóz, kterým je společná **úzkost a specifické fyzické projevy**, které jsou různých kvalit. Zjednodušeně bývají označovány jako neurózy (Orel, 2020).

Jde o poruchy, jejichž **hlavními symptomy** jsou **projevy úzkosti**. Ty však nejsou omezeny na žádnou specifickou situaci, která by je spouštěla (Raboch & Pavlovský, 2012). Mimo jiné do této skupiny řadíme například také obsedantně-nutkavou poruchu či disociativní (konverzní) poruchy (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, MKN-10, 2023).

1.2.1 Projevy a diagnostika anxiózních poruch

V souvislosti s úzkostnými poruchami rozlišíme dva pojmy – strach (fobie) a úzkost. **Strach neboli fobie** je vázán na konkrétní objekt nebo situaci. Je spojen s přesně daným ohrožením, daná osoba tedy ví, čeho se obává. Naproti tomu **úzkost** daný objekt či situaci, která vyvolává nepříjemné pocity, nemá. Jedinec ji prožívá jako nepříjemné pocity vnitřního neklidu, tenze, ohrožení bez zjevné příčiny, tedy neví, čeho se obává (Orel, 2020).

Úzkost i strach vznikly v říši zvířat a slouží nám k adaptaci. Pomáhají vyostřit smysly, mobilizovat energii a napomáhají k obraně organismu (útěk či útok) v případě hrozícího nebezpečí. Tyto reakce jsou komplexní a jsou spojeny s fyziologickými změnami jako je zrychlení tepu, zjednodušené vnímání nebo zrychlené myšlení. Zjednodušeně můžeme shrnout, že úzkost i strach **slouží k aktivaci organismu při hrozícím nebezpečí**. Umožňuje rychleji reagovat a ochránit se v nebezpečné situaci. Problematickými se stávají až ve chvíli, kdy se objevují často, jsou příliš silné a neadekvátní situaci (Praško, 2005).

Praško (2005, s. 10), popisuje úzkostné poruchy takto:

Úzkostné poruchy by se daly zjednodušeně definovat jako různé kombinace tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádným reálným nebezpečím. Úzkost se u těchto poruch může objevovat buď v náhlých záchvatech či typických situacích, nebo jako trvalý a fluktuující stav. Míra příznaků je tak velký, že omezují pracovní život, rodinné soužití nebo prožívání volného času.

Prožitek příznaků úzkostné poruchy může být různě silný, často může snižovat životní spokojenost a narušit běžné denní fungování. Důležité je poznamenat, že **kontakt s realitou není hrubě narušen**, jako můžeme vidět u psychotických poruch (Orel, 2020).

Příčiny rozvoje úzkostných poruch jsou různé a přesné faktory vzniku nejsou zcela jasné. Hovoříme o vrozených dispozicích, zátěžových situacích a stresu, případně také o učení a imitaci. **Biologicky** souvisí s nadměrnou aktivací ANS (autonomní nervové soustavy) a poklesem GABA (kyseliny gama-aminomáselné). Setkáváme se rovněž s dysfunkcemi systémů serotoninergního, noradrenergního a dopaminergního. Při úzkosti a strachu se do krve uvolňuje více katecholaminů – adrenalinu, noradrenalinu (Orel, 2020).

Mezi diagnózy F40–F48 spadá kategorie **F41 (Jiné anxiózní poruchy)**, ze které jsme vybrali diagnózy **F41 (Panická porucha)** a **F41.1 (Generalizovaná úzkostná porucha)**, opět pro jejich oblíbenost v oblasti laicky vedených terapií.

Rozdělení vypadá v MKN-10 následovně (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, MKN-10, 2023):

Jiné anxiózní poruchy (F41)

- Panická porucha (epizodická záchvatovitá úzkost) **(F41.0)**
- Generalizovaná úzkostná porucha **(F41.1)**
- Smíšená úzkostná a depresivní porucha **(F41.2)**
- Jiné smíšené úzkostné poruchy **(F41.3)**
- Jiné určené úzkostné poruchy **(F41.8)**
- Úzkostná porucha NS **(F41.9)**

Dle údajů v Psychiatrické ročence 2022 se roku 2021 s diagnózami F4 (vyjma F42 – obsedantně–nutkavá porucha) léčilo celkem 252.320 pacientů. V ročence z roku 2022 se uvádí celkem 250.380 pacientů (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023). **To je více než 37 % z celkového počtu psychiatrických pacientů v ČR.** Tyto údaje činí z úzkostných poruch nejčastěji diagnostikovanou kategorií v oboru psychiatrie v našem prostředí.

Nyní se seznámíme s kritérii pro diagnostiku panické poruchy, generalizované úzkostné poruchy a také s tím, jaké psychické i somatické symptomy u nich vidáme (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015):

Panická porucha (F41.0) má následující diagnostická kritéria:

- V období měsíce se vyskytlo několik vážných atak úzkosti.
- Za okolností, kdy není přítomno objektivní nebezpečí.
- Ataky nejsou omezeny na známé či předvídatelné situace.
- Mezi jednotlivými atakami se nevyskytují úzkostné příznaky.

Panická porucha se projevuje periodickými **atakami silné úzkosti**, které nejsou vázány na konkrétní situaci, vznikají bez objektivního hrozícího nebezpečí. Paniky mají náhlý začátek. Projevují se **nesnesitelným strachem**, že dotyčný ztrácí kontrolu, zešílí či dokonce zemře (Malá & Pavlovský, 2002). Objevuje se neklid a projevy autoagrese či agrese vůči osobám, zvířatům i předmětům. V době prožitku první panické ataky 70 % pacientů popisuje silný stres či prožívání celkově velmi stresujícího životního období (Hosák et al., 2015).

Obavy ze zešílení, ztráty kontroly či smrti souvisí s **tělesnými příznaky** jako bušení srdce, sevření na hrudi a v krku, třes, návaly horka, bolesti hlavy apod. Panický záchvat mohou doprovázet nezvyklé prožitky jako **depersonalizace a derealizace** či rychlé myšlenkové pochody, které nejdou zvládat. Právě tyto nezvyklé projevy si pacienti mohou vyložit jako známky hrozícího zešílení (Končelíková et al., 2016).

Panické ataky trvají obvykle sekundy až minuty, výjimečně až dvě hodiny a poté odezní. Objevit se může **anticipační úzkost**, tedy obava z dalšího panického záchvatu (Orel, 2020). První vrchol panické poruchy se objevuje mezi 15. a 24. rokem života, druhý mezi 45. a 54. rokem. Úzkost je ve vyšším věku poměrně častá, avšak panická porucha je ve stáří

relativně vzácná. Někteří pacienti si zpočátku stěžují **spíše na tělesné příznaky** a hledají pomoc spíše u jiných lékařů. Často navštíví spoustu specialistů, než se odhodlají k návštěvě psychiatra. (Končelíková et al., 2016). Panická porucha se může vyskytovat současně s depresí, specifickými fobiemi a také nutkavým chováním (Kast, 2012).

Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1) má následující diagnostická kritéria:

- Úzkostné projevy trvají souvisle většinu dne několik týdnů (alespoň 6 měsíců).
- Vyskytuje se úzkostné očekávání (obavy z budoucího neštěstí).
- Motorické napětí (neklid, třes).
- Vegetativní a somatické projevy (pocení, návaly horka, palpitace, závratě, točení hlavy, obtíže s dýcháním, tlak na hrudi).

Generalizovaná úzkostná porucha, se kterou se setkáme také pod zkratkou GAD (z anglického *generalized anxiety disorder*), bývá diagnostikována často. Základním příznakem je trvalá úzkost, která není omezena na specifické vnější okolnosti či podněty (Raboch & Pavlovský, 2012).

Objevují se prvky trvalého, nerealistického úzkostného očekávání, obavy z neštěstí, potíže se soustředěním, neschopnost se rozhodovat, pochybnosti, potíže se spánkem. Časté je také motorické napětí, bolesti hlavy, třes, neschopnost se uvolnit či rychlá unavitelnost. Setkáváme se i s točením hlavy, tachykardií, nevolností, závratěmi či pocení (Raboch & Pavlovský, 2012).

Pacienti mohou mít náhled na to, že obavy a myšlenky, které je trápí, jsou bezdůvodné a neopodstatněné, ale nejsou schopni je potlačit. Mohou být nepozorní, snadno se vylekají i při bezvýznamném podnětu, mohou se projevovat neklidně (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Významným projevem generalizované úzkostné poruchy je také obecná výrazná bdělost (Kast, 2012).

Může dojít až ke stavu, kdy se úzkost velmi vystupňuje. Poté hovoříme o **záchvatu akutní úzkosti**, který může dosáhnout až výše nezvladatelného děsu a paniky (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Pacienti trpící touto poruchou mívají obecně problémy s uvolněním, odpočinkem. Příznaky a obtíže se zhoršují ve chvílích, kdy mají více klidu či volnosti. Vyzadují také ujištění a ubezpečování (Hosák et al., 2015).

Následující tabulka vyjadřuje souhrn příznaků, které mohou být společné úzkostným poruchám (vyskytují se tedy jak u panické poruchy, tak u generalizované úzkostné poruchy). Lišit se u jedinců mohou se v kvalitě i kvantitě (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015, 11).

Tab. 2 Příznaky typické pro úzkost

Psychické příznaky	Tělesné příznaky
pocity ohrožení	svalové napětí
pocity napětí	zkrácení dechu a hyperventilace
strach	bolesti zad, hlavy, svalů
nadměrné obavy a starosti	třes, roztřesenost
katastrofické myšlenky, představy	zvýšená unavitelnost
traumatické vzpomínky	parestezie
problémy se soustředěním	obtíže s polykáním
vysoká bdělost, ostražitost	víření v žaludku
lekavost	píchání u srdce
podrážděnost	sevření na hrudi
pocity vnitřního chvění	snížené libido
depersonalizace, derealizace	vegetativní hyperaktivita
pocit psychické únavy a vyčerpání	<ul style="list-style-type: none"> • tachykardie
neschopnost odpočívat	<ul style="list-style-type: none"> • pocení
ospalost	<ul style="list-style-type: none"> • červenání / blednutí
záchvaty panické hrůzy	<ul style="list-style-type: none"> • časté močení • průjem / zácpa

anticipační úzkost

- sucho v ústech
 - tlak v žaludku
 - nauzea ...
-

1.2.2 Farmakologická léčba anxiózních poruch

Léčba úzkostných poruch může probíhat opět v rovině farmakologické i psychoterapeutické. **Farmakologicky** se úzkostné stavy dají řešit léky ze skupiny **anxiolytik**, která působí tlumivě a dokážou snížit úroveň úzkosti, strachu či trémy a jejich tělesného doprovodu (snižují *anxietu* – úzkost). Důležité je, že anxiolytika nejsou určena k dlouhodobému užívání, a to z důvodu možného vzniku **závislosti** na těchto preparátech. Podávání anxiolytik by mělo trvat **maximálně 3–4 týdny** (Orel, 2020). Jiné zdroje hovoří o podávání v akutním stavu po maximální dobu **6 týdnů** (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Anxiolytika se dělí na 2 největší skupiny – **benzodiazepinová** a **nebenzodiazepinová**. Benzodiazepinová anxiolytika mají okamžitý efekt, působí také sedativně a hypnoticky. Nebenzodiazepinová anxiolytika mají obdobný účinek, je u nich však nižší riziko rozvoje závislosti. U obou skupin hrozí již zmíněná **závislost a intoxikace** (ač u nebenzodiazepinových je hrozba o něco nižší), vyskytuje se také **syndrom z vysazení** a tzv. **amotivační syndrom**. Projevuje se apatií, snížením motivace a nechutí řešit problémy (Orel, 2020).

Setkat se můžeme také s **propandiolovými anxiolytiky**, která mají účinek spíše myorelaxační, anxiolytický potenciál je slabší. Mezi tyto léky patří např. guaifenezin (obchodní název Guajacuran), který je volně prodejný. Je prakticky netoxický a má minimum vedlejších účinků. Z krátkodobého hlediska bývá efekt farmakoterapie rychlý (Hosák et al., 2015).

V následující tabulce uvádíme přehled některých využívaných farmak ze skupiny anxiolytik (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015):

Tab. 3 Některá benzodiazepinová a nebenzodiazepinová anxiolytika

Benzodiazepinová	Nebenzodiazepinová
diazepam	hydroxyzin
oxazepam	bupiron
lorazepam	pregabalin
bromazepam	
alprazolam	
chlordiazepoxid	
medazepam	

Lékem druhé volby jsou poté **antidepresiva** (viz Tab. 1), jejichž určité skupiny se mohou využívat pro léčbu úzkostí, např. SSRI a další (Raboch & Pavlovský, 2012).

Antidepresiva mají však opožděný účinek a před jeho nástupem je možné využít právě anxiolytik. Ta se postupně vysazují po nástupu účinku antidepresiv. Výhodou je možnost dlouhodobého užívání bez rizika vzniku závislosti (Orel, 2020).

V souhrnu jsou pro dlouhodobou farmakologickou léčbu anxiózních poruch vedle antidepresiv ze skupin SSRI a SNRI indikovány pregabalin a nebenzodiazepinová anxiolytika, výjimečně benzodiazepinová v nízkých dávkách s nutností sledování pacienta kvůli riziku rozvoje závislosti (Hosák et al., 2015).

1.2.3 Psychoterapeutická léčba anxiózních poruch

Psychoterapeuticky se úzkostným poruchám věnují rozmanité psychoterapeutické směry, mezi kterými mohou pacienti vybírat. Často se setkáme s **kognitivně – behaviorálním přístupem** k léčbě úzkostí. Odborníci tuto terapii mohou preferovat a jeví se jako velmi účinná (Dušek & Večeřová-Procházková, 2005).

Pracuje se se **změnou myšlenek**, které vyvolávají úzkost. Bývají to automatické myšlenky a jedinec si nemusí uvědomovat, že jeho strach a úzkost je přehnaný. Terapeut vede k odlišení spouštěčů, myšlenek a emocí. Uvědomění automatických myšlenek umožňuje získat odstup a nadhled nad úzkostným prožíváním (Praško, 2014).

Dále se uplatňuje **expoze**, tedy postupné vystavování situacím, kterých se pacient obává. Musí probíhat pozvolně, je nutná edukace pacienta s těmito postupy. Začíná se drobnými kroky, na které se postupně navazují další, náročnější (Prašková & Praško, 2000) Významnou dovedností, kterou si pacienti v rámci psychoterapie osvojují, je nácvik **relaxace a dechová cvičení**. Relaxace je velmi účinnou metodou, vede k uvolnění a může pacientovi pomoci se zklidnit i v situacích, kdy se necítí komfortně. Setkat se můžeme i s publikacemi, které se zaměřují přímo na redukci stresu, úzkosti a provádí pacienta jednotlivými kroky ke zlepšení technik dýchání a nácviku relaxace (Davis et al., 2008).

Účinností KBT u panické poruchy se stále zabývají i současné výzkumy. Lukaschek a kol. (2023) zkoumali potenciální dlouhodobé účinky KBT u pacientů s panickou poruchou během pandemie Covid-19. Tento výzkum vycházel z již realizovaného výzkumu v letech 2012–2016. Účastnilo se jej 219 pacientů po dobu 60 měsíců. Metaanalýza zkoumající vliv KBT na kvalitu života pacientů s panickou poruchou, a to v oblastech fyzických, psychických, sociálních a enviromentálních. Zlepšení v oblasti fyzické a psychické bylo větší než v sociální a enviromentální oblasti. Závěry studie ukazují, že **týmová intervence KBT v praxi může mít dopad na prožívání úzkostí**. Strategie, které si pacienti během KBT terapie osvojí, mohou aplikovat i po ukončení terapie (expoziční terapie, behaviorální aktivace, redukce vyhybavého chování) se ukazují jako slibné v rámci dlouhodobého úspěchu účinnosti terapie.

1.3 Duševní poruchy vzniklé v souvislosti se stresem

Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení řadíme v MKN-10 také do skupiny s označením **F40–F48 (neurotické, stresové a somatoformní poruchy)**, stejně jako výše popsané poruchy anxiózní. V odborné psychoterapii i na poli neodborně vedené terapie se v této souvislosti velice často setkáváme s využitím pojmu **trauma**.

1.3.1 Trauma

Nejprve si přiblížíme, jak na psychické trauma nahlíží odborné zdroje. Psychické trauma se objevuje buď po jediném, extrémně silném stresujícím prožitku, anebo po dlouhodobém působení stresujících faktorů. Pro jedince, který trauma prožívá, bývá **extrémně děsivé, znamená ohrožení života, integrity** a působí pocity bezmoci. Traumatické prožitky jsou paralyzující, jedinec je vystaven hrůze a bezmoci. Nemá kontrolu nad situací, nemůže dojít k obranným reakcím (útok či útěk). Vzniká zde emoční, behaviorální i kognitivní dezorganizace přetrvávající i po stavu bezprostředního ohrožení (Vizinová & Preiss, 1999).

Trauma může být způsobeno mnohými **nepříznivými událostmi**. Mezi typické události, které trauma mohou způsobit, řadíme přírodní katastrofy, válečné boje, dlouhodobé věznění, mučení, týrání, přepadení, znásilnění, nehoda či ztráta blízké osoby násilným způsobem (Praško et al., 2003). Také objektivně méně katastrofické události, které jednoho člověka traumatizovat nemusí, mohou v jiném trauma vyvolat. Zde hovoříme například o vážnějších změnách zdravotního stavu (mozková příhoda, infarkt), bolestivé lékařské zákroky (radioterapie, neurochirurgické zákroky, které se provádí za vědomí pacienta, vložení kardiostimulátoru) či například seznámení pacienta s nepříjemnou diagnózou (Praško et al., 2011).

Významné je zmínit, že traumatizující může být jak událost samotná, tak i události následující po traumatu. Jednat se může o policejní výslech a vyšetřování, operace a zákroky po nehodě, soudní procesy, případně nepříjemné reakce okolí. Při nerespektujícím a necitlivém přístupu k oběti může dojít k **retraumatizaci** (Praško et al., 2011).

1.3.2 Projevy a diagnostika duševních poruch vzniklých v souvislosti se stresem

Tato diagnostická kategorie se od jiných odlišuje tím, že ji dokážeme identifikovat nejen díky jejím symptomům a průběhu, ale také na základě příčiny (Raboch & Pavlovský, 2012).

V reakci na trauma mohou vzniknout onemocnění, která patří do kategorie **F43 (Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení)**. Ta je dle Duška a Večeřové-Procházkové (2015, s. 254) definována takto:

Do této skupiny jsou zahrnuty psychické poruchy, které vznikly na základě závažného stresujícího zážitku a poruchy přizpůsobení. Záleží jak na zranitelnosti jedince, tak na stresující události, která reakci vyvolala. Samotné životní události ještě nemusí vyvolat u každého jedince závažnou reakci. Na stejnou událost mohou různí lidé reagovat rozličně: například úmrtí v rodině může vyvolat různé reakce u blízkých osob.

V okamžiku, kdy **selhávají adaptační mechanismy**, nebo se vyskytuje **nadměrně vysoká zátěž** a přesahující možnosti jedince, mohou se projevit právě reakcí na závažný stres a poruchami přizpůsobení (Orel, 2020). Tato kategorie je specifická tím, že má nejen charakteristické symptomy a průběh, ale můžeme zde nalézt i **příčinné vlivy**, a to výjimečně **zatěžující životní události** nebo **významné životní změny** vedoucí k trvale nepříznivým okolnostem (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, MKN-10, 2023).

Na rozdíl od jiných diagnóz se u těchto onemocnění přesně domníváme, že vznikají **v důsledku akutního, závažného stresu či úrazu**. Bez takové stresové události by toto onemocnění nemělo vzniknout. Jedná se o maladaptivní odpověď na závažný či dlouhodobý stres, při kterém selhaly mechanismy vyrovnávání se s ním. Projevuje se **narušeným fungováním jedince** (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, MKN-10, 2023).

Do skupiny této skupiny řadíme v MKN-10 následující diagnózy (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, MKN-10, 2023):

Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43)

- Akutní stresová reakce (F43.0)
- Posttraumatická stresová porucha (F43.1)
- Poruchy přizpůsobení (F43.2)
- Jiné reakce na těžký stres (F43.8)
- Reakce na těžký stres NS (F43.9)

S diagnózami F43, pod které spadají reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení, se léčilo v roce 2021 celkem 252.320 pacientů, což činí **více než 37 % z celkového počtu psychiatrických pacientů v ČR**. Ve zdroji však není přesněji rozlišeno, jak velkou část z kategorie F4 tvořily diagnózy F43 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023).

Z výše uvedených diagnóz vybíráme **F43.1 (Posttraumatická stresová porucha)** a **F43.2 (Poruchy přízpusobení)**, u kterých se podíváme se na to, jak se tato kategorie diagnostikují a projevují. Vynecháváme akutní stresovou reakci, jelikož obvykle odeznívá do zhruba 48 hodin dnů od ukončení působení stresoru. Nebývá proto předmětem dlouhodobé terapie, využívá se podpůrné psychoterapie či metod krizové intervence (Hosák et al., 2015).

Posttraumatická stresová porucha, která se běžně označuje také zkratkou **PTSD** (z anglického *posttraumatic stress disorder*), vzniká jako reakce na traumatizující stresovou událost, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost – např. přírodní katastrofa, vojenské akce, mučení či znásilnění (Raboch & Pavlovský, 2012).

Nástup této poruchy bývá za prožitkem takové situace **opožděn o několik týdnů až po šest měsíců**. Charakteristické jsou epizody (tzv. flashbacky), kdy jedinec **znovu prožívá trauma**, kterým si prošel, a to buď ve snech, nočních můrách, neodbytných vzpomínkách či představách. Dále se objevují pocity **emoční oploštělosti**. Nemocný se může stranit okolí, projevovat se netečností či anhedonií. Může se **vyhýbat činností a situacím**, které mu připomínají traumatický prožitek. Dále se projevuje tzv. vegetativní hyperaktivita – zvýšená bdělost, silnější úlekové reakce, nespavost. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, MKN-10, 2023).

Někteří trpící PTSD se mohou cítit vinni za to, že přežili, když jiní zemřeli (Raboch & Pavlovský, 2012). U pacientů se může objevit změna v oblasti afektivity (labilita, suicidální myšlenky), změna vnímání vlastní osoby, sebeobviňování a sebeponižování (Malá & Pavlovský, 2002).

V rovině tělesné se projevují tachykardií, pocením, suchem v ústech, dušností (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Některé okamžiky mohou být vytěsněny – dotýčný si na ně nevzpomíná. Dále se mohou vyskytnout **deprese, úzkosti, suicidální myšlenky**. Rizikem mohou být sklony k nadměrné **konzumaci alkoholu** či **psychoaktivních látek** (Orel, 2020).

Posttraumatická stresová porucha (F43.1) má následující diagnostická kritéria:

- Vzniká do 6 měsíců po závažné traumatické události (katastrofy – požáry, válka, mučení, znásilnění apod.)
- Objevuje se opakované, neodbytné znovuvybavování či prožívání události ve vzpomínkách, představách či snech.

- Vyhýbání se podnětům, které by mohly vyvolat traumatizující události
- Neschopnost vybavit si některé momenty z průběhu stresové situace.
- Jsou přítomny alespoň dva z těchto symptomů: poruchy spánku, podrážděnost, poruchy soustředění, hypervigilita, nadměrné úlekové reakce (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Poruchy přizpůsobení se projevují jako subjektivně vnímané obtíže (tíseň) a problémy v emoční oblasti. Tyto obtíže **zasahují do sociální oblasti i výkonu** jedince. Rozvíjí se u predisponovaných osob a je zde předpoklad **vzniku v souvislosti se zátěžovou situací** (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, MKN-10, 2023).

Dříve se tyto poruchy nazývaly například abnormální zážitková reakce, situační reakce, konfliktové reakce apod. Poruchy přizpůsobení **mají jasný vztah k vyvolávajícímu konfliktu**, tedy ke spouštěči této reakce. Mohou být krátkodobé, mohou mít i delší trvání, ale pokud je situace působící tuto reakci odstraněna a stresor déle nepůsobí, mizí i projevy poruchy přizpůsobení (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Mezi **možné stresory** v tomto případě řadíme například úmrtí v rodině, ztrátu druhé osoby, osamocení, stěhování, emigraci, změny ve školní docházce, nastávající rodičovství, selhání v oblasti osobního postavení, odchod do důchodu apod. **Příznaky** mohou být rozmanité, řadíme mezi ně **depresivní náladu, úzkost či strach**, pocit neschopnosti v řešení situací, neschopnost plánovat. Mohou být přítomny i **poruchy chování**, a to především v dospívání. Dominovat může krátká nebo prolongovaná depresivní reakce, porucha jiných emocí či chování (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, MKN-10, 2023). Tyto příznaky se objevují **do jednoho měsíce** od události, která reakci spouští (Orel, 2020).

Depresivní reakce mohou být krátké i delší. Je důležité, aby nebyla splněna kritéria pro diagnostiku depresivní epizody, ani úzkostně-depresivní poruchy. Příznaky mohou mít různou formu a intenzitu, například mírné deprese, obavy, úzkosti, strach. Objevuje se zhoršení výkonu v každodenním životě (Hosák et al., 2015).

Poruchy přizpůsobení (F43.2) mají následující diagnostická kritéria:

- Příznaky se projevují během jednoho měsíce od stresové situace, která není katastrofické povahy.

- Je nutné zhodnotit vztah mezi formou, obsahem a tíží příznaků.
- Posuzuje se vztah mezi anamnézou a osobností jedince.
- Zkoumá se vztah mezi událostí, situací nebo životní událostí (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

1.3.3 Léčba poruch vzniklých v souvislosti se stresem

Traumatické prožitky mohou být řešeny opět farmakologicky a psychoterapeuticky. Medikace by měla vždy probíhat ve spolupráci s intenzivní psychoterapií (Kryl, 2002). Z dostupných **farmak** se při léčbě PTSD využívají především **antidepresiva ze skupiny SSRI**, např. sertralin, citalopram, fluoxetin (Mohr, Kopeček, Brunovský & Páleníček, 2017).

Dále se využívají léky ze skupiny **atypických antipsychotik**. Nejčastěji využíván je risperidon či quetiapin. Slouží především k eliminaci vtíravých myšlenek, představ a také hypervigility (Ahearn, 2011).

Psychoterapeutická léčba traumatu je klíčová. Může trvat v řádu měsíců až let. Psychoterapie seznámí pacienta s tím, **co je to trauma** a jaké vlivy může mít, **rozdělí kontrolu** nad prožíváním, učí pacienta **relaxačním technikám** a vede ke změně reakcí na projevy. Využívaným prvkem jsou také **imaginativní techniky**. Psychoterapeutické směry jako například KBT, EMDR, psychodynamická imaginativní terapie traumatu apod. pracují se stabilizačními technikami (což jsou vedené, strukturované imaginace), které pomáhají k vytvoření pocitu bezpečí a kontroly nad prožitky (Vojtová & Hašto, 2005). Odkrytí traumatu umožní zpracování a integraci traumatu v psychice, může předejít prohloubení patologických obran a eliminuje se riziko dlouhodobých důsledků (Kryl, 2002).

Pokud se na léčbu traumatu podíváme v rovině časové, má léčba dvě zásadní fáze. První je **raná intervence** umožňující prevenci vzniku PTSD. Následuje **druhá fáze léčby**, která se liší podle následných projevů a jejich intenzity (Hosák, 2019).

Terapeutické řešení traumatu probíhá ve třech fázích. Psychoterapeutické směry se liší v technikách a přístupech, cíle terapie traumatu se však shodují. Přiblížíme si fáze terapie traumatu dle Reddemanna (2009):

- 1) **První fází je stabilizace**, která je klíčová. Buduje se terapeutický vztah, probíhá edukace klienta o tom, co to trauma je, jak probíhá a jak může ovlivnit fyzické

i psychické prožívání. Významné je zaměřit se na neutralizaci toho, co v klientovi vyvolává hrůzu a také na vnitřní zdroje, které klient má. Využít můžeme relaxaci a mindfulness, imaginaci.

- 2) **Druhou fází je konfrontace s traumatem**, která následuje po vybudování terapeutického vztahu. Zde dochází k rekonstrukci traumatizující události, čímž se eliminuje její emoční prožívání klientem. Umožní to oddělit tuto událost od událostí, které by se mohly traumatu podobat a pomůže k vnímání světa jako bezpečného místa za použití expozice.
- 3) **Třetí fází je fáze integrace**, ve které může dotyčný prožít hněv, smutek, vinu, bolest. Může se ptát na smysl traumatické události. Toto umožní přijetí traumatu jako minulost.

V rámci KBT se pracuje s obdobnými postupy. Práce je zde rozdělena do 5 kroků, kterými jsou orientace a emoční podpora, edukace o PTSD a léčbě, expozice, kognitivní restrukturalizace a následně řešení problémů (Praško et al., 2011).

2 ODBORNÝ RÁMEC PSYCHOTERAPIE V ČR

Cílem této kapitoly je vymežit pojem psychoterapie jako kvalifikované činnosti a stručně nastínit její vývoj a soudobý stav v České republice. Dále se budeme věnovat legislativnímu uchopení v našem prostředí a požadavkům, které jsou na psychoterapeuty v současné době kladeny. Přiblížíme, v čem může být poskytování psychoterapie problematické.

2.1 Vymezení oboru psychoterapie

O člověku můžeme říci, že je psychosomatickým celkem. Tělesné i duševní procesy jsou provázány a ovlivňují se vzájemně, oboustranně. Je důležité mít na paměti, že jedno bez druhého nemůže správně fungovat a tvořit zdravý celek. Psychoterapie je to oblastí, které se věnují psychoterapeuti. Starají se o naplnění smyslu lidského života, o mezilidské vztahy, přispívají k sebepoznání a také k vyrovnání s těžkostmi, které život přináší (Vymětal, 2010).

Psychoterapie je činností, při které psychoterapeut využívá svých dovedností, aby došlo u klienta k požadované **změně v prožívání, chování a sociálním životě**. Dovednosti terapeuta spočívají především ve vytvoření terapeutického vztahu, udržování podpůrného vztahu, vedení rozhovoru a využití rozmanitých technik (Vybíral & Roubal, 2010).

Může být využita **při léčbě, rehabilitaci a prevenci psychických poruch**, ale nejen zde. Pomáhá člověku také lépe porozumět sám sobě, uspořádat si život. Psychoterapie jako vědní obor má nejbliže ke klinické psychologii, somatické medicíně, psychiatrii a filozofii. Požadavky, které jsou kladeny na exaktní vědy (např. požadavek opakovatelnosti, verifikace, zásada objektivit), mají i zde specifickou aplikaci (Vymětal, 2010).

O psychoterapii můžeme říci, že **je účinná, působí léčebně** a přispívá k uspokojivějšímu prožívání a zlepšení stavu u osob, které ji podstoupí. Existuje však i skupina lidí (5–10 %), u kterých se jako účinná nejeví (Vybíral & Roubal, 2010).

Faktorů, které ovlivňují účinnosti psychoterapie, je několik. Vybíral a Roubal (2010) uvádí následující:

- vztah terapeuta a klienta
- proměnné na straně klienta
- využívané techniky
- mimoterapeutické faktory

Psychoterapie může probíhat **individuálně, párově, skupinově**. Z významných směrů můžeme zmínit například **hlubinné směry** (psychoanalytické, Jungiánské analytické a transpersonální prvky), které vychází z přesvědčení, že svobodná rozhodnutí činíme tehdy, pokud si jsme vědomi své historie, vnitřní motivace, přání a konfliktů, které prostupují náš život. Hlubinné směry jsou dlouhodobým procesem zkoumajícím jádro potíží jedince (Česká asociace pro psychoterapii, 2023).

Další oblastí je **humanistická psychoterapie**, jejímž centrem pozornosti je člověk jakožto bytost jedinečná svým prožíváním, zkušenostmi, možnostmi osobního růstu a rozvoje zodpovědná za své činy. Psychoterapeut je zde především v roli průvodce uzdravením a osobním růstem (Česká asociace pro psychoterapii, 2023).

Dále se využívá také **KBT psychoterapie** (Malá & Pavlovský, 2002). Ta vychází z premisy, že potíže v oblasti duševního zdraví vychází z našeho chování a myšlení. Zde vznikají naučené reakce. Zabývá se kognitivními procesy a odhaluje chybně fungující myšlenky, chování a představy. Bývá časově kratší, je strukturovaná a má jasná cíle. Z KBT vychází další směry, například v současné době diskutovaná **DBT** (dialektická behaviorální terapie). Ta se více zaměřuje na emoce klienta (Česká asociace pro psychoterapii, 2023).

Systemové, systemické a komunikační směry pracují především v rovině mezilidské komunikace v rodině. Předpokládá, že rodina je homeostatický celek, který má mnoho negativních i pozitivních zpětnovazebních mechanismů. Patologii jednoho člena chápe jako patologii celého systému rodiny (Vymětal, 2010).

Dále se setkáme s **psychoterapií zaměřenou na tělo**. Směry pracující s tělem se mohou nazývat například **biosyntéza, bioenergetika, body-psychoterapie, Pessu Boyden psychomotorická psychoterapie** apod. Zde se předpokládá, že člověk je jednotou tělesné, duševní a také duchovní stránky. Klíčové je uvědomování tělesného prožívání, emocí,

prožívání sebe a svého okolí. Integruje poznatky z neurofyziologie, neuropsychologie, biologie a dalších směrů (Česká asociace pro psychoterapii, 2023).

Relaxační a psychofyziologické přístupy vychází rovněž z psychofyziologické jednoty, řadíme sem například autogenní trénink, progresivní svalovou relaxaci, tělesná a dechová cvičení, meditační cvičení. Zde podotýkáme, že relaxační cvičení by měl znát každý psychoterapeut, neboť jsou široce uplatnitelné. Do této skupiny můžeme zařadit i metody jako biofeedback či EEG-biofeedback (Vymětal, 2010).

V neposlední řadě můžeme zmínit **integrativní a eklektické směry**, kde dochází k propojování různých směrů psychoterapie a kombinování technik podle potřeb klienta. Cílem je překonání jednostrannosti různých psychoterapeutických směrů. Spojují a kombinují se zde postupy a metody se záměrem zvýšit účinnost léčby (Vymětal, 2010).

Psychoterapeutických směrů, které se používají v práci s rozmanitými obtížemi v oblasti duševního zdraví, je skutečně mnoho. Každý psychoterapeut si může vybrat akreditované vzdělávání a následný typ práce s klientem dle svých preferencí. Důležité je však dbát nejen na správný výběr výcviku, ale také na další kontinuální vzdělávání.

2.2 Historie psychoterapie v ČR a její soudobý legislativní rámec

Zastavme se u toho, jak se oblast psychoterapie v českém prostředí **vyvíjela historicky**. Vývoj oboru psychoterapie byl v našem prostředí ovlivněn světovými válkami i nástupem komunistického režimu, který neumožňoval integraci zahraničních vědeckých poznatků (Motl, Vaněčková, Müller & Studenovský, 2015).

Významné bylo roku **1866 založení katedry psychiatrie v Praze**. Zde započaly výzkumy a vzdělávání v oblasti psychiatrie. Mezi světovými válkami vznikla psychoanalytická skupina, která byla registrována Mezinárodní psychologickou asociací. Tento vývoj však skončil kvůli druhé světové válce, kdy byla naše země obsazena nacisty. Ani po skončení druhé světové války neměly obory psychologie a psychoterapie v českém prostředí podporu. Komunistický režim považoval psychologii za „pseudovědu“ a veškeré oblasti s ní spojené stály na okraji zájmu. Povolena byla skupinová terapie, která

kořpondovala s myřlenkami tehdeřřího reřimu (kolektivismus). V ředesátých letech minulého století docházelo k mírnému politickému rozvolnění, což umožnilo studium nových směřů ze zahraničí, např. logoterapie (V. Frankl), psychoterapie dle C. Rogerse či C. G. Junga. Významnou českou osobností v této době byl **Zdeněk Matějček**, který se věnoval dětské psychologii a psychoterapii. Dalšími osobnostmi byli např. **Ferdinand Knobloch**, **Stanislav Kratochvíl**, který zalořil roku 1971 v Kroměřříži komunitu určenou neurotickým pacientům či **Milan Bouchal**. Experimentovalo se rovněž s halucinogeny. Zde se inspiroval **Stanislav Grof** jako zakladatel **transpersonální psychologie**, který stojí také za metodou holotropního dýchání (Motl, Vaněčková, Müller & Studenovský, 2015).

Po tomto rozvolnění vřak přiřlo opět upevnování pozice komunistického reřimu (období normalizace). I přiř to byl v sedmdesátých a osmdesátých letech velký zájem o studium psychologie a psychoterapie. **Jan Vymětal** se u nás věnoval **Rogerovské psychoterapii** a **Karel Balcar** se věnoval **Gestalt terapii**. Roku 1979 byl Jaroslavem Skálou zalořen **Kabinet pro výcvik v psychoterapii** na prařské psychiatrické klinice. Největří změnu pak přiřnesla roku 1989 Sametová revoluce, která umožnila studium prací zahraničních odborníků. Vraceli se také odborníci, kteří emigrovali a nabyli nové poznatky v zahraničí. Začaly přiřcházet výcviky například také v Gestaltu či Daseinaláyzě. Významným milníkem byl pak roku 1990 vznik evropské organizace psychoterapeutů (Vybíral & Roubal, 2010).

Vývoj a poznání v této oblasti trvá dodnes. Obor čerpá z vědeckých poznatků a postupů. Vybíral a Roubal (2010, s. 30) k psychoterapii uvádí následující:

Psychoterapie je činností s nezbytným poznatkovým zázemím ve vědě. Vědecká je její systematičnost, promyšlenost, kázeň a etika. K vědeckosti patří také vzdělání a výcvik psychoterapeutů, včetně povinnosti supervize a dodržování etického kodexu.

Poskytování psychoterapie se v dneřní době v českém prostředí setkává s určitými problémy, které částečně plynou z nekomplexního legislativního uchopení tohoto oboru. V České republice nemáme v současnosti platnou právní úpravu, která by vymezovala psychoterapii jako samostatný obor (mimo zdravotnický systém). Existuje mnoho definic psychoterapie, o které se můžeme opřít, nicméně řádný z nich není relevantní v oblasti práva. V současné době tedy **neexistuje zákonná definice pojmu psychoterapie** (Špecián, 2019).

Legislativně je upravena pouze **psychoterapie poskytovaná ve zdravotnictví**. Ta je upravena Zákonem č. **96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních**. Ivo Telec (2017, s. 24) uvádí:

Psychoterapie představuje péči o duševní zdraví v podobě léčby duševní poruchy nebo poruchy chování anebo v podobě psychické podpory pacientovi, a to při poskytování zdravotních služeb dle zdravotnického práva. Obsahově se jedná o psychoterapii systematickou, emergentní a podpůrnou podle „pravidel vědy“, která je vyhrazena určitým zdravotnickým povoláním. Hrazena je z veřejného zdravotního pojištění.

Rozpory v ukotvení psychoterapie v našem právním rámci a rovněž v postavení psychoterapie vůči jiným povoláním působí problémy v interpretaci významných dokumentů týkajících se **etických aspektů psychotherapeutické činnosti**. Problém je především ve vymahatelnosti a legitimitě vykonávání dohledu, řešení etických nesrovnalostí a odpovědnosti za ně, a to vůči právníkům i fyzickým osobám (Vybíral & Roubal, 2010).

2.3 Kvalifikace pro výkon psychoterapie

Profesní označení *psychoterapeut* není našimi zákony jasně vymezeno. Specifikována je tato profese **pouze v oblasti zdravotnictví**, kde je vymezena zdravotnickým právem (včetně práva na zdravotní pojištění). V českém zdravotnictví je v současné době možné profesní označení psychoterapeut pouze ve třech případech. Přísluší **psychiatrům** se specializací v systematické psychoterapii, **jiným lékařům** se specializací v systematické psychoterapii a **klinickým psychologům** (Telec, 2017).

Nejčastějším způsobem, jak se stát terapeutem, je kombinace **kvalifikačního studia** (např. studium psychologie) a následného **doplnění studia specializací pro psychoterapii** (psychotherapeutický výcvik). Po ukončení studia psychologie, splnění dalších povinností a složení zkoušky způsobilosti pro práci ve zdravotnictví je možné stát se **klinickým psychologem** dle Zákona č. **96/2004 Sb.**, v aktuálním znění (Vybíral & Roubal, 2010).

Klinických psychologů se týkají také další zákony, například Zákon č. **372/2011 Sb. o zdravotních službách**, kde je definována náležitá odborná úroveň, dále se zde upravuje mlčenlivost (především v rozsahu nahlížení do záznamu autorizovaných psychologických

metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky). Dále se věnuje zdravotnické dokumentaci (Asociace klinických psychologů České republiky, 2023).

Následně dotyčný vstoupí do **specializační přípravy pro psychoterapii** a opět po splnění povinností získá osvědčení, které umožní vykonávat systematickou **psychoterapii ve zdravotnictví**. U lékařů je tento postup obdobný (Vybíral & Roubal, 2010).

Psychoterapie a vymezené výkony psychoterapeutů patří mezi **zdravotní výkony** dle zdravotnického práva. To se týká systematické, emergentní i podpůrné psychoterapie. Ze zdravotnického práva plyne (jak zmiňujeme již výše), že psychoterapii (*ve zdravotnictví*) mohou vykonávat pouze **kliničtí psychologové** (způsobilí pracovat bez odborného dohledu), **psychiatři se specializací v systematické psychoterapii nebo jiní lékaři s touto specializací**, tedy lékařská či nelékařská zdravotnická povolání dle zdravotnického práva (Telec, 2017).

Psychoterapie poskytovaná ve zdravotnictví výše uvedenými specialisty je poté zdravotním výkonem hrazených z **veřejného zdravotního pojištění**. Jedná se o systematickou a emergentní psychoterapii, případně podpůrnou psychoterapii lékaře nepsychiatra (Telec, 2017). Z toho vyplývá, že pouze v těchto případech může být **psychoterapie hrazena zdravotní pojišťovnou**.

Psychoterapii může za omezených veřejnoprávních předpokladů vykonávat rovněž **psycholog ve zdravotnictví**, a to dle **§ 23 písm. b) vyhlášky č. 55/2011 Sb.**, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v pozdějším znění. Dále je individuální či skupinovou podpůrnou psychoterapii oprávněn poskytovat také **adiktolog**, a to v oblasti závislostí na návykových látkách. Působení je však omezené (Telec, 2017).

Zmíňme ještě také fakt, že **vázaná živnost psychologické poradenství a diagnostika** (dle přílohy 2 vládního nařízení č. 278/2008 Sb., o obsahových náplních jednotlivých živností, ve znění pozdějších předpisů) je činností, která je zaměřena na překonání problémů jedince, rozvoj jeho osobnosti, dále například na pomoc dětem a mládeži při volbě povolání, manželské poradenství apod. Není zaměřena na léčbu duševního zdraví – tedy léčbu diagnostikovaných duševních poruch nebo poruch chování, jako ji chápeme ve zdravotnictví (Telec, 2017).

Velká část psychoterapeutů však působí mimo systém zdravotnictví, kde není regulace jasně nastavena. **Evropská asociace pro psychoterapii** (zkratka EAP) vytvořila

jednotná kvalifikační kritéria, která jsou sdružena v Evropském certifikátu pro psychoterapii. Rovněž má Výbor pro etiku a Etický kodex, který je závazný pro všechny členy na všech úrovních členství, a to pro fyzické i právnické osoby. Obsahuje preambuli a etické principy (Vybíral & Roubal, 2010).

V České republice sdružuje psychoterapeuty **Česká asociace pro psychoterapii**, která definuje psychoterapeuta takto (Česká asociace pro psychoterapii, 2023):

Psychoterapeut je odborník, který má ukončené patřičné vysokoškolské vzdělání (za ukončené vysokoškolské vzdělání se považuje magisterský stupeň) a akreditovaný psychoterapeutický výcvik v délce trvání 500+ hodin. Pokud nemá psychoterapeut své vzdělání ukončeno, měl by to ve svém profilu uvádět. Dalším vodítkem dobrého profesionála je, že je členem profesní organizace, která jeho výkon psychoterapie zaštiťuje.

Z výše uvedené definice vyplývá, že psychoterapeutem (mimo systém zdravotnictví) se může stát ten, kdo **vystudoval magisterský vysokoškolský program a absolvoval akreditovaný psychoterapeutický výcvik**. Mezi relevantní pregraduální magisterské programy patří například adiktologie, fyzioterapie, psychologie, sociální práce, speciální pedagogika, všeobecné lékařství a další (Česká asociace pro psychoterapii, 2023).

Psychoterapii (mimo zdravotnictví) může provádět i ten, kdo má započatý psychoterapeutický výcvik, musí to však o sobě uvádět. Vhodné je rovněž **členství v profesní organizaci**, u psychoterapeutů v již zmiňované České asociaci pro psychoterapii (dále jen ČAP). Členství v ČAP může být **kandidátní**, a to v případě, že je uchazeč ještě student. Již vystudoval bakalářský program a pokračuje ve studiu v magisterském programu, současně absolvoval 50 % akreditovaného komplexního psychoterapeutického výcviku. Dále může být členství **řádné**, uchazeč v tomto případě je absolventem magisterského vysokoškolského programu dle seznamu pregraduálního vzdělávání a zároveň má absolvovaný akreditovaný komplexní psychoterapeutický výcvik. Pokud uchazeč nesplní podmínky pregraduálního vzdělávání, ale vykonává psychoterapii alespoň 15 let, může zažádat o přijetí po individuálním posouzení. Výbor přihlédne k okolnostem kariéry uchazeče a zhodnotí individuálně přijetí (Česká asociace pro psychoterapii, 2023).

K přihlášce je nutné doložit **profesní životopis** s délkou psychoterapeutické praxe, **doklad o kontinuální supervizi** a **doporučení dvou psychoterapeutů**, kteří jsou členy ČAP nebo splňují podmínky členství. Žádost o členství posuzuje ČAP, členství je

zpoplatněno. Veškeré aktuálně platné podmínky členství jsou uváděny na webu ČAP (Česká asociace pro psychoterapii, 2023).

Trvání členství v této organizaci má své podmínky, například **doložení plnění supervize**, a to v rozsahu 15 prezentací v individuální nebo skupinové supervizi v průběhu 3 let a **celoživotní vzdělávání a profesní rozvoj** (sebezkušenost, další vzdělávání, účast na konferencích) v rozsahu 150 hodin v průběhu 3 let. Tyto skutečnosti se dokládají každé 3 roky formou čestného prohlášení. Mezi výhody členství patří **advokační činnost** (ČAP usiluje o začlenění psychoterapie do právního systému ČR), **spolupráce se zdravotními pojišťovnami** (od roku 2020 jsou řádní členové přijímáni jako partneři zdravotních pojišťoven v programech péče o duševní zdraví), možnost **používání ochranné známky, celoživotní vzdělávání, kariérní příležitosti, dostupnost konferencí, právní zastoupení, slevy** a další výhody (Česká asociace pro psychoterapii, 2023).

ČAP rovněž uvádí **seznam akreditovaných psychoterapeutických výcviků**, kde je garantováno splnění standardů ČAP pro psychoterapeutickou kvalifikaci. Absolventi uváděných výcviků jsou (za splnění podmínek pregraduálního vzdělání) plně kvalifikováni pro samostatný výkon psychoterapie, a to rovněž dle standardů Evropské asociace pro psychoterapii. Uchazeči zde tedy mohou s jistotou vybírat z výcviků, které je budou opravňovat pro výkon kvalifikované psychoterapie (Česká asociace pro psychoterapii, 2023).

Další organizací sdružující psychoterapeuty je **Česká psychoterapeutická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně**. Jedná se o dobrovolné sdružení fyzických osob lékařů, psychologů a dalších pracovníků ve zdravotnictví a z příbuzných oborů (Česká psychoterapeutická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 2023).

3 FORMÁLNÍ ROZDÍLY MEZI ODBORNOU A NEODBORNOU TERAPIÍ

V kapitole 2 jsme se věnovali rozboru požadavků na vzdělání psychoterapeutů, kteří se pohybují v systému zdravotnictví (kde jsou požadavky jasně specifikovány, jejich dodržování je ověřováno a hlídáno různými institucemi), legislativnímu rámci i definici požadavků na psychoterapeuty, kteří se pohybují mimo zdravotnictví.

Bohužel legislativní uchopení oboru psychoterapie v České republice umožňuje, aby byla terapie prováděna i bez jasně specifikované a vyžadované kvalifikace. Tomuto problému se bude věnovat následující kapitola.

3.1 Souhrn požadavků pro výkon odborné psychoterapie

Požadavky, které jsou kladeny na odbornou kvalifikaci psychoterapeutů a jsou nezbytné pro řádné členství v České asociaci pro psychoterapii, jsme popsali v podkapitole 2.3. Pro úplnost ještě uvádíme, že o členství může žádat i uchazeč, který ještě nedokončil psychoterapeutický výcvik v plném rozsahu. Takový uchazeč žádá o **kandidátní členství**. Pro něj platí tyto podmínky:

- Vystudovaný **bakalářský stupeň** a zároveň **pokračování v navazujícím magisterském programu**
- Absolvováno **alespoň 50 % komplexního psychoterapeutického výcviku** a doloženo, v jaké akreditované instituci výcvik probíhá (Česká asociace pro psychoterapii, 2023).

Trvání členství v ČAP je obecně dále podmíněno plněním požadavků organizace, především v oblasti supervize a také dalšího vzdělávání a rozvoje, které se dokládá každé tři roky čestným prohlášením (Česká asociace pro psychoterapii, 2023).

V praxi péče o duševní zdraví se setkáváme nejen s psychoterapií, ale také s mnoha dalšími službami, kterými jsou například **psychologické poradenství, koučink, krizová intervence, mediace** apod. Tyto oblasti se mohou vzájemně prolínat (Řiháček, 2014).

Podstatné je také oddělit **psychoterapii a psychologické poradenství**. Tyto dvě oblasti nemusí být vždy snadné odlišit a najít definici poradenství může být složitější. V odborné literatuře se můžeme setkat s tvrzeními, že poradenství se pohybuje více na povrchu a v rovině řešení situace či jasně daného problému. Oproti tomu psychoterapie míří více do hloubky. V zahraničních učebnicích, které se zabývají poradenstvím, můžeme najít kapitoly, které čerpají ze stejných zdrojů jako psychoterapie, ve způsobu práce s klientem jsou obtížně odlišitelné (Řiháček, 2014).

Smitková (2011) poznamenává, že někteří autoři tyto dva pojmy využívají ve stejném smyslu, jelikož se domnívají, že v obou oblastech jsou vyžadovány stejné schopnosti, kvality, mají podobný cíl a jejich průběh může být identický.

Nejkomplexnější **definici cílů poradenství** nabízí McLeod (2009), který mezi cíle řadí vytváření uspokojivých vztahů, vhléd, sebeuvědomění, sebezpřijetí, sebeaktualizaci, řešení problémů, psychologickou edukaci, změnu chování, kognitivní změny. Dále se uvádí, že psychoterapie je spíše prací s **patologickou klientelou**, kdežto poradenství je zaměřeno na práci s **populací v normě** (Norcross, 2000).

Mezi často uváděné rozdíly mezi poradenstvím a psychoterapií můžeme zařadit také **různou délku** těchto služeb. Poradenství bývá kratší, jednorázové, časově předem ohraničené. Psychoterapie je spíše dlouhodobým procesem, který se přizpůsobuje tomu, co klient potřebuje (McLeod, 2007).

Poskytování psychologického poradenství je možné dle živnostenského zákona na základě **vázané živnosti psychologické poradenství a diagnostika** (dle přílohy 2 vládního nařízení č. 278/2008 Sb.). Zaměřuje se na problémy jedince, rozvoj osobnosti, pedagogicko-psychologické poradenství či pomoc zdravotně postiženým. Dále může poskytovat poradenství při volbě povolání, manželské poradenství apod. Může využívat relaxační techniky, ne však s terapeutickým efektem. (Telec, 2017)

Pro vznik této živnosti je nutné **doložit vysokoškolské vzdělání v oboru psychologie**. Pokud se jedná o studium jednooborové, je dostačující 1 rok praxe v oboru, pokud jde o víceoborové studium, je třeba doložit 3 roky praxe v oboru (Chamr & Partners, 2023).

Poskytování tzv. terapie či poradenství se však může dít **pod hlavičkami jiných, libovolných živností**, především pod volnou živností *Poradenská a konzultační činnost, zpracování odborných studií a posudků* (Chamr & Partners, 2023).

Živnost psychoterapie v naší legislativě zatím není zakotvena. Při výběru terapeuta je tedy vhodné ověřit, jaký akreditovaný psychoterapeutický výcvik absolvoval a zda je členem nějaké profesní organizace. Ověření kvalifikace psychoterapeutů a jejich členství v odborných organizacích je možné například přímo na webu **České asociace pro psychoterapii** či na webu **České psychoterapeutické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně**.

V rámci zdravotnictví je možné vyhledávat tyto odborníky v **Národním registru poskytovatelů zdravotních služeb**, kde je možné rozlišit oblasti klinická psychologie, dětská klinická psychologie, psychosomatika a lékařská psychoterapie (Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb, 2023).

Poskytování psychoterapie a poradenství se v posledních letech **přesunuje i do on-line prostoru**. Rychlejšímu přesunu přispěla mimo jiné pandemie COVID-19. Jochmannová shrnuje výsledky metaanalýzy (Fernandez et al. 2021) zaměřené na účinky kognitivně behaviorální terapie v distanční formě. Metaanalýza sledovala účinnost KBT prostřednictvím videokonferencí. Ukazuje se, že nejlepší výsledky se projeví u depresí, úzkostných poruch a PTSD. Jochmannová poznamenává, že tento výsledek může souviset s tím, že KBT je systematický přístup, který lze snadno aplikovat i přes videokonferenci (Jochmannová et al., 2022). Výzkum je **zaměřen na kvalifikovanou psychoterapii**, pro ověření **účinnosti on-line nekvalifikované psychoterapie** se zatím **nepodařilo dohledat relevantní zdroje**.

3.2 Služby poskytované neodbornými terapeuty

V návaznosti na předchozí kapitolu bychom rádi shrnuli, že **neodborní terapeuti a terapeutky** nemusí mít při poskytování služeb odpovídající vzdělání, tedy vysokoškolské (ač někteří jej mít samozřejmě mohou). Především pak nemají **akreditovaný psychoterapeutický výcvik**, který by je opravňoval k výkonu psychoterapie. Mohou nabízet terapeutické i poradenské služby a svou činnost mohou neregulovaně vykonávat na základě různých živností (Česká psychoterapeutická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 2023). Jak uvádíme v předchozí kapitole, obvykle se jedná o volnou živnost *Poradenská a konzultační činnost, zpracování odborných studií a posudků* (Chamr & Partners, 2023).

Osoby nabízející své služby mohou uvádět, že obdržely různé certifikáty, potvrzení od institutů, které se zabývají vzděláváním v psychoterapii (bez státní certifikace). Případně se setkáme i s jedinci, kteří nemají žádné vzdělání v oblasti psychoterapie a za psychoterapeuty (či zkráceně terapeuty) se považují sami (Česká psychoterapeutická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 2023).

V rámci přípravy teoretické části diplomové práce byly sledovány webové stránky i sociální sítě (Facebook a Instagram) těch terapeutů, kteří na svých platformách neuváděli žádný akreditovaný psychoterapeutický výcvik, ale uváděli především kratší kurzy, školení či bohatou životní zkušenost jako základ pro své terapeutické působení.

Služby, jejichž poskytování tito terapeuti bez příslušného vzdělání svým klientům deklarují, jsou různorodé. Jedná se například o **individuální setkání s terapeutem**, může se jednat o **skupinová sezení, přednášky a workshopy**. Někteří terapeuti se zaměřují především na ženy, jiní na muže, pohlaví však nemusí být specifikováno. Pokud se zaměříme na ženy, setkáme se s například s frázemi jako „Probud' v sobě bohyni“, „Objev svůj vyšší potenciál, aktivuj si své lůno“ či „Oslav své ženství a vyleč si své trauma“ (Mahlerová, 2022).

Muži mohou vyhledat například takzvané **mužské kruhy**, kde si mohou placeně popovídat, rovněž má tato služba však slibovaný terapeutický účinek. Organizátoři mužských kruhů si mohou říkat transformátoři, facilitátoři či průvodci a zaměřují se mimo jiné například na práci s egem a maskulinitou (Mahlerová, 2023).

Na webových stránkách i na sociálních sítích zmiňované skupiny terapeutů se mohou objevit podobnosti. Poměrně častým společným prvkem bývá **práce s traumaty**, která dle těchto terapeutů obvykle pochází z dětství, **práce s podvědomím, pomoc s tzv. zacyklením či vnitřními bloky a jejich odblokováním**.

Z rozmanitých webových stránek laických terapeutů jsme pro ilustraci výše uvedeného vybrali specifikaci metod práce jedné z terapeutek. Tato terapeutka rovněž neuvádí absolvování žádného akreditovaného psychoterapeutického výcviku. Z důvodu zachování anonymity neuvádíme jméno terapeutky ani webový odkaz na její služby.

Používám více než 25 různých technik osobního rozvoje, které jsem vyvinula nebo se naučila během své osobní cesty. Můj přístup je vědecký, ale zároveň využívám hluboké

moudrosti našich předků, kvantovou fyziku, šamanské umění, léčení zvukem, metody epigenetiky, dechová cvičení, práci s energetickým polem a také moji intuici.

Obecně problematické ohledně těchto služeb bývá nejen to, že obdobné, totožné postupy jsou uplatňovány u různých duševních onemocněních, ale i to, že nabízí klientům jednoduchá a snadná řešení. Špok (2023) k problematice laické terapie uvádí:

Tyto „ezoterapie“ nabízejí jednoduchá vysvětlení, a ta my často chceme. Když vám někdo dá jednoduchý návod k pochopení svého problému, svého světa, a vy během hodiny nebo přečtením knihy „pochopíte“, jak to všechno funguje, to je přece skvělé! Takové zjednodušení mnoho lidí hledá a je snadné mu propadnout. Toto vám dobrý psychoterapeut, ale ani běžný svět nedá.

Na závěr této kapitoly bychom ještě poznamenali, že cílem není pouze nastínění negativních stránek laicky vedených terapií, mohou být i případy, kdy mohou být člověku nápomocny. Špok (2023) poznamenává:

Je to určitý způsob vstupu k osobnímu rozvoji nebo spiritualitě, ale je velmi zjednodušující. Pokud někdo nezažil nic jiného, nebyl v prostředí, kde mohl prožít nějakou spiritualitu nebo sebezpytování a sebezlepšování, může mu bubnování se „šamany“ nebo jednoduché první cvičení podle jógy pomoci.

Problematické mohou být tyto praktiky především u duševních onemocnění, která vyžadují specifické psychoterapeutické techniky, kterými laičtí terapeuti nedisponují. Nemusí rozlišovat mezi různými příznaky duševních onemocnění. To může poté vést k nežádoucímu přetrvávání či prohloubení onemocnění.

EMPIRICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Nejprve v této kapitole vymezíme, jakým výzkumným problémem se budeme zabývat. Výzkumný problém můžeme definovat jako množinu jevů, které jsou zkoumány a při jejichž zkoumání se objevuje mnoho otázek, na které hledáme odpovědi (Ochrana, 2019). Z teoretické části práce je patrné, že kvůli současnému legislativnímu uchopení psychoterapie v České republice vzniká prostor pro to, aby terapie mohly být poskytovány také neodborně, tedy bez patřičné kvalifikace, bez supervize daného terapeuta a bez odpovědnosti vůči stavu klienta, který na terapie dochází.

Dalším problematickým aspektem může být to, že klienti se v případě sporu či problému s terapeutem nemohou obrátit na jakýkoli orgán, který by jim s řešením takového sporu mohl být nápomocen. Nemohou se obrátit na etickou komisi, jelikož neodborní terapeuti nebývají členy žádné zastřešující organizace. Stížnost je možné podat například v občanskoprávním řízení, což není snadné. Je totiž nutné prokázat vinu. Důkazní břemeno však leží na poškozeném klientovi a je obtížné prokázat, že daný terapeut klientovi ublížil úmyslně, nebo jeho rady byly škodlivé (Špok, 2023).

Předmětem této práce je zjistit, jakým způsobem se svými klienty pracují terapeuti, kteří nemají potřebné vzdělání pro výkon psychoterapie. Tato problematika zatím u nás není detailně zmapována. Důvodů, proč tomu tak je, může být více. Mezi důvody můžeme zmínit neochotu klientů o své zkušenosti s laickými terapeuty hovořit, obavy či stud. Respondenti, které jsme pro účely našeho výzkumu vybrali, se na terapeuty obrátili kvůli vybraným psychiatrickým diagnózám, kterými jsou **úzkostné poruchy, deprese či prožité traumatické zážitky**.

V empirické části předkládané práce nás bude zajímat, jaké služby byly nekvalifikovanými terapeuty nabízeny, jakým způsobem sezení z pohledu klientů probíhala či jaké techniky práce s klienty daní terapeuti používají. Dále budeme zkoumat motivaci klientů pro návštěvu nekvalifikovaného terapeuta, zda byla tato sezení přínosná a v jakých oblastech, či naopak, zda ničím přínosná nebyla. Zaměříme se také na to, jak se v průběhu terapie měnil stav klientů a zda byl tento fakt terapeutem reflektován.

S ohledem na výzkumný problém jsme pro sběr dat zvolili kvalitativní způsob prostřednictvím **polostrukturovaných rozhovorů** s respondenty, kteří si neodbornou terapií prošli. Ty budou po následném přepisu zpracovány prostřednictvím **tematické analýzy**.

4.1 Výzkumné cíle a otázky

S ohledem na výše uvedené důvody jsme se rozhodli empirickou část této práce zaměřit na zmapování toho, jakým způsobem probíhala sezení s nekvalifikovanými terapeuty, jaké metody práce daní terapeuti využívali a jaký vliv na klienty tyto terapie měly, tedy zda klienti pociťovali přínos či nikoli.

Budeme vycházet ze subjektivního popisu průběhu terapií respondenty a z toho, jaké efekty terapie subjektivně vnímali. Cílem práce je tedy zjistit, **jakým způsobem probíhají terapie u nekvalifikovaných terapeutů, co klientům terapie subjektivně přinášely a jaké byly důvody upřednostnění nekvalifikované péče.**

Na základě cílů jsme formulovali následující výzkumné otázky:

- 1. Jaké služby jsou nekvalifikovanými terapeuty nabízeny?*
- 2. Jakým způsobem probíhají sezení s neodbornými terapeuty?*
- 3. Jaké techniky terapeutické práce využívali při práci s klienty, kteří trpí úzkostnými poruchami, depresí či prožili trauma?*
- 4. Co klientům terapie subjektivně přinášely?*
- 5. Z jakých důvodů klienti upřednostnili péči neodborného psychoterapeuta před odbornou péčí?*

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

V této kapitole uvedeme, jaký typ výzkumu jsme zvolili a dále to, jaké metody získání, zpracování a analýzy dat jsme použili. Představíme náš výzkumný soubor, jeho charakteristiky a rovněž etické aspekty výzkumu.

5.1 Typ výzkumu

Vzhledem k výzkumným cílům a otázkám byl zvolen **kvalitativní přístup**. Tento přístup je **orientován holisticky**. Zkoumá člověka, jeho produkty či události v celé šíři a ve všech rozměrech. Významné je také jejich pochopení v návaznostech a souvislostech (Ferjenčík, 2000). Miovský (2006, s. 18) charakterizuje kvalitativní výzkum v psychologii následovně:

Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání.

Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je porozumět, jakým způsobem je svět, ve kterém žijeme, konstruován. Jsme součástí osobního, vztahového a sociálního světa, který je komplexní, vrstevnatý a lze na něj nahlížet z různých perspektiv (McLeod, 2001).

Dle Miovského (2006) jsou klíčovými termíny kvalitativního výzkumu **jedinečnost a neopakovatelnost**. Dalším jeho významným prvkem je **kontextuálnost**, neboli fakt, že některé psychologické fenomény jsou spojeny s jistým kontextem, např. s konstelací osobnostních vlastností či faktory místa a času. Důraz je v tomto typu výzkumu kladen na to, aby výklad zkoumaného jevu byl v souladu s tím, jak jej vidí účastníci výzkumu (Hartl & Hartlová, 2000).

5.2 Metoda získávání dat

Pro získání dat jsme zvolili metodu **polostrukturovaného rozhovoru**, který probíhal on-line formou na platformě Zoom. Pro zachycení rozhovorů bylo využito **audiozáznamu**, který byl pořizován se souhlasem respondentů. Po přepisu rozhovorů byly audiozáznamy odstraněny.

Miovský (2006) uvádí, že interview je jedna z nejobtížnějších metod pro získávání kvalitativních dat, ale současně je to metoda nejvýhodnější. Miovský (2006) rovněž poznamenává, že interview nelze provádět bez kombinace s pozorováním. V polostrukturovaném rozhovoru je potřebná vyšší aktivita interviewujícího, který má předem **připravený seznam otázek**. Způsob a forma odpovědí na připravené otázky však může být volnější, respondent může odpovídat dle vlastního stylu (Ferjenčík, 2000).

Otázky do rozhovoru byly vytvářeny s ohledem na výzkumné cíle této práce a také s ohledem na to, aby otázky na respondenty nepůsobily sugestivně, tedy aby byly neutrální a odpovědi respondentů nebyly ovlivněny tím, jak je otázka formulována. Formulace otázek je součástí přípravné fáze vedení rozhovoru (Ferjenčík, 2000).

Respondenti byli osloveni na jaře roku 2023 prostřednictvím informačního letáku umístěného na sociálních sítích, který informoval o výzkumu a o možnosti se do něj dobrovolně zapojit. S respondenty, kteří zareagovali a chtěli se do výzkumu zapojit, proběhla domluva na konkrétních termínech prostřednictvím e-mailu. Rozhovory probíhaly na podzim roku 2023, od září do listopadu.

Interview jsme rozdělili do několika částí, jak uvádí Ferjenčík (2000). V **úvodní etapě** rozhovoru jsme začali informacemi o tom, jakým způsobem bude rozhovor probíhat, jaké má části a jaká bude jeho délka. Respondenti byli seznámeni s cíli výzkumu i se způsobem uchovávání audionahrávky a jejího zpracování.

Následovalo **jádro interview**, kde jsme se zaměřili na získání odpovědí na pokládané otázky, tedy jádrových informací (Ferjenčík, 2000). Miovský (2006) za jádro interview považuje minimum témat a otázek, které je v průběhu rozhovoru třeba probrat. Nakonec jsme přešli do **závěrečné fáze** interview, kde byl respondentům poskytnut prostor pro doplnění informací a myšlenek, které je napadaly v průběhu našeho rozhovoru a také pro poskytnutí zpětné vazby a zodpovězení případných dotazů, které mohly vyvstat.

Samotný rozhovor byl rozdělen do **tří částí**. V první části jsme se věnovali zjištění **údajů o respondentovi** (sociodemografické údaje – pohlaví, věk, dosažené vzdělání, zaměstnání, velikost místa bydliště a zkušenosti s odborníky v oblasti duševního zdraví). Ve druhé části jsme se zaměřili na **popis průběhu terapeutických sezení, popis práce terapeuta a na techniky**, které byly v průběhu terapií využívány. Ve třetí, poslední části jsme se věnovali **vnímanému subjektivnímu vlivu terapie** na respondenta.

Poslední etapou je **vyhodnocení** interview, kdy dochází k roztržení a analýze získaných informací (Ferjenčík, 2000).

5.3 Metoda zpracování a analýzy dat

Před tím, než proběhla analýza získaných dat, byla nutná transkripce pořízených audiozáznamů. Transkripce byla provedena v programu Microsoft Word. V průběhu transkripce byla provedena **redukce prvního řádu**. Ta sloužila k odstranění částí vět, které nepřinášejí žádné explicitní informace a také opakujících se částí či výplňových slov, stejně jako nadbytečných částí rozhovorů a zvuků (Miovský, 2006).

K analýze a zpracování dat vybrána **tematická analýza**. Tematická analýza je základním typem vyhodnocování kvalitativních dat. Je to metoda identifikace, analýzy a nacházení vzorců neboli témat, která se v datech nachází. Výhodou je její flexibilita, díky které se stává nástrojem, který nám může poskytnout **bohatý, komplexní a podrobný popis získaných dat** (Braun & Clarke, 2006).

Braun a Clarke (2006) uvádí, že tematická analýza má celkem **šest klíčových fází**, podle kterých jsme postupovali i v našem výzkumu. Stručně si je nyní definujeme.

1. Seznámení se s daty

Před samotnou první fází je klíčové získaná verbální data (rozhovory) přepsat do písemné podoby. Následně je v důležité se obeznámit s hloubkou a rozsahem získaných dat. To zahrnuje opakované, aktivní čtení a hledání významů a vzorců. Je vhodné si zpočátku celý soubor alespoň jednou pročíst, ideální je opětovné čtení a tvorba poznámek a zapisování nápadů, které budou následně sloužit ve fázi kódování.

2. Generování počátečních kódů

Po seznámení se s daty a vytvoření poznámek následuje fáze generování počátečních kódů. Záleží na tom, zda je našim cílem kódování celého souboru dat, či zda kódování směřuje k identifikaci konkrétních rysů souboru. Kódy tedy mohou identifikovat rysy, které odkazují na základní prvky v datech. Postupujeme tak, že projdeme systematicky celý soubor a nacházíme opakující se vzorce (témata) v celém našem souboru. Pro kódování je

možné využít počítačový software, nebo je možné provést tento postup ručně. V našem výzkumu jsme využívali program Microsoft Word a pro znázornění témat program Canva.

3. Hledání témat

Máme-li všechna data zakódována a máme-li vytvořen přehled kódů, které jsme v našem souboru dat identifikovali, můžeme přejít do třetí fáze. Zde se znovu věnujeme analýze a následnému třídění kódů do potenciálních témat. Stručně řečeno analyzujeme kódy a zvažujeme, jak se mohou spojit do větších tematických celků. Můžeme využít vizuální znázornění (vzorce, myšlenkové mapy), které nám pomůže rozřadit kódy do témat. V průběhu této fáze najdeme hlavní témata, podtémata a také témata, která se zdánlivě nedají nikam zařadit. To však bude předmětem zkoumání v další fázi.

4. Přezkoumání témat

Nyní přezkoumáme hlavní témata, podtémata i témata nezařaditelná. Některá témata se v této fázi mohou sloučit, jiná bude třeba rozdělit na samostatné kategorie. Data v rámci témat by měla smysluplně souviset. Naopak hlavní témata by od sebe měla být jasně rozlišitelná. Tato fáze má dvě úrovně. Nejprve přezkoumáme kódování dat, které slouží k upřesnění hlavních kategorií a případnému dalšímu rozřazení kódů do jiných témat. Druhá úroveň souvisí s celým souborem dat a s tím, zda hlavní témata skutečně odráží náš datový soubor v jeho celistvosti.

5. Definice a pojmenování témat

Ve chvíli, kdy máme vhodně sestavenou tematickou mapu dat, můžeme přejít do fáze, kde definujeme a dále upřesňujeme nalezená témata. Stručně řečeno nyní určujeme podstatu nalezených témat a určení aspektů, které téma zachycuje. Klíčové je na konci této fáze dokázat jasně definovat, jaká hlavní témata naše data nesou a jaký název jim přiřadíme v závěrečné analýze. Názvy musí být stručné a výstižné.

6. Zhotovení zprávy

Pokud již máme dokončeny všechny předchozí fáze a máme k dispozici soubor rozpracovaných témat, přejdeme k sepsání závěrečné zprávy. Cílem je poskytnout ucelený, stručný a logický popis klíčových zjištění a témat, která jsme identifikovali v našem výzkumu a přesvědčit čtenáře výstižnými argumenty, které podpoří platnost našich zjištění.

5.4 Výzkumný soubor

S ohledem na kvalitativní charakter výzkumu byl náš výzkumný soubor získán prostřednictvím **nepravděpodobnostní metody výběru**, konkrétně za využití metody **záměrného či účelového výběru**. Jedná se o jednu z nejrozšířenějších metod výběru v rámci kvalitativního výzkumu. Záměrným či účelovým výběrem rozumíme postup, kdy jsou respondenti vyhledáváni cíleně podle jistých vlastností. Na základě stanovených kritérií vyhledáváme respondenty, kteří kritéria splňují a zároveň projeví ochotu se zapojit do výzkumu (Mioviský, 2006). Vzhledem ke specifickým našeho výzkumu jsme využili **prostý záměrný (účelový) výběr** (Mioviský, 2006), kdy jsme bez dalších zvláštních metod či strategií vybírali účastníky do výzkumu dle stanovených kritérií a také na základě jejich souhlasu.

Nyní se seznámíme s výzkumným souborem. S ohledem na celkové zaměření a cíle této práce tvoří náš výzkumný soubor respondenti, kteří vyhledali pomoc nekvalifikovaného terapeuta kvůli specifickým obtížím. **Podmínkami pro vstup do výzkumu** byla plnoletost, zkušenost s alespoň jedním nekvalifikovaným terapeutem a psychické obtíže v oblasti úzkostné symptomatiky, depresivní symptomatiky či traumatických zážitků.

Výzkumu se zúčastnilo **6 respondentů**, z toho 5 žen a 1 muž. Zájem o účast projevilo ještě několik dalších osob, nicméně tyto osoby nesplňovaly kritéria pro zařazení do výzkumu, především nenavštívili nekvalifikovaného terapeuta kvůli výše zmíněným obtížím, ale spíše ze zvědavosti či kvůli vztahovým problémům. Všichni zařazení respondenti tedy mají zkušenost s alespoň jedním nekvalifikovaným terapeutem, kterého vyhledali kvůli depresivní či úzkostné symptomatice, případně kvůli traumatickému prožitku. Nyní si stručně představíme každého participanta výzkumu.

5.5 Etické aspekty výzkumu a ochrana soukromí

Účast ve výzkumu formou interview byla zcela **dobrovolná**. Respondenti byli při projevení zájmu o zařazení do výzkumu nejprve stručně informováni o účelu a průběhu celého výzkumu a na základě toho se poté rozhodli, zda se výzkumu chtějí zúčastnit.

Na začátku samotného interview byl každý respondent podrobně obeznámen s průběhem celého interview a s tím, že veškeré poskytnuté informace budou anonymizovány, aby nebylo možné jakkoli identifikovat jednotlivé respondenty. Rovněž byli účastníci ihned na začátku seznámeni s tím, že se z interview bude pořizovat záznam v podobě audiozáznamu, který bude ihned po přepisu dat smazán. Každý z účastníků také podepsal informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci magisterské diplomové práce. Bylo tedy uděláno maximum pro to, aby se minimalizovalo jakékoli klamání a aby nedošlo k zatajení informací.

Interview se účastnily pouze osoby starší 18 let, nebylo tedy nutné získávat souhlas zákonných zástupců. Veškeré údaje, které účastníci uvedli, byly a jsou považovány za důvěrné. Respondenti byli informováni, že s veškerými daty pořízenými v průběhu interview bude nakládáno v souladu se **zákonem č. 110/2019 Sb. (Zákon o zpracování osobních údajů)**.

Audiozáznamy byly ukládány v osobním notebooku chráněným heslem a při jejich transkripci došlo k **odstranění veškerých osobních údajů** (jména a příjmení respondentů, místa bydliště, názvy firem či jména dalších zmiňovaných osob v průběhu celého rozhovoru). Všichni respondenti vystupují v tomto výzkumu pod označením R1 až R6.

Bylo dodrženo právo účastníků na **odstoupení od účasti ve výzkumu**, a to v jakékoli jeho fázi. Rovněž byly zodpovězeny veškeré dotazy, které vyvstaly v průběhu výzkumného šetření.

6 VÝSLEDKY

V této kapitole se seznámíme s výsledky, které přinesla analýza získaných dat. Nejprve představíme všechny respondenty, kteří se výzkumu zúčastnili. Následně se budeme věnovat výsledkům analýzy dat prostřednictvím tematické analýzy a odpovíme na výzkumné otázky naší práce definované v předchozí kapitole. V rámci každé výzkumné otázky jsou daná témata vždy představena od nejvýznamnějšího po méně významná.

6.1 Představení respondentů

R1 – muž, 52 let

Prvním respondentem je muž, který má vysokoškolské vzdělání a žije ve velkém městě (nad 500 tisíc obyvatel). Je zaměstnán v technologickém oboru a rovněž má zkušenost se studiem psychoterapie. V průběhu svého života navštívil kvalifikované odborníky v oblasti duševního zdraví (psycholog, psychiatr i psychoterapeut). Pomoc v oblasti duševního zdraví vyhledal nejprve za účelem osobního rozvoje a psychohygieny, poté i kvůli závažnějším obtížím, které eskalovaly do psychospirituální krize a úzkostně–depressivní symptomatiky, která vyústila v hospitalizaci na psychiatrickém oddělení. Souběžně navštěvoval kvalifikované odborníky i nekvalifikovaného terapeuta.

R2 – žena, 34 let

Druhou respondentkou je žena s vysokoškolským vzděláním pracující v zahraniční odnoži globální firmy. Žije ve středním městě (do 500 tisíc obyvatel). Problémy v oblasti duševního zdraví přišly nečekaně ve věku 25 let. Jedná se o problémy v oblasti úzkostných poruch (generalizovaná úzkostná porucha). Nejprve byla nasazena medikace obvodním lékařem, poté byla respondentka také v péči psychiatra, kvůli zhoršování obtíží poté i ve stacionáři. Nyní jsou obtíže stabilizovány, k psychiatrovi dochází kvůli udržení kontaktu kvůli případnému zhoršení stavu. Současně navštěvuje klinického psychologa, kde absolvuje psychoterapie. Nekvalifikovaného terapeuta navštívila kvůli úzkostem, které se stále nezlepšovaly a zasahovaly do běžného života. Ze strany psychiatra rovněž nedošlo k řádné edukaci a doporučení odborně vedené psychoterapie.

R3 – žena, 34 let

Třetí osobou účastnicí se výzkumu je žena, která má vysokoškolské vzdělání a v současnosti pracuje v oblasti psychoterapie. Žije v malém městě (do 100 tisíc obyvatel). S odborníky v oblasti duševního zdraví má zkušenosti díky svému psychoterapeutickému výcviku (psychoterapeut, supervizor) a jako klientka má zkušenost s psychoterapeutem, kterého vyhledala kvůli obtížím v oblasti psychosomatiky, které se projevovaly dlouhodobým onemocněním a rovněž kvůli prožívání stresu. V současné době navštěvuje kvalifikovaného psychoterapeuta i terapeuta nekvalifikovaného.

R4 – žena, 42 let

Další respondentkou je žena, která má vysokoškolské vzdělání a pracuje v oblasti překladatelství. Žije ve velkém městě (nad 500 tisíc obyvatel). V oblasti duševního zdraví vyhledala odborníka kvůli depresím. Byla v psychiatrické péči a rovněž v péči psychoterapeutické. Současně vyhledala služby nekvalifikovaného terapeuta právě kvůli depresivní symptomatice a rovněž kvůli problematickému vztahu k jídlu.

R5 – žena, 47 let

Pátou respondentkou je žena s vysokoškolským vzděláním. Pracuje jako koordinátorka a bydlí ve velkém městě (nad 500 tisíc obyvatel). V oblasti duševního zdraví má zkušenost s odborníky kvalifikovanými (psychiatr, psycholog i psychoterapeut). Odborníky vyhledala kvůli obtížím v oblasti zdraví, vztahů a traumatických prožitků z minulosti. Nekvalifikovaného terapeuta vyhledala rovněž kvůli výše zmíněným obtížím, které zasahovaly do jejího každodenního života.

R6 – žena, 40 let

Poslední respondentkou zařazenou do výzkumu je žena, která má vysokoškolské vzdělání a pracuje v oblasti psychologie. Žije v malé obci (do 100 obyvatel). Zkušenost s odborníky na duševní zdraví má především v oblasti psychoterapie. Terapeutickou podporu vyhledala pro komplexní obtíže, které se týkaly hlavně emočních prožitků ohledně vlastního těla.

6.2 Nabízené služby a průběh nekvalifikovaných terapií

V této podkapitole představíme současně výsledky první, druhé a třetí výzkumné otázky. Věnovat se budeme každé výzkumné otázce zvlášť a u každé představíme klíčová zjištění, která se v průběhu analýzy objevila. Otázky jsou následující:

1. *Jaké služby jsou nekvalifikovanými terapeuty nabízeny?*
2. *Jakým způsobem probíhají sezení s neodbornými terapeuty?*
3. *Jaké techniky terapeutické práce využívali při práci s klienty, kteří trpí úzkostnými poruchami, depresí či prožili trauma?*

6.2.1 Nabízené služby

Rozhovory s respondenty přinesly zjištění v oblasti konkrétních služeb, které jsou nekvalifikovanými terapeuty nabízeny. Celkem se objevilo **9 primárně nabízených služeb**, které zobrazujeme v tabulce níže.

Pro přesnost uvádíme, že ne všechny služby byly poskytovány všemi terapeuty. Práce každého terapeuta obvykle kombinovala více služeb z níže uvedených, ne však všechny najednou. Služby rozdělujeme do dvou skupin, a to na **individuální a skupinové**.

Tab. 4 Služby nabízené nekvalifikovanými terapeuty

Individuální	Skupinové
Poradenství	Semináře osobního rozvoje
Řešení úzkostí	Workshopy
Práce s emocemi	Konstelace
Zvládnutí traumatu	
Kineziologie	
Kraniosakrální terapie	

Konkrétní rozbor služeb není předmětem této diplomové práce. Uvádíme tyto metody především pro přehled a základní orientaci v problematice nabízených služeb. Konkrétní podoby a průběh některých služeb budou blíže rozebrány v podkapitole 6. 2. 3.

Jednotliví respondenti uváděli služby různého charakteru, které se soustřeďovaly na množství problémů v oblasti duševního zdraví, se kterými se v průběhu života může potkat velké množství osob: „*Kde je problém v životě, co to je, co s tím, vztahy, práce, seberozvoj. Co si vymysleli, to tam dali.*“ (R5)

Někteří z respondentů byli pro účely výzkumu ochotni poskytnout přímé citace z webových stránek či sociálních sítí terapeutů, ke kterým docházeli. Obvykle se jednalo o služby nabízející zlepšení celkového psychického stavu a kvality života: „*Tyto metody umožňují mým klientům efektivně dosáhnout svých cílů, zbavit se svých emočních bloků, potlačených emocí, strachů, vzteku, pocitů viny.*“ (R2)

Někteří z nequalifikovaných terapeutů také explicitně uvádí rychlost a účinnost jimi nabízených terapií, které deklarují jako účinné pro mnoho obtíží v oblasti duševního zdraví, seberozvoje i vnímané osobní spokojenosti v životě: „*Co Vám může pomoci terapie odstranit? Pocity strachu, úzkosti, depresivní nálady, smutky, vzteky, nerozhodnost, nejistotu, nedůvěru, psychosomatické potíže. Co můžete pomocí terapie získat? Sebedůvěru, sebelásku, pocity radosti, naplnění, vnitřního štěstí, smyslu života, vnitřní síla, zlepšení mezilidských vztahů. Rychlé a účinné změny k lepšímu.*“ (R2)

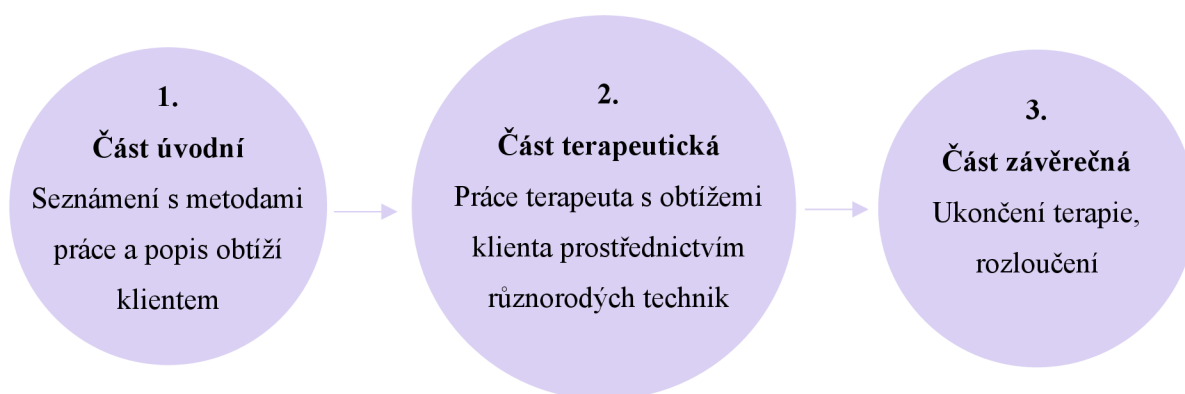
Některé ze služeb byly poskytovány osobně, jednalo se především o kineziologii a konstelace. Jiné ze služeb byly poskytovány jak osobně, tak v on-line formě či telefonicky. Obvykle se jednalo o semináře osobního rozvoje, workshopy a poradenství. Někteří respondenti využili **pouze jedné služby** u konkrétního terapeuta, obvykle individuální poradenství. Jiní kombinovali **více služeb** u jednoho terapeuta, například individuální poradenství a konstelace, případně individuální poradenství s workshopy a semináři osobního rozvoje.

6.2.2 Průběh nekvalifikovaných terapií

V průběhu samotných rozhovorů i při následné analýze jsme se zaměřili na průběh **individuálně poskytovaného poradenství**. Další služby, které nekvalifikovaní terapeuti nabízeli, nebyly předmětem této diplomové práce.

Průběh samotného sezení bychom dle výpovědí respondentů **mohli rozdělit na tři zásadní části**. Průběh nekvalifikovaných terapeutických sezení znázorňuje schéma 1.

Schéma 1: Průběh nekvalifikovaných terapií



První označujeme jako **část úvodní**. V této prvotní fázi proběhlo seznámení s průběhem sezení. Terapeut klienty seznámil s tím, jak bude sezení vypadat, případně proběhlo také seznámení s některými technikami, které budou v průběhu sezení probíhat: „Začalo to krátkým vysvětlením, jak pracuje, ujištěním, že se nemusím bát. Takové ujištění na začátku. A pak už se šlo normálně pracovat.“ (R6) Následně klient popsal, s jakým problémem, případně problémy za terapeutem přichází.

Úvodní část poté přešla v část druhou, kterou označujeme jako **část terapeutickou**. V této části sezení probíhaly různé způsoby práce s problémem klienta prostřednictvím různorodých technik. Technikám, které byly primárně využívány pro část terapeutické práce, se pro jejich rozmanitost budeme věnovat v samostatné navazující podkapitole.

Klíčovým prvkem, který se objevoval v popisu průběhu sezení, byl fakt, že **práce s obtížemi klienta** byla hlavně na **samotném terapeutovi**, který si nejprve vyslechl, s čím

klient přichází a poté s daným problémem pracoval dle metod, které běžně užívá: „*A pak následuje část, kdy ona mě položí na masážní lůžko, zabalí mě do deky a namluví mi řízenou, možná bych tomu říkal meditaci. Ale ono je to takové trošku zavádějící. Řekněme řízenou sadu pokynů pro vnitřní práci, které se týkají toho mého konkrétního problému. Jak na tom můžu já dál pracovat, když už budu mimo její dosah. To mi nahraje, nebo celé to sezení mi nahraje, a to mi potom dá.*“ (R1)

V poslední, třetí **části závěrečné** docházelo k ukončení terapie a rozloučení. Respondenti se shodovali v tom, že nevnímali, že by je terapeuti cíleně navazovali k další spolupráci. V této oblasti byla spíše svoboda klienta, zda se chce těchto sezení dále účastnit.

6.2.3 Metody práce využívané nekvalifikovanými terapeuty

Důležitým tématem, kterému se budeme v empirické části věnovat, jsou metody či techniky práce, které nekvalifikovaní terapeuti využívají k práci s problémy v oblasti duševního zdraví.

Významným zjištěním byl fakt, že se obvykle metody či techniky práce **nelišily dle toho, s jakou obtíží klient přichází**, ale **lišily se k závislosti na tom, jaké metody daný terapeut nabízí** a s jakými běžně pracuje: „*Za mě ty alternativní techniky jsou postaveny na technice, a ne na vztahu, což je něco, co je hodně jiné oproti běžný psychoterapii. Oni dělají tu techniku.*“ (R3)

Níže uvedená tabulka shrnuje základní přehled **pěti nejvíce využívaných metod** či technik, které nekvalifikovaní terapeuti, se kterými respondenti přišli do styku, využívali.

Tab. 5 Metody práce využívané nekvalifikovanými terapeuty

Práce s podvědomím a energiemi

Vzpomínky z dětství

Práce s minulými životy

Imaginace

Afirmace

Práce s podvědomím a energiemi

Při práci s podvědomím se obvykle pracovalo s předpokladem, že určité neuvědomované aspekty našeho psychického systému vedou k ovlivňování našeho současného života, mohou vést k současným obtížím a je třeba s nimi v podvědomí pracovat: „*Já jsem to vnímala tak, že pracuje s podvědomím, nebo s nějakým kolektivním nevědomím, a že sleduje vlastně nějakou energetickou strukturu, a že tam vidí nějaké věci.*“ (R4)

Rozdílní terapeuti mohou tyto pojmy vnímat různě, obvykle subjektivně a pracovat s nimi dle vlastních pravidel: „*Podvědomí a energie jsou pojmy, který používá velmi často. Ona si vytvořila svoji vlastní terminologii popisu řekněme toho vnitřního prožívání, která operuje s těmihle pojmy, ale dává jim, si myslím, jako precizní obsah. Není to tak, že by žonglovala těmihle pojmy, řekněme tak nějak libovolně.*“ (R1)

Technika práce s energiemi se opět lišila v pojetí každého z terapeutů. Konkrétní definici energie, jejího fungování a mechanismu působení na psychické prožívání se v průběhu výzkumu zjistit nepodařilo. Jedinou konkrétnější podobu se podařilo získat od R4, která ke **kraniosakrální terapii po telefonu** uvedla, že „*...to spočívá v tom, že člověk si lehne do postele, a ona pracuje nějak energeticky.*“ (R4)

R6 uvedla, že se setkala také s **posíláním (kvantové) energie na dálku** a rovněž například s **posíláním energetické vlny**.

Vzpomínky z dětství

Významnou technikou byla práce se vzpomínkami z dětství, které mohou rovněž ovlivňovat duševní stav klienta. Se vzpomínkami se obvykle pracuje tak, že si ji **klient vybaví** a dochází k **přetvoření dané vzpomínky** tak, aby se omezilo její negativní působení na současný psychický stav klienta. Přesný způsob přetváření vzpomínek nebyl zjištěn: „*Ona mi vytestovala, co to je za emoce, které to způsobují, kdy se to stalo. A ona vlastně pak dělá to propojení těch hemisfér, chytila mě a řekla mi, abych si vybavila tu vzpomínku, situaci, co se mi stala v těch pěti letech, kdy se teda stalo, že jsem se cítila třeba beznadějně. Já jsem si vybavila tu vzpomínku, vzpomínku jsme nějak předělaly, a to je celý.*“ (R3)

Práce s minulými životy

Součástí metod a technik práce, která se objevila napříč několika rozhovory s respondenty, byla práce s minulými životy. Prožité minulé životy mohou mít dle některých terapeutů, se kterými se setkali respondenti našeho výzkumu, vliv na prožívané obtíže.

Příkladem práce s minulými životy může být konkrétní výpověď R4, která v průběhu terapie zažila techniku práce s minulými životy. S terapeutkou pracovaly na odstranění konkrétního problému s využitím práce s minulými životy takto: *R4 prožila minulý v Egyptě, kde měla hlídat sýpku s jidlem. Něco se nepovedlo, jídlo se zkazilo a kvůli tomu mnoho lidí hladovělo. Provedly rituál odpouštění, kde měla odpustit sama sobě. Pomohlo to, ale ne úplně. R4 na terapii následovně uvedla, že by jí pomohlo, kdyby věděla, že ti lidé již netrpí. Terapeutka navrhl, aby poslala peníze na hladovějící. R4 si dala trvalý příkaz u organizace, která pomáhá hladovějícím.*

Tento postup dle slov R4 pomohl k vyřešení problému, se kterým k terapeutce přišla. Sama respondentka k danému postupu poznamenává: *„Já ty její minulý životy беру jako nějakou metaforu. Já vlastně to беру jako metaforu nějakého obsahu, který v tom mozku je, který je v tom psychickém systému. Ona to nějak pojmenuje, nějak to oblikne, dá tomu nějakou podobu, aby se s tím dalo pracovat.“ (R4)* Jiní respondenti uvedli, že techniky práce s minulými životy jejich terapeut využíval, ale ne s nimi, protože na ně dle slov terapeuta *„nebyli dostatečně zralí“.* (R6)

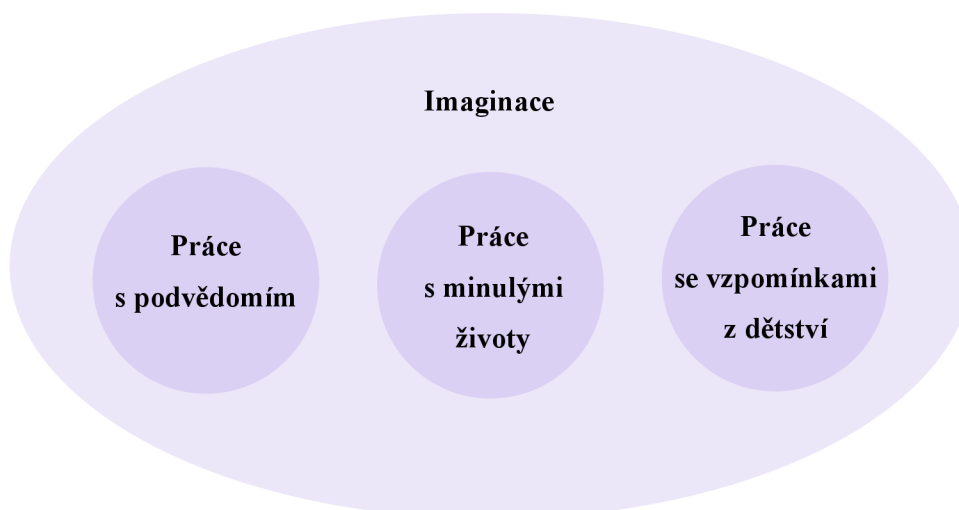
Imaginace

Technikou, která byla dle slov respondentů využívána velmi často, byla imaginace. Sloužila především k vybavení a představení obsahů mysli, se kterými bylo následně v terapii dále pracováno. R4 uvedla, že *„je to hodně o tom, co si člověk dopoví sám, ale ona to umí vyvolat tou nějakou představou toho zvířete, nebo nějakého předmětu. Třeba říká, že tam najdeme nějaký dárek, a vyndala hák. A ten hák slouží na to, když se potřebuju zkoncentrovat na něco, že si na něj odložím všechny věci, který mi běhají v hlavě. Taková mentální pomůcka.“*

Zde je důležité je podotknout, že napříč rozhovory se výpovědi respondentů shodovaly v tom, že se výše zmiňované **metody práce prolínaly, doplňovaly a kombinovaly**, respektive např. k práci s podvědomím, s minulými životy a vzpomínkami

z dětství byla využívána **především imaginace**: „Byly tam určité taky meditační techniky se vzpomínkami z dětství, nebo jestli to paní nazývala sestup do podvědomí, já už si to nevybavím. Ale rozhodně imaginativní techniky.“ (R2)

Schéma 2: Vztah imaginace, práce s podvědomím, minulými životy a vzpomínkami z dětství



Afirmace

Posledním z postupů, který se primárně objevil, byly afirmace. Afirmace, neboli opakování si slovních spojení či vět, mohly sloužit k více účelům, především k posílení jistoty a sebedůvěry klienta, a to i mimo terapeutické sezení.

Na některých setkáních byly právě afirmace tím, co představovalo výsledek jednoho terapeutického sezení: „*Afirmace. Měla jsem si každý večer opakovat afirmace, to byla další z metod. My jsme na nich pracovaly v průběhu. Byly vlastně výstupem těch sezení.*“ (R2)

Souhrnně jsme v této kapitole mezi **nejčastěji nabízenými službami** v individuální rovině identifikovali poradenství. Dále se objevovalo zvládání úzkostí, práce s emocemi či zvládnutí traumatu. V rámci skupinově nabízených služeb byly nejčastěji nabízeny semináře osobního rozvoje a workshopy zaměřené na různá témata. Individuálně poskytované služby probíhaly ve **třech částech**, a to v části úvodní, části terapeutické a části závěrečné. Terapeutická část mívala těžiště ve využití zvolené metody, se kterou terapeut obvykle

pracuje. Mezi **nejčastější techniky** patřila práce s podvědomím a energiemi, práce se vzpomínkami z dětství a minulými životy a imaginace. Objevily se také afirmace.

6.3 Efekty terapie

V této podkapitole si představíme odpověď na čtvrtou výzkumnou otázku, tedy *co klientům terapie subjektivně přinášely?* Odpovědi na tuto otázku se u jednotlivých respondentů lišily v zásadním aspektu, a to v tom, zda pro ně byly přínosem **pozitivním**, nebo naopak **neutrálním až negativním**.

Z toho důvodu jsme tuto podkapitolu rozdělili do dvou částí, ve kterých přiblížíme subjektivní vnímání respondentů toho, co jaký efekt terapie vnímali.

6.3.1 Pozitivní efekty

Někteří z účastníků výzkumu svou zkušenost s nekvalifikovanými terapeuty **hodnotí pozitivně**. Pozitivní účinky uváděli R1, R2, R3 a R4, částečně ve vybraných aspektech také R6.

V průběhu analýzy pozitivních subjektivních účinků jsme našli **tři hlavní témata**, o kterých účastníci výzkumu hovořili. Tyto hlavní efekty uvádíme v následující tabulce:

Tab. 6 Pozitivní efekty nekvalifikované terapie

Úleva od potíží
Porozumění a přijetí
Osobní rozvoj

Úleva od potíží

Respondenti, kteří uvedli pozitivní účinky nekvalifikované terapie se shodli, že jim tento typ terapie přinesl úlevu od potíží. Obtíže, se kterými jednotliví účastníci přicházeli, se různily (podrobněji je popisujeme v podkapitole 6.1). Jednat se mohlo o **zmírnění úzkostí** či

eliminaci prožívání nepříjemných **emocí**: „Pomohlo mi přesně to, že jsem se zbavila těch těžkých emocí, které bych ani nevěřila, že je dám pryč. Protože to je pak taková úleva.“ (R3)

Obecně řečeno lze z výpovědí respondentů vyvodit, že úleva, kterou pocítli díky tomuto typu terapie, pro ně byla **zdrojem spokojenosti až radosti**: „Když vám něco pomůže, když máte problém a vlastně po tom sezení ten problém se zmenší, nebo zmizí, tak to je úžasný. Z toho člověk nemůže mít nic než dobrý pocit.“ (R4) Souhrnně by se u spokojených respondentů dalo zdrojem důsledkem úlevy od potíží nazvat „uspokojení z toho, že to bylo účinný.“ (R4)

Důležité je poznamenat, že někteří respondenti **souběžně** docházeli k **terapeutovi kvalifikovanému**. R1 uvádí, že navštěvoval oba typy terapie, které se vzájemně doplňovaly. O své nekvalifikované terapeutce uvádí: „Ona mi pomohla stejnou měrou, jako klasičtí psychoterapeuti, jenom úplně jiným způsobem. Zatímco oni mi pomáhali, provázeli mě v těch mnohem kratších úsecích s mnohem vyšší frekvencí, takovým tím běžným způsobem, pomáhali mi se orientovat v úplně spletených vzpomínkách, podrželi mě, když jsem brečel, tak ona mi pomáhala držet dlouhodobý rámec. Jaký to celé má smysl a kam to má vést, všechna tahle práce.“ (R1)

Při rozhodování o volbě typu terapie nemusí odbornost ani mechanismus účinku být tím, co rozhoduje. Klíčovou roli hraje **vnímaný pocit úlevy**: „Mně je jakoby trošku jedno, jestli to je sugesce, mně je jedno, na jakým principu ten člověk pracuje, jestli je kvalifikované. Pro mě je zásadní ten výsledek. A jestli je schopnej někdo pomoci svými metodami dosáhnout toho, že mě se uleví od problému, tak to беру všemi deseti. Je mi jedno, jestli je šarlatán, čarodějnice nebo psycholog.“ (R4)

Porozumění a přijetí

Dalším opakujícím se tématem, které se objevovalo napříč rozhovory s respondenty, bylo vnímané **porozumění situaci a přijetí terapeutem**: „Dobré bylo, to musím shrnout pro všechny laický terapeuti, které já jsem potkala, že jsem měla pocit důvěry, že mě nikam netlačí, neodsuzují, že je tam přijetí.“ (R6)

Respondenti se obvykle shodovali v tom, že ve chvíli, kdy řešili obtíže v oblasti duševního zdraví, pro ně bylo přínosné porozumění terapeuta a objasnění obtíží: „Ona mě

*pomohla...Ne asi úplně k léčbě, ale k pochopení toho, co se děje. A tím, jak já jsem to pochopila, tak samozřejmě to bylo lepší.“ (R2) K vnímanému porozumění přispívalo také vnímané **bezpečné prostředí** v průběhu terapie, jak uvádí R4: „Musím říct, že obě ty dámy, se kterými jsem spolupracovala, mají velmi silnou osobnost. Je to takové, že se člověk s nimi cítí v bezpečí. Že má pocit, že ony vědí, co dělají, že jsou si jistý v tom svém řemesle a že člověk se tam uvolní a cítí se bezpečněji na tu vnitřní práci.“*

S porozuměním okrajově souviselo téma **ujištění**. Ujištění mohlo mít motivující funkci a mohlo podpořit další práci na problému: „Ona mě dokázala namotivovat pokračovat. Že je to řešitelné. Že se mnou není nic špatné. Že nejsem odsouzena takhle žít. Takže tím ona mě velmi dodala motivaci.“ (R2)

Osobní rozvoj

Mezi vnímanými přínosy se kromě úlevy od potíží, porozumění a ujištění vyskytovalo také téma osobního rozvoje, které terapie přinášely. To se obvykle projevilo až ve chvíli, kdy primárně řešené obtíže (deprese, úzkostné stavy) ustoupily.

Jednalo se tak obvykle o výsledek **dlouhodobější spolupráce**, který se neobjevil ihned po prvních sezeních. V souhrnu toho, co terapie přinesly, respondenti uváděli osobní **rozvoj ve vztahu k životu a k okolí**: „A co mi to přineslo? No, že jsem dneska tam, kde jsem. Že jsem schopen pracovat... teď to bude znít jako sebechvála, třeba s o 300 procent vyšší efektivitou než většina mých spolupracovníků, že mi všechno jde daleko snadněji, že se nemusím o spoustu věcí snažit a tak. Ten život je neskutečně, ale neskutečně radostnější. Vůbec ničím se netrápíte.“ (R1) i **ve vztahu sami k sobě**: „Umožnily mi žít v souladu se sebou a ve spojení se sebou.“ (R3)

6.3.2 Neutrální až negativní efekty

Typ zkušenosti s neodborně vedenými terapiemi se napříč respondenty různil. Mezi účastníky našeho výzkumu se vyskytli i ti, jejichž zkušenost s tímto typem terapie pozitivní nebyla a uváděli její účinky jako žádné či dokonce negativní. Neutrální až negativní vlivy uvedli R5 a R6.

Během zpracování dat se vynořila dvě hlavní témata, která zařazujeme do této podkapitoly. Uvádíme je v tabulce:

Tab. 7 Neutrální až negativní efekty nekvalifikované terapie

Neúčinnost terapie
Prohloubení obtíží

Neúčinnost terapie

Někteří respondenti, kteří se zapojili do výzkumu uvedli, že na obtíže, se kterými přicházeli, neměl tento typ terapie žádný účinek. **Nedocházelo** tedy dle jejich výpovědí díky tomuto typu terapie **ke zlepšení stavu** ani k ustoupení obtíží v oblasti duševního zdraví.

Někteří účastníci výzkumu měli **motivovaný přístup**, rovněž pozitivní očekávání a byli ochotni vyzkoušet i alternativní metody a techniky, které by mohly vést ke zlepšení jejich stavu: „*Jestli tam bylo něco, co mě posouvalo...právě, že ne. To mě trochu zklamalo. Já jsem byla ochotná tancovat šamanský tanec při měsíčku, hlavně, ať mi něco pomůže. Ale nepomohlo absolutně nic. A to jsem se třeba snažila.*“ (R6) Ani přes **pozitivní očekávání** a snahu **o nezaújatý postoj** i k alternativním metodám terapie se efekt nedostavil: „*Já se snažím pravdu nebyť předpokládat. Není to, že bych viděla, že to je něco “ezo“ a už bych to odsuzovala. Já jsem velmi otevřená, ale to, co jsem si z toho odnesla dominantního, bylo to, že to nepomohlo.*“ (R6)

V případě, že nedocházelo k žádnému zlepšení stavu klienta, se rovněž **neměnily techniky** či metody užívané terapeutem. Jak uvádíme v podkapitole 6.2.3., laicky poskytované terapie staví spíše na používání techniky než na terapeutickém vztahu, což může být důvodem neměnnosti technik i v případě, že klient jasně uvádí, že mu tyto postupy nepomáhají.

Prohloubení obtíží

Kromě toho, že pro některé klienty nebyly tyto terapie nijak přínosné, se mohlo stát, že u některých respondentů vedly terapie ke **zhoršení obtíží**, se kterými přicházeli. To, že se

terapie jevila jako neúčinná či dokonce prohloubila daný problém, mohlo být ze strany nekvalifikovaných terapeutů vysvětlováno tím, že daný klient se **dostatečně nesnaží**. Za neúčinnost procesu mohl být obviněn samotný klient: „*Myslím, že když se mi udělalo líp, tak to bylo takový placebo. No a samozřejmě když to bylo blbý, tak to byla moje vina. Že mám něco přijmout a já to nepřijímám.*“ (R5)

Někteří v případě, že se výsledky nedostavovaly, pociťovali také **selhání**: „*Když se to nepohnulo, tak jsem dostala vynadáno. Já jsem tam seděla, ona tam tancovala ty energie. Já jsem seděla, koukala jsem na to v šoku a ona říká: (oslovení jménem), Ty to necítíš! A já jsem cítila, že já jsem špatná i tady, už je to konec.*“ (R5)

U některých terapeutů se mohly také vyskytnout **prvky manipulace**, ovlivňování klienta a mohly ještě zhoršit obtíž, se kterou klient přicházel: „*Prohloubily ten problém s hranicema, s manipulací, protože tam to na té manipulaci je založený celý.*“ (R5) Projevit se mohl i nesoulad mezi sebereprezentací a následnou spoluprací: „*Tváří se osvíceně navenek a na sociálních sítích, ale není to, řekla bych, úplná otevřenost. Přijde mi to trochu falešný.*“ (R5)

V **závěrečném přehledu** zjištění této kapitoly bychom **efekty terapie** mohli rozdělit na pozitivní a neutrální či negativní. Mezi **pozitivní efekty** řadíme úlevu od potíží, porozumění a přijetí terapeutem a také osobní rozvoj. Na některé účastníky výzkumu však terapie působila **neutrálně či negativně** v tom slova smyslu, že byla dle jejich subjektivního názoru neúčinná či dokonce ještě prohloubila obtíže, se kterými k terapeutovi přicházeli.

6.4 Důvody preference neodborné terapie před odbornou

Poslední výzkumnou otázkou, kterou se v naší práci pokusíme zodpovědět, je, z *jakých důvodů klienti upřednostnili péči neodborného psychoterapeuta před odbornou péčí*. Zaměřili jsme se na stěžejní důvody, které vedly účastníky našeho výzkumu k tomu, že se svým problémem navštívili terapeuta, který neměl k výkonu dostatečnou kvalifikaci.

Podotýkáme, že téměř všichni respondenti v době, kdy pomoc terapeuta potřebovali, věděli, jaké kvalifikační požadavky by kvalifikovaný terapeut měl splňovat. Pouze R2 uvádí, že tyto aspekty v době, kdy hledala terapeutickou pomoc, nevěděla.

V průběhu analýzy dat se mezi důvody, které vedly k upřednostnění neodborně vedené terapie před terapií odbornou, objevily tři hlavní:

Tab. 8 Důvody preference neodborné terapie před odbornou

Dostupnost služeb
Rychlost účinku
Převzetí odpovědnosti terapeutem

Dostupnost služeb

Klíčovým tématem, které se objevilo prakticky napříč všemi rozhovory s účastníky výzkumu, byla **dostupnost služeb**. Kvalifikovaní odborníci v oblasti péče o duševní zdraví mají dlouhodobě naplněné kapacity, které neumožňují okamžité přijetí nových klientů do péče. V situaci, kdy klient cítí, že potřebuje co nejrychlejší pomoc od obtíží, které ho sužují, je to poté často bezvýhodná situace. Problémy mohou nastoupit rychle bez předchozích příznaků a mohou působit velký diskomfort. To může vést ke snaze ulevit si od obtíží co nejrychleji. R2 uvádí, že *„tam, kde slibovali zázraky, jsem šla. Protože mi nebývalo dobře a většinou tady ti laičtí terapeuti slibují zázraky na počkání, na tom internetu, a člověk to tak moc chce, že se vydá tou cestou.“*

Respondenti uváděli, že kontaktovali několik pracovišť ve svém okolí, ale nikde nebylo možné si domluvit termín dříve než **za několik týdnů**, v některých případech dokonce až **za několik měsíců**: *„Dlouhé čekací doby. Velmi dlouhé. Paní doktorka má třeba pět měsíců, když si otevřu její kalendář. U odborníků také. Ti, co jsou přes pojišťovnu, dlouhá čekací doba. Roční, třičtvrtě roční čekací listiny, než se k někomu dostanete.“* (R2) Obdobnou zkušenost popisuje R3, která se ocitla v náročné životní situaci. Odborná pomoc ovšem rovněž nebyla dostupná v době, kdy ji nejvíce potřebovala, zatímco nekvalifikovaný terapeut volnou kapacitu nabídl. K dostupnosti neodborné terapie dodává: *„Jsou rychleji dostupní. Já jsem od července sháněla terapeuta pro sebe, protože jsem našla tátu mrtvého, hrozný příběh. A tak jsem si řekla, to je těžká věc, jdu si hledat terapeuta. A já jsem nemohla najít a strašně to trvalo. Až na konci září jsem dostala termín.“* Obecně respondenti uváděli,

že nový termín od nekvalifikovaného terapeuta byli schopni získat v řádu dnů, maximálně týdně až dvou.

Důvody časové nedostupnosti odborníků se tedy mohou stát významným faktorem, kvůli kterému dochází k upřednostnění nekvalifikované péče. Klienti, kteří potřebují okamžitou pomoc, tedy volí dostupnou možnost. Věří, že by jim mohla přinést úlevu od nepříjemných pocitů, které ovlivňují jejich každodenní život.

Rychlost účinku

Pokud hledáme úlevu od problému, se kterým se potýkáme, může být hrát rychlost účinku velmi důležitou roli. Metody a způsob práce v odborné a laické terapii se liší a samozřejmě mohou mít subjektivně jiný nástup účinku. Ve srovnání s odborně vedenými terapiemi se u některých respondentů mohl **účinek projevit dříve** a s větším efektem: *„Myslím, že ty techniky umí být efektivnější za kratší čas.“ (R3) ...Prostě ty techniky, když se udělají dobře, tak jsou mocné.“ (R3)*

Rychlost účinku používaných metod může rovněž hrát roli v dalším rozhodování o typu terapie, kterou by respondent v případě potřeby volil: *„Dneska, kdybych měla nějaký problém, tak se určitě obrátím spíš na někoho z těch alternativních terapeutů nebo terapeutek, protože mi prostě přišlo, že to má mnohem konkrétnější, rychlejší a silnější výstupy.“ (R4)*

Převzetí odpovědnosti terapeutem

V situaci, kdy se klient necítí po psychické stránce dobře, pro něj může být náročné se aktivně podílet na procesu zlepšení. Účastníci našeho výzkumu uváděli, že ocenili, pokud terapeut v danou chvíli převzal odpovědnost a směřování terapeutického sezení vzal do vlastních rukou.

Přínosné bylo srozumitelné **vysvětlení či objasnění obtíže** terapeutem, se kterou se respondenti potýkali a **doporučení postupu**, který povede k úlevě: *„Představte si, že přijдете s nějakým problémem a ten člověk vám natvrdo řekne: No jasně, tohle souvisí s tvojí mámou. Musíš být schopen si vzpomenout na to, co se dělo někdy mezi pátým a sedmým rokem. A až si tyhle věci zvědomíš, tak s nima dělej tohle a tohle.“ (R1)* Jinými slovy bylo

kladně hodnoceno jasné **vymezení původu obtíže i způsob jejího řešení**: „...já jsem přišel za svojí terapeutkou, ona mi přesně řekla, k čemu došlo, proč k tomu došlo, co to způsobilo, a kdy z toho budu venku. Co musím provést, abych z toho byl venku.“ (R1)

V rámci spolupráce s laickými terapeuty byla pozitivně hodnocena terapeutova **odpovědnost za výsledek** sezení: „U těch alternativních terapeutek tam vnímám velkou odpovědnost za výsledek.“ (R4) Odpovědnost terapeuta kontrastovala v některých případech s postupem odborně vedené terapie, kde klient může vnímat, že **odpovědnost leží na něm**. Ve chvíli, kdy si člověk prochází náročným obdobím, oceňuje spíše to, když jej někdo vede: „Víc přebírají zodpovědnost, kdežto terapeuti pracující konvenčně furt zdůrazňují, jak člověk má tu zodpovědnost na sobě sám, a že jsou tam od toho, aby ho podpořili v tom, kam se on může posunout sám. Ale v momentě, kdy já se posunout nejsem schopná, tak je to takový doprovázení v těch pidi krůčkách o ty mikrometry.“ (R4)

Na konci této kapitoly shrňme hlavní **důvody preference neodborné terapie** před odbornou. Tyto hlavní důvody byly celkem tři. Nejvýznamnější roli měla **dostupnost služeb** neodborných terapeutů, která je výrazně vyšší než dostupnost odborné péče. Následně byla respondenty uváděna rychlost účinku terapeutických metod. Kladně bylo také hodnoceno převzetí odpovědnosti terapeutem, které mohlo v danou chvíli ulevit od prožívání nepříjemných stavů, které byly v danou chvíli svěřeny do rukou někoho jiného.

7 DISKUZE

V části diskuze se podíváme na výsledky prezentované v empirické části v širším kontextu, srovnáme je se současnými poznatky a výsledky dalších studií. Uvedeme rovněž limity našeho výzkumu a zamyslíme se nad aspekty, které mohly vést k závěrům prezentovaným v této práci. Nakonec zauvažujeme nad možnými přínosy a nad dalšími možnostmi směřování výzkumu v této oblasti.

Cílem této diplomové práce bylo přinést poznatky v oblasti průběhu a subjektivně vnímaných efektů klienty, kteří absolvovali nekvalifikovaně vedené terapie. Konkrétně jsme se zaměřovali na zjištění průběhu těchto terapií a metody, které jsou v jejich průběhu aplikovány. Také jsme zjišťovali, jaké vlivy měly tyto terapie na účastníky výzkumu a jaké důvody vedly respondenty k upřednostnění nekvalifikovaného terapeuta.

Výsledky prezentované v empirické části bychom mohli rozdělit do tří hlavních částí, kterými jsou nabízené služby a průběh nekvalifikovaných terapií, efekty terapie a důvody preference neodborné terapie před odbornou. Nyní se na prezentované výsledky všech oblastí podíváme v souvislostech i s dalšími současnými poznatky.

První část se zaměřila na **služby** obvykle nabízené nekvalifikovanými terapeuty, průběh terapií a metody a techniky, které byly v průběhu sezení využívány.

Mezi nejčastěji nabízené individuální služby patřilo **poradenství**. Jak uvádí Chamr & Partners (2023), z oblasti volných živností je právě živnost *Poradenská a konzultační činnost, zpracování odborných studií a posudků* často využívána nekvalifikovanými terapeuty. Jak uvádí Telec (2017), tato činnost se může zaměřovat na rozvoj osobnosti, problémy jedince, pedagogicko-psychologické poradenství či užívat relaxační techniky, ovšem ne s deklarovaným terapeutickým efektem. Poradenství tedy může dle našeho názoru mezi nejčastěji nabízené služby patřit proto, že je obecné. Poradenství není konkrétně specifikováno a nezavazuje k žádným konkrétním výstupům. Za poradenství je možno označit prakticky jakoukoli činnost. Mezi skupinové služby patřily nejčastěji **semináře a workshopy**, což je v souladu s tvrzeními Mahlerové (2022). Semináře a workshopy probíhaly nejen osobně, ale také v on-line prostoru, což umožňovalo pojmout více klientů současně.

Průběh sezení u nekvalifikovaného terapeuta bychom mohli rozčlenit do hlavních **tří částí**. Označili jsme je jako část úvodní, část terapeutickou a část závěrečnou. Zaměřili jsme se primárně na část terapeutickou, v níž dominovalo **využívání specifických metod** či technik.

Významným zjištěním v této oblasti je fakt, že nekvalifikovaní terapeuti nepřistupují k řešení rozdílných obtíží klientů odlišnými metodami, ale dle našich zjištění aplikují jimi využívané metody na rozmanité typy obtíží klientů. Zde můžeme identifikovat hlavní rozdíl mezi nekvalifikovanou a odborně vedenou terapií. Odborný přístup kvalifikované psychoterapie se odlišuje od nekvalifikovaného **vytvořením terapeutického vztahu**, udržením vztahu podpůrného a také využíváním rozmanitých technik (Vybíral & Roubal, 2010). V oblasti neodborně vedené terapie však dochází primárně k aplikaci dané techniky, na které je terapie stavěna, nikoli k rozvoji terapeutického vztahu. Práce s depresí, úzkostnými poruchami či traumatickými prožitky vyžaduje dle současných poznatků zcela odlišné postupy v oblasti odborné psychoterapeutické péče, které by měly být systematické a promyšlené (Vybíral a Roubal, 2010) a měly by mít jasný význam v řešení obtíže. Například terapeutickou práci s traumatem Hosák (2019) rozděluje do dvou hlavních částí, Reddemann (2009) dokonce do tří částí. Praško et al. (2011) vymezuje v rámci KBT přístupu pět klíčových kroků při psychoterapeutické léčbě traumatu.

Druhou oblastí byly efekty nekvalifikované terapie vnímané klienty. Pociťovány byly jak pozitivní, tak efekty neutrální až negativní.

Pozitivně byla vnímána úleva od potíží, porozumění a přijetí a současně osobní rozvoj. **Úleva od potíží** je snadno pochopitelným pozitivním aspektem, který ovlivňuje subjektivní vnímání efektu terapie. V případě, že klientům terapie přinesla pocity úlevy od obtíží, které je sužovaly, dalo by se těžko očekávat, že budou efekt hodnotit jinak než pozitivně. Z toho důvodu by pravděpodobně byl kladně hodnocen jakýkoli zásah vedoucí k úlevě od potíží bez ohledu na mechanismus jeho fungování či jeho ověřenou účinnost. **Porozumění a přijetí** bylo také kladně hodnoceným pozitivním aspektem, jehož součástí bylo vytvoření bezpečného prostředí. Kladně bylo hodnoceno také **ujištění a ubezpečení** o řešitelnosti problému. Potřeba ubezpečení a ujištění je v odborném poli psychoterapie typické především pro pacienty s úzkostnými poruchami (Hosák et al., 2015), což se projevilo i v našem výzkumu. **Osobní rozvoj** se objevoval až ve fázích, kdy nebyl klient

v akutní fázi vyrovnávání se s psychickými obtížemi. Jakmile se zotavil z nepříjemných stavů, začaly jej pravděpodobně zajímat i další přesahy a benefity tohoto typu terapie.

Mezi neutrálními až negativními efekty se projevila naopak **neúčinnost terapií** a **prohloubení obtíží**. Pro některé respondenty se tento typ terapie nezdál přínosný v žádné rovině. Někteří uváděli, že jim terapie v ničem nepomohly, ba naopak jejich obtíže dokonce prohloubily. Jak uvádí Špok (2023), v průběhu neodborně vedených terapií může docházet ke zjednodušení, které sice někteří klienti mohou hledat, ale dobrý psychoterapeut takové zjednodušení nenabídne. Zda mohou taková zjednodušení v řešení psychických obtíží hrát významnou roli v oblasti efektů terapie, se můžeme domnívat. Obecně může k účinnosti a kvalitě odborně vedených terapií může mimo jiné přispívat také povinnost supervize a také dodržování etického kodexu, jak uvádí Vybíral a Roubal (2010). Takovou povinnost nekvalifikovaní terapeuti nemají, nejsou zastřešeni žádnou profesní organizací, která by kontrolovala dodržování konkrétních postupů či etických pravidel.

Třetí oblastí bylo zjištění důvodů, které vedly k preferenci neodborně vedené terapie před odbornou. Uváděnými důvody byla dostupnost služeb, rychlost účinku a převzetí odpovědnosti terapeutem.

Nejvíce uváděným důvodem preference nekvalifikované terapie byla **dostupnost služeb**. Nekvalifikovaní terapeuti byli schopni poskytnout i novým klientům termín sezení rychle, a to obvykle v rámci dnů. Tento fakt je pro někoho, kdo je náhle překvapen nástupem obtíží v oblasti psychického prožívání, které chce řešit a které ho omezují v běžném životě, klíčový. Odborníci mívají dlouhodobě naplněné kapacity a přijímání nových klientů, především v oblasti zdravotnictví, je z časového hlediska velmi náročné a získat termín může být otázkou týdnů, v některých případech až měsíců. Tak dlouho čekat však může být pro klienty s akutními obtížemi nemožné. To může zapříčinit snahu vyhledat jakoukoli pomoc, která by mohla od obtíží ulevit co nejdříve bez ohledu na terapeutovu kvalifikaci a ověřenou účinnost metod.

Rychlost účinku metod, které byly využívány nekvalifikovanými terapeuty, byla pochopitelně uváděna respondenty, kteří hodnotili efekty terapie přínosně. Techniky a metody byly obecně hodnoceny kladně ve vztahu ke zlepšení obtíží a k rychlosti nástupu zlepšení. Někteří respondenti dokonce uvedli, že v případě objevení dalších obtíží by upřednostnili návštěvu laického terapeuta před odborníkem, jelikož tyto metody měly pro

ně rychlejší nástup účinku než klasická psychoterapie. Zde může být patrný kontrast s klasickou psychoterapií, která je procesem dlouhodobým (McLeod, 2007).

Posledním aspektem, který se opakoval mezi důvody preference neodborné terapie, bylo **převzetí odpovědnosti terapeutem**. Respondenti příznivě hodnotili, když terapeut vedl celý proces a převzal průběh sezení. Příčinou toho se může jevit, že v průběhu prožívání psychických obtíží nemusí mít klient tolik energie pro aktivní přístup k řešení svého problému a tím pádem upřednostňuje, když někdo jiný za proces převezme odpovědnost a provede jej celým průběhem. Na chvíli může své obtíže odložit a nechat práci s nimi na jiném člověku. Takový přístup v kvalifikované terapii nenalzáme.

Nyní přistoupíme ke zhodnocení limitů výzkumu. Jako první bychom měli zmínit **homogenitu výzkumného souboru** ve smyslu zařazení respondentů s námi vybranými psychiatrickými diagnózami a také **rozsah výzkumného souboru**. Pro spolupráci na výzkumu se nám však nepodařilo získat více respondentů. Důvodem mohl být již zmiňovaný stud či obavy z poskytnutí informací.

Výzkum byl zaměřen primárně na pohled klientů, kteří absolvovali nekvalifikovaně vedené terapie, na popis terapeutických sezení a efektů terapie. Pro větší rozmanitost výsledků by bylo vhodné zařadit jak větší množství respondentů, tak také osoby s dalšími diagnózami. Rozbor postupů a využívaných metod neodborných terapeutů při práci s dalšími psychiatrickými diagnózami by mohl přispět k potvrzení, případně rozšířit závěry o metodách využívaných neodbornými therapy. Také bychom mohli přesněji prozkoumat subjektivně vnímané efekty terapie na další obtíže i motivaci k návštěvě neodborných terapeutů u většího množství respondentů.

Přínosem této práce může být popis struktury sezení, popis terapeutické práce a konkrétních metod a technik, které terapeuti využívali při sezeních s klienty. Tyto poznatky však nelze zevšeobecnit a vztáhnout na práci všech nekvalifikovaných terapeutů. Přínosné mohou být také uvedené důvody preference neodborné terapie, které však rovněž není možné označit jako obecně platné pro naši populaci. Důvody preference neodborných terapií by mohly přispět ke zdůraznění potřeby zvýšení dostupnosti odborné psychologické a psychiatrické péče a jejich kapacit, které se současně jeví jako nedostačující.

Podle našeho názoru by se další výzkumy v této oblasti, jak již bylo zmíněno, mohly zaměřit na respondenty s jinými vybranými diagnózami a na jejich vnímání efektů terapie.

Zkoumání napříč dalšími diagnózami by mohlo přinést další zajímavé poznatky a vnést další světlo do metod a mechanismů fungování neodborně vedených terapií a jejich účinků na duševní zdraví klientů.

8 ZÁVĚRY

Cílem této práce bylo přiblížit vybrané aspekty průběhu neodborně vedených terapií a blíže zmapovat fungování těchto služeb, které jsou klientům nabízeny.

Zaměřili jsme se na terapeuticky nabízené služby, jakým způsobem probíhají neodborně vedené terapie a jaké metody jsou v jejich průběhu využívány pro různé typy duševních onemocnění. Dále jsme se pokusili zmapovat, jaké subjektivní přínosy tyto terapie klienti vnímali a také důvody, proč upřednostnili nekvalifikovaného terapeuta před kvalifikovaným odborníkem. V rámci pěti výzkumných otázek stanovených na základě výzkumných cílů této práce jsme dospěli k několika závěrům, které nyní stručně shrneme v samostatných odstavcích.

Nabízené služby můžeme rozdělit do dvou hlavních oblastí – individuální a skupinové. Naše diplomová práce se primárně zaměřila na individuálně poskytované služby, mezi které nejčastěji patřilo poradenství, řešení úzkostí, práce s emocemi a také zvládnutí traumatu. V oblasti skupinově nabízených služeb dominovaly semináře a workshopy.

Průběh sezení u nekvalifikovaných terapeutů probíhal obvykle ve třech hlavních částech, kterými byly část úvodní, část terapeutická a část závěrečná. Stěžejní byla část terapeutická, ve které docházelo k využívání rozmanitých technik a postupů obvykle dle zaměření daného terapeuta.

Mezi **nejvyužívanější techniky** patřila práce s podvědomím a energiemi, práce se vzpomínkami z dětství, práce s minulými životy a také hojně využívaná imaginace. Hlavním zjištěním v této oblasti byl fakt, že neodborně vedené terapie staví na užívání terapeutických technik, nikoli primárně na budování terapeutického vztahu, jako je zvykem u kvalifikovaně vedené psychoterapie.

Subjektivní **efekty terapie** jsme rozdělili na pozitivní a neutrální až negativní. Pozitivními účinky byla úleva od potíží, porozumění a přijetí a také osobní rozvoj. Mezi neutrálními až negativními efekty se objevila neúčinnost terapie či dokonce prohloubení obtíží.

Po zmapování důvodů pro **preferenci neodborné terapie** jsme identifikovali tři primární, kterými byla dostupnost služeb neodborných terapeutů, rychlost účinku a také převzetí odpovědnosti terapeutem.

9 SOUHRN

Předkládaná magisterská diplomová práce se zaměřila na problematiku nekvalifikovaně poskytovaných terapií a zmapování jejich odlišností od psychoterapie poskytované odborníky s příslušnou kvalifikací.

Teoretická část práce se dělí do tří hlavních celků. První kapitola teoretické části se zabývala třemi vybranými psychiatrickými diagnózami a jejich odbornou léčbou. Těmito diagnózami byly **deprese, anxiózní poruchy a duševní poruchy vzniklé v souvislosti se stresem**. Informace o diagnózách byly čerpány primárně z víceosého systému **MKN-10** využívaného v Evropě a doplňkově rovněž z **DSM-V**.

Depresi, která má v systému MKN-10 kódové označení F30–F39, můžeme zařadit mezi nejčastěji se vyskytující duševní poruchu v naší populaci (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). V roce 2022 se s depresí léčilo ve zdravotnickém prostředí více než 92 tisíc pacientů, což představuje 13.8 % z celkového počtu psychiatrických pacientů (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023). V rámci farmakologické léčby se přistupuje obvykle k léčbě antidepresivy (Orel, 2020). Účinná je rovněž psychoterapie, jejíž účinek může být srovnatelný s farmakoterapií, klíčová je však hloubka deprese (Amick et al., 2015).

Z anxiózních poruch, které mají kódové označení F40–F48, byla vybrána **panická porucha a generalizovaná úzkostná porucha**. Anxiózní poruchy tvoří více než 37 % z celkového počtu psychiatrických diagnóz v našem prostředí (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023). Hlavními příznaky těchto poruch jsou projevy úzkosti, které nejsou omezeny na konkrétní situaci (Raboch & Pavlovský, 2012). Farmakologicky je možné volit krátkodobou léčbu anxiolytiky (Orel, 2020). V dlouhodobém horizontu se volí spíše antidepresiva, například ze skupiny SSRI (Hosák et al., 2015). Psychoterapeuticky se úzkostí dají obvykle řešit rovněž dobře, často se setkáváme s kognitivně-behaviorálními postupy (Dušek & Večeřová-Procházková, 2005).

Duševní poruchy vzniklé v souvislosti se stresem můžeme nalézt pod kódovým označením F40–F48. Do této oblasti řadíme mimo jiných **posttraumatickou stresovou poruchu a poruchy přizpůsobení**. K farmakologické léčbě jsou obvykle zvolena antidepresiva ze skupiny SSRI (Mohr, Kopeček, Brunovský & Páleníček, 2017), dále může

být využito léků ze skupiny atypických antipsychotik (Ahearn, 2011). Psychoterapeutická léčba pracuje se stabilizačními technikami, které pomáhají k vytvoření bezpečí a kontroly nad prožíváním (Vojtová & Hašto, 2005).

Druhá kapitola pojednává o **odborném rámci psychoterapie v ČR**. Psychoterapie je oborem, který usiluje o změnu prožívání a chování. Využívá především psychoterapeutického vztahu, vedení rozhovoru a využívání rozmanitých technik (Vybíral & Roubal, 2010). V současné době neexistuje v našem prostředí zákonná definice pojmu psychoterapie (Špecián, 2019). Jedinou oblastí, kde je psychoterapie ukotvena legislativně, je zdravotnictví. Zde je upravena Zákonem č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních (Telec, 2017). Kvalifikovaný psychoterapeut by měl splňovat požadavky České asociace pro psychoterapii, která zastřešuje psychoterapeuty v rámci ČR.

Třetí kapitola se věnuje **formálním rozdílům mezi odbornou a neodbornou terapií**. V našem prostředí vzniká prostor pro poskytování psychoterapie neodborné právě z důvodu, že obor psychoterapie není mimo zdravotnictví legislativně ukotven. Neodborná terapie bývá poskytována pod hlavičkami libovolných živností, často pod volnou živností *Poradenská a konzultační činnost, zpracování odborných studií a posudků* (Chamr & Partners, 2023).

Cílem výzkumné části této práce bylo přinést poznání v oblasti mechanismů fungování neodborně vedených terapií. Zaměřili jsme se na **průběh nekvalifikovaných terapií**, na **metody a techniky** využívané při těchto terapiích a také na **vnímané efekty**, které terapie respondentům přinášely. Vzhledem k cílům této práce byl zvolen kvalitativní typ výzkumu. Sběr dat probíhal prostřednictvím polostrukturovaných interview. Interview je jednou z nejobtížnějších, ale nejvýhodnějších metod získávání kvalitativních dat (Miovský, 2006). K analýze získaných dat byla zvolena **tematická analýza**, jejíž výhodou je bohatý a podrobný popis získaných dat (Braun & Clarke, 2006).

Výzkumný soubor tvořilo šest klientů (pět žen a jeden muž), kteří prošli nekvalifikovaně vedenými terapiemi. Respondenti byli vybráni **nepravděpodobnostní metodou výzkumu**, konkrétně za využití **prostého či účelového výběru**, kdy jsme vybírali účastníky výzkumu dle předem stanovených kritérií a na základě jejich souhlasu (Miovský, 2006).

S ohledem na výzkumné cíle bylo formulováno **pět výzkumných otázek**, které se zaměřily na služby nabízené nekvalifikovanými terapeuty, dále na průběh sezení a metody, které byly při sezeních využívány. Také jsme se zaměřili na přínosy těchto terapií pro klienty a na důvody preference neodborné péče. Výsledky výzkumu byly rozděleny do tří hlavních kapitol, přičemž každá z nich obsahovala podrobné podkapitoly.

V oblasti **nabízených služeb** se podařilo identifikovat hlavní služby, které jsou nekvalifikovanými terapeuty nabízeny. Patří mezi ně především individuální poradenství, řešení úzkostí, práce s emocemi. V oblasti skupinových služeb se jednalo nejčastěji o semináře a workshopy. Při mapování **průběhu nekvalifikovaných terapií** jsme odhalili tři zásadní části sezení, které jsme označili jako část úvodní, část terapeutickou a část závěrečnou. Hlavní částí byla část terapeutická, ve které terapeuti využívali především **metody** jako práce s podvědomím, práce se vzpomínkami z dětství, práce s minulými životy a často také imaginace. Klíčovým zjištěním v této oblasti byl fakt, že těžištěm nekvalifikovaně poskytovaných terapií bývá využívání metody, zatímco v odborné psychoterapii je klíčovým prvkem terapeutický vztah.

Co se týká subjektivně vnímaných **efektů terapie**, objevily se jak efekty pozitivní, tak neutrální až negativní. Mezi zjištěné pozitivní efekty patřila úleva od potíží, porozumění a přijetí a osobní rozvoj, který byl zmiňován jako pozitivní efekt až po zvládnutí akutních obtíží. Naopak mezi neutrálními až negativními efekty byla zmapována neúčinnost terapie a prohloubení obtíží, se kterými klient do terapie přišel.

Důvody pro **preferenci neodborně poskytované terapie** před odbornou byly tři hlavní. Nejčastěji uváděným důvodem byla dostupnost služeb neodborných terapeutů, poté rychlost účinku terapie a také převzetí odpovědnosti terapeutem, což bylo něčím, co klienti ve chvílích, kdy se potýkali s psychickými obtížemi, velmi ocenili.

Tato práce může poskytnout náhled do způsobů práce nekvalifikovaných terapeutů. Může přinášet vhled nejen do klienty vnímaných efektů takové terapie, ale rovněž do toho, co klienti od terapií očekávají a co je dle jejich názoru přínosné. Praktickým přínosem mohou být důvody preference nekvalifikovaně poskytovaných terapií. Výsledky není jistě možné zevšeobecnit, nicméně právě zde vidíme potenciál pro další vědecké zkoumání. Problematika neodborně poskytovaných služeb v oblasti duševního zdraví je široká a zahrnuje mnoho oblastí, které jsou velmi málo prozkoumané.

LITERATURA

1. Ahearn, E. P., Juergens, T., Cordes, T., Becker, T., Krahn, D. (2011). A review of atypical antipsychotic medications for posttraumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, Volume 26(4), 193-200.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. vydání). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>. Získáno dne 19. 7. 2023.
3. Amick, H. R., Gartlehner, G., Gaynes, B. N., Forneris, C., Asher, G. N., Morgan, L. C., et al. (2015). Comparative benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 6019(351), 1-10.
4. Asociace klinických psychologů České republiky. (2023) *Legislativa. Právní předpisy vztahující se ke zdravotnictví*.
Dostupné z: <https://www.akpcr.cz/pro-odbornou-verejnost/legislativa> Získáno dne 5. 8. 2023.
5. Češková, E., & Horská, K. (2023). Závažné stavy vzniklé při podávání psychofarmak a jejich léčba. *Psychiatrie Pro Praxi*, 24(2), 70–75.
<https://doi.org/10.36290/psy.2023.015>
6. Česká asociace pro psychoterapii. (2023).
Dostupné z: <https://czap.cz>. Získáno dne 10. 8. 2023.
7. Česká psychoterapeutická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. (2023).
Dostupné z: <https://www.psychoterapeuti.cz>. Získáno dne 10. 8. 2023.
8. Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (2008). *The relaxation & stress reduction workbook* (6th ed). New Harbinger Publications.
9. Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2., přepracované vydání). Grada Publishing.
10. Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2005). *První pomoc v psychiatrii*. Grada.

11. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
12. Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Portál.
13. Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J., Bažant, J., Bažantová, V., Bušková, J., ... Žirková, I. (2019). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum.
14. Chamr & Partners. (2023). Založení živnosti a společností pro výkon činnosti Psychologické poradenství a diagnostika.
Dostupné z: <https://www.prodej-ready-made-spolecnosti.cz/aktuality/jak-ziskat-zivnostensky-list-na-zivnost-psychologicke-poradenstvi-a-diagnostika/> Získáno dne 3. 11. 2023.
15. Jochmannová, L., Gergely, O., & Sluková, P. (2022). Péče on-line v psychosociálních oborech: možnosti, limity, rizika. Grada.
16. Kast, V. (2012). *Úzkost a její smysl*. Praha: Portál.
17. Končelíková, D., Látalová, K., & Praško, J. (2016). *Panická porucha*. Grada Publishing.
18. Kryl, M. (2002). Komplexní léčba posttraumatické stresové poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 31-34.
19. Lukaschek K, Haas C, Wannemu'ller A, Brettschneider C, Dreischulte T, Margraf J, et al. (2023) CBT—Intervention for panic disorder in primary care: 5 years follow-up of a cRCT during the Covid-19 pandemic. *PLoS ONE* 18(6): e0287718. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287718>. Získáno dne 25. 7. 2023.
20. Mahlerová, J. (2022). Očistím tě od traumatu. Online a za spoustu peněz. Jak funguje EZObyznys.
Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/zpravodajstvi-ezoterika-byznys-terapie-helena-houdova-sex.A220405_161012_domaci_dou?h=4C8D60AAA5EA90841DCA8F235A492EFF . Získáno dne 5. 9. 2023.
21. Mahlerová, J., Lánský, T. (2023). Alfasamcem snadno a rychle. V kurzu mužství učí vyznávání toxické maskulinity.
Dostupné z: <https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/klamateri-alfasamec-kurz-muzi-terapie->

deprese.A230303_175018_domaci_javu?h=D5E6E8E233E6F493DDA493FB3B7BF9EF. Získáno dne 5. 9. 2023.

22. Malá, E., & Pavlovský, P. (2002). *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Portál.
23. McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient Preference for Psychological vs Pharmacologic Treatment of Psychiatric Disorders. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 74(6), 595-602.
24. McLeod, J. (2007). *Counselling skill*. Maidenhead: Open University Press.
25. McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. Sage, London.
26. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
27. Mohr, P., Kopeček, M., Brunovský, M., Páleníček, T. (2017). *Klinická psychofarmakologie*. Praha: Maxdorf.
28. Möller, HJ., Falkai, P. Is the serotonin hypothesis/theory of depression still relevant? Methodological reflections motivated by a recently published umbrella review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 273, 1–3 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01549-8> . Získáno dne 1. 8. 2023.
29. Moncrieff, J., Cooper, R.E., Stockmann, T. et al. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Mol Psychiatry* (2022). <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0> . Získáno dne 1. 8. 2023.
30. Motl, J., Vaněčková, A., Müller, M., & Studenovský, D. (2015). History of psychotherapy in the czech lands. *European Journal Of Mental Health*, 10, 79-93. Dostupné z <https://doi.org/10.5708/EJMH.10.2015.1.5> . Získáno dne 3. 8. 2023.
31. Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb. (2023). Dostupné z: <https://nrpzs.uzis.cz/index.php?pg=vyhledavani-poskytovatele--pro-verejnost> . Získáno dne 15. 7. 2023.
32. Norcross, J. C. (2000). Clinical versus counseling psychology: What's the diff? *Eye on Psi Chi*, 5(1), 20-22.
33. Ochrana, F. (2019). *Metodologie, metody a metodika vědeckého výzkumu*. Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
34. Orel, M. (2020). *Psychopatologie* (3., aktualizované a doplněné vydání). Grada.

35. Penninx, B. W. J. H., Milaneschi, Y., Lamers, F., & Vogelzangs, N. (2013). Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *Bmc Medicine*, 11(1).
36. Praško, J. (2014). *Agorafobie a panická porucha: jak je překonat* (Vyd. 2). Portál.
37. Praško, J. (2009). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Galén.
38. Praško, J., Látalová, K., Ticháčková, A., Stárková, L. (2011). *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis.
39. Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (2007). KBT depresivní poruchy. In J. Praško, P. Možný, & M. Šlepecký (Eds.), *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch* (264–348). Praha: Triton.
40. Prašková, H., Praško, J. (2000). *Úzkostné a fobické poruchy*. Praha: Galén.
41. Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Portál.
42. Praško, J., Hájek, T., Pašková, B., Preiss, M. Šlepecký, M., Záleský, R. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám*. Praha: Portál.
43. Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe-Testcentrum.
44. Raboch, J., & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Karolinum.
45. Reddemann, L. (2009). *Léčivá síla imaginace. Na vnitřní zdroje zaměřená terapeutická práce s následky traumatu*. Praha: Portál–edice Spektrum.
46. Řiháček, T. (2014). Poradenství versus psychoterapie? *Psychoterapie*, 8(1), 13-22.
47. Smitková, H. (2011). Etická dilemata v psychoterapii a psychologickém poradenství. In P. Weiss et al., *Etické otázky v psychologii* (s. 221-228). Praha: Portál.
48. Špecián, M. (2019). *Psychoterapie na skřipci z paragrafů. Zdravotnické právo a bioetika* [online].
49. Špok, D. (2023). *Špatná terapie hledá viníka zjednodušeně*.
Dostupné z: <https://sancedetem.cz/spatna-terapie-hleda-vinika-zjednodusene#problematicka>. Získáno dne 17. 8. 2023.
50. Telec, I. (2017). *Psychoterapie a právo. Časopis zdravotnického práva a bioetiky*.
Dostupné z:

<http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/142/127>

Získáno dne 17. 8. 2023.

51. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. MKN-10 klasifikace. (2023).
Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec>. Získáno dne 1. 7. 2023.
52. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Psychiatrická ročenka 2022.
Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008442/psych2022.pdf>.
Získáno dne 1. 7. 2023.
53. Vizinová, D., Preiss, M. (1999). Psychické trauma a jeho terapie (PTSD).
Psychologická pomoc obětem válek a katastrof. Praha: Portál.
54. Vojtová, H., Hašto, J. (2005). Stabilizační techniky a EMDR v psychoterapii
posttraumatické stresové poruchy. Psychiatrie pro praxi, 4, 198-200.
55. Vybíral, Z., & Roubal, J. (Eds.). (2010). Současná psychoterapie. Portál.
56. Vymětal, J. (2010). Úvod do psychoterapie (3., aktualiz. a dopl. vyd). Grada.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Polostrukturovaný rozhovor
2. Informovaný souhlas s účastí na výzkumu
3. Ukázka transkripce dat
4. Ukázka tvorby témat

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Vybrané psychiatrické diagnózy a jejich řešení v odborné a laické terapii

Autor práce: Mgr. Bc. Kateřina Grubnerová

Vedoucí práce: PhDr. Romana Mazalová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 80, 135 694

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 56

Abstrakt:

Cílem této diplomové práce je přinést poznání v oblasti nekvalifikovaně poskytovaných terapií. Teoretická část se věnuje vybraným psychiatrickým diagnózám, a to depresi, anxiózním poruchám a duševním poruchám vzniklým v souvislosti se stresem. Současně se teoretická část věnuje aktuálnímu stavu odborně poskytované terapie v našem prostředí, jejímu legislativnímu uchopení a požadavkům pro výkon odborně poskytované psychoterapie ve srovnání s neodborně poskytovanými službami v této oblasti. V empirické části na základě výzkumných cílů stanovujeme pět výzkumných otázek. Data získaná od šesti respondentů prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů analyzujeme za využití tematické analýzy. Zaměřujeme se na přiblížení průběhu nekvalifikovaně poskytované terapie a na zmapování metod a technik, prostřednictvím kterých terapeuti pracují. Dále se zaměřujeme na subjektivně vnímané efekty terapie a také na důvody preference nekvalifikovaně poskytované terapie před terapií odbornou. Výsledky ukazují několik klíčových metod, na kterých laičtí terapeuti staví v kontrastu s důležitostí terapeutického vztahu v odborně vedené psychoterapii. Současně mapujeme efekty tohoto typu terapie, které mohou být jak pozitivní, tak neutrální až negativní. V neposlední řadě výsledky poukazují na důvody, které vedly k preferenci neodborně poskytované terapie.

Klíčová slova: deprese, anxiózní poruchy, duševní poruchy vzniklé v souvislosti se stresem, psychoterapie, tematická analýza

ABSTRACT OF THESIS

Title: Selected psychiatric diagnoses and their solutions in professional and lay therapy

Author: Mgr. Bc. Kateřina Grubnerová

Supervisor: PhDr. Romana Mazalová, Ph.D.

Number of pages and characters: 80, 135 694

Number of appendices: 4

Reference number: 56

Abstract:

The aim of this thesis is to bring knowledge in the field of non-professional therapy. The theoretical part is focused on selected psychiatric diagnoses, specifically on depression, anxiety disorders and mental disorders arising from stress. At the same time, the theoretical part is devoted to the current state of professionally provided therapy in our environment, its legislative concept and requirements for the performance of professionally provided psychotherapy in comparison with non-professionally provided services in this area. In the empirical part, based on the research objectives, we set five research questions. We analyse the data collected from six respondents through semi-structured interviews using thematic analysis. We aim to zoom in on the process of unskilled therapy provision and to map the methods and techniques through which therapists work. Furthermore, we focus on the subjectively perceived effects of therapy as well as the reasons for the preference of unskilled therapy over skilled therapy. The results reveal several key methods that lay therapists rely on in contrast to the importance of the therapeutic relationship in professionally delivered psychotherapy. At the same time, we chart the effects of this type of therapy, which can be both positive and neutral to negative. Finally, the results highlight the reasons that led to the preference for non-professionally provided therapy.

Key words: depression, anxiety disorders, stress-related mental disorders, psychotherapy, thematic analysis

Příloha č. 1 – polostrukturovaný rozhovor

Údaje o respondentovi

1. Můžete mi o sobě říci základní informace?
2. Jakou zkušenost máte s odborníky v oblasti duševního zdraví?
3. Jak jste postupoval/a při výběru odborníka?

Průběh a informace o terapeutických sezeních

4. Co bylo impulzem pro to, že jste začal/a chodit na sezení s terapeutem?
5. Co bylo poslední kapkou, která Vás přiměla k docházení na sezení?
6. Když jste hledal/a terapeuta, zjišťoval/a jste, jakou kvalifikaci by takový odborník měl splňovat?
7. Kdy jste chodil/a k laickému terapeutovi, jak dlouho jste na sezení docházel/a?
8. Jak dlouho trvalo jedno sezení?
9. Jak často sezení probíhala? Byla osobní či on-line?
10. Kolik si terapeut účtoval za jedno sezení?
11. Byl toto první terapeut, kterého jste navštívil/a, nebo jste předtím v minulosti navštívil/a jiného?
12. Co Vás vedlo k výběru konkrétního terapeuta?
13. Jaké služby terapeut nabízel?
14. Jak proběhlo první setkání s terapeutem?
15. Jak vaše další setkání konkrétně probíhala?
16. Jaké techniky práce s Vaší diagnózou využíval terapeut, ke kterému jste chodil/a?
17. Jakého cíle chtěl Váš terapeut dosáhnout prostřednictvím těchto technik?
18. Objevovaly se mezi využívanými technikami i činnosti jako práce s energiemi, chakrami, podvědomím?
19. Mluvili jste s terapeutem v průběhu sezení o tom, jak se Váš psychický stav mění?
20. V případě, že se Váš psychický stav v průběhu terapie změnil (zlepšil i zhoršil, nebo byl pořád stejně špatný), reagoval na to terapeut? Pokud ano, jak?
21. Proměňoval se nějak v průběhu terapie Váš vztah s terapeutem?
22. Jaký byl terapeut osobnostně?
23. Jaký byl terapeut profesně (direktivní / nedirektivní)?
24. Měl/a jste pocit, že Vás terapeut aktivně navazoval k další spolupráci?

Subjektivní efekt terapie

25. Jaké pocity jste si odnesl/a z prvního sezení s terapeutem?
26. Co Vám na sezeních nejvíce pomáhalo, co Vám přinášela?
27. Měnilo se Vaše vnímání terapií v průběhu času?
28. Jaký vliv měla terapie v průběhu času na Vaše obtíže a na to, jak jste se po psychické stránce cítil/a?
29. Vnímali/a jste zlepšení svého stavu?
30. Vnímali/a jste zhoršení svého stavu?
31. Z jakých důvodů myslíte, že došlo ke změně Vašeho psychického stavu?
32. Jak Vašeho terapeuta a terapie vnímalo vaše nejbližší okolí, pokud vědělo o tom, že na terapii chodíte?
33. Ovlivnily Vás tyto terapie v životě dále? Pokud ano, jak?
34. Co Vám chybělo u tradičního odborníka (psychoterapeuta), proč jste více tíhl/a k alternativě?
35. Docházíte na tento typ terapie i v současnosti?
36. Jaký je Vás pohled na tuto terapii s odstupem času?

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas s účastí na výzkumu



Univerzita Palackého
v Olomouci



Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci magisterské diplomové práce

Byl/a jsem osloven/a pro rozhovor za účelem získání dat pro kvalitativní výzkum k diplomové práci s názvem „Vybrané psychiatrické diagnózy a jejich řešení v odborné a laické terapii“. Výzkum probíhá v rámci magisterského studia oboru psychologie na **Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci**. Práce vzniká pod vedením PhDr. Romany Mazalové, Ph.D.

Souhlasím s účastí na výzkumu, má spolupráce je dobrovolná. Účast ve výzkumu spočívá v nahrávaném rozhovoru. Má identita zůstane v plné anonymitě. Mé odpovědi jsou důvěrné a všechny získané údaje budou použity pro účely diplomové práce, případně další výstupy související s daným tématem. Rozhovor bude nahráván na mobilní telefon a nahrávka bude po přepisu rozhovoru smazána.

Byly mi zodpovězeny veškeré mé dotazy. Od účasti na výzkumu mohu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Svým podpisem vyjadřuji dobrovolný souhlas se svou účastí na tomto výzkumu.

Jméno a příjmení respondenta:

Dne:

Podpis:

Jméno a příjmení výzkumníka: Mgr. Bc. Kateřina Grubnerová

e-mail: katerina.grubnerova01@upol.cz

Příloha č. 3 – Ukázka transkripce dat

Respondent 2

Vzpomenete si, jak proběhlo první setkání s paní terapeutkou?

Určitě chtěla, co si vzpomínám, popsat, co se děje, co mě trápí, a to si myslím, že tak bylo na tu hodinu.

Rozumím. A dokázala byste popsat, jak ta sezení probíhala celkově? Jaké tam byly metody a techniky, jak to probíhalo?

Byly tam určitě meditační techniky. Meditační techniky se vzpomínkami z dětství. Nebo jestli to paní nazývala sestup do podvědomí, já už si to nevybavím. Ale rozhodně tady ty imaginativní techniky. Potom používala... jak se to jmenuje... každopádně držela mě za ruce, dávala mi otázky a já jsem měla odpovídat ano – ne. Ona si vlastně kreslila něco na papír. Na to chodí spoustu lidí, já jsem to párkrát slyšela i v mém kolektivu, že na tom někdo byl. Kineziologie... Já si myslím, že svalový kineziologický test. Na tom jsem byla tak dvakrát. Jo, a ty imaginace. Nevzpomínám si, že bychom dělaly něco jiného. A ta druhá ta dělala kraniosakrální terapii a konstelace.

Aha, dobře. Když jste tedy sdělila, co vás trápí a s čím vlastně přicházíte, byly tam nějaké specifické techniky, které byly používány?

To já si už takhle dozadu nevzpomenu.

To nevádí, když si nevzpomenete, nic se neděje.

Nevzpomenu si, no. Určitě nějaký dechový při té hyperventilaci nebo něco takového, ale konkrétně si nevzpomenu už, no. Mně už se to opravdu míchá, protože já jsem si v té době dělala i kurz na jógu, spoustu dechových technik já znám z té jógy, takže já si opravdu nevybavím. S tou druhou ano, tam si myslím že jo, něco na zklidnění. A ta mě dala velmi dobré tipy na zklidnění a uzemnění, opravdu prodýchat to do nohou, zpátky, nelítat tam po stropě obrazně řečeno.

A byl tam nějaký cíl, kterého chtěly dosáhnout prostřednictvím těch používaných technik?

Jo, obě dvě se zakládaly na zvládnutí toho primárního traumatu.

A pojmenovaly nějak, co to primární trauma znamená, co si pod tím představit pro Vás jako pro klienta?

Ta první, já už si na to nevzpomenu a já jsem měla i strašně málo vědomostí, nebo informací, co se týče tady toho tématu trauma a jeho zvládnutí a léčení, zmírnění. Ona byla velmi milá, mě přišlo, nebo teď se zpětně na to dívám, že skákala z jednoho do druhého. Že jednou dělala tu kinezku, na druhém sezení mluvila o první čakře, kterou já vůbec nezpochybňuji...Ale byla to taková melanž všeho. Že vlastně já jsem tam neměla pevný bod, podle kterého bysme pracovaly. Byť ona asi tušila, co se děje, měla samozřejmě nějaké své samo-výuky, zkušenosti, vědomosti, ale ta terapie byla taková rozházená, no.

Příloha č. 4 – Ukázka tvorby témat

Kódy	Téma
Zlepšení úzkostných stavů	Úleva od potíží
Zlepšení nálady	
Zvládání běžných povinností	
Vnímaný pocit bezpečí	Porozumění a přijetí
Vnímaný pocit pochopení	
Empatický přístup terapeuta	
Nezlehčování problému	
Zlepšení pracovní výkonnosti	Osobní rozvoj
Motivace ke změně	
Zkvalitnění mezilidských vztahů	