

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

ÚČINNÉ TERAPEUTICKÉ FAKTORY Z POHLEDU KLIENTA A TERAPEUTA

Effective therapeutic factors from the perspective of the client and the
therapist



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Vítek Macháček**

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

Olomouc

2024

V první řadě bych chtěl poděkovat svému vedoucímu práce panu doc. PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi Ph.D. za vedení této práce. Dále bych chtěl poděkovat svým rodičům za zázemí, podporu a důvěru, kterou ve mně vždy vkládali. A také bych chtěl poděkovat své přítelkyni za podporu a oporu během studia a psaní této práce.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Účinné terapeutické faktory z pohledu klienta a terapeuta“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 2.4.2024

Podpis

OBSAH

| Číslo | Kapitola | Strana |
|------------------------------|---|-----------|
| OBSAH | | 3 |
| ÚVOD | | 5 |
| TEORETICKÁ ČÁST | | 7 |
| 1 | Psychoterapie – obecná část | 8 |
| 1.1 | Účinné faktory v psychoterapii | 9 |
| 1.2 | Terapeutický vztah | 13 |
| 1.3 | Osobnost terapeuta | 15 |
| 1.4 | Hlavní terapeutické směry | 17 |
| 2 | Vybrané terapeutické směry | 19 |
| 2.1 | Kognitivně behaviorální terapie | 19 |
| 2.1.1 | Vývoj | 20 |
| 2.1.2 | Metody | 21 |
| 2.2 | Psychodynamická terapie | 22 |
| 2.2.1 | Vývoj | 22 |
| 2.2.2 | Východisko | 23 |
| 2.2.3 | Metody | 24 |
| 3 | Vybrané duševní poruchy | 26 |
| 3.1 | Schizoafektivní porucha | 26 |
| 3.1.1 | Etiologie | 27 |
| 3.1.2 | Epidemiologie | 27 |
| 3.1.3 | Hlavní příznaky | 28 |
| 3.1.4 | Diagnostika..... | 28 |
| 3.1.5 | Léčba | 29 |
| 3.2 | Bipolárně afektivní porucha | 30 |
| 3.2.1 | Etiologie | 32 |
| 3.2.2 | Epidemiologie | 32 |
| 3.2.3 | Hlavní příznaky | 32 |
| 3.2.4 | Diagnostika..... | 33 |
| 3.2.5 | Léčba | 34 |
| 4 | Terapeutický přístup k oběma poruchám a současné výzkumy | 35 |
| 4.1 | Terapeutický přístup: Schizoafektivní porucha..... | 35 |
| 4.2 | Terapeutický přístup: Bipolárně afektivní porucha..... | 35 |
| 4.3 | Výzkumy | 36 |

| | |
|--|-----------|
| VÝZKUMNÁ ČÁST | 39 |
| 5 Výzkumný problém, cíl výzkumu a výzkumné otázky | 40 |
| 5.1 Cíl výzkumu | 40 |
| 5.2 Výzkumné otázky | 41 |
| 6 Typ výzkumu a použité metody | 42 |
| 6.1 Metody provedení výzkumu..... | 43 |
| 6.2 Rozhovor | 44 |
| 7 Sběr dat a výzkumný soubor | 45 |
| 7.1 Metody získávání dat..... | 45 |
| 7.2 Výzkumný soubor | 45 |
| 7.2.1 Popis charakteristik výzkumného souboru..... | 46 |
| 7.2.2 Způsob výběru vzorku z populace..... | 46 |
| 7.2.3 Charakteristika výzkumného vzorku..... | 48 |
| 7.3 Etické hledisko a ochrana soukromí..... | 50 |
| 8 Práce s daty a její výsledky | 52 |
| 8.1 Metody zpracování dat | 52 |
| 8.2 Výsledky..... | 52 |
| 8.2.1 Klient A | 53 |
| 8.2.2 Klient B | 53 |
| 8.2.3 Klient C | 54 |
| 8.2.4 Klient D | 54 |
| 8.2.5 Klient E..... | 55 |
| 8.2.6 Klient F..... | 55 |
| 8.2.7 Klient G | 56 |
| 8.2.8 Klient H | 57 |
| 8.2.9 Klient I..... | 57 |
| 8.2.10 Klient J | 58 |
| 8.3 Shrnutí výsledků..... | 58 |
| 8.3.1 Odpovědi na výzkumné otázky z pohledu klienta..... | 59 |
| 8.3.2 Odpovědi na výzkumné otázky z pohledu terapeuta..... | 63 |
| 8.3.3 Shoda..... | 66 |
| 9 Diskuze | 67 |
| 9.1 Limity práce..... | 69 |
| 9.2 Přínos práce | 70 |
| 10 Závěr | 71 |
| 11 Souhrn | 73 |
| LITERATURA | 76 |
| PŘÍLOHY | 81 |

ÚVOD

S čím dál větším nárůstem psychických onemocnění (Richter et al., 2019) roste i čím dál větší potřeba psychoterapeutické péče. Jejím cílem je zlepšení klientova stavu, odstranění potíží a stabilizace jeho života. To mohou být jen některé z cílů terapie. Jaké faktory ovšem stojí za úspěšnou terapií? To je předmětem zkoumání v této diplomové práci. Studium účinných terapeutických faktorů se již věnovalo mnoho psychologů, psychiatrů i psychoterapeutů. Ovšem hlavní zájem o účinné faktory byl především v minulém století, kdy došlo k identifikaci obecných a specifických účinných terapeutických faktorů (Vymětal a kol. 2004). A i v době největšího zájmu se jen málo studií zajímalo, co za účinné faktory považuje terapeut a co klient. Přestože je z podstaty věci jasné, že pokud se jejich pohled na dané faktory diametrálně liší, může to velice ovlivnit úspěšnost terapie. A právě tato rovina je hlavním předmětem našeho zájmu. Zjistit, jak terapii vnímají klienti, v čem sami spatřují přínosy ke zlepšení jejich stavu.

Samozřejmě nemusí pro každého klienta či pacienta platit stejné terapeutické faktory. Ty se mohou velice lišit v závislosti na problémech, které řeší, či dle stanovené diagnózy, ale i dle psychoterapeutické směru, který praktikuje jeho terapeut. Postihnout celou tuto šíři by vyžadovalo obrovské studie s tisíci respondenty, aby se data dala generalizovat na všechny zmíněné proměnné. Proto jsme se rozhodli náš okruh zájmu zúžit, a tím zvýšit jeho aplikovatelnost a doufejme i přínos. Pro výzkum jsem tedy vybírali jen pacienty s diagnózou F25 a F31 dle MKN-10 (2023), tedy se schizoafektivní poruchou a bipolárně afektivní poruchou. Důvodem byla jak odlišnost v terapeutickém přístupu u těchto dvou poruch, tak dostatek respondentů u obou kategorií. A u terapeutů jsem se snažili získat terapeuty s psychoterapeutickým výcvikem akreditovaným pro zdravotnictví z odlišných směrů. Terapeuti, kteří souhlasili s účastí v našem výzkumu mají dokončené výcviky v kognitivně behaviorální terapii a v psychodynamické terapii. I zde lze sledovat značný rozdíl v přístupu k vedení terapie, a to jak z hlediska stylu vedení, časového vymezení tak i v používání metod a technik a zapojení do terapeutického procesu.

Tuto práci jsme pojali jako průzkumnou sondu do této problematiky, jelikož už delší dobu leží bez většího zájmu a obnovy poznatků. Chceme tedy zjistit, zda stále platí identifikované faktory z předchozích výzkumů, zda bude velký rozdíl ve vnímání faktorů terapeuty a klienty, a zda bude významný rozdíl mezi vnímáním těchto faktorů s ohledem

na různé terapeutické směry. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli pojmout práci z kvalitativního hlediska, aby nebyla zatížena svazováním odpovědí respondentů do dotazníků, které byly vytvořeny dříve. Hlavně proto, že také chceme ověřit, zda tyto faktory stále platí a jsou-li univerzální. Data jsme sbírali za pomoci polostrukturovaného rozhovoru a dotazníku vlastní konstrukce, s několika otevřenými otázkami. Doufáme, že náš výzkum poslouží jako pilotní průzkum pro budoucí studie, které se budou více zaměřovat na specifika terapeutického procesu, a to i z pohledu klientů. Neboť si myslíme, že jejich pohled je také nesmírně důležitý pro ideální fungování celého procesu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHOTERAPIE – OBECNÁ ČÁST

Psychoterapie je obecně řečeno působení a cílené používání psychoterapeutických prostředků ke zlepšení klientova duševního stavu a jeho života (zdroj). Tento popis je velice široký a existuje více definic psychoterapie, ale většina z nich popisuje to samé pouze jiným jazykem. Na začátek si tedy nejprve uvedeme několik těchto definic. Například „Psychoterapie je zvláštní psychologická péče poskytovaná potřebným lidem, tedy lidem, kteří jsou vnitřně destabilizovaní či jim tato destabilizace hrozí“ (Vymětal, 2010, s. 9). Také jsou definice rozšířenější a zaměřující se i na oblast užívání psychoterapie jako je například tato:

„Psychoterapie je léčebné působení psychologickými prostředky, které má zmírnit a odstranit potíže a podle možností i odstranit jejich příčiny, tak aby došlo ke změnám v prožívání a chování pacienta. Psychoterapie je součástí léčebné činnosti ve zdravotnictví. Mimo tuto oblast se psychoterapie aplikuje v psychologickém poradenství při práci s klienty, u nichž se zpravidla nejedná o diagnostikované onemocnění, ale kteří jsou v důsledku svých problémů, konfliktů, psychických traumat, frustrací a stresů vznikem onemocnění ohroženi“ (Kratochvíl, 2006, s. 13-14).

Prochaska a Norcross (1999) si pro svou publikaci zvolili následující pracovní definici psychoterapie: „Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí“ (Prochaska & Norcross, 1999, s. 16).

Velkou složkou, na které stojí psychoterapie je sebepoznání. Dle Růžičky (2021) je skrze psychoterapii možno porozumět lidské existenci v celé její šíři a komplexnosti. Sebeoznání je ovšem významné i v běžném životě nikoli pouze v psychoterapii. A Goleman (1997) tvrdí, že sebepoznání vyrůstá ze sebeuvědomění, které popisuje jako pozornost nasměřovanou na svůj vnitřní stav a schopnost analyzovat jednotlivé prožitky, zvláště pak emoce. Díky této schopnosti se lidé mohou naučit lépe zpracovávat své emoce a nenechat se jimi tak snadno ovládat. Zvláště pro psychoterapeuty je to extrémně důležitá schopnost, kterou je nutné si osvojit, neboť se nemohou nechat vyvést z míry projevy klientových emocí a jeho chováním a musí si zachovat odstup a profesionalitu i při projevech

agrese či obviňování či nadávek. Kdyby terapeut nezvládal své emoce v horších případech by to mohlo vést nejen ke konci terapie ale hlavně i k poškození klienta.

V psychoterapeutické komunitě je pak velký důraz na sebezkušenost, kdy je tento termín je užíván hlavně psychoterapeutických výcvicích. Původně vychází z psychoanalýzy a jedná se o natrénovanou schopnost sebezpozorování a sebeuvědomování skrze zažívání různých situací v kontrolovaném prostředí. Sebezkušenost je velice podobná sebepoznání a překrývá se s ní. V sebezkušenosti se terapeut učí lépe vnímat, co prožívá, a jak tyto fenomény diferenciovat, hledat jejich příčiny a pochopit je. Tato systematická práce s emocemi vede ke zlepšení emoční inteligence. A jelikož je vyšší emoční inteligence jedním z očekávaných předpokladů všech terapeutů, je sebezkušenost zařazena takřka v každém psychoterapeutickém výcviku (Goleman, 1997).

V této diplomové práci se budou střídat výrazy „klient“ a „pacient“ které zde považujeme za synonyma. Přestože se tyto dva pojmy obecně rozlišují, budeme je zde využívat oba jako stejné, a to zejména z důvodu lepší čtivosti textu a také z toho důvodu, že se terapie nepraktikuje již jenom ve zdravotnických zařízeních.

1.1 Účinné faktory v psychoterapii

Dle Yaloma (2006) je jedním z nejdůležitějších předpokladů pro účinnou terapii přijetí odpovědnosti za svůj život. „Uvědomovat si odpovědnost znamená uvědomovat si, že vytvářím své vlastní já, svůj osud, životní úděl, své pocity a, pokud na to dojde, i své vlastní utrpení“ (Yalom, 2006, s. 226). Klient, který všechny své problémy externalizuje, viní z nich jiné lidi či vlivy, a nepřipouští na nich svůj podíl, znemožňuje uskutečnění správného terapeutického procesu. Hlavním obecným cílem terapie je změna, ať už na jakékoliv rovině. První krok této změny je přijetí odpovědnosti, a poté následuje jednání. V dřívějších dobách psychologie byl zastáván názor, že již pouhé uvědomění a zvědomení si problémů vede ke změně pacientova stavu k lepšímu. Tento názor byl populární převážně v době psychoanalýzy (Prochaska & Norcross, 1999) . „Že by opravdová změna nastala v nepřítomnosti jednání, to je prakticky i teoreticky nemožné“ (Yalom, 2006, s. 295).

Pro popis účinných terapeutických faktorů neexistuje jasně přijímaná a uznávaná definice objasňující celou jejich šíři a rozsah. Ovšem mezi široce přijímané dělení, patří rozdělení faktorů dle Vymětala a kol. (2004) kdy se faktory dělí na obecné a specifické. Obecné faktory jsou předpoklady pro úspěšnou terapii nevhledě na její zaměření. Patří mezi

ně terapeutický vztah, osobnost terapeuta, situace a osobnost klienta. Ne každý člověk má stejně kvalitní předpoklady pro úspěšnou terapii. Mezi osobnostní dispozice, které terapii napomáhají, se řadí otevřenost, schopnost sebeexplorace, průměrný a vyšší intelekt, dobré komunikační schopnosti, schopnost hovořit o svých problémech a nacházet souvislosti mezi problémy, životními událostmi a svou osobností (Vymětal a kol., 2004).

Existují také již zmíněné specifické či účinné faktory, které zahrnují především změnu, a to v oblastech emocí, rozumu, chování, somatiky a vztahů. Ne každý psychoterapeutický směr využívá všechny tyto faktory, a jejich využití se odvíjí od klienta a jeho problematiky.

a) Změny v emoční oblasti:

- Emoční korektivní zkušenost – znovuprožití situace nebo vztahu, jež člověka v minulosti traumatizovaly, v odlišné atmosféře přijetí a bezpečí
- Abreakce – vyvolá-li terapeut nějakou vytěsněnou traumatickou vzpomínku, pacient ji může znovu prožít s uvolněním afektů a silných emocí
- Katarze – očištění – odžití negativních pocitů přinášejících celkovou úlevu

b) Změny v rozumové oblasti:

- Informace o onemocnění, o způsobech řešení konfliktů atd.
- Kognitivní změny – prostřednictvím náhledu a porozumění sobě a své situaci, uvědomění si souvislostí

c) Změny v jednání

- Nácvik dovedností
- Modifikace maladaptivního (nepřizpůsobivého) chování

d) Změny v tělesné oblasti

- Odstranění somatických symptomů
- Relaxace a svalové uvolnění

e) Změny ve vztahové oblasti

- Změny v rodinných vztazích (např. v rodinné terapii) (Vymětal a kol., 2004).

Efektivitu psychoterapie, a tedy i její účinnost zajímá všechny zúčastněné strany, které tvoří klienti často i jejich blízcí a samotní terapeuti. Bylo tedy provedeno mnoho

výzkumů zaměřených na účinnost terapie jako celku, spíše než na jednotlivé faktory, které zodpovídají za předpoklad úspěšné terapie.

V 70. a 80. letech provedli Smith a Glass (in Vybíral et al., 2010) metaanalýzu účinnosti psychoterapie, a na základě zjištění došli k poznatkům, že průměrný člověk, který podstoupil psychoterapii, je na tom o 75 % lépe než člověk, který nikdy žádnou nepodstoupil. Pouze ve 12 % případů došlo ke subjektivně vnímanému negativnímu účinku psychoterapie. Největší zlepšení bylo zaznamenáno v oblastech zvýšení sebeúcty a sebehodnoty.

Další velmi významné dělení terapeutických faktorů, které je světově široce akceptováno dodnes, přinesl Yalom (2006). Jeho studie se zaměřovala pouze na skupinové terapie a jako takové se tedy o nich hovoří jako o účinných terapeutických faktorech ve skupinové terapii. Mnohé z těchto faktorů jsou ovšem přítomné i v individuální psychoterapii. Yalom celkově určil 11 účinných faktorů.

1. Dodávání naděje

Pro členy skupiny je velmi důležité pozorovat zlepšení u jiných členů, o to víc uvěří v možnost svého vyléčení.

2. Univerzalita

Členům skupiny pomáhá, když si uvědomí, že i další lidé mají podobné problémy, pomáhá jim to zapadnout do dění skupiny a přijmout svůj úděl.

3. Poskytování informací

Tento faktor zahrnuje didaktické instrukce poskytované zejména psychoterapeutem, dále informace ohledně řešení specifických problémů a situací (například – jak překonat panický záchvat).

4. Altruizmus

Pomoc ve skupině je vzájemná, členové jednou dávají, jindy přijímají. Oceňují i to, že druzí s nimi sdílejí jejich problémy a emočně je podporují. Altruizmus ve skupině podporuje rovněž rozvoj pro-sociálního chování v životě klienta mimo skupinu. Altruizmus je také základním stavebním kamenem skupinové koheze.

5. Korektivní rekapitulace primární rodiny

Tento jev ve skupinách by se dal přirovnat takzvanému přenosu v individuální psychoterapii. Většina členů skupiny si sebou přináší negativní zážitky z minulosti, především z dětství v původní rodině, jež omezují jejich vztahové možnosti, a proto se k terapeutům a případně k některým členům skupiny mohou vztahovat podobně

jako k důležitým osobám ve svém životě v minulosti. Na skupině se vztahová patologie neposiluje, ale naopak pojmenuje a nastává korektivní emoční zkušenost – klient má příležitost pochopit mnohé příčiny svých problémů a získat náhled.

6. Rozvoj sociálních dovedností

Nácvik nových nebo těžkých situací, ale také získávání zpětné vazby. Zpětná vazba může mít pro některé členy výrazně objevený a prospěšný charakter – například když zjistí, že si některé ze svých problémů v mezilidských vztazích způsobují sami naučeným vzorcem chování, který si ani pořádně neuvědomují.

7. Napodobující chování

Zejména v raných fázích terapie může členovi skupiny pomoci identifikace s jinými členy, kteří dle jeho mínění své problémy zvládají lépe. Členové skupiny se také často identifikují s psychoterapeuty.

8. Interpersonální učení

Zde si každý klient může prožít a uvědomit, jaké jsou jeho typické reakce na druhé lidi, čím ho někteří například rozčilují anebo zúzkostňují. Klienti sledují a hodnotí vztahy dalších členů skupiny mezi sebou a samozřejmě také vztahy těchto členů s terapeutem.

9. Skupinová soudržnost

Soudržnost (koheze) skupiny má pro fungování skupinové psychoterapie podobný význam, jako má terapeutický vztah pro individuální psychoterapii. Vytváří rámec, ve kterém se teprve mohou realizovat ostatní terapeutické faktory, vytváří bezpečnou půdu k tomu, aby se klienti otevřeli, experimentovali, riskovali, připustili druhé k sobě blíž, "zapadli" do skupiny.

10. Katarze

Katarze pracuje ve prospěch jak skupinové, tak i individuální psychoterapie. Pro klienty je úlevou, když mohou uvolnit své emoce, odreagovat se, zkrátka "vypustit to ven". Katarze je vysoce nápomocná například při zpracování zážitků z těžkých životních situací. Také pro faktor katarze platí, že podmínkou, aby proběhla, je bezpečná, přijímající atmosféra skupiny.

11. Existenciální faktory

Tento faktor Yalom přidal až dodatečně na závěr a sám udává že se zde promítá jeho osobní přístup, jelikož byl známým příznivcem existenciálního přístupu v psychoterapii. Jde vlastně o souhrn toho, co si v jisté fázi života potřebuje

uvědomit každý, i zdravý člověk: přiznat si, že tomu, co je pro něj v životě nejdůležitější, věnuje příliš málo času, uznat svou konečnost, vnitřně, do hloubky pochopit, že za svůj život je plně zodpovědný jedině on sám, a nakonec, že je na to vlastně sám (Yalom & Leszcz, 2007).

Na závěr je nutné podotknout, že sami autoři Yalom a Leszcze (2007) uvádí nutnost vnímat tyto faktory jako teoretické konstrukty, a tudíž nikdy nepostihnou celou šíři terapeutického procesu. Přesto že jsou zde popisovány jednotlivě, v realitě nemohou působit odděleně a jejich význam pro každou terapii může být odlišný.

1.2 Terapeutický vztah

Terapeutický vztah je obecně uznáván jako jeden z nejdůležitějších obecných faktorů pro úspěšnou psychoterapii. Jde o navázání vztahu, ve kterém se klient bude cítit bezpečně a jistě. Dle některých psychologů je mnoho psychických problémů zapříčiněno nejistým přilnutím k matce v době raného dětství, a o to více pak potřebují cítit bezpečí, jistotu a konzistenci ve vztahu se svým terapeutem (Grawe, 2007).

Psychoterapeutický směr, který nejvíce apeluje na terapeutický vztah, je terapie zaměřená na člověka, kterou uvedl C. Rogers. Dle jeho východisek je vztah to jediné, co může člověku pomoci zmobilizovat své vlastní vnitřní léčivé síly. Rogers sám ze své vlastní zkušenosti poznal, že člověku nelze pomoci žádným naučeným postupem, či výkladem „Žádný přístup, který se opírá o vědomosti, o výcvik, o přijetí něčeho, co se vyučuje, není k užítku. Přinejlepším mohou vést k určité dočasné změně, která brzy zmizí a zanechá jedince více než kdy dřív přesvědčeného o vlastní nedostatečnosti. Selhání těchto přístupů postavených na intelektu mě přimělo si uvědomit, že změna přichází prostřednictvím zkušeností ve vztahu“ (Rogers, 2015, s. 51).

Z důvodu významnosti terapeutického vztahu se tedy Rogers zaměřil na faktory, které vedou k dobrému vztahu, a tedy i úspěšné terapii, a stanovil proto podmínky pro správný terapeutický vztah. První podmínkou je autenticita terapeuta, někdy též kongruence. Tato podmínka zdůrazňuje nutnost uvědomování si svých vlastních pocitů. Jako druhou podmínku stanovil bezpodmínečné přijetí klienta. To znamená vnímat klienta takového jaký je se všemi pozitivními a negativními stránkami a takto ho přijmout. Ovšem přijetí automaticky neznamena souhlas. Toto přijetí úzce souvisí s pocitem bezpečí a dovoluje klientovi lépe vnímat své vnitřní pohnutky a prožívání, jelikož se nemusí obávat negativní

reakce či hodnocení ze strany svého terapeuta. Jako třetí stanovenou podmínku Rogers uvádí velmi citlivé empatické vnímání zaměřené na všechny emoční projevy klienta a jeho vlastní pocity. Opět se zde opírá o potřebu bezpečí a jistoty, aby mohla nastat v klientovy změna (Rogers, 2015).

Další humanističtí psychologové také zdůrazňovali důležitost terapeutického vztahu. Mezi ně patří např. Maslow (2021), který tvrdil, že je klíčové nechat věci plynout. Tedy není nutné stále klást otázky, ale jen být přítomen a vnímat klienta, a nesnažit se léčit za každou cenu. Dobrý terapeutický vztah je zásadní pro všechny psychoterapeutické směry a vždy by měl splňovat tyto charakteristiky:

- Empatii – klient by měl vnímat, že terapeut emočně vnímá jeho problém a rozumí
- Shodu na cíli
- Spolupráci
- Pozitivní oceňování – opět s důrazem na autenticitu, a ne z nutnosti
- Kongruence – obě osoby zapojené v terapeutickém procesu mohou být sami sebou

Dále je potřeba si být vědom sám sebe, aby terapeut nepřenášel do terapie své osobní zaujetí a nepromítal do klienta svá přesvědčení či reakce, tedy přenos a protipřenos (Vybíral, 2016).

V psychoterapeutickém vztahu je nutné si uvědomit, že klient a terapeut často vnímají jednotlivá sezení dosti odlišně. Kromě rozdílu, který je automaticky dán odlišnými rolami v terapeutické procesu to také vyplývá z podstaty toho, že pro klienta je terapeut mnohem významnější než pro terapeuta klient, jelikož klient má většinou pouze jednoho terapeuta, zatímco terapeut má mnoho klientů zároveň. Díky této nerovnováze je dobré zkoumat klientovy zážitky a emoce z posledního sezení, jelikož na něj mohlo mít mnohem větší vliv, než by nám jako terapeutovi mohlo připadat. Toto chtělo demonstrovat již několik psychologů, a mezi ně patřil již zmíněný Irvin Yalom. S pacientkou Ginny Elkins udělal dohodu, že si po každém sezení budou psát necenzurovaný, upřímný zápis, jako kompenzaci za to, že si nemohla terapii finančně dovolit. On sám je psal také, a poté tyto vzájemné pohledy na jejich terapeutická sezení vydal v knižní podobě pod názvem “Každý den o trochu blíž”(Yalom, 2005). Přestože se jednalo o popis stejných sezení, jejich prožívání těchto sezení, a následné popisy byly velice rozdílné (Josselson, 2009).

Ne každá terapie ovšem má stejnou potřebu kvalitního terapeutického vztahu, a ne vždy se navazuje stejně. Specifickým příkladem toho je práce s traumaty, a zvláště s traumatizovanými dětmi. Zde je obzvláště důležitá terapeutova schopnost seberegulace. „Schopnost neodpojovat se, pokud slyšíme o bolesti druhých, umění regulovat své vlastní emoce a být v kontaktu s vlastním tělem je základní podmínkou pro schopnost pomoci i dítěti, které se špatně ovládá, je emočně zahlcené, nesoustředěné, uzavřené, agresivní nebo disociované“ (Matoušek, 2017, s. 135). V takovéto terapii je nutné kontakt navazovat postupně a pomalu z důvodu snížené důvěry, a také aby mělo dítě čas si tuto důvěru vytvořit (Pöthe, 2022). Právě proto musí patřit mezi elementární dovednosti terapeuta pracujícího s traumatizovanými dětmi seberegulace, rozpoznání a zklidnění emocí dítěte. Tyto dovednosti by měl také terapeut být schopen předat rodičům traumatizovaného dítěte, aby dítě svými negativními reakcemi na jeho vyjádřené emoce a chování dále nepoškozovali. Pokud dítě získá u terapeuta pocit bezpečí a stability, samo se potom může uklidnit a lépe zpracovávat své potíže. Díky edukaci, sebezkušenostním výcvikům a vlastní individuální terapii je možné natrénovat a zlepšit své schopnosti v rozpoznávání, vnímání a ovládání svých emocí (Matoušek, 2017).

1.3 Osobnost terapeuta

Osobnost terapeuta je jedním z klíčových obecných faktorů, neboť ovlivňuje styl vedení terapie, způsob navazování terapeutického vztahu, a ve své podstatě všechny složky psychoterapeutického procesu. Žádný terapeut nebude vyhovovat všem klientům právě kvůli dílčím rozdílům zapříčiněným spoustou faktorů, mezi nimi i jeho osobností. Ovšem každý terapeut by měl mít několik vlastností a kvalit. Mezi tyto vlastnosti a kvality patří empatie, vlídnost, přívětivost, schopnost naladit se na klienta a citlivě reagovat na jeho potřeby. Měl by také být osobnostně zralý, stabilní, otevřený a bez předsudků, s dobrou schopností seberegulace a vnímání svých vnitřních psychických procesů (Norcross, 2011).

Dle Vymětala (2010) jsou především důležité dvě klíčové charakteristiky, a to vnitřní stabilita a úroveň sebepoznání. Díky vnitřní stabilitě mají lidé obecně vyšší frustrační toleranci k psychické zátěži, což je pro terapeuty velmi důležité, nehledě na další její benefity. Sebeoznání určuje míru porozumění sobě sama, chápání svých vnitřních motivací a vlivů, a umět s nimi pracovat. Pro jeho rozvoj je zásadní například sebezkušenostní část psychoterapeutických výcviků, kde se tyto schopnosti procvičují a objevují, za pomoci hraní rolí klienta a terapeuta a dalších technik. Díky sebeoznání si člověk lépe zvědomí své

vzorci chování a vztahování se k věcem a lidem, a může je lépe ovládat a nebýt jimi sám ovládán.

Dobrý terapeut by podle Vybírala (2016) měl mít tyto dovednosti:

- Umět zvládat a zpracovávat vlastní negativní emoce
- Umět se přenést přes frustraci a zklamání, když terapie nepostupuje
- Uvědomovat si a zvládat vlastní přenosy a protipřenosy
- Pracovat společně s klientem, nikoli místo něho
- Pomáhá klientovi získat náhled na své problémy a převzít odpovědnost za jejich zvládnutí
- Nevytahuje se svými teoretickými znalostmi
- Umí otevřeně pojmenovat a reflektovat, co se odehrává mezi ním a klientem
- Vždy dodržovat etické zásady

Ovšem ne všechny směry přikládají důležitost osobnosti terapeuta, pro dosažení úspěšné terapie, stejnou váhu. Pro humanisticky orientované psychoterapeuty je to jejich základní nástroj v terapii a hlavní prostředek k pomoci klientovi. Oproti tomu v kognitivně behaviorální terapii (KBT) zaujímá osobnost terapeuta nižší příčku na žebříčku důležitosti vzhledem ke své opoře o procesy učení a techniky. Každý klient je různý a bude mu vyhovovat jiný směr a jiný terapeut.

Americká psycholožka Whitbourne (2011) shrnula to co považovala za nejdůležitější vlastnosti terapeuta do těchto 13 bodů:

- Mezilidské dovednosti, zejména empatie, vřelost, přijetí
- Důvěryhodnost
- Ochota vytvořit terapeutické spojení
- Schopnost vysvětlit pacientovy symptomy a zároveň je převést do předmětu změny
- Vytvořit s klientem terapeutický plán a následovat ho
- Komunikovat klientovi důvěru v proces terapie
- Pozornost k průběhu terapie a komunikace s klientem
- Flexibilní přizpůsobení léčby potřebám konkrétního klienta
- Je optimistický ohledně naděje na zlepšení klienta
- Je citlivý ke kulturním specifikům klienta
- Je schopen dobré sebereflexe

- Spoléhá se na vědecky ověřené postupy
- Neustále se vzdělává

Také se dá hovořit o obecných předpokladech pro pomáhající profese. Za prvé je zde opět sebepoznání, za účelem diferenciací svých emocí, myšlenek a našeho světa od světa klienta (Goleman, 1997). Zejména proto, abychom klienta a jeho svět dokázali vnímat a respektovat jako autonomní jednotu, se silou či potenciálem se vypořádat se svými životními problémy svými vlastními silami. Další předpoklady zahrnují fyzickou a psychickou zdatnost, spíše chápáno jako odolnost, či resilienci, inteligenci, komunikační schopnosti a osobní integritu (Vymětal, 2010).

Také se uvádí, že atraktivita může napomoci k navození žádoucích aspektů vztahu s klientem snáze, jako například důvěru a pocit bezpečí. Ovšem atraktivita nesmí překlenout hranici etických zásad a vést klienta k touze se pokoušet o milostný vztah (Krubá, 2014).

1.4 Hlavní terapeutické směry

V současné době je stav psychoterapeutických přístupů a výcviků značně komplexní s množstvím akreditovaných výcviků a prolínajících se přístupů. V této části si pouze stručně popíšeme přehled základních směrů a jejich rozdělení (Vybíral et al., 2010). V dalších částech si podrobněji popíšeme dva hlavní psychoterapeutické směry na základě zaměření terapeutů, kteří se účastnili výzkumu.

Humanistická psychoterapie

Pod humanistickou psychoterapii spadá poměrně velké množství terapeutických přístupů, které mají i akreditované výcviky. Jedná se o Logoterapii, Gestalt, Terapii orientovanou na člověka (Person centered approach – PCA) dle C. Rogerse, Existenciální přístup a další. Humanistický přístup vyrůstá z myšlenky, že člověk je přirozeně dobrý a je potřeba mu dát pouze prostor pro vyjádření jeho dobré podstaty především za pomoci přijetí a bezpečného prostředí (Rogers, 2015). Je zde také odpor k redukcionismu, a místo toho se vyzdvihuje jedinečnost každého člověka a jeho vlastní individualita. V tomto typu terapie se pracuje především formou rozhovoru – dialogu, a je kladen velký důraz na autentičnost terapeuta a přijetí klienta se všemi jeho specifiky. Cílem terapie je v podstatě obnova či návrat k přirozenému dobrému jádru každého z nás a k osobnímu rozvoji který má vést k sebeaktualizaci a nalezení svého smyslu v životě (Prochaska & Norscross, 1999).

Hlubinná psychoterapie

Základní kameny hlubinné psychoterapie položila především psychoanalýza a její zkoumání nevědomých procesů (Fine, 1977). Spadá sem již zmíněná psychoanalýza, psychoanalytická psychoterapie, individuální psychologie a další směry, které z nich dále vychází. Tyto novější směry se někdy označují pojmy jako neoanalýza, egopsychologie apod. Dle hlubinné psychologie jde každý myšlenkový proces a zážitek analyzovat, a z toho vyvozovat důsledky a skutečnosti. Kladou velký důraz na rané dětství a vztahy v rodině. Pracuje s probíráním těchto vztahů a dalších skutečností, zkoumá je a poté interpretuje. Jedná se zpravidla o terapii a delším časovým horizontem, kde je také zásadní vztah s terapeutem. Díky rozboru své minulosti klient pochopí utváření svého života a svou motivaci, a díky tomu se dokáže vypořádat s prožitými traumaty či překonat životní obtíže (Kalina, 2013).

Behaviorální psychoterapie

Behaviorální psychoterapie se zaměřuje především na procesy chování a hlavně učení. Základní myšlenkou tohoto přístupu je, že naše osobnost, chování a všechny naše projevy jsou naučené, či aspoň učením ovlivněné a jako takové se tedy také dají přeučit. Teoretické základy vycházejí z experimentální a obecné psychologie. Cílem terapie je identifikovat a pochopit nežádoucí vzorce chování a následně s nimi pracovat. Cílem je změnit nežádoucí a nahradit je adaptivnějšími, především za pomoci řady různých technik a postupů, kterými se behaviorální terapie vyznačuje. Terapie je více direktivní a vyžaduje aktivnější zapojení klienta do procesu léčby/změny (Vymětal a kol., 2004).

2 VYBRANÉ TERAPEUTICKÉ SMĚRY

V této kapitole si podrobněji popíšeme psychoterapeutické směry, které mají terapeuti, jež se zúčastnili našeho výzkumu. Představíme hlavní stručný přehled daného směru, jeho vývoj a užívané metody.

2.1 Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) je aktivní, na problém zaměřený a časově omezený přístup k léčbě, jehož cílem je snížení emočního stresu a zvýšení adaptivních schopností zvládání potíží u pacientů s řadou problémů v oblasti duševního zdraví a přizpůsobení. Kognitivní behaviorální terapeuti provádějí intervence strategickým způsobem tak, že intervence vycházejí z individuální formulace případu klinické prezentace pacienta, jsou prováděny ve spolupráci s pacientem, jsou navrženy tak, aby pacienty posunuli vpřed a přímo k naplnění jejich léčebných cílů a jsou prozkoumány v celé své šíři, aby jejich účinnost mohla být vyhodnocena pomocí "dat" shromážděných pacientem. Základní strategie KBT jsou tedy účinné, zaměřené a cílené (Wenzel, 2013).

Historicky se KBT zaměřuje na dvě psychologické oblasti: poznávání a chování. Podle teorie, z níž KBT vychází, maladaptivní nebo neúčinné kognice leží v jádru pochopení psychopatologie (Beck, 1993). Například pacienti s depresí se často vyznačují "negativní kognitivní triádou", a to takovou, že mají negativní přesvědčení o sobě, světě a budoucnosti, která posilují jejich negativní přesvědčení a udržují jejich poruchy (Beck et al., 1979). Z toho vyplývá, že základní kognitivní strategie v KBT by mělo být pomoci pacientům upravit takové negativní myšlení jako prostředek ke zlepšení jejich duševního stavu. Tato strategie, nazývaná kognitivní restrukturalizace, je dnes ústředním prvkem v rámci KBT, i když je třeba poznamenat, že současné odnože KBT podporují alternativní kognitivní přístupy, jako je například distancování se od myšlenek, nikoliv jejich změnu (Hayes et al., 2012).

Behaviorální strategie v KBT se zaměřují mimo jiné na překonání vyhybavého chování hledání alternativních myšlenek pro vyvrácení těch automatických negativních myšlenek, zapojení do prosociálního chování a dosažení péče o sebe sama. Například behaviorální aktivace u deprese pomáhá pacientům se více aktivně zapojit do života.

Zatímco expozice u úzkostných či obsedantně-kompulzivních a traumatických a poruch spojených se stresory pomáhá pacientům uhasit reakce strachu systematickým kontaktem s obávanými podněty a situacemi. Většina pacientů, kteří se dostaví k léčbě, se navíc potýká s celou řadou životních problémů, takže k řešení problémů lze přijmout strategii využívající kognitivní techniky, která pacientům pomůže nahlížet na problémy adaptivním způsobem a behaviorální techniky, které jim umožní realizovat řešení jejich problémů (Pešek et al., 2012).

2.1.1 Vývoj

Kognitivně behaviorální terapie vznikla sloučením dvou terapeutických přístupů - behaviorální terapie a kognitivní terapie. Behaviorální terapie vychází z teorií I. P. Pavlova o klasickém podmiňování. Dále na něj navázal J. B. Watson, který začal používat klasické podmiňování k léčbě psychických onemocnění a tím je považován za zakladatele behaviorismu. Dále pokračoval v rozvoji F. B. Skinner a E. L. Thorndike kteří uvedli termíny operantní a instrumentální podmiňování.

Jako teoretický základ behaviorální terapie také sloužila teorie sociální učení A. Bandury. Kognitivní psychologové rozšiřují klasické formy učení, ze kterých vychází behaviorální terapie, o tzv. kognitivní učení. Zastánci kognitivního učení se shodují v tom, že lze proces učení interpretovat a sledovat s využitím modelu P (podnět) – O (organismus) – R (reakce) – N (následky), podle kterého je člověk aktivním účastníkem procesu učení a ovlivňuje ho svým hodnocením, zkoumáním a porovnáváním s minulými zážitky a dalšími kognitivními procesy (Možný & Praško, 1999).

Rozkvět kognitivní terapie bývá nejčastěji spojován s A. Ellisem a A.T. Beckem. Přestože oba autoři vytvořili svoji terapii nezávisle na sobě, jsou jejich přístupy v mnohém podobné. A. Ellis vytvořil systém A-B-C, který vychází z předpokladu, že člověk zpracovává určitou událost A (activating event) pomocí svých přesvědčení, názorů, postojů B (belief system), které vyvolají určité důsledky C (consequence) (Becková, 2018).

Poté v průběhu došlo k integraci obou těchto terapeutických přístupů, a to zhruba v druhé polovině sedmdesátých let. Z behaviorální terapie převzal nový směr především důraz na empirické ověřování teorií i účinnosti terapeutických postupů za pomoci vědeckých metod, z kognitivní terapie především důraz na zkoumání a měření kognitivních procesů. Mezi hlavní představitele integrace patří již zmíněný A. Bandura (sociální učení), J. R. Cautel, D. Meichenbaum (nácvik sebe instruktáže), M. Seligman (vliv naučených

postojů na rozvoj deprese), M. J. Mahoney (uplatnění poznatků behaviorální terapie v psychoterapii) a další. I přes mnohé teoretické odlišnosti se představitelé kognitivně - behaviorální terapie shodují v těchto základních rysech (Becková, 2018):

- KBT je krátká, časově omezená
- KBT je strukturovaná a terapeut je aktivní a direktivní
- KBT se opírá o vztah otevřené aktivní spolupráce mezi klientem a terapeutem
- KBT vychází z teorií učení a teorií kognitivní psychologie
- KBT se zaměřuje na přítomnost
- KBT se zaměřuje na konkrétní, jasně definované problémy
- KBT si stanovuje konkrétní, funkční cíle
- KBT se zaměřuje na pozorovatelné chování a vědomé psychické procesy
- KBT uplatňuje vědeckou metodologii, konečným cílem KBT je dosažení soběstačnosti klienta

2.1.2 Metody

Kognitivně behaviorální terapie patří k přístupům s největším množstvím technik a metod které terapeuti mohou využívat při léčbě klientů. Existuje mnoho typů a různých verzí, nelze tedy zcela přesně určit a vydělit jednotlivé techniky, či metody a jejich zaměření, neboť se navzájem často prolínají. Ale například Možný a Praško (1999) rozdělili metody na tři hlavní kategorie podle aspektu chování, na který se zaměřují. Jsou jimi:

Metody ovlivňující tělesné příznaky – tyto metody pracují převážně se uvědoměním si fyzických aspektů doprovázející psychické problémy a práce s nimi. Patří sem například Jacobsonova progresivní relaxace, či Schultzův autogenní trénink.

Metody zaměřené na ovlivnění zjevného chování – tyto metody pracují s myšlenkou, že naše jednání je často naučené, a tudíž se dá přeučit či odnaučit. Patří sem například systematická desenzibilizace, expozice, monitorování činnosti, či plánování činnosti.

Metody ovlivňující kognitivní procesy – tyto metody se snaží změnit mentální nastavení a objevit maladaptivní jádrové přesvědčení které pacientům působí potíže a toto přesvědčení změnit. Patří sem například kognitivní restrukturalizace.

2.2 Psychodynamická terapie

Psychodynamická psychoterapie je psychoterapeutický přístup, který vychází primárně z psychoanalýzy, ovšem inkorporuje v sobě mnoho dalších psychoanalytických přístupů. Nejedná se tedy o jasně a čistě ohraničený psychoterapeutický přístup, jelikož využívá spoustu menších prvků, například z již zmíněné psychoanalýzy či psychoanalytické psychoterapie, dlouhodobé či krátkodobé psychodynamické terapie, analyticky orientované psychosomatické terapie a dalších hlubinně psychologických přístupů. Termín je psychodynamická terapie je úzce provázán s pojmem hlubinná terapie či hlubinně orientovaná terapie. Hlavním prvkem této psychoterapie je přístup k práci s klientem, který je založený primárně na dlouhodobější spolupráci, podpoře, rozhovorech o všech tématech, která jsou pro klienta důležitá a jejich následná interpretace (Vybíral & Holub, 2010).

Všechny tyto terapeutické přístupy vycházejí ze stejného teoretického základu, který se nachází v psychoanalytické teorii, a je jím tedy podobná teorie osobnosti a mysli, podobné koncepty duševního vývoje, velmi podobné pojetí terapeutického vztahu se složkami reálného vztahu, léčebného spolenectví a přenosu; obdobnou teorii psychopatologie a specifických poruch a také některé aspekty teorie změny (Fine, 1977).

Hlavní formou psychodynamické terapie je volně plynoucí rozhovor. Ve společném dialogu se věnujeme hlubším významům a souvislostem sdíleného tématu, a případným žádoucím změnám v postojích či v chování. V psychoterapii nejde jen o komunikaci, ale také o terapeutický vztah – a ten je potřeba nějaký čas budovat. V rámci oboustranně respektovaného a bezpečného vztahu je možné vážně a otevřeně hovořit o zcela osobních věcech. Klient může prostřednictvím terapeutického vztahu nahlédnout na vlastní fungování v kontaktu s ostatními lidmi. Pravděpodobně po čase zjistí, že s terapeutem zažívá podobné situace jako s lidmi „zvenku“. Na rozdíl od „běžných“ vztahů má však možnost o svém fungování ve vztahu s terapeutem otevřeně mluvit a porozumět mu. V rámci terapie lze odkrývat „slepá“ místa, zkraslené představy, očekávání a jejich původ. Pokud tato nastavení klientovi nevyhovují a komplikují mu život, tak s terapeutovou podporou může uskutečňovat požadované změny (Howard, 2008).

2.2.1 Vývoj

Jak již bylo zmíněno, psychodynamická teorie má své základy v psychoanalýze a následuje vývoj psychoanalytických směrů, které následovaly psychoanalýzu a z nich dále vyrůstá.

Velké téma u psychoanalýzy byla její časová náročnost a již za doby Sigmunda Freuda se vedli diskuze o kratších terapiích (u tohoto tvrzení musí být zdroj) Ke zkracování dlouho trvajících psychoanalytických terapií začalo docházet ve větším měřítku v 50. a 60. letech minulého století v souvislosti se vznikem nových škol. Důvodem bylo jednak dlouhé čekání pacientů na několikaleté psychoanalýzy považované za jediné správnou psychoterapii. Dále bylo potřeba nabízet účinnou terapii v krizových situacích. Také zdravotní pojišťovny začaly vyvíjet tlak na zkracování psychoterapie (Vybíral & Holub, 2010).

Prochaska a Norcsoss (1999) uvádí, že psychoanalytická psychoterapie vzniká, jakmile jsou objasněny základní principy vývoje osobnosti a psychopatologie. Nebyl žádný důvod k terapeutické práci, při které by se měl u všech pacientů odhalovat oidipovský komplex (jak to činila klasická psychoanalýza). Na základě důkladného pochopení psychoanalytických principů vzniku psychopatologie mohli terapeuti začít utvářet takové formy psychoanalytické terapie, které budou odpovídat potřebám jednotlivých klientů, a které nebudou usilovat o to, aby se pacient přizpůsobil východiskům standardní analýzy. To později se smíšením dalších hlubinných přístupů vedlo k psychodynamické terapii.

2.2.2 Východisko

Své teoretické východisko má psychodynamická terapie a všechny hlubinné terapie opět v počátcích psychoanalýzy, a to zejména v roli nevědomí na naše chování a prožívání a tím utváření našeho života. Podle Howardové (2008) je to především tvrzení, že všichni máme „vnitřní svět“, který má silný vliv na to, jak myslíme, cítíme a jak se chováme. Náš vnitřní svět obsahuje pocity, myšlenky, přesvědčení a fantazie. Částečně je vědomý, to znamená, že k němu máme přístup. Ovšem z velké části je nevědomý, to znamená, že si ho z jeho podstaty neuvědomujeme a nemáme k němu snadný přístup. A právě jedním z cílů psychodynamické psychoterapie je učinit více z naší mysli vědomého tak, abychom mohli žít svůj život s větším uvědoměním si toho, co nás motivuje, a tak mít více svobody a možnosti volby ve svém jednání. Nevědomí může být zkoumáno na základě našeho chování a citění, ale také rozborem a interpretací snů a tzv. „neúmyslných prozrazení“ jako jsou přeréknutí, náš humor či metafory neboli tzv. „chybné úkony“.

Dle Prochasky a Norcsosse (1999) je psychodynamická terapie založená na psychoanalytické koncepci, která říká, že pacientovy problémy jsou důsledkem protikladných intrapsychických tendencí, a k tomu přidávají předpoklad, že předchozí zkušenosti, hlavně v raném období života, významně ovlivňují naše aktuální současné

chování, emoce a vztahové vzorce. Vývoj člověka je zde nahlížen jako výsledek vzájemného působení vývojového plánu (daného genetickou výbavou) a vlivu prostředí.

Cortina (2010) popisuje šest elementárních psychoanalytických konceptů, které původně rozpracoval ve svých studiích Shedler (2010). Patří mezi ně:

- Nevědomé procesy a nevědomá motivace
Terapeuti pomáhají klientům rozpoznat popírané potřeby či usměrňovat touhy a přání, které jsou zaplavující, a spotřebovávají příliš mnoho energie.
- Emoční procesy
Terapeuti pomáhají klientům poznat a respektovat emoce, ať už jsou žádoucí či ne.
- Obranné mechanismy
Terapeuti se zabývají snahami pacienta vyhnout se jistým zkušenostem, jako jsou bolestivé emoce nebo ohrožující situace.
- Vývojové procesy
Psychoanalytický model mysli je ryze vývojový. Lidské myšlení se organizuje kolem centrálních témat, konfliktů nebo strategií, které jsou z větší části nevědomé, a které mají svůj původ ve vývoji jedince. Psychoanalytik sleduje tato témata, ozřejmuje je pacientovi a snaží se je propojit se současnou situací pacienta.
- Sociální procesy
Dle psychoanalýzy existují nejméně tři oblasti, v nichž je člověk propleten se společností: attachment (vztahová vazba), rodinné vazby; intersubjektivní schopnosti a komunikace; a kultura.
- Procesy imaginace
Dynamičtí terapeuti se zabývají sny, symboly a fantaziemi jako cesty ke stavům pacientovy mysli.

2.2.3 Metody

Hlavní metodou vedení terapie v psychodynamickém přístupu je rozhovor, na který navazuje interpretace životních zkušeností a dále se pracuje s přenosovou reakcí. Díky rozhovorům s terapeutem se klientovi otevře přístup k jeho patogenně významným zážitkům (Dührssen, 1998). Leichsenring a Leibing (2007) považují za hlavní cíl interpretativní intervence rozšířit a zlepšit pacientův náhled na stále opakující se konflikty které udržují jeho problémy. Autoři se ve svém výzkumu podrobněji zabývají rozdíly mezi využitím. Hlavním záměrem podporující intervence je otevřít či posílit ty dovednosti a schopnosti, které klient

aktuálně není schopen využívat (např. z důvodu akutního stresu), nebo které nebyly adekvátně rozvinuty (např. sebeovládání u některých typů poruch osobnosti). Velkou část úspěšné podporující intervence tvoří navázání pomáhajícího či terapeutického spojení. Použití spíše podporujících či spíše interpretativních intervencí závisí na pacientových potřebách.

3 VYBRANÉ DUŠEVNÍ PORUCHY

V této kapitole si popíšeme duševní poruchy, na které je náš výzkum zaměřen, tedy schizoafektivní poruchu a bipolárně afektivní poruchu. U každé z těchto poruch si uvedeme její klasifikaci dle MKN-10, etiologii, epidemiologii, hlavní příznaky, diagnostiku a léčbu.

3.1 Schizoafektivní porucha

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10) řadíme schizoafektivní poruchu mezi poruchu schizofrenního spektra (F20-F29). Konkrétně se jedná o „epizodické poruchy, které mají zřejmé jak afektivní, tak schizofrenní symptomy, takže jednotlivé epizody neopravňují ani k diagnóze schizofrenie ani depresivní či manické epizody. Stavy, kde afektivní symptomy nasedají na předchozí schizofrenní onemocnění nebo doprovázejí či střídají trvalou poruchu s bludy jiného typu, jsou zařazeny pod F20–F29. Nálada, neodpovídající psychotickým symptomům u afektivních poruch, neopravňuje k diagnóze schizoafektivní poruchy“ (MKN-10, 2023).

Dále se schizoafektivní porucha dělí na:

F25.0 Manický typ

U tohoto typu jsou přítomny jak schizofrenní, tak manické symptomy, takže epizoda choroby neopravňuje ani k diagnóze schizofrenie (F20) ani manie ve smyslu poruchy nálady (F30). Tato položka by se měla používat jednak pro ojedinělou epizodu, tak pro recidivující poruchu, kde většina epizod je definována jako schizoafektivní porucha manického typu.

F25.1 Depresivní typ

U depresivního typu schizoafektivní poruchy, jsou výrazné oba typy symptomů, jak schizofrenní, tak depresivní, takže epizoda choroby neumožňuje použít/zadat diagnózu ani schizofrenie ani deprese. Tato položka by se měla používat jak pro ojedinělou prodělanou epizodu, tak pro recidivující poruchu, kde většina epizod odpovídá schizoafektivní poruše depresivního typu.

F25.2 Smíšený typ

Cyklická schizofrenie, Smíšená schizofrenní a afektivní psychóza

F25.8 Jiné schizoafektivní poruchy

F25.9 Schizoafektivní porucha, nespecifikovaná (MKN-10, 2023).

3.1.1 Etiologie

Poznatky o etiologii schizoafektivní poruchy jsou založeny především na poznatcích o vzniku a vývoji schizofrenních a afektivních poruch, které jsou nám současně k dispozici. „Nepochybná je účast faktorů genetických, biochemických a psychosociálních, diskutuje se i účast změn strukturálních; interkurentní infekce může usnadnit propuknutí psychotické poruchy“ (Horáček a kol., 2003, str. 67). Dle Okashy (2007) není možné definitivně identifikovat příčiny této poruchy, a to především z důvodu, že její definice byla již několikrát pozměněna. Mezi možnými příčinami schizoafektivní poruchy se běžně uvádí zejména genetické faktory a faktory prostředí. Genetika byla zkoumána například prostřednictvím zjišťování výskytu psychotických onemocnění v rodině pacienta s diagnostikovanou schizoafektivní poruchou. Bylo zjištěno, že v rodinách osob se schizoafektivní poruchou se signifikantně častěji vyskytují osoby s diagnostikovanou poruchou nálady než osoby se schizofrenií (Laursen et al., 2005).

3.1.2 Epidemiologie

Dle Okashy (2007) není žádná psychiatrická epidemiologická studie, která by se zabývala incidencí a prevalencí schizoafektivní poruchy, která by byla provedena na celé populaci. V tomto ohledu byly provedeny pouze menší studie v dřívějších dobách, které dnes již nejsou aplikovatelné, a to zejména z důvodu změny diagnostických kritérií. Smolík (1996) tvrdí, že u schizoafektivní poruchy nemůžeme dost dobře určit její prevalenci a incidenci. Ovšem s postupem času lze konstatovat, že její prevalence je menší než prevalence schizofrenie a poruch nálad. Praško a kol. (2011) uvádí, že v naší populaci se celoživotní prevalence pohybuje okolo 1 % a to v nezávislosti na pohlaví. Ovšem Horáček a kol. (2003) zastává názor, že diagnóza schizoafektivní poruchy je často nesprávně určena, i přes upozornění spojená se stanovením této diagnózy. Odborníci jsou nabádáni, aby k této diagnóze přistupovali obezřetně a stanovovali ji až po pečlivém zvážení všech symptomů. Horáček a kol. (2003) také dodává, že je ve vyšší míře diagnostikována u žen, pravděpodobně z důvodů afektivní symptomatologie, ovšem žádné studie toto rozložení nemoci nepotvrzují, spíše naopak.

3.1.3 Hlavní příznaky

Jak jsme již uváděli výše, hlavním projevem je směs afektivních a schizofrenních příznaků. Často se k symptomatologii schizoafektivní poruchy přidávají ještě netypické příznaky, které ovšem dříve byly považovány za nutné pro diagnózu skutečné schizoafektivní poruchy. Patří mezi ně především poruchy vědomí, zmatenost, neklidné delirium nebo také oneiroidní stav (Raboch et al., 2001).

Oneiroidní stav Raboch et al. (2001) popisují jako psychotický prožitek podobný snu, který doprovází silný afekt a halucinatorně bludná symptomatika. Dále se také mohou objevovat i bludy se zvláštním až bizarním obsahem, které nepřiléhají k pacientově aktuální náladě, tedy jsou nekongruentní. Tato nálada může být buď výrazně elevovaná, nebo naopak nepřiměřeně pokleslá. Pokud u pacienta převažuje elevovaná nálada, může být doprovázena expanzivním chováním, zvýšeným sebevědomím a podrážděností, popřípadě nekritičností. Naopak depresivní nálada je spojena s útlumem chování, autoakuačními bludy, emoční oploštělostí, bezradností a suicidálními myšlenkami nebo tendencemi. Oproti schizofrenii, epizody schizoafektivní poruchy probíhají zcela ohraničeně, a mezi jednotlivými epizodami zpravidla chybí reziduální symptomy (Höschl et al., 2002).

„Prognóza schizoafektivní poruchy se všeobecně považuje za příznivější než u schizofrenie“ (Bouček a kol., 2006, str. 87). Toto platí právě z důvodu nepřítomnosti negativních příznaků, jak vyjadřuje Dušek (2010). „Pacienti, kteří trpí periodickými schizoafektivními epizodami, zvláště ti, u nichž jsou příznaky spíše manického než depresivního typu, se obvykle plně uzdraví, a pouze zřídka se u nich vyvine defektní stav“ (Smolík, 1996, str. 194). Raboch et al. (2001) dále dodávají, že je možné, že právě schopnost intenzivně emočně prožívat, může pacienta chránit před negativními dopady psychotické epizody. Nicméně katamnestické studie ukazují, že pokud pacienti v době remise trpí psychotickými symptomy, má průběh onemocnění spíše charakter schizofrenie, a pokud se psychotické symptomy projevují minimálně, pak onemocnění odpovídá spíše průběhu poruchám nálady (Smolík, 1996).

3.1.4 Diagnostika

Určení diagnózy není jednoduché, vyžaduje důkladné klinické vyšetření, pečlivě sebranou subjektivní anamnézu, v ideálním případě doplněnou také o objektivní anamnestické údaje, např. od rodiny či blízkých pacienta. Stanovit přesnou diagnózu lze někdy až zpětně (po delším čase), kdy je možné podívat se na výskyt a průběh příznaku jako na celek. Diagnostika

může být stanovena, pouze pokud jsou splněna jednotlivá diagnostická kritéria poruchy (viz výše).

Hloubku nemoci je možné zhodnotit kromě běžných obecně užívaných testů (např. MMPI-II, WAIS III, ROR) pomocí speciálních škál. Pro zhodnocení schizofrenních příznaků je nejčastěji využívána škála pozitivních a negativních symptomů u schizofrenie (PANSS). Depresivní příznaky můžeme hodnotit pomocí Hamiltonovy škály deprese (HAMD) nebo škálou Montgomeryho a Asbergové (MADRS). Pro zhodnocení manických symptomů existuje Youngova škála mánie (YMRS). Existuje také škála přímo pro pacienty se schizoafektivní poruchou Celkový klinický dojem u schizoafektivní poruchy (CGI-SCA) (Hosák et al., 2015).

Může být obtížné odlišit schizoafektivní poruchy (F25) od epizod poruch nálady s psychotickými příznaky (F30) nebo od schizofrenie (F20). Při rozhodování je důležitý časový sled základních příznaků (Smolík, 1996).

3.1.5 Léčba

Léčba schizoafektivní poruchy je většinou kombinací léčby psychózy a poruchy nálady. Užívají se antipsychotika často v kombinaci s antidepresivy (Bouček a kol., 2006; Höschl et al., 2002). Léčba se běžně zaměřuje na aktuálně přítomné symptomy a příznaky. V průběhu manické epizody se obvykle používá Lithium, mnohdy v kombinaci s antipsychotiky. Lithium je také často používáno jako profylaxe manického typu schizoafektivní poruchy. U depresivního typu nebyl pozitivní účinek lithia pozorován. O léčbě Lithiem píše i Azorin (1995) a připojuje k tomu i další poznatky o pozitivním vlivu nových antipsychotik. Dnes se nejvíce používají atypická antipsychotika, tedy antipsychotika II. generace, jako například Risperidon nebo Olanzapin.

U depresivního typu patří mezi nejběžnější používaná psychofarmaka zejména antidepresiva, také v kombinaci s benzodiazepiny a neuroleptiky, které se ovšem dávají pouze na akutní stavy a úzkosti (Smolík, 1996). U antidepresiv se nejčastěji volí typ SSRI jako je Fluoxetin, Fluvoxamin a Citalopram (Raboch et al., 2001; Höschl et al., 2002). Kirlioglu a Balcioglu (2020) pozitivně hovoří o léčbě chronobiologickými metodami, obzvláště v případě, kdy jde o depresivní složku u schizoafektivní poruchy. K těmto metodám patří fototerapie, terapie tmou a metoda spánkové deprivace. V některých případech může být dokonce podáván melatonin na vyrovnání jeho hladiny v organismu. Ten příznivě působí na správné fungování cirkadiálních rytmů.

K léčbě se samozřejmě využívá i psychoterapie. V moderní době se používá zejména v kombinaci s farmakoterapií. Dají se také využívat Centra duševního zdraví (CDZ), která se někdy specializují na tuto poruchu či práci s jejich klienty. Také se dá využívat peer konzultantů, kteří jsou u tohoto typu poruch velice užiteční (Kantrowitz, & Citrome, 2011).

Raboch et al. (2003) i Höschl et al. (2002) také udávají možnost využití elektrokonvulzivní terapie, a to hlavně u vzrušených nebo silně depresivních pacientů se schizoafektivním onemocněním. Höschl dodává, že nasazení tymoprofilaktik může zabránit novým atakám onemocnění.

3.2 Bipolárně afektivní porucha

Bipolárně afektivní porucha (BAP) je psychické onemocnění, které dle klasifikace MKN-10 má kód F31 a spadá pod oblast afektivních poruch neboli pod poruchy nálad (F30 až F39). Definice dle MKN-10: „Bipolárně afektivní porucha je charakterizovaná dvěma nebo více fázemi, při nichž je nálada a úroveň aktivity pacienta významně narušena. Tato porucha tkví v tom, že za určitých okolností je patrná zvýšená nálada, energie a aktivita (hypomanie anebo manie), jindy zhoršení nálady a snížení aktivity a energie (deprese). Pacient trpící pouze opakovanými atakami manie nebo hypomanie, se zařazuje jako bipolární.“ (MKN-10, 2023). Patří sem maniodeprese a maniodepresivní onemocnění, maniodepresivní psychóza a maniodepresivní reakce. Ovšem nepatří sem bipolární porucha s jedinou manickou fází (F30) a cyklotymie (F34)

Dále se dělí na

F31.0 Současná fáze je hypomanická

Pacient je v přítomnosti hypomanický a měl alespoň ještě jednu afektivní fázi v minulosti (hypomanickou, manickou, depresivní nebo smíšenou).

F31.1 Současná fáze manická bez psychotických symptomů

Nemocný je v současnosti manický, bez psychotických symptomů (jako v F30.1) a měl alespoň jednu další afektivní fázi (hypomanickou, manickou, depresivní nebo smíšenou) v minulosti.

F31.2 Současná fáze manická s psychotickými symptomy

Nemocný je v současnosti manický s psychotickými symptomy (jako v F30.2) a měl v minulosti ještě jinou afektivní fázi (hypomanickou, manickou, depresivní, smíšenou)

F31.3 Současná fáze lehká nebo střední deprese

Nemocný je v současné době v depresi jako u depresivní epizody lehkého nebo středního stupně (F32.0 nebo F32.1) a měl v minulosti alespoň jednu dobře dokumentovanou hodnověrnou afektivní fázi hypomanickou nebo smíšenou.

F31.4 Současná fáze těžké deprese bez psychotických symptomů

Nemocný je v současné době depresivní jako u těžké depresivní fáze bez psychotických symptomů (F32.2) a měl v minulosti alespoň jednu hodnověrnou afektivní fázi manie, hypomanie nebo smíšenou.

F31.5 Současná fáze těžké deprese s psychotickými symptomy

Nemocný je v současné době depresivní jako u těžké depresivní epizody s psychotickými symptomy (F32.3) a měl v minulosti alespoň jednu hodnověrnou afektivní fázi hypomanickou, manickou nebo smíšenou.

F31.6 Současná fáze smíšená

Nemocný měl v minulosti alespoň jednu hodnověrnou fázi hypomanické, manické, depresivní nebo smíšené afektivní poruchy a v současné době má smíšenou poruchu nebo rychlou změnu manických a depresivních symptomů.

Nepatří sem:

jediná smíšená afektivní fáze (F38.0),

F31.7 Bipolární afektivní porucha, v současné době v remisi

Pacient měl v minulosti alespoň jednu dobře dokumentovanou hypomanickou, manickou nebo depresivní příhodu a alespoň ještě jednu další fázi depresivní, manickou, hypomanickou nebo smíšenou, ale v současné době nemá žádnou významnou poruchu chování a rovněž ji neměl v posledních několika měsících. Období remise při profylaktické léčbě by měly být kódovány touto položkou.

F31.8 Jiné bipolární afektivní poruchy

Bipolární porucha, Periodické manické fáze NS

F31.9 Bipolární afektivní porucha NS

Maniodeprese NS (MKN-10, 2023).

3.2.1 Etiologie

Ani v dnešní moderní době není příčina nemoci zcela jasně známa a nadále se zkoumá. Nejběžněji přijímaná hypotéza uvádí jako zdroj nemoci nerovnováhu neurotransmiterů v mozku (např. serotonin, dopamin). Na tomto základě se bipolárně afektivní porucha považuje za biologicky podmíněnou nemoc. Největší význam pro vznik nemoci mají vlivy genetické, hormonální a biochemické, dále pak faktory ovlivňující propuknutí první epizody jako je prostředí, stres a další, ovšem pro tyto faktory je nutné, aby pacient měl biologický základ choroby (Dušek & Večeřová – Procházková, 2010). Ovšem nemoc se může rozvinout po závažném poškození mozku, a to i v pozdějších fázích života i když šance je nízká. Pokud má jedinec výrazné vrozené dispozice, může k projevení nemoci jako spouštěč postačit i nízká míra stresu. Mezi tyto stresory mohou patřit negativní ale i pozitivní životní události, vliv návykových látek, vztahové problémy a další běžné životní obtíže. K první epizodě může dojít během celého života, ale také se nikdy nemusí manifestovat. Obvykle ovšem k prvním projevům dochází v brzkém věku a to od 15 do 25 let (Látalová, 2010).

3.2.2 Epidemiologie

Riziko bipolárně afektivní poruchy je v České republice přibližně 1–5 % a to bez ohledu na pohlaví. Rozvoj nemoci obvykle nastává během dospívání a mladé dospělosti, nejčastěji okolo 20 let, ovšem prvotní fáze se může objevit v jakémkoliv věku. Různé významné a náročné životní události mohou spustit první epizodu. V dřívějších dobách se používal název „maniodepresivní psychóza“ který zahrnoval i pacienty postižené pouze depresí, a proto byla epidemiologie této nemoci vyšší. V dnešní době se již toto označení neuvádí (Novák, 2010).

3.2.3 Hlavní příznaky

Prožívání a průběh nemoci jsou značně individuální a mezi pacienty mohou být velké rozdíly, a to jak v intenzitě manických a depresivních epizod tak v jejich trvání. Interval mezi jednotlivými epizodami může trvat i několik let ale i několik dnů, i když se to stává zřídka. Pacienti, kteří nemají správnou farmakoterapii či ji nedodržují mají běžně bezpříznakové období 2 až 4 roky, ovšem v průběhu nemoci a také s přibývajícím věkem se interval mezi epizodami zkracuje. Zároveň se zvyšuje jejich trvání, a to především u depresivních epizod (Bouček a kol., 2006).

Manická fáze je charakterizována nezvykle zvýšenou náladou, která začíná zpravidla náhle, bez jasného vnějšího spouštěče a trvá alespoň týden. Pohybuje se od lehkovážné žoviálnosti až k téměř neovladatelnému vzrušení. Euforie je doprovázena zvýšenou energií, vedoucí ke zvýšené aktivitě, rychlé až nesrozumitelné řeči, snížené potřebě spánku. Pacient těžko udrží pozornost. Sebevědomí je často přehnané s grandiózními myšlenkami a přehnanou důvěrností. Ztráta normálních sociálních zábran ústí v chování, které je zbytečně riskantní, může přejít i v agresivitu. Odmítání jídla, pití nebo osobní hygieny může pacienta i vážně ohrozit, např. dehydratací. Depresivní fáze může probíhat v různě závažné formě. Nemocný má zhoršenou náladu a sníženou energii. Po minimální námaze se objevuje únava. Pacienti ztrácí chuť k jídlu i libido. Je narušen smysl pro zábavu a schopnost koncentrace. Pacienti ztrácí zájem o dříve oblíbené aktivity, nedosahují pocitů uspokojení z věcí, které jim předtím dělaly radost. Dále jsou přítomny pocity viny a beznaděje i u lehkých případech, celkové sebehodnocení je velmi negativní. Výrazně bývá porušen spánek, ranní probouzení je o několik hodin dříve před obvyklou hodinou, deprese se horší nejvíce ráno (Kerr et al., 2003).

3.2.4 Diagnostika

Bouček a kol. (2006) uvádí, že správná a včasná diagnostika bipolární poruchy patří v psychiatrii k těm nejobtížnějším. Přestože je předpokládána biologická příčina onemocnění, nemáme dosud žádný specifický laboratorní test nebo jiné postupy, které by vedly k definitivní diagnóze. Platí, že je tato porucha rozpoznána na základě skupiny příznaků, které se u nemocného objeví současně v jednom časovém období. Často bývá odhalena pozdě, zejména pokud se onemocnění poprvé projeví depresivní epizodou. Hypomanickou epizodu nemusí pacient na druhou stranu pokládat za patologickou situaci, a proto se o ní lékaři sám nezmíní. Vhodné je proto aktivní dotazování ze stran lékaře a využití k orientačnímu vyšetření dotazníky, které nám pomohou určit, zda nemocný trpí depresí nebo hypo/mánií. Pomoci mohou i některé sebehodnotící dotazníky, z nichž nejčastěji užívané jsou MDQ (Mood Disorder Questionnaire) a HCL-32 (Hypomania/Mania Symptom Checklist). Při správném použití lze zpřesnit klinický úsudek, dotazník však nemůže nahradit důkladné psychiatrické vyšetření (Benazzi, 2009).

3.2.5 Léčba

Léčba je celoživotní, odvíjí se od charakteru probíhající epizody a akutnosti stavu pacienta. Využívá se farmakoterapie, psychoterapie a u rezistentních stavů lze využít i elektrokonvulzivní terapii. Akutní stav těžké mánie léčíme pomocí antipsychotik s hospitalizací, a co nejdříve se nasazují léky stabilizující náladu, které slouží dále jako udržovací léčba. Podobně postupujeme i u těžké deprese, ale jako první podáváme pacientovi antidepressiva. Po potlačení akutních příznaků pokračujeme v dlouhodobém preventivním podávání stabilizátorů nálady, abychom zabránili brzkému návratu onemocnění. Farmakoterapii by vždy měla doplňovat psychoterapie. Pomáhá nemocnému pochopit charakter jeho onemocnění, obnovit přirozenou sebedůvěru i důvěru ve svět kolem, vyrovnat se s problémem stigmatizace, řešit obtíže v mezilidských vztazích a překonat současné životní problémy (Novák, 2010).

Mezi komplikace této nemoci a její léčby patří skutečnosti, že téměř jedna třetina pacientů trpí osobnostními změnami a nemoc významně ovlivňuje i jejich psychosociální situaci. Bipolárně afektivní porucha většinou zásadně ovlivní život nemocného a jeho nejbližšího okolí. Při chronických stavech onemocnění nejsou tyto lidé schopni se plnohodnotně zapojit do společnosti a jsou odkázáni na odbornou pomoc. Častou komplikací je i abúzus psychoaktivních látek, s kterým je spojeno zejm. v depresivních fázích vysoké riziko suicidálních tendencí. V manické fázi bývá pro pacienty obtížné zacházet rozumně s penězi, přeceňují své schopnosti a podceňují rizika. Mají nutkání nakupovat množství nepotřebných a drahých věcí na dluh. Rizikové sexuální chování může vést k onemocnění některou sexuálně přenosnou chorobou se všemi důsledky pro pacienta (Mohr et al., 2012).

4 TERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP K OBĚMA PORUCHÁM A SOUČASNÉ VÝZKUMY

V této části si popíšeme psychoterapeutický přístup obou směrů, tedy KBT a psychodynamické terapie v léčbě schizoafektivní poruchy a bipolárně afektivní poruchy. Následně si představíme některé modernější výzkumy zaměřující se na témata související s touto diplomovou prací, a to zejména na účinné faktory v terapii, pohled terapeuta a klienta na tyto faktory a terapeutické působení u výše zmíněných poruch.

4.1 Terapeutický přístup: Schizoafektivní porucha

K terapii schizoafektivní poruchy se běžně přistupuje jako k terapii poruch z okruhu F20 – F29, tedy schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy. U tohoto okruhu je v terapii nesmírně důležitý terapeutický vztah (Kantrowitz, & Citrome, 2011). Psychoterapie by měla navazovat na správně nastavenou farmakoterapii. Psychoterapie je u tohoto onemocnění je podpůrná, napomáhá nemocným vyrovnat se s aktuálními problémy. Může být individuální, skupinová či rodinná. Psychoterapeut poskytuje klientovi emoční podporu a bezpečné místo v jeho mezilidských vztazích. Psychoterapeutická skupina je pro pacienta bezpečné místo, kde může hovořit o zkušenostech se svým onemocněním spolu s ostatními klienty se stejnými zkušenostmi. Psychoterapeutická práce s lidmi a psychotickým onemocněním je náročná a dlouhodobá (několikaletá). Důležitý je pozitivní vztah k lidem s tímto onemocněním a trpělivost. Ambulantní psychoterapie prodlužuje dobu, než znovu dochází k hospitalizaci. U schizoafektivních poruch se velice často používá skupinová terapie. U pacientů by ovšem neměly aktuálně probíhat akutní příznaky tohoto onemocnění (Olfson et al., 2009).

4.2 Terapeutický přístup: Bipolárně afektivní porucha

Účinností léčby bipolárně afektivní poruchy se zabývá více studií, a to zejména kvůli vysokým procentům relapsu u této poruchy. Látalová a Praško (2009) ve své publikaci rozebírají možnosti léčby a účinnost psychoterapie na tuto poruchu. Zdůrazňují nutnost

farmakoterapie, nejlépe pak právě v kombinaci s psychoterapií. Přestože jsou psychofarmaka v dnešní době velice vyspělá, s dobrým tymostabilizačním efektem daří se stabilizovat pouze okolo 60 % pacientů. Jednou z nejvíce užívaných terapií pro BAP je právě kognitivně behaviorální terapie. Jelikož vývoj KBT byl ve svých počátcích zaměřen na léčbu deprese a posléze úzkostí, považuje se v léčbě těchto poruch za jednu z nejvíce efektivních terapií. A problémy, které mají pacienti s depresemi, často sdílí i pacienti s BAP. Hlavním nástrojem je kognitivní restrukturalizace, za jejíž pomoci se snaží přepracovat dysfunkční maladaptivní postoje, a tím pomoci pacientům snížit míru stresu, obnovit narušené sociální rytmy a lépe se stabilizovat v životě. Také lépe zvládat režim pravidelného užívání medikace. Lam et al. (2003) došli k poznatkům, že lepší výsledky přináší modifikovaná KBT, která je více zaměřená edukaci o spánku, denních rytmech a jejich dodržování. Praško et al. (2007) uvádí celkem čtyři specifické psychoterapeutické přístupy v BAP:

1. léčba zaměřená na rodinu (Family-focus treatment – FFT)
2. interpersonální terapie a léčba sociálních rytmů (Interpersonal and social rhythm therapy – IPSRT)
3. monitorování prodromálních symptomů
4. kognitivně behaviorální terapie

4.3 Výzkumy

Zkoumáním terapeutických faktorů, ať už obecných či specifických se zabývaly studie více dříve. A ještě méně studií zkoumá pohled terapeuta i pohled klienta a porovnává je. Zde uvádíme některé modernější studie, které souvisí s touto tematikou.

Finsrud et al. (2022) ve své studii uvádí, že předchozí výzkumy prokázaly, že společné faktory terapeutického vztahu jsou silnými prediktory změny v psychoterapii, ale tyto faktory jsou obvykle studovány po jednom a jejich základní struktura při současném studiu není jasná. Empiricky ověřené vztahové faktory (např. empatie terapeuta, očekávání pacienta, shoda na cílech) proto shromáždili do jednoho nástroje a podrobili ho faktorové analýze. Nástroj byl použit u pacientů, kteří podstupovali intenzivní psychoterapii různých typů pro depresivní poruchy, úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy a trauma z dětství v lůžkovém specializovaném zařízení pro duševní zdraví. K prověření psychometrických vlastností škály, použili polovinu vzorku k provedení explorační faktorové analýzy a paralelní analýzy a poté řešení testovali pomocí exploračního modelování strukturálních rovnic na druhé polovině vzorku. Pro zkoumání stability faktorové struktury byla provedena

analýza invariance měření. Tato analýza přinesla dva hlavní faktory, které byly označeny jako 1. "Důvěra v terapeuta" a 2. "Důvěra v léčbu". Výsledky tedy ukazují, že při současném hodnocení všech věcí, pacienti nejvíce diferenciuji mezi hodnocením terapeuta a hodnocením léčby. Dále také výsledky naznačují, že se dříve zjištěné vztahové faktory značně překrývají.

Okrajově se tomuto tématu věnovala i Thomas (2006), která zkoumala vliv obecných terapeutických faktorů v rodinné terapii. Ve svém výzkumu vycházela z obecných faktorů dle teorie Hubbla et al. (1999) kde jsou čtyři hlavní faktory a těmi jsou: klientovi mimo terapeutické faktory; terapeutický vztah; modely nebo techniky a faktory očekávání. Dále administrovala dotazníky terapeutům a jejich klientům dotazníky, kde měli přiřadit procenta jednotlivým faktorům na základě toho jaká byla dle nich důležitost v terapii. Tato studia jako jedna z mála zkoumala pohled terapeutů i pohled klientů. Výsledky ukázaly na významnou diskrepanci ve vnímání důležitosti faktorů klientových mimo terapeutických faktorů a faktorů modelů či technik. Na základě toho Thomas poukazuje na skutečnost, že rozvíjení více výzkumů společných faktorů by mohlo terapeuty nasměrovat k přístupu k některým aspektům terapie. Společné faktory by mohly terapeutovi pomoci porozumět tomu, co je pro klienta považováno za důležité, a stanovit výchozí bod pro překlenutí krize či komunikační mezery v terapeutickém sezení.

Kohrt et al. (2015) prováděli výzkum na kompetence terapeuta v globálním zdraví během něhož vytvořili škálu ENhancing Assessment of Common Therapeutic factors (ENACT), neboli zlepšení hodnocení obecných terapeutických faktorů s cílem pomoci nespécializovaným pracovníkům s poskytováním terapeutické péče v nízkopříjmových zemích. K vytvoření škály prováděli nejprve metaanalýzu předchozích výzkumů s cílem extrahování terapeutických faktorů a následně sestavili dotazník kde bylo 115 nejčastějších položek z metaanalýzy. Tento dotazník pak administrovali a položky byly hodnoceny z hlediska porozumění a z hlediska důležitosti pro terapii. Na základě tohoto hodnocení bylo určeno 49 položek které měly dostatečné hodnocení důležitosti pro terapii a porozumění. Mezi položky s nejvyšší terapeutickou důležitostí patřili kolaborace terapeuta a pacienta, posouzení sítě sociální podpory pacienta, přátelskost a respekt k pacientovi, empatické porozumění, reflektivní naslouchání, budování vztahu s pacientem, posuzování problému a prioritizace, nastavování cílů, důvěrnost, posuzování pacientova náhledu na svůj problém. Další postupy výzkumu již spadají mimo zájem naší specifikace.

Další studii realizovali Pedersen et al. (2020), kteří se zaměřovali na poskytování psychologické a psychosociální léčby nespécialisty v zemích s nízkými a středními příjmy (NSP). Uvádí, že výzkum psychoterapie v zemích s vysokými příjmy naznačuje, že účinná léčba vyžaduje kompetence ve společných faktorech. Jejich cílem tedy bylo zjistit, jak jsou společné faktory popsány v intervencích podpořených důkazy. Aby tento cíl splnili, identifikovali a kódovali společné faktory na základě revize 16 příruček psychologických léčebných postupů podporovaných důkazy, které poskytují nespécialisté v zemích NSP. Do přehledu byly zahrnuty příručky Světové zdravotnické organizace (WHO) a další nespécializované příručky s pozitivními výsledky randomizovaných kontrol. Bylo identifikováno patnáct společných faktorů, které byly popsány ve většině příruček: "podpora naděje a realistického očekávání změny" a "důvěrnost" byly popsány v 15 příručkách (94 %), dále "pochvala" a "psychoedukace" (88 % příruček) a "budování vztahu" (81 % příruček). Popisy společných faktorů byly ve všech příručkách podobné.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavním tématem této práce je zkoumání subjektivně posuzovaných účinných faktorů v individuální psychoterapii. Vnímání těchto faktorů u klientů s poruchami nálady může být velmi přínosné pro psychotherapeutickou práci s dalšími klienty. Současně je velmi zajímavé sledovat subjektivní pohled terapeuta na dané faktory. V současnosti lze sledovat trend, který terapeuty vede spíše k eklektickému, holistickému a integrativnímu způsobu práce s klienty v terapii (Smith et al., 2021).

Naším cílem je zjistit, jaké účinné faktory v terapii vnímají klienti a terapeuti během terapeutických sezení. Kromě obecných terapeutických faktorů, jsou známy také specifické účinné faktory v psychoterapii (Vymětal a kol., 2004). Některé studie se ale orientují na skupinovou psychoterapii (Yalom, & Leszcze, 2007). U poruch nálad můžeme sledovat četné komorbidity, současně se mohou poruchy nálad dotýkat až psychotického prožívání (Orel, 2020). Ať už u bipolárně afektivní poruchy či schizoafektivních psychoterapie, zejména ve spojení s farmakoterapií, se ukazuje jako velice účinná léčba, zvláště s ohledem na předcházení relapsům a rehospitalizaci (Látalová & Praško, 2009; Olfson et al., 2009).

5.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zmapovat subjektivně vnímané účinné faktory a prvky v individuální psychoterapii, a to z pohledu klienta i psychotherapeuta. Zaměřili jsme se na klienti s diagnostikovanou schizoafektivní poruchou (F25) a bipolárně afektivní poruchou (F31). Dále se výzkum zaměřuje na subjektivně vnímané efektivní prvky v terapii, ale i nedostatky či potřeby pacientů v rámci individuální psychoterapie.

V první části výzkumu sledujeme subjektivní pohled na účinné faktory, které jak pacient, tak terapeut zapisují do dotazníku s otevřenými otázkami. Následně probíhá rozhovor mezi pacientem a terapeutem, kde si vzájemně sdělují své odpovědi, hovoří o svých volbách a dále odpovědi rozvíjí. Tato část je velmi důležitá pro samotný terapeutický proces, jelikož předávání zpětné vazby může posilovat a prohlubovat terapeutický vztah (Norcross,

2011). Současně může sdílení zpětné vazby podpořit dobrou zkušenost klienta, který má prostor pro vyjádření svých pocitů a zamyslet se na děním v psychoterapii.

Faktory, které se na základě analýzy odpovědí identifikují, lze následně použít pro tvorbu standardizovaného dotazníku pro sledování účinných faktorů v psychoterapii pro poruchy nálady. Lze je také použít pro edukaci psychoterapeutů, kteří se dané problematice teprve začínají věnovat, a mohou se na dané faktory více soustředit. Nelze opomenout vliv zkušeností, osobnosti, a právě eklektického způsobu práce terapeutů (Kalina, 2013).

Výsledky výzkumu by měly přinést konkrétní informace o účinných faktorech z pohledu klientů a z pohledu terapeutů.

5.2 Výzkumné otázky

HVO: Jaké jsou hlavní účinné faktory, které vnímá klient a terapeut na základě psychoterapeutického sezení?

- Jaké efektivní prvky vnímají bezprostředně po sezení?
- Jaké efektivní prvky vnímají v rámci posledních 3-5 sezení?

VO1: Jaké faktory terapie klientům a terapeutům přijdou zbytečné a neefektivní v rámci terapeutických sezení?

VO2: Jaké faktory klientovi chybí nebo by potřeboval v rámci sezení a co si terapeut myslí že klientovi chybí či by potřeboval?

6 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Vzhledem k subjektivní povaze dat získaných ve velmi specifické situaci, jsme se rozhodli pro kvalitativní způsob sběru dat. Přístup je spíše fenomenologický, jelikož popisujeme a analyzujeme nějakou prožitou zkušenost jedince, které se snažíme porozumět (Marshall & Rossman, 2011).

Dle Hendla (2005) je kvalitativní způsob výzkumného bádání vhodný pro exploraci problému na jeho počátku. V návaznosti na předchozí text, cílem je prozkoumat subjektivně vnímané faktory a následně je popsat. Jak zmiňuje Švaříček a Šed'ová (2014), díky kvalitativnímu přístupu se můžeme dané problematice věnovat více do hloubky, současně prozkoumat poměrně rozsáhle definovaný jev a získat co nejvíce informací.

Ačkoliv se jedná o kvalitativní přístup, výzkum není tak úplně nestrukturovaný z důvodu předem definovaných otázek, které předchází rozhovoru, který je stěžejní součástí analýzy. Možnost replikovat výzkum je ale velmi nízká, z důvodu vysoké míry jedinečnosti zjištění z rozhovoru. Právě nestrukturovanost a velká pružnost je dle Hendla (2005) vytýkána kvalitativním typům výzkumu, oproti kvantitativním.

Ke zvážení bylo využít metodu zakotvené teorie, která se ale hodí pro více neprobádané oblasti (Hendl, 2005). V tomto výzkumu ale vycházíme z již existujících teorií, které se snažíme rozšířit o oblasti, které tolik prozkoumané nejsou (viz právě individuální faktory v psychoterapii u poruch nálady). Otázkou je, zda se v tomto výzkumu lze vyhnout již existujícím objevům, na což upozorňuje Miovský (2006), při správné aplikaci zakotvené teorie.

Nakonec jsme rozhodli v našem výzkumu využít případové studie, jelikož předmětem našeho zkoumání je konkrétní případ či fenomén (Miovský, 2006). V našem případě se jedná o subjektivní vnímání účinných terapeutických faktorů. Hendl (2005, str. 103) definuje případovou studii jako „podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů“. Nejvýznamnější jsou pro nás aspekty a charakteristiky jednotlivého případu, či několika porovnávaných případů či skupin. Případové studie lze dále dělit na několik dalších podskupin, a to na základě jejich cílů a objektů zkoumání. Jelikož objektem našeho zkoumání je individuální a osobní motivace každého z jednotlivých účastníků, zařadili bychom naši studii do podkategorie osobní případové studie. Tato podskupina se zaměřuje

hlavně na podrobný výzkum osobních a individuálních aspektů u jedince, což náš výzkum naplňuje. Mohli bychom i říct, že se jedná o kolektivní případovou studii (Hendl, 2005).

Případovou studii dále rozšíříme o pojem vícenásobné případová studie, která se také řadí jako jeden z elementárních výzkumných designů a pomáhá nám lépe určit a zkoumat námi specifikovaný aspekt a objekt našeho zájmu. Jedná se možnost, jak zkoumat a snažit se pochopit složité sociální jevy. Díky komplexnosti, kterou individuální terapie zahrnuje, subjektivnímu vnímání všech proměnných a individuálnímu vnímání a cítění jednotlivých faktorů se domníváme, že tuto složku náš výzkum naplňuje (Švaříček & Šedřová, 2014).

6.1 Metody provedení výzkumu

Jako primární a také hlavní metodu v našem výzkumu využíváme rozhovor. Jedná se o jeden z hlavních zdrojů dat pro případovou studii a naprosto elementární část kvalitativního výzkumu (Miovský, 2006). V našem výzkumu jsme využili variantu polostrukturovaného interview a dotazníku vlastní konstrukce. Poté, co účastníci podepsali informovaný souhlas, jsme s nimi provedli rozhovor, který jsme poté přepisovali a analyzovali.

Úplně prvním krokem bylo provedení samotných rozhovorů a jejich následný přepis. Jako další krok proběhla analýza všech jednotlivých případů za využití opakovaného čtení rozhovoru a poznámek k textu. Poté jsme na základě Strausse a Corbinové (1999) využili metodu otevřeného, poté axiálního a následně selektivního kódování. Dále jsme rozčlenili námi vytvořené poznámky do kategorií, které jsme určili na základě podobných myšlenek, témat a oblastí. Za pomoci dalšího kódování jsme označili tyto kategorie a zpětně je zkontrolovali, napříč celou prací, pro verifikace výběru správných kódů. Kódy nám tedy označují oblasti zájmu a následně byly seskupeny, porovnávány a doplňovány (Kos, 1991). Nakonec jsme tyto kódy ještě jednou seskupily pro vytvoření námi hledaných účinných terapeutických faktorů.

Na základě Kos (1991) jsme dále provedli mezipřípadovou analýzu (cross-analysis), abychom dosáhli komplexnějšího a lepšího objasnění dosavadních zjištění. Tohoto postupu jsme využili v závěrečné zprávě. Mezipřípadovou analýzou jsme dosáhli vyobrazení podobností, a zároveň i odlišností mezi jednotlivými případy a účastníky a lépe jsme určili společné faktory.

6.2 Rozhovor

Rozhovor probíhal mezi terapeuty a jejich klienty. Terapeuti podepsali informovaný souhlas při setkání s autorem výzkumu a byli jim dány instrukce k výzkumu, vedení rozhovoru a předložení dotazníku. Na sezení terapeuti nejdříve předložili klientům informovaný souhlas a následně dotazník. Poté probíhal rozhovor, který byl nahráván. Rozhovory byly polostrukturované, tudíž jsme vytvořili kostru povinných otázek a jejich pořadí. Rozhovor byl rozčleněn na čtyři oblasti na základě výzkumných otázek.

Před provedením rozhovoru byli účastníci poučeni o cílech práce, provedení rozhovoru a objasnění a zdůraznění dobrovolné účasti a možnosti kdykoliv odstoupit od výzkumu. Další opatření jsou více rozebrána v podkapitole o etické stránce výzkumu. Rozhovory vždy procházeli všemi čtyřmi oblastmi ve stejném pořadí, ovšem v jednotlivé oblasti již nebylo striktně stanovené pořadí jednotlivých otázek a bylo upravováno v závislosti na individuálnosti každého rozhovoru. Rozhovory trvaly od 10 do 20 minut.

7 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

7.1 Metody získávání dat

Sběr dat tedy proběhl pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru, který navazoval na krátký polostrukturovaný dotazník s otevřenými otázkami. Dotazník (Příloha č. 5) sloužil k zamyšlení se nad problémem, a umožnil oddělit pohled klienta a terapeuta.

Rozhovor, je dle Švaříčka a Šed'ové (2014), nestandardizované dotazování, kdy se výzkumník táže účastníka výzkumu na dané fenomény, za pomoci několika otevřených otázek. Každá položka dotazníku byla poté předmětem rozhovoru a vzájemné sdílení svých odpovědí.

Díky polostrukturovanému rozhovoru má výzkumník možnost se držet předdefinovaných otázek, které spolu s účastníkem výzkumu dále rozvíjí. Hlavní témata rozhovoru kopírovala i výzkumné otázky.

7.2 Výzkumný soubor

V rámci tohoto výzkumu je výběr účastníků zaměřen na dospělé osoby, které mají diagnostikovanou duševní poruchu dle MKN-10, z okruhu F25 (schizoafektivní poruchy) a F30 – F39 (poruchy nálady). Z důvodu velkého výskytu diagnózy F31 – Bipolárně afektivní porucha v našem výzkumném souboru jsme se rozhodli pro zúžení, a tudíž lepší zaměření právě na tuto diagnostickou kategorii místo celého spektra poruch nálad. Ovšem z počátku výzkumu to nebyl náš záměr. Účastníci mají diagnózu stanovenou psychiatrem či klinickým psychologem na základě klinicko-psychologického či komplexního psychiatrického vyšetření. Někteří účastníci také absolvovali pobyt v psychiatrické nemocnici, což ale není podmínkou pro možnost se výzkumu zúčastnit.

Současně tyto osoby dochází do individuální systematické psychoterapie, která je prováděna klinickými psychology, psychoterapeuty či psychology ve zdravotnictví. Tito lidé se účastnili nejméně třech sezení, a zatím nejvíce 10 sezení. Tento počet byl stanoven po odborné konzultaci s terapeutkami, které se účastnily výzkumu. Důvodem bylo, aby klient již měl za sebou aspoň 2 úvodní sezení a lépe se seznámil s terapeutkou a horní limit byl stanoven aby nedocházelo k přílišnému ovlivnění výsledků délkou terapie.

Soubor výzkumníků je tvořen z terapeutů, kteří mají dokončený psychoterapeutický výcvik a pracují ve zdravotnictví. Je tvořen jak z psychologů ve zdravotnictví v předatestační přípravě, tak z klinických psychologů a psychoterapeutů. Terapeutický směr, ze kterého vychází, je hlubinně-dynamický a kognitivně-behaviorální. Přístup KBT je časově zaměřený na kratší až střední terapeutické působení a více pracuje i s různými metodami a technikami oproti velmi dlouhodobé spolupráci v hlubinné psychodynamické terapii, která spoléhá především na rozhovor jako svou metodu terapie. Tato odlišná dynamika ve stylu vedení terapie byla tedy také naším předmětem zájmu, zvláště promítne-li se do vnímání účinných faktorů v terapii. A to jak ze strany klienta, tak ze strany terapeuta. Směry byly určeny na základě zaměření zájemců, kteří byli ochotni se výzkumu zúčastnit. Poslední podmínkou bylo, aby byl terapeutický výcvik akreditován pro zdravotnictví, za jejichž schvalování od června 2020 zodpovídá speciální schvalovací komise IPVZ. Nejnovější schvalovací kritéria byla vydána v roce 2023 (IPVZ, 2023).

7.2.1 Popis charakteristik výzkumného souboru

Podmínky pro účast ve výzkumu – klient

- Dospělá osoba (18-65 let), bez ohledu na pohlaví
- Diagnostikovaná porucha z okruhu F25 a F3 (F30.1-3., F32.0., F33.1-3) dle MKN-10
- Absolvování individuální systematické psychoterapie ve zdravotnickém zařízení, vedené kvalifikovaným terapeutem

Podmínky pro účast ve výzkumu – terapeut

- Absolvent jednooborové magisterské psychologie
- Dokončený psychoterapeutický výcvik, s akreditací pro zdravotnictví (IPVZ, 2023)
- Pracuje ve zdravotnickém zařízení
- Atestovaný klinický psycholog/psychoterapeut, či psycholog ve zdravotnictví v předatestační přípravě z klinické psychologie

7.2.2 Způsob výběru vzorku z populace

Autor výzkumu oslovil psychoterapeuty pomocí profesních známostí a facebookové skupiny, kde se terapeuti sdružují, se žádostí o spolupráci. Další komunikace již probíhala

soukromě. Pokud souhlasili s účastí ve výzkumu, proběhl osobní rozhovor. Po představení výzkumu s nimi probral metodologii, specifika výběru klientů a sběru dat, a předal jim dokumenty nezbytné pro realizaci výzkumu. Součástí byl také podpis informovaného souhlasu. Posléze byla data osobně předána zpět výzkumníkovi v zalepené obálce, aniž by k nim měla přístup třetí osoba. Výzkumníkovi nebyly poskytnuty žádné další informace o klientech, pouze to, co je uvedeno v dotazníku.

Pacienti byli následně vybráni a osloveni již samotnými terapeuty. Jednalo se tedy o záměrný výběr. Dle Miovského (2006) je výběr vzorku realizován podle předem určených kritérií, která jsou výše popsána.

Výběr účastníků byl realizován i s ohledem na kontrolu nežádoucích proměnných, proto je diagnostická skupina vymezena poměrně úzce, stejně tak i kritéria pro psychoterapeuty účastnící se výzkumu. Mezi proměnné, které by mohly ovlivňovat výzkum, patří např. nepřesně určená diagnostická kategorie (díky nedostatečnému psychologickému či psychiatrickému vyšetření), tudíž by se výsledky nedaly zobecnit právě pro úzce vymezenou skupinu, která má svá kritéria a typické projevy. Další nežádoucí proměnnou by bylo provádění psychoterapie bez řádně dokončeného psychoterapeutického vzdělání, tudíž by se výběrový soubor psychoterapeutů značně rozšířil o frekventanty, na které ale tento výzkum není zaměřen. Ačkoliv je několik různých psychoterapeutických směrů, výzkum je zaměřen pouze na dva, opět z důvodu užšího zaměření výzkumu.

7.2.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Pacienti tvoří poměrně rozmanitou skupinu, co se týká věku. S ohledem na pohlaví je účast mírně nevyvážená. Nutno dodat, že účastníky vybírali terapeuti tak, aby splňovali diagnostické a výše uvedené podmínky. Dle terapeutů neměli účastníci žádné další komorbidity, např. poruchu osobnosti, somatická onemocnění, syndrom závislost, organické poruchy, či PAS. Neurotické symptomy jsou přítomny u všech, nicméně u nich netvoří samostatnou diagnostickou kategorii. U žádného z nich nebyl shledán intelekt níže než na spodní hranici pásma průměru.

Celkem se zúčastnilo 10 klientů, z toho 3 muži a 7 žen. Věkové rozpětí je od 18 do 65 let. Pořadí sezení variuje od třetí po desáté. Diagnóza odpovídá poruše nálady (depresivní fázi či bipolárně afektivní poruše) a poruše z okruhu schizofrenie (schizoafektivní poruše). V tomto ohledu je náš soubor vyvážen.

U většiny účastníků uběhlo již několik let od poslední hospitalizace, nejméně 2, nejvíce 10 let. Ne všichni účastníci byli dříve hospitalizováni. Symptomy, které v současnosti u pacientů přetrvávaly, jsou téměř vždy úzkosti a deprese, pocity dezorganizace, a potíže v nějaké oblasti fungování (ať ve vztazích, sebeděči či pracovní oblasti). Nikdo neměl floridní psychotické symptomy.

Přehled údajů o účastnících výzkumu – klienti prezentujeme přehledně v tabulce 1. Přehled údajů o účastnících výzkumu – terapeuti prezentujeme přehledně v tabulce 2.

Tabulka 1.: Údaje o účastnících výzkumu – klienti

| Jméno | Věk | Pohlaví | Pořadí sezení | Diagnóza | Doba od poslední hospitalizace |
|-------|-----------|---------|---------------|----------|--------------------------------|
| A | 18-25 let | Muž | 7 | F25.1 | 4 roky |
| B | 61-65 let | Žena | 8 | F31.8 | 10 let |
| C | 56-60 let | Žena | 6 | F31.6 | 9 let |
| D | 51-55 let | Žena | 5 | F31.3 | 11 let |
| E | 18-25 let | Žena | 3 | F25.1 | |
| F | 46-50 let | Žena | 3 | F25.0 | 2 roky |
| G | 46-50 let | Žena | 10 | F31.3 | |
| H | 18-25 let | Muž | 8 | F25.1 | |
| I | 36-40 let | Žena | 9 | F31.0 | 4 roky |
| J | 31-35 let | Muž | 10 | F25.2 | 3 roky |

Tabulka 2.: Údaje o účastnících výzkumu – terapeuti

| Dokončený psychoterapeutický výcvik a směr | Věk terapeuta | Pozice | Zařízení | Počet rozhovorů |
|---|----------------------|---|---|------------------------|
| Psychodynamická terapie | 51-55 let | Klinický psycholog a psychoterapeut | Ambulance klinické psychologie, Fakultní nemocnice | 4 |
| KBT | 26-30 let | Psycholog ve zdravotnictví v předat. přípravě | Ambulance klinické psychologie, Psychiatrická nemocnice | 6 |

O účast ve výzkumu projevilo zájem pět terapeutů. Dva byli vyřazeni, protože ještě neměli dokončený výcvik v psychoterapii, a jeden byl vyřazen z důvodu absolvování výcviku, který ale není akreditován pro zdravotnictví. Poslední dva splňovali podmínky pro účast. Oba terapeuti působí v Praze, a působí na více pracovištích (všechna jsou ale zdravotnickými zařízeními). První z účastníků je klinická psycholožka a psychoterapeutka, která se orientuje spíše hlubinně-dynamickým směrem s výcvikem v psychodynamické terapii.

Druhá z účastníků je psycholožka v předatestační přípravě s dokončeným výcvikem v kognitivně-behaviorální terapii.

Osobní schůzka s oběma terapeuty proběhla na jejich pracovišti po pracovní době, kde proběhlo i předání materiálů k výzkumu, zapůjčení telefonů k nahrávání a podpis informovaného souhlasu. Dotazníky a telefony byly vyzvednuty po dohodě na stejném místě.

7.3 Etické hledisko a ochrana soukromí

Nejdůležitější oblastí je informovaný souhlas (Příloha č. 3) s výzkumem. Psychoterapeuti podepsali informovaný souhlas se vzájemnou dohodou o mlčenlivosti, zejména kvůli citlivé povaze dat v dotazníku a rozhovoru. Souhlasili, že budou realizovat výzkum přesně dle

stanovených pravidel a kritérií. Zavázali se, že budou pacienty informovat o povaze výzkumu a možnosti z něj odstoupit. Dbali také na dodržení anonymity jejich pacientů.

Informovaný souhlas podepsali také pacienti, ale s vlastní zvolenou přezdívkou. Před odevzdáním dotazníku mohli nahlédnout do poznámek terapeuta, a případně se k obsahu vyjádřit. V dalších fázích výzkumu, a především pro prezentaci dat jsme každému účastníkovi přiřadili písmeno počínaje A a konče J, z důvodu zvýšení ochrany anonymity.

Velkou etickou otázkou bylo nahrávání rozhovoru po vyplnění dotazníků. V žádném případě nebyla nahrávána psychoterapie. Nahrával se pouze rozhovor, kde si pacient a terapeut navzájem sdělují zpětnou vazbu a odpovídají na položky v dotazníku a následně o nich diskutují. Pacient byl na začátku nahrávání upozorněn, že se nahrává, a byl požádán o vyslovení souhlasu. Poté byl informován o ukončení nahrávání.

Veškeré údaje, které by pacienta mohly identifikovat, nebo byly velmi citlivé či se týkaly jiných osob, byly v přepisu rozhovoru vynechány a nahrazeny hvězdičkami.

Jak jsme již zmínili, nedílnou součástí byla možnost pacientů se výzkumu nezúčastnit, odmítnout vyplňování dotazníku, nahrávání rozhovoru či zpětně odstoupit z výzkumu. Terapeuti své pacienty dostatečně informovali o způsobu sběru dat a nakládání a uchovávání materiálu.

Nahrávky rozhovorů probíhaly přes zabezpečené telefony bez sim karty a připojení na internet, kde je aplikace „Záznamník“. Důvodem byla velká kapacita zařízení, a lepší kvalita nahrávky, než je tomu u diktafonů, kterými autor práce nedisponuje. Nahrávky byly poté přepsány do počítačového dokumentu a samostatně zaheslovány. I počítač je chráněn samostatným heslem a řádnou antivirovou ochranou. K nahrávkám neměla přístup třetí osoba. Dotazníky byly uloženy do zalepených obálek, a předány výzkumníkovi. Dotazníky byly následně oskenovány do počítače, a uloženy pod stejnými identifikačními údaji ve složkách účastníků. Fyzicky jsou dotazníky uchovávány mimo dosah třetích osob. Následný přepis rozhovorů a jejich analýza byly uchovávány stejným způsobem. Výsledky kvalitativní analýzy dat (jednotlivé kódy, trsy a kategorie) jsou již součástí výsledků výzkumu.

V neposlední řadě lze zvážit případný střet zájmů. Výzkum neprobíhal na stejném pracovišti, kde je autor zaměstnaný. Autor práce neobdržel žádnou finanční odměnu ze spolupráce s oběma terapeuty, současně neposkytl žádné finanční ohodnocení účastníkům výzkumu, jelikož byla účast dobrovolná.

8 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

V této kapitole si popíšeme celý postup zpracovávání dat a jejich následnou prezentaci nejprve ve formě krátkého shrnutí každého z účastníků a následně ucelenou prezentaci všech našich výsledků ve formě grafů.

8.1 Metody zpracování dat

Prvním krokem zpracování dat bylo přepsání celého rozhovoru do textové podoby. V dalším kroku jsme si rozhovory vytiskli a analyzovali za pomoci otevřeného kódování formou tužka papír. Oddělovali jsme a zaznamenávali si určité části textu, které spadaly do společných kategorií a témat, a poznamenávali si návrhy kódů a témat, jakožto přípravu na selektivní kódování. Do příloh uvádíme ukázkou přepisu rozhovoru.

Dále jsme data podrobili axiálnímu kódování, dle kterého jsme sloučili skupiny kódů a témata do větších a širších celků a skupin, které jsou dále popisovány na základě pojmenování, které využívali sami účastníci, nebo shrnovali často používané výrazy v dané oblasti do jedné skupiny. Tato témata a větší skupiny jsme si vypisovali a poté je rozřadili a na jejich základě vytvořili primární účinné faktory, které zahrnují nejdůležitější prvky všech rozhovorů. Tyto motivy a témata jsou uvedeny v závěrečné zprávě. Po této části bylo zapotřebí provést opětovné pročtení všech přepisů, a zpětnou a opětovnou kontrolu všech hlavních témat a jejich názvů podle kontextu a obsahu celého rozhovoru. Na základě této opětovné kontroly jsme dále upravovali názvy témat a kategorií, aby co nejlépe vystihovaly jejich obsah a probíranou složku (Strauss & Corbinová, 1999).

8.2 Výsledky

Pro prezentaci výsledků nejdříve uvedeme krátké shrnutí u každého z účastníků, pro vyjádření jejich prvotního nazvání faktoru před jeho kódováním i k obecnému shrnutí vnímání klienta a terapeuta, i za použití přímých výtažků z přepisů rozhovorů. Jeden přepsaný rozhovor bude celý vložen v přílohách k nahlédnutí. U každého účastníka zároveň uvedeme i shrnutí pohledu jeho terapeuta. V další části představíme ucelené shrnutí účinných faktorů dle klientů a dle terapeutů za pomoci tabulek a grafů a následně provedeme ucelené shrnutí a porovnání vnímání účinnosti faktorů mezi klienti a terapeuty

a porovnáme nalezené faktory s již dříve definovanými faktory, které jsem uvedli v teoretické části.

8.2.1 Klient A

A

Jako nejúčinnější faktor vnímá bezpečí a přijetí, a to jak po aktuálním sezení, tak i jako nejdůležitější v předchozích sezeních. Uvádí důvěru v terapeutku, společné hledání řešení situace a snahu o pomoc ze strany terapeuta: „Mám pocit, že se mi snažíte pomoci“. Dále ještě dodává poskytnutí náhledu na situaci a možnost perspektivy. Vytýká terapii opakování zajetých frází, když s nimi nesouzní: „Máte se dobře – já to vím, ale chci od sebe víc v rámci svých možností“. Nemá pocit, že by mu něco v terapii chybělo.

Terapeutka

Na druhou stranu terapeutka má pocit, že nejúčinnější faktor u klienta je organizace klientova života a vnímání sebe sama: „Uvědomit si, že velká část potíží je dána úzkostí, tlakem na výkon, perfekcionismem“. Dále důraz na zlepšení komunikace a práce na nácvicích organizace a zvládnání povinností za pomoci zápisníku. Terapeutka vnímala jako zbytečné techniky relaxace zbytečný nátlak do dalších technik z jeho strany. V terapii by chtěla více pracovat na zvýšení sebevědomí klienta a na jeho rodinné dynamice.

8.2.2 Klient B

B

Po aktuálním sezení vnímá největší přínos v podpoře ze strany terapeuta, nastavení společného cíle terapie a možnost sdílení svých potíží. I ve shrnutí několika posledních terapií uvádí jako nejpřínosnější především podporu v náročných situacích: „Povzbuzení v situaci, kterou vidím téměř beznadějnou“. Také opět sdílení, organizace povinností a životního rytmu a vedení si zápisníku. Nevidí v terapii nic zbytečného. Chtěla by více řešit rodinné vazby. Po psychoedukaci uvádí: „Já to nechápu, jak jsem mohla mít tu depresi“.

Terapeutka

Také vnímá jako nejdůležitější aktuálně i dlouhodobě faktor podpory klientky v jejích náročných situacích: „Ujištění, že se stav zlepšuje“. Na aktuálním sezení považovala za účinnou zpětnou vazbu ke klientčině zápisníku, organizaci jejích povinností a chování.

Zapisování vnímá jako efektivní i z dlouhodobého hlediska a také práce na zrušení internalizace všech klientčinych problémů. Jako nepotřebné vidí techniky relaxace a dechová cvičení. Chtěla by více pracovat se zaměřením na zvýšení klientčina sebevědomí, podpoře v samostatné činnosti a rozvoj schopnosti sebe ocenění.

8.2.3 Klient C

C

Klientka uvádí jako velice přínosné jak aktuálně, tak i dlouhodobě zaměření na analýzu problému a společnou snahu najít řešení daného problému. Uvádí také velikou vděčnost za možnost sdílení a za přístup terapeutky. Dále také práci zaměřenou na aktuální problémy, psychoedukaci a praktické rady: „Rady, jak zareagovat na útoky otce“. Nevnímá v terapii nic nepotřebného a neví co více by potřebovala: „Jsem spokojená“.

Terapeutka

Také vnímá jako efektivní práci na analýze problému a společná snaha o nalezení řešení. Aktuálně vnímala přínos v nastavení pohledu z jiné perspektivy. Dlouhodobě vnímá jako neúčinnější klientčino vnímání sebe sama, práci na komunikaci jak v terapii, tak v běžném životě, fázování řešení problému a organizace povinností a životního rytmu. Vnímá jako nadbytečný svůj direktivnější přístup a hlubší interpretace. Chtěla by zpracovat klientčiny pocity nutnosti v běžném fungování: „Musím uvařit, musím uklidit“.

8.2.4 Klient D

D

Pro klientku D byla aktuálně nejvýznamnější možnost sdílení svých problémů a emocí a jejich vyjádření a následné přijetí ze strany terapeutky. Následně zpětná vazba na zmíněné problémy a jejich zpracovávání. Z hlediska několika posledních sezení pak uvádí především práci na hledání a vnímání sebe sama: „Že víc hledám sama sebe“. A také velký vliv osobnosti terapeutky. V terapii je spokojená a nic jí nepřipadá zbytečné, ovšem chtěla by se více zaměřit na zvládnání úzkostí a organizaci svého myšlení a jednání.

Terapeutka

Vnímá také efektivitu aktuálního sdílení a přijetí, ovšem ještě větší důležitost spatřuje ve faktoru psychoedukace o klientčině nemoci a podpoře ve zvládnání správné farmakoterapie.

Z dlouhodobého hlediska považuje za nejvýznamnější organizaci myšlení, úkolů a jejich fázování. Také sdílení problémů, obav a emocionálních projevů a také normalizace řečených obav a jejich přijetí. Opět považuje za nadbytečné nácviky technik relaxace a dechových cvičení. Vidí nutnost se v terapii více zaměřit na zvyšování klientčina sebevědomí a sebedůvěry ve vlastní schopnosti.

8.2.5 Klient E

E

Klientka E uvádí jeden faktor jako nejúčinnější jak aktuálně, tak z hlediska několika posledních terapií a tím je možnost sdílení, a to jak svého emocionálního prožívání, tak aktuálního problému a vztahových obav. Dodává význam důvěry a bezpečí nutný k tomuto sdílení a pocit přijetí ze strany terapeutky. Také oceňuje rady a spolupráci na zvládnutí automatických myšlenek. Jako zbytečné nevnímá nic a chtěla by v terapii více vyjádřit svůj vlastní názor.

Terapeutka

Oproti tomu terapeutka vnímá největší přínos v konkrétním zaměření a společné práci na prezentovaných problémech, stanovení sítě sociální podpory a stanovení hranic v běžném životě. Dlouhodobě vyzdvihuje účinnost psychoedukace a opětovná spolupráce na zvládnutí konkrétních problémů, především na zvládnutí negativních myšlenek. Za pro terapii nepřínosné považuje zbytečný tlak na výkon a plnění zadaných úkolů a tlak na vlastní vnímání klientčinych potřeb: „Dělat z vás extrovertnějšího a sociálního člověka, když to v sobě úplně nemáte“. Nutnost vidí ve zvýšení klientčina sebevědomí a snížení množství sebekritiky kterou na sebe vztahuje.

8.2.6 Klient F

F

Jako nejdůležitější faktor terapie klientka F uvádí bezpečná prostor s přijetím a možností vyjádřit veškeré své myšlenky a obavy: „Paní terapeutka mi dala dostatečný prostor hovořit o svém problému“. Zároveň i pocit přijetí po verbalizování svých myšlenkových procesů a důležitost možnosti sdílení těchto věcí. Z pohledu více sezení zmiňuje ještě kromě toho pomoc s organizací svého myšlení a chování a vytvoření lepší struktury ve svém životě. Nic

je v terapii nepřišlo nadbytečné, i když by ocenila větší časovou dotaci na každé individuální sezení, a to minimálně o 30 minut.

Terapeutka

Dle terapeutky má největší účinnost faktor zvědomování vlastních možností a sebereflexe. Kromě toho také práce na uvědomění si a využívání opory sociální sítě svých blízkých a nácviky reakcí na chování ostatních. Jako hlavní faktor v rozsahu více terapeutických sezení uvádí především organizaci klientčina života, podporování ji v jejím snažení zvyšování její sebedůvěry a jejích kompetencí. Za zbytečný považuje svůj vlastní tlak na výkon a nedostatečné respektování klientčiných nedostatků: „Chtít po vás na 100 % nevěřit úzkostným myšlenkám“. Dle jejího názoru je nutné do budoucna ještě více zapracovat na klientčině sebevědomí.

8.2.7 Klient G

G

Hlavní účinný faktor je pro klientu G jak aktuálně, tak dlouhodobě především dobrý vztah s terapeutkou, který přináší bezpečí a důvěru. Díky tomuto vztahu cítí klientka empatii a může sdílet své pocity v celé jejich komplexnosti. Také podpora terapeutky a povzbuzování v těžkých situacích jsou zde uváděni jako jedny z klíčových faktorů: „Ujistění, naděje že to má řešení“. Z dlouhodobého hlediska ještě dodává zvědomování vzorců chování a nevědomých impulzů. Klientka v terapii nic nevnímá jako zbytečné či špatné a ani nepotřebuje nic víc, než už dostává.

Terapeutka

Aktuálně nejefektivnější faktor je dle terapeutky zvědomování nevědomých pocitů a vzorců chování a vytváření interakce s klientkou kdy jí nastavuje zrcadlo, především s odrazem jejího příliš nízkého sebevědomí. Překvapivě terapeutka ani jednou neuvádí faktor vztahu či bezpečí, neboť i v dlouhodobé perspektivě uvádí opět především důležitost zvědomování nevědomých pocitů, tendencí a vzorců chování. Jako zbytečné vnímá vtipy: „Vtipy, nesmí jich být moc, i když k tomu pacientka svádí“. V terapii by potřebovala sama více času, ale uvádí klientčinu spokojenost se současným nastavením: „Víc času, terapii budeme končit, a ještě by se dalo mluvit. Ale pacient se cítí dobře“.

8.2.8 Klient H

H

Klient H určuje jako nejdůležitější faktor společnou analýzu jeho problémů, jejich následnou interpretaci a společnou snahu o nalezení příčiny a možného řešení. Tento faktor uvádí jak aktuálně, tak dlouhodobě. Poté ještě přikládá velký význam zvědomovacímu procesu, co se týče chování a tendencí, a terapeutčtě podpoře v jeho snaze být lepším a neustále se zlepšovat: „Jsem moc vděčný své psychoterapeutce za to, že mi pomáhá překonávat sebe sama a být lepším člověkem“. Také uvádí jako užitečné propojovat jednotlivá témata i když se zdají být odlišná, či se přesunout na jiné, pokud momentálně nenachází řešení. Zbytečného mu nepřijde nic a chtěl by pouze více času v jednotlivých sezeních.

Terapeutka

Jako aktuálně nejúčinnější faktor u klienta H vnímá terapeutka především podporu a povzbuzování v jeho pokrocích, individuální práci a v práci přímo v terapii. Dlouhodobě uvádí významnou účinnost bezpečného a důvěrného vztahu s dostatkem individuálního prostoru a důvěry v klientovy vlastní schopnosti a kompetence: „Osvědčilo se pacientovi dát prostor, aby o sobě mohl přemýšlet a volně své myšlenky verbalizovat, na mnohé totiž přišel sám“. Také ovšem dodává důležitost zvědomování vzorců chování a tendencí. V terapii vnímá jako nesprávné, když klient otevře téma nepodstatné pro terapii a ona nedokáže konverzaci o něm ukončit či přesměrovat. Pro zlepšení by potřebovala individuální supervizi.

8.2.9 Klient I

I

Pro klientku I jsou nejvýznamnější faktory aktuálně i dlouhodobě především možnost vyjadřování emocí v bezpečném prostředí a jejich sdílení se svou terapeutkou, zvláště silně emočně nabitých prožitků: „Možnost vybrečet se, vypovídat se“. Také zmiňuje pocit přijetí nehledě na její projevené emoce či chování. Jako další identifikuje zvědomování nechtěných vzorců chování a kroky k jejich změně. Považuje za zbytečné své odcházení od tématu a mrhání terapeutčtím časem. Sama říká že by potřebovala jít více do hloubky.

Terapeutka

Na aktuálním sezení spatřovala terapeutka velký přínos v zaujetí více direktivnějšího přístupu, než je zvyklá a více mohla nasměřovat klientku I kam potřebovala. Z dlouhodobého hlediska přičítá nejvyšší účinnost faktorům bezpečného prostředí, přijetí a sdílení a dostatečného individuálního prostoru s adekvátní důvěrou: „Nechat pacientku hodně ventilovat úzkosti“. Jako nevhodné vnímá přílišné vyhovování klientčiným požadavkům a málo direktivní vedení terapie.

8.2.10 Klient J

J

Jako nejúčinnější faktor určuje klient J vztah s terapeutkou, a to jak aktuálně, tak z perspektivy více sezení. Dobrý vztah vede k důvěře, pocitu bezpečí, facilitaci empatie a společného snažení se dosáhnout zlepšení klientova stavu: „Vím, že zde můžu být sám sebou a říct vše co potřebuju říct“. Zdůrazňuje, jak důležitá je důvěra v terapeuta a důvěra v terapeutický proces. Dále zmiňuje sdílení svých emočních prožitků a analýzu jednotlivých problémů. Jako nadbytečné mu v terapii nepřipadá nic a chtěl by se více zaměřit na osobní rozvoj než jen neustále řešit problémy, i když sám chápe že to má větší prioritu.

Terapeutka

Terapeutka vnímá jako aktuálně nejdůležitější faktor práci na zvědomování nevědomých vzorců chování a tím práci na jejich pochopení a změně. Z dlouhodobějšího hlediska vidí kromě zvědomování největší přínos ve společném nastavení cíle, analýze a interpretaci problémů, zlepšování komunikace a schopnosti vyjádřit své potřeby. „Rozdělit problém na menší kusy a na těch postupně pracovat“. Zbytečné vnímá v terapii povídání o věcech, které nemají pro terapii žádný přínos a nijak s klientem nesouvisí. Chtěla by mít na jednotlivé sezení více času, a to zhruba o 30 minut.

8.3 Shrnutí výsledků

K zobrazení shrnutí výsledků našeho výzkumu nejprve prezentujeme identifikované účinné faktory z pohledu klientů a jejich celkovou četnost skrze všechny klienty, a to postupně na všechny výzkumné otázky a poté to samé uděláme s identifikovanými faktory z pohledu terapeutů. Celková maximální četnost je 10, jelikož je ve výzkumu 10 klientů, a tedy i terapeuti vypovídali celkově desetkrát. V obrázku je tedy vždy uvedené číslo celková

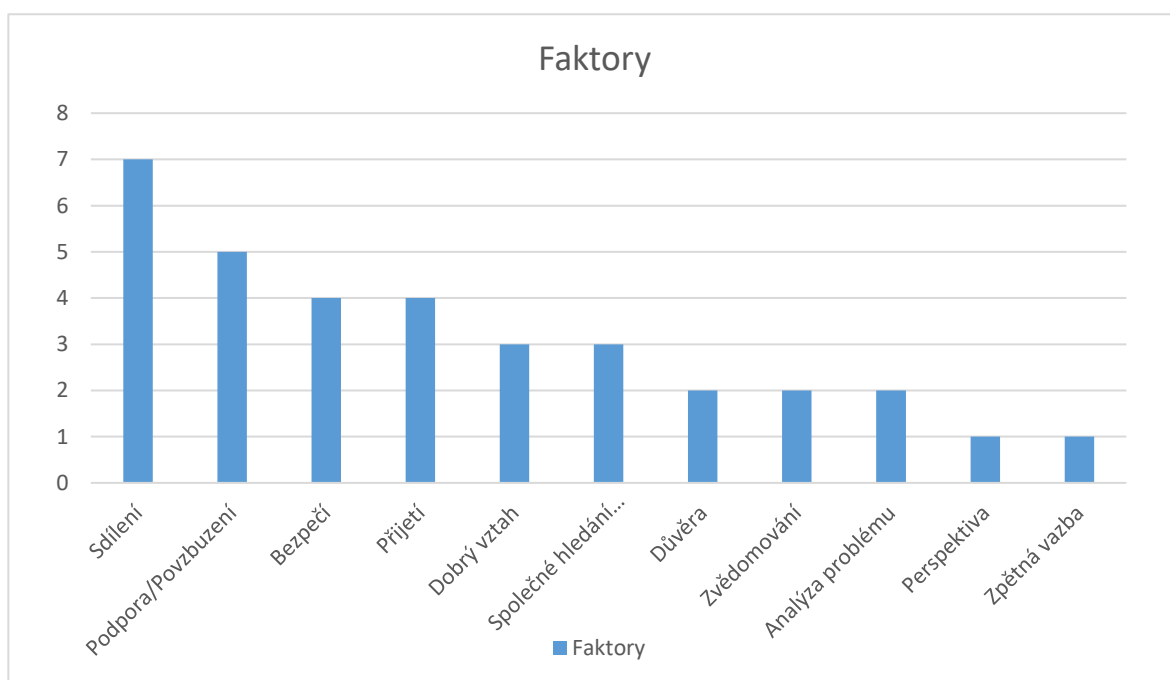
četnost kolika klienty či terapeutů byl faktor určen. Poté ještě prezentujeme shodu v identifikaci faktorů mezi klienty a terapeuty.

8.3.1 Odpovědi na výzkumné otázky z pohledu klienta

Jaké efektivní prvky vnímají bezprostředně po sezení?

Celkem v této otázce bylo identifikováno 11 faktorů, nejčastěji byl identifikován faktor sdílení, který uvedlo 7 klientů z celkových 10. Další důležitý faktor byla podpora/povzbuzení kterou uvedlo 5 klientů. Zbytek faktorů uvedlo 4 či méně klientů. Všechny faktory a jejich četnost uvádíme v obrázku 1.

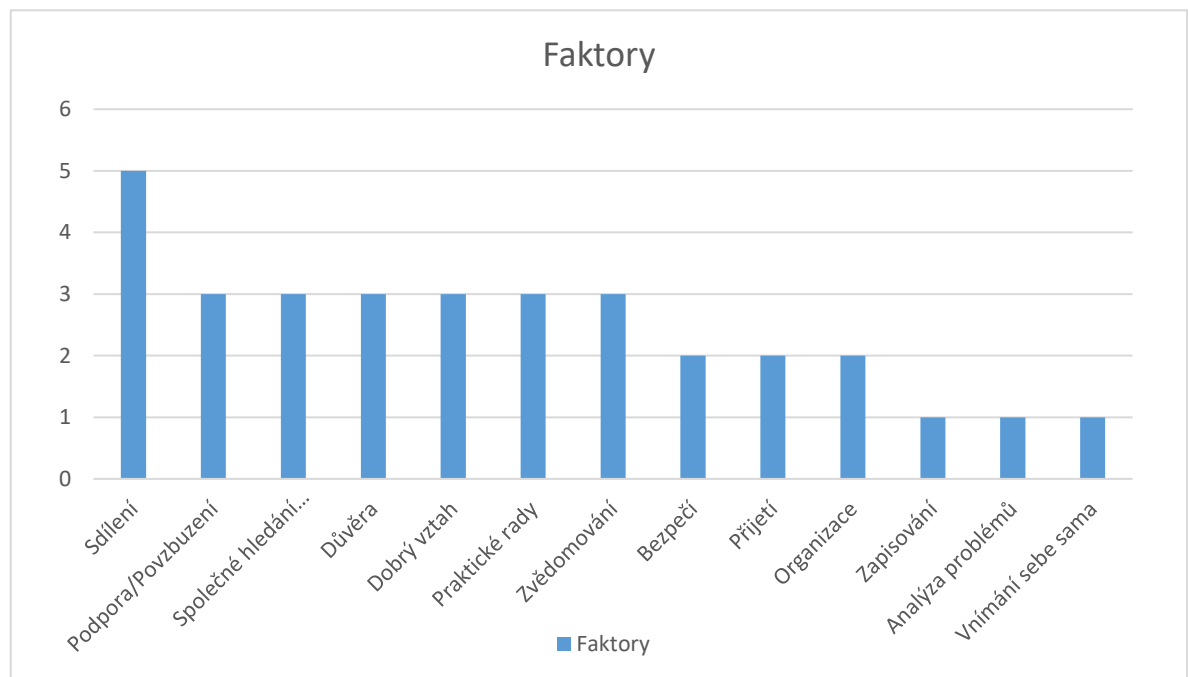
Obrázek 1.: Účinné faktory z pohledu klienta bezprostředně po sezení



Jaké efektivní prvky vnímají v rámci posledních 3-5 sezení?

V této otázce bylo identifikováno celkem 13 faktorů. Nejčastěji byl identifikován opět faktor sdílení, který určilo 5 klientů. Poté několik různých faktorů identifikovaly vždy 3 klienti. Patří mezi ně podpora/povzbuzení, společné hledání řešení, důvěra, dobrý vztah, praktické rady a zvědomování. Všechny faktory a jejich četnost uvádíme v obrázku 2.

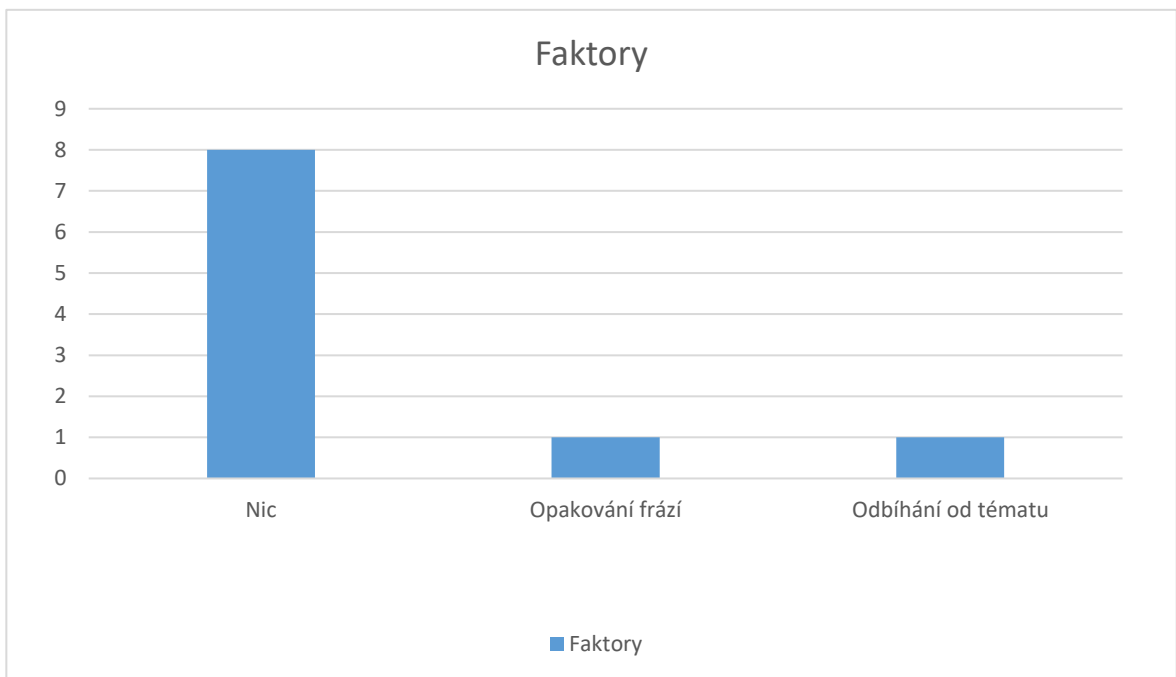
Obrázek 2.: Účinné faktory z pohledu klienta v rámci posledních 3-5 sezení



Jaké faktory přijdou klientům zbytečné a neefektivní v rámci terapeutických sezení?

V této otázce klienti identifikovali pouze 3 faktory, s tím že hlavní faktor byl „nic“, který uvedlo 8 klientů. Jeden klient dále uvedl opakování frází a jeden klient odbíhání od tématu, což ale myslel spíše ze své strany. Všechny faktory a jejich četnost uvádíme v obrázku 3.

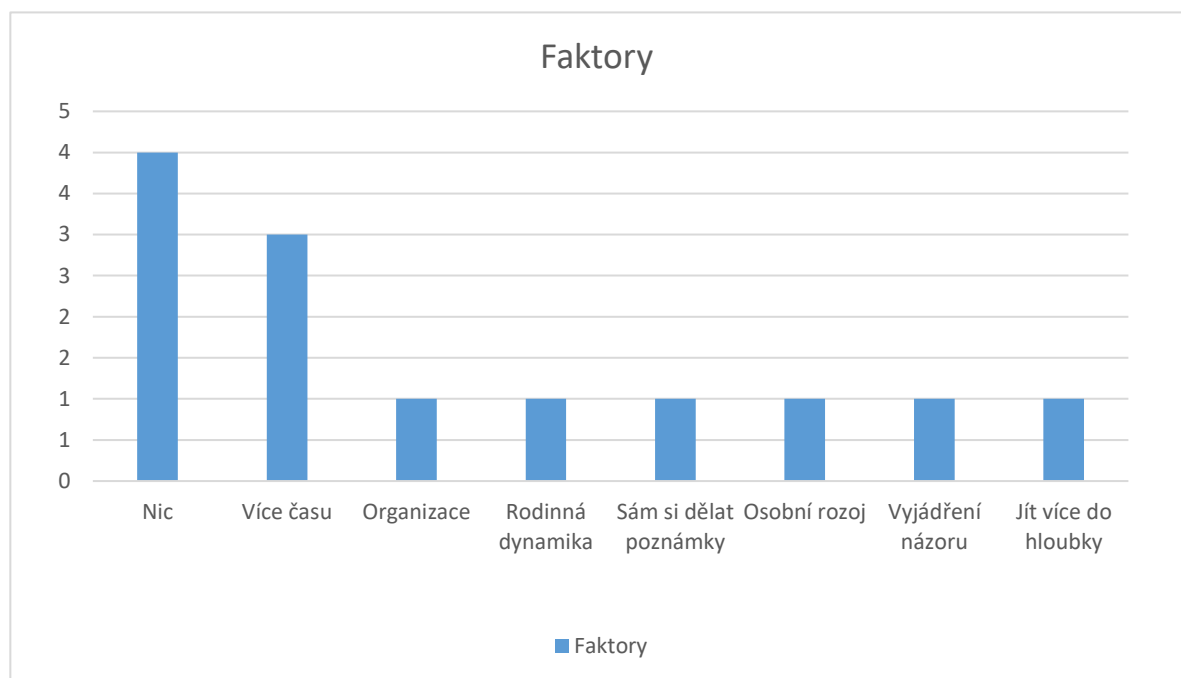
Obrázek 3.: Zbytečné faktory z pohledu klienta v rámci terapeutických sezení



Jaké faktory klientovi v rámci sezení chybí nebo by potřeboval?

V této otázce bylo identifikováno celkem 8 faktorů, hlavní faktor byl „nic“, který uvedli 4 klienti, následovaný faktorem více času, který uvedli 3 klienti. Dále se vyskytlo několik faktorů, které identifikoval vždy pouze 1 klient. Všechny faktory a jejich četnost uvádíme v obrázku 4.

Obrázek 4.: Chybějící a potřebné faktory z pohledu klienta



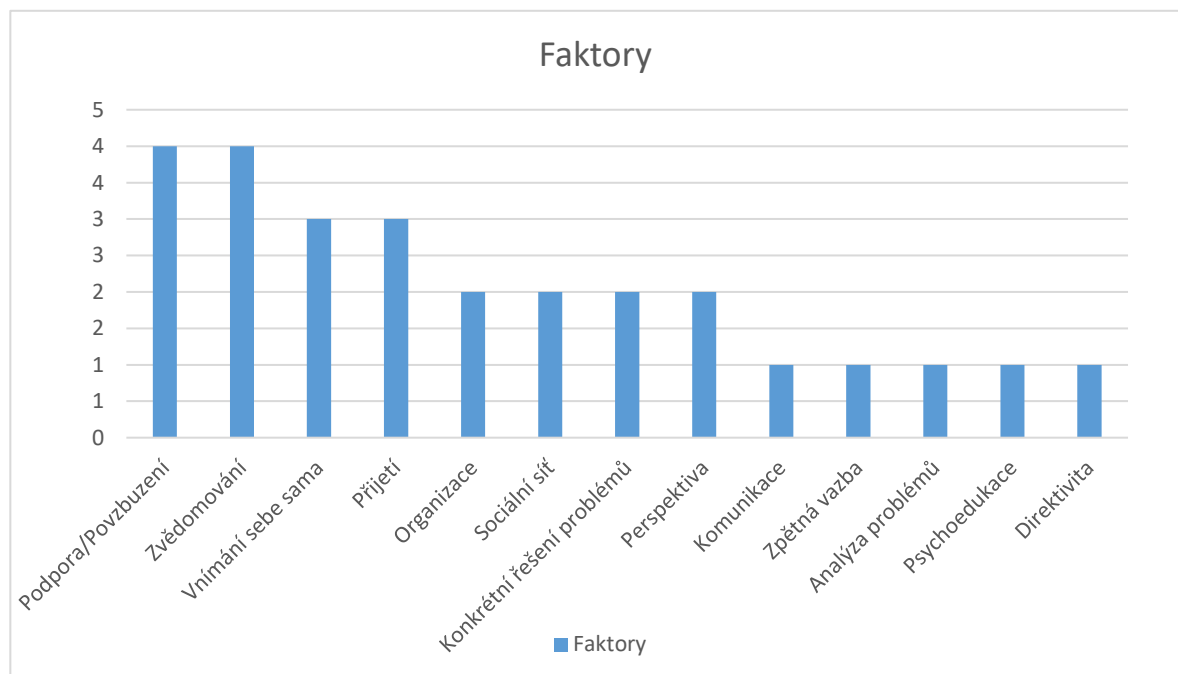
8.3.2 Odpovědi na výzkumné otázky z pohledu terapeuta

Jaké efektivní prvky vnímají bezprostředně po sezení?

Terapeuti celkově v této otázce identifikovali 13 faktorů, s tím že hlavní místo zaujmají faktory podpory/povzbuzení a zvědomování. Tyto faktory byly uvedeny čtyřikrát. Dále ještě vnímání sebe sama a přijetí, které se vyskytly třikrát. Ostatní faktory měli již menší četnost.

Všechny faktory a jejich četnost uvádíme v obrázku 5.

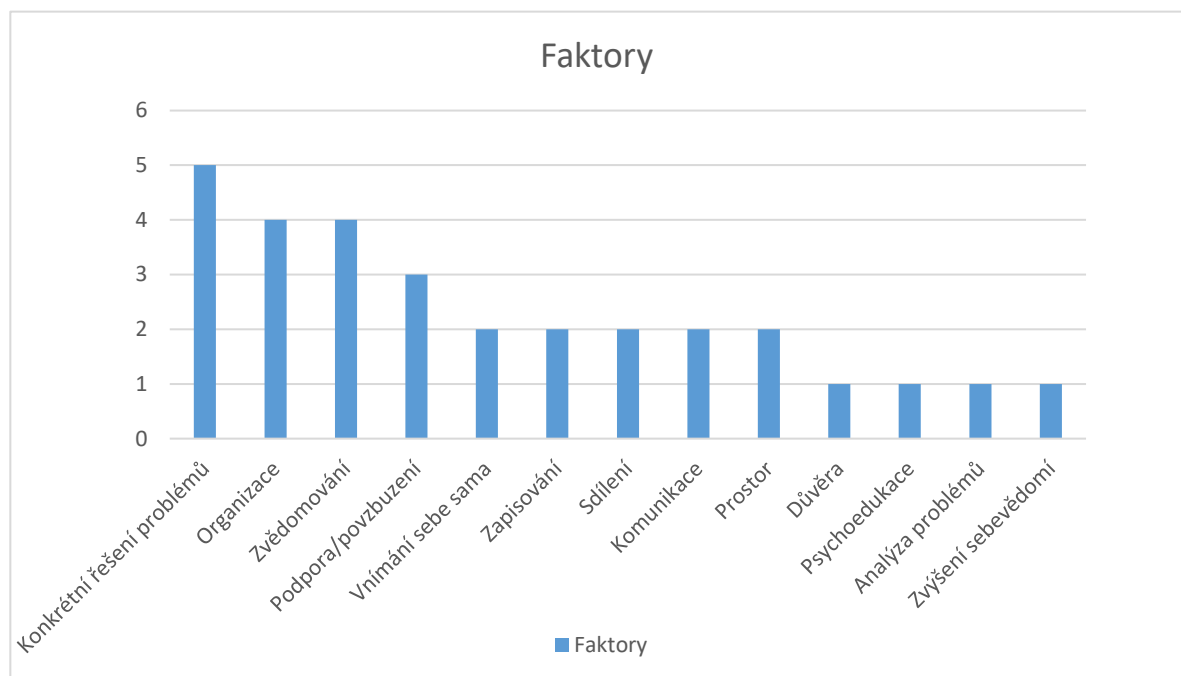
Obrázek 5.: Účinné faktory z pohledu terapeuta bezprostředně po sezení



Jaké efektivní prvky vnímají v rámci posledních 3-5 sezení?

U této otázky terapeuti identifikovali celkově opět 13 faktorů, jako hlavní účinný faktor uvedli konkrétní řešení problémů a to pětkrát. Dále čtyřikrát uvedli organizaci a zvědomování, a ještě třikrát podporu. Zbytek faktorů měl již menší četnost. Všechny faktory a jejich četnost uvádíme v obrázku 6.

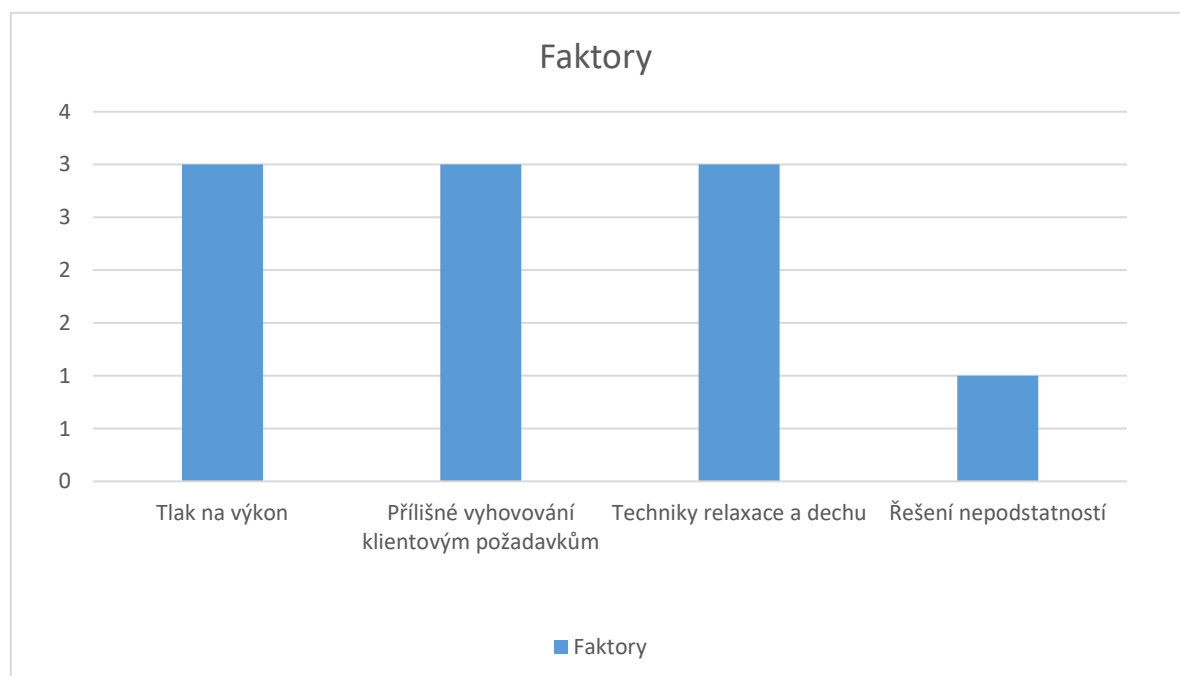
Obrázek 6.: Účinné faktory z pohledu terapeuta v rámci posledních 3-5 sezení



Jaké faktory přijdou terapeutům zbytečné a neefektivní v rámci terapeutických sezení?

V této otázce terapeuti identifikovali celkově 4 faktory, mezi hlavní patří tlak na výkon, přílišné vyhovování klientovým požadavkům a techniky relaxace a dechu. Všechny tyto faktory byly uvedeny třikrát. Poslední faktor řešení nepodstatností byl uveden pouze jednou. Všechny faktory a jejich četnost uvádíme v obrázku 7.

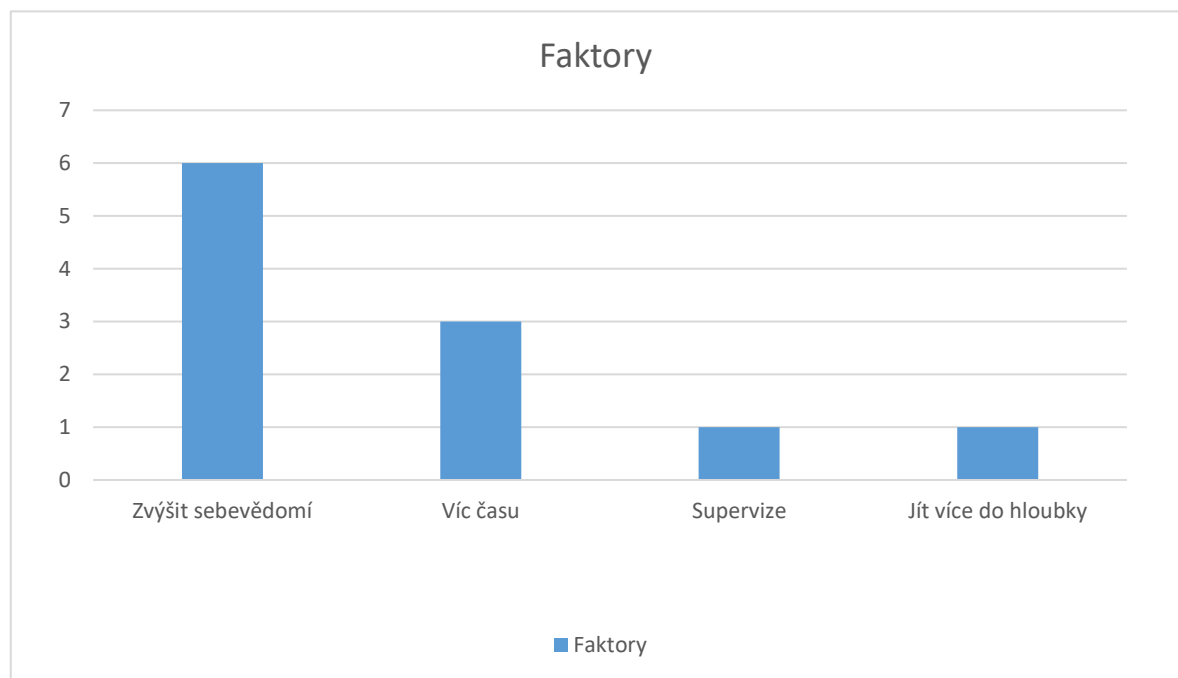
Obrázek 7.: Zbytečné faktory z pohledu terapeuta v rámci terapeutických sezení



Jaké faktory si terapeut myslí, že klientovi v rámci sezení chybí nebo by potřeboval?

Zde terapeuti identifikovali celkově 4 faktory a hlavní faktor byl zvýšit sebevědomí. Tento faktor byl uveden celkově šestkrát. Dále byl třikrát uveden faktor více času a ostatní dva faktory byly uvedeny pouze jednou. Všechny faktory a jejich četnost uvádíme v obrázku 8.

Obrázek 8.: Chybějící a potřebné faktory z pohledu



8.3.3 Shoda

Přestože se nejedná o naši výzkumnou otázku ze zajímavosti jsme spočítali shodu mezi jednotlivými klienty a jejich terapeuty v identifikaci stejných faktorů u všech otázek. Procento shody jsme počítali tak, že jako 100 % jsme vzali maximální počet faktorů klienta či terapeuta v závislosti na tom kdo jich měl nejvíc. A následně jsme porovnali kolik z těchto faktorů se shoduje a vypočítali procentuální podíl. V otázce č. 1 byla celková shoda mezi terapeuty a klienti v identifikaci stejných faktorů 16,10 %. V otázce č. 2 byla celková shoda 19,10 %. U otázky č. 3 byla shoda 10,00 % a otázky č. 4 byla shoda 0 %.

9 DISKUZE

V této části se zaměříme na rozšíření interpretace našich výsledků v souvislosti s našimi výzkumnými otázkami, a hlavně na jejich porovnání s výsledky jiných výzkumů od českých i zahraničních autorů. Považujeme za nutné podotknout, že tato práce nezkoumá skutečnou účinnost terapeutických faktorů, ale pouze to, co jako účinné terapeutické faktory vnímají klienti a terapeuti. Netvrdíme tedy, že faktory identifikované klienty, jsou více či méně účinné než faktory identifikované terapeuty, a naopak. K tomu by bylo zapotřebí celé samostatné studie. Zde pouze uvádíme, co lidé zapojení v terapeutickém procesu subjektivně vnímají jako důležité. Dále chceme poukázat na skutečnost, kterou zmiňoval i Yalom a Leszcze (2007) a tou je, že identifikované faktory jsou vytvořené konstrukty, a přesto že je kvůli popisu a identifikaci oddělujeme, v realitě je většina z nich propojená a fungují závisle na sobě.

Naše hlavní výzkumná otázka se zabývala tím, jaké jsou hlavní účinné faktory, které vnímá klient a terapeut na základě psychoterapeutického sezení, která byla dále ve výzkumu rozdělena na dvě podotázky, a to z pohledu aktuálního sezení a z pohledu několika posledních sezení. Dle našich již prezentovaných výsledků se u klientů v rámci aktuálního sezení jedná o faktory sdílení, podpory/povzbuzení, bezpečí, přijetí, dobrý vztah a společné hledání řešení. Vidíme, že většina z těchto faktorů se dá zařadit pod to co považuje za správný terapeutický vztah například Grawe (2007) či co by měla vykazovat správná osobnost terapeuta dle Whitbournové (2011). Nenajdeme velkou shodu s faktory určenými Yalomem a Leszcem (2007) a to pravděpodobně z důvodu, že jejich výzkum byl soustředěný na skupinové terapie, které vytvářejí naprosto odlišnou dynamiku terapie, a tím i jejich účinné faktory. Ovšem i přes tyto rozdílnosti jsou dva faktory velice podobné, a to dodávání naděje a poskytování informací s našimi faktory podpory/povzbuzení a společné hledání řešení. Všechny tyto faktory lze také přímo spojit či nalézt ve výčtu faktorů popsanych v první kapitole této práce (Vymětal a kol., 2004). Naše výsledky se také do jisté míry shodují s výzkumem Finsruda et al. (2022), kteří ve své metaanalýze předchozích výzkumů vyextrahovali dva hlavní faktory, a to důvěru v terapeuta a důvěru v léčbu. Naše poznatky se silně shodují s faktorem důvěry v terapeuta, ovšem nezaujali jsme tak redukcionistický postoj a věříme, že jednotlivé faktory mají v určité působnosti svou vlastní individuální účinnost, a proto je separujeme.

Terapeuti považují za hlavní účinné faktory v rámci aktuálního sezení především podporu/povzbuzení, zvědomování, přijetí a vnímání sebe sama. Zde je tady vidět shoda pouze v identifikaci faktorů podpory/povzbuzení a přijetí. Tyto dva faktory jsou univerzálně uvedené i v předchozích studiích, které jsme uváděli. Faktory zvědomování a vnímání sebe se vyskytly i u klientů, ovšem v menší míře, a jedná se především o proces přivádění nevědomých obsahů do vědomí, či uvědomování si určitých skutečností v klientově životě. Je nutné podotknout, že celková shoda mezi terapeuty na jednotlivých faktorech byla nižší než shoda u klientů, což může ale být dáno i nižším počtem terapeutů oproti klientům. Za rozdíly v identifikovaných faktorech může stát několik důvodů. Především se jedná o znalost problematiky a předchozí vzdělání, kterým terapeuti disponují a klienti nikoliv. To zákonitě vede nejen ke vnímání a zaměřování se na jiné věci, ale také k používání jiného jazyka k vyjádření těchto věcí. Také jak již bylo řečeno, faktory identifikované klienty jsou velice obecné, tedy takřka univerzální pro každou úspěšnou terapii. Z tohoto důvodu je možné, že je terapeuti považují za automatické a nevidí potřebu je zmiňovat.

V druhé podotázce jsme se zaměřovali na účinné faktory z pohledu několika posledních sezení. V tomto bodě klienti opět uvedli faktory sdílení, podpora/povzbuzení, společné hledání řešení a dobrý vztah, ovšem k nim přibily i faktory důvěry, praktické rady, zvědomování jako hlavní účinné faktory. Faktory bezpečí a přijetí byly také uvedeny ovšem již v menší míře. Celková shoda u klientů v této otázce o něco poklesla. I zde odpovídají naše výsledky výsledkům studií, které jsme zmiňovali v této sekci dříve. U terapeutů se jako nejúčinnější faktor objevil faktor konkrétní řešení problémů, následovaný zvědomováním, organizací a podporou. Zde naopak shoda mezi terapeuty vzrostla oproti první otázce. Z těchto výsledků se dá vyvozovat, že vnímání terapeutů bylo zaměřené více prakticky, s faktory konkrétní řešení problémů a organizace, a vnímání klientů více emočně, s faktory sdílení, podpory/povzbuzení a dobrého vztahu. Rozdíl v těchto faktorech může být ze stejných důvodů, které jsme již uvedli výše.

Výzkumné otázky 1 a 2 se zabývali tím co klienti a terapeuti považují za zbytečné či nadbytečné v terapii a tím co jim v terapii chybí či by to potřebovali. Tyto otázky byly spíše dodatek k celkovému zkoumání účinných faktorů. V otázce, co vnímali jako zbytečné bylo ze strany klientů nejčastěji uvedeno „nic“. Často uváděli i svou spokojenost s terapií a terapeutickým procesem. Na druhou stranu terapeuti uvedli tři hlavní faktory všechny o stejné četnosti, a to tlak na výkon, přílišné vyhovování požadavkům klienta a techniky relaxace a dechu.

Je zde možné se zamýšlet, zda terapeuti nejsou až zbytečně kritičtí sami k sobě, neboť vždy uvedli v této otázce něco, co jim připadalo zbytečné, zatímco 8 klientů z 10 nevidělo v terapii vůbec nic zbytečného. Samozřejmě, že profesionální zaměření vede k jinému vnímání terapie a snaha o neustále zlepšování je úctyhodná, ovšem je nutné se zamyslet, zda je to vždy adekvátní kritika. V otázce, co by v terapii potřebovali, u klientů byla opět nejčastější odpověď „nic“ a vyjádření jejich spokojenosti, ovšem také uvedli potřebu mít více času. Terapeuti uvedli jako hlavní odpověď zvýšit sebevědomí, a poté více času.

9.1 Limity práce

Jedním z limitů této práce je provádění polostrukturovaného rozhovoru i administrování připraveného dotazníku terapeutem. I přesto, že před výzkumem došlo k individuálnímu setkání autora této práce s oběma terapeutkami a podrobnému rozboru a instrukcím k administraci, nebylo možné zajistit jejich přesné dodržení a zároveň i eliminovat určitou míru subjektivní interpretace každé otázky. Snažili jsme se o co největší možnou objektivizaci zadaných otázek, a i když jsou následná data založená na individuálním vnímání, zkušenostech a pocitech, nemůžeme vyloučit mírně odlišné vysvětlování ze strany terapeutek jednotlivým klientům. Ovšem proto byl i připraven dotazník, kde byly otázky vždy jasně definovány, aby se udržel jednotný rámeček.

Jako další limit práce musíme zmínit převážně ženské zastoupení v našem výzkumném souboru. Pouze tři participanti ze strany klientů byli muži, a i terapeutky byly obě ženy. Tento faktor jsme se snažili eliminovat bohužel jsme nedokázali sehnat více mužských respondentů z řad klientů našich terapeutek, kteří by naplňovali naše kritéria pro výzkum. A to zejména z důvodu odlišné diagnózy. I přestože se výsledky našich mužských respondentů neodlišovaly od ženských respondentů, nemůžeme s jistotou tvrdit, že by to tak nebylo při lepší míře vyvážení. Ovšem vzhledem k tomu, že hlavním kritériem a zaměřením byly dvě stanovené diagnostické kategorie, přišly nám výsledky i tak dostatečně reprezentativní.

Další limit je možné najít v individuální povaze sebraných dat. Přestože bylo našim cílem získat subjektivní pocit a vnímání účinných faktorů jak aktuálních, tak dlouhodobějších, je zde prvek ovlivnění dat aktuálním laděním jak klientů, tak terapeutů. Také samozřejmě i tím, co bylo probíráno v předcházející terapii, současná životní situace, únava i rozdílnost v umístění v rámci terapeutického procesu. To vše mohlo vést k různorodým výsledkům.

Tento limit by možná bylo možno odstranit provedením rozhovoru a administrováním dotazníků po více sezeních, ovšem množství takto sebraných dat by nám při naší kapacitě již nedovolovalo používat kvalitativní přístup k výzkumu. A kvalitativní přístup byl jeden z hlavních zájmů této práce, aby klienti i terapeuti měli možnost vyjádřit své pocity a názory bez svazování do předem připravených škatulek, jako by tomu pravděpodobně bylo při využití některého z dotazníků na tuto problematiku. Proto jsme zůstali u varianty provedení pouze jednoho rozhovoru mezi každým terapeutem a klientem a pouze jedno předložení dotazníku.

A poslední limit, který v práci vnímáme, je opět propojen s povahou kvalitativního výzkumu. Jelikož data jsou kódována autorem, je zde možnost subjektivní zpracování informací. Snažili jsme se, jako již dříve, dosáhnout co největší objektivity, ovšem individuální vlivy a subjektivní pocity nejdou vždy zcela odstranit, což bezesporu může vést k pozměněné podobě výsledných dat, a i prezentaci nalezených výsledků.

9.2 Přínos práce

Hlavní potenciální přínos této práce spatřujeme v uvedení zájmu dále zkoumat toto téma a dále stavět na výzkumu který jsme provedli. Tento výzkum je pouze pilotní studie do problematiky, které se v poslední době věnuje velice málo studií. Navzdory tomu, že se při terapii vždy jedná o interakci terapeuta a klienta, se jen velice málo výzkumů soustředí na klientův pohled. Tím samozřejmě, jak jsme již zmínili předtím, neříkáme, že faktory identifikované terapeuty nejsou účinné nebo důležité, ani že ty identifikované klienty jsou. Pouze se snažíme přivést do povědomí vnímání terapeutického procesu z více stran a snažit se vnímat všechny zúčastněné aktéry.

Doufáme, že tato práce může posloužit i některým terapeutům zamyslet se nad tím, co v terapii považují za důležité, a co považují za důležité klienti. I jen krátký rozhovor na toto téma může přinést lepší pochopení a zaměření se na některé aspekty které mohly zůstat opomenuty, či nebyl plně využit jejich potenciál. Také to může terapeutům pomoci si uvědomit, že většinu z těchto faktorů taky považují za důležité, jen je také považují za automatické, a proto je není potřeba uvádět. Ovšem často to, co považujeme za automatické, podléhá menšímu věnování pozornosti, což může vést k postupnému poklesu. Už jen uvědomění může pomoci s ověřením, zda tyto faktory v terapii jsou či je obě strany vnímají.

10 ZÁVĚR

V této magisterské diplomové práci jsme zajímali o to, jaké účinné terapeutické faktory vnímají v terapii klienti a jaké terapeuti, a to jak z pohledu jednoho aktuálního sezení, tak z pohledu více sezení. Také jsme se zajímali o to, co považují klienti a terapeuti v terapii za zbytečné a co mají naopak pocit, že jim tam chybí či co by v terapii potřebovali. Výzkum byl zaměřený na klienty se schizoafektivní poruchou a bipolárně afektivní poruchou. Celkem se výzkumu zúčastnilo 10 klientů. Terapeuti se zúčastnili dva, jeden s výcvikem v kognitivně behaviorální terapii a jeden s výcvikem v psychodynamické terapii. Výzkum jsme prováděli v kvalitativním designu za pomoci rozhovoru a dotazníku vlastní konstrukce s otevřenými otázkami.

Hlavní výzkumná otázka se ptá, jaké účinné faktory vnímá v terapii klient a terapeut a je rozdělena do dvou podotázek, a to z pohledu aktuálního sezení a z pohledu několika posledních sezení. Z perspektivy aktuálního sezení klienti identifikovali celkově 11 faktorů s tím, že nejdůležitější byl faktor sdílení, který uvedlo 7 klientů. Dále 5 klientů uvedlo faktor podpory/povzbuzení a 4 klienti identifikovali ještě faktory bezpečí a přijetí. Zbytek faktorů měl menší četnost. Terapeuti v aktuálním sezení identifikovali celkově 13 faktorů s tím, že nejvýznamnější byly faktory podpory/povzbuzení a zvědomování. Tyto faktory uvedli terapeuti celkem čtyřikrát. Třikrát ještě byly uvedeny faktory vnímání sebe sama a přijetí. Zbytek faktorů měl menší četnost.

Z dlouhodobějšího hlediska klienti určili celkově 13 faktorů s tím, že jako hlavní účinný faktor byl opět určen faktor sdílení. Tento faktor určilo 5 klientů. Další faktory byly vždy určeny třemi klienty a jedná se o faktory podpora/povzbuzení, společné hledání řešení, důvěra, dobrý vztah, praktické rady a zvědomování. Zbytek faktorů měl již menší četnosti. Terapeuti v tomto ohledu identifikovali také celkem 13 faktorů a jako hlavní účinný faktor určili konkrétní řešení problémů. Tento faktor terapeuti uvedli celkem pětkrát. Dále čtyřikrát uvedli faktory zvědomování a organizace. Zbytek faktorů měl již menší četnosti.

V otázce, co považují v terapii za zbytečné uvedli klienti nejčastěji, že jim nic nepřipadalo zbytečné. Tuto možnost uvedlo 8 klientů. Oproti tomu terapeuti identifikovali tři faktory, které jim připadali v terapii zbytečné, a to tlak na výkon, přílišné vyhovování požadavkům klienta a techniky relaxace a dechu.

Všechny tyto faktory uvedli terapeuti celkem třikrát. V poslední otázce zaměřené na to, co v terapii chybí či co by tam potřebovali, byla opět nejčastější odpověď u klientů nic. Ovšem tentokrát ji uvedli pouze 4 klienti. Tři klienti uvedli faktor více času a zbytek faktorů byl vždy identifikován pouze jedním klientem. Terapeuti celkem šestkrát určili jako hlavní faktor, který by klienti v terapii potřebovali, faktor zvýšení sebevědomí. Také třikrát uvedli faktor více času.

11 SOUHRN

Tato magisterská diplomová práce je zaměřena na zkoumání účinných terapeutických faktorů z pohledu klienta a z pohledu terapeuta. Cílem naší práce bylo zjistit jaké faktory považují v terapii za účinné klienti a terapeuti, a to z hlediska jedné aktuální terapie i z hlediska více sezení. Také jsme se zajímali o to, co považují klienti a terapeuti v terapii za zbytečné a co mají naopak pocit, že jim tam chybí či co by v terapii potřebovali.

Tato práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část je dále dělena na čtyři kapitoly. V první kapitole popisujeme obecně psychoterapii (Vymětal, 2010), dále popisujeme účinné psychoterapeutické faktory (Vymětal a kol. 2004) a skupinové terapeutické faktory identifikované Yalomem a Leszczem (2007). Dále uvádíme popis terapeutického vztahu (Rogers, 2015) a osobnosti terapeuta (Norcross, 2011). V poslední části této kapitoly uvádíme přehled hlavních terapeutických směrů (Vybíral et al. 2010).

V druhé kapitole uvádíme dva terapeutické směry, jež byly využity ve výzkumu, a to kognitivně behaviorální terapii a psychodynamickou terapii. U kognitivně behaviorální terapie popisujeme stručný přehled, vývoj a užívané metody (Možný & Praško, 1999). U psychodynamické terapie také popisujeme stručný přehled, vývoj, teoretické východisko a užívané metody (Vybíral & Holub, 2010).

Ve třetí kapitole se zaměřujeme na duševní poruchy, které jsme zkoumaly v této práci, a to schizoafektivní poruchu a bipolárně afektivní poruchu. U obou poruch uvádíme jejich klasifikaci dle MKN-10 (2023), etiologii (Okasha, 2007; Látalová, 2010), epidemiologii (Horáček a kol, 2003; Novák, 2010), hlavní příznaky (Raboch a kol, 2001; Bouček a kol, 2006), diagnostiku (Hosák a kol. 2015; Bouček a kol, 2006) a léčbu (Smolík, 1996; Novák, 2010).

V poslední kapitole si uvádíme specifické terapeutické přístupy k našim uvedeným duševním poruchám, tedy ke schizoafektivní poruše (Olfson a kol, 2009), a bipolárně afektivní poruše (Látalová & Praško, 2009). Dále si představujeme některé z moderních výzkumu zaměřené na účinné terapeutické faktory a jejich výsledky (Finsrud a kol. 2022; Kohrt a kol. 2015; Pedersen a kol. 2020). Tímto končí teoretická část a přesouváme se na výzkumnou část.

Výzkumné otázky se zabývají vnímáním účinných terapeutických faktorů ze strany klienta a ze strany terapeuta z hlediska jednoho aktuálního sezení a z hlediska několika posledních sezení. Dále se zabýváme tím, co považují klienti a terapeuti v terapii za zbytečné a v poslední otázce se zabýváme tím co klienti a terapeuti vnímají, že v terapii chybí, či co by tam potřebovali. Výzkum jsme provedli v kvalitativním designu za pomoci vícenásobné případové studie (Švaříček & Šed'ová, 2014), jelikož jsme chtěli zachytit čistý subjektivní popis identifikovaných terapeutických faktorů, bez zatížení škatulkování do předem připravených, již identifikovaných terapeutických faktorů za pomoci již vytvořených dotazníků k této problematice. Sběr dat jsme provedli za pomoci nahrávaného polostrukturovaného rozhovoru a předložení dotazníku vlastní konstrukce s otevřenými otázkami.

Podmínky pro účast ve výzkumu byly pro klienty souhlas s účastí na výzkumu, diagnóza F25 nebo F31, věk starší 18 let a účast na individuální psychoterapii ve zdravotnickém zařízení. Pro terapeuty byly podmínky souhlas s účastí na výzkumu, dokončený psychoterapeutický výcvik akreditovaný pro zdravotnictví dle IPVZ (2023), práce ve zdravotnickém zařízení a dokončené klinická atestace či psycholog ve zdravotnictví v předatestační přípravě. Respondenti byli osloveni skrze profesní známosti, facebookové skupiny a přátele. Výzkumu se nakonec zúčastnilo 10 klientů a 2 terapeutky. Terapeutky se sešly s autorem výzkumu a byly řádně proškoleny. Následně byly sbírány rozhovory pomocí nahrávání rozhovoru mezi klienty a terapeuty a předloženy dotazníky. Rozhovory a dotazníky byly následně předány autorovi výzkumu. Poté byl uskutečněn přepis rozhovorů do textové podoby. Poté jsme za pomoci otevřeného kódování formou tužka-papír vytvořili prvotní témata, která jsme dále upravovali za pomoci shlukování témat, a dalšího axiálního a selektivního kódování. Výsledkem toho byly identifikované účinné faktory pro každou z našich otázek, a to jak z pohledu klientů, tak z pohledu terapeutů. Výsledky jsme poté prezentovali nejprve krátkým shrnutím každého klienta a jeho terapeuta jako individuálního případu abychom zdůraznili kvalitativní stránku výzkumu. Poté jsme také uvedli shrnutí výsledků za pomoci grafů ke každé jednotlivé výzkumné otázce.

Jako hlavní účinný faktor v terapii z pohledu klientů jsme identifikovali faktor sdílení, a to jak z hlediska aktuálního sezení, tak z hlediska několika posledních sezení. Prosté vyjádření emocí, svých obav, obtíží a možnost je sdílet s druhou osobou bylo pro klienty nejdůležitější. V rámci aktuálního sezení také s vyšší četností uvedli faktory podpory/povzbuzení, bezpečí a přijetí.

V podstatě jde tedy říct, že pro klienty bylo hlavní mít bezpečné místo kde se mohli svěřit se vším co je trápí. Terapeuti za hlavní v rámci aktuálního sezení považovali faktory podpory/povzbuzení a zvědomování. Tedy klienta podporovat a dávat mu oporu ve vyjadřování svých emocí a povzbuzovat ho v možnostech hledání řešení a práci na problémech. Faktor zvědomování zahrnoval jak přinášení nevědomých obsahů do vědomí, tak uvědomování si svých vzorců chování a skutečností v klientově životě. Také se s vyšší četností vyskytly faktory vnímání sebe sama a přijetí. Dle terapeutů bylo tedy důležité vytvořit podpůrné prostředí a vést klienta ke zkoumání sebe sama a svého života.

Z hlediska několika posledních sezení klienti kromě již uvedeného faktoru sdílení identifikováno několik dalších faktorů a to podpora/povzbuzení, společné hledání řešení, důvěra, dobrý vztah, praktické rady a zvědomování. Stále tedy stojí v popředí bezpečné a přijímací prostředí ovšem je zde i větší zaměřenost na práci sám na sobě i na řešení svých problémů. Terapeuti v této otázce jako hlavní účinný faktor identifikovali faktor konkrétní řešení problémů. Dále také s vyšší četností uvedli faktory organizace a zvědomování. Lze tedy vidět odklon od zaměření na bezpečné a přijímací prostředí a více ke konkrétní práci a zaměřené práci na klientovi a jeho problémech.

V otázce, zda klientům něco v terapii připadá zbytečné nejčastěji uváděli, že ne a že jsou s terapií spokojeni. Oproti tomu terapeuti uvedli tři hlavní faktory, které jim připadaly zbytečné, a to vždy se stejnou četností. Jedná se o faktory tlak na výkon, přílišné vyhovování požadavkům klienta a techniky relaxace a dechu. Je tedy vidět, že terapeuti jsou k terapeutickému procesu více kritičtí než klienti. V poslední otázce, zda v terapii něco chybí, či by něco potřebovali, opět klienti nejvíce tvrdili že ne a znovu zdůrazňovali svou spokojenost. Jediný faktor přítomný v této otázce u více klientů byl faktor více času. Terapeuti naopak s vysokou četností uvedli faktor zvýšení sebevědomí. Je to dle nich oblast, která může klientům velice pomoci a je nutné se na ni více zaměřit, než tomu aktuálně je. Také uvedli stejně jako klienti faktor více času.

LITERATURA

1. Azorin, J. M. (1995). Long-term treatment of mood disorders in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92: 20-23. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb05940.x>
2. Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194–198. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.194>
3. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., et al. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press
4. Becková, J. S. (2018). *Kognitivně behaviorální terapie*. Triton
5. Benazzi, F. (2009). A prediction rule for diagnosing hypomania. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 33(2). s. 317–322. doi:10.1016/j.pnpbp.2008.12.007
6. Bouček, J., a kol. (2006). *Speciální psychiatrie*. Univerzita Palackého
7. Cortina, M. (2010). The Future of Psychodynamic Psychotherapy. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 73(1), 43–56. doi:10.1521/psyc.2010.73.1.43
8. Dührssen, A. (1998). *Dynamická psychoterapia. Průručka hlbinne orientovaného prístupu k pacientom*. Vydavateľstvo F
9. Dušek, K., & Večeřová - Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada.
10. Finsrud, I., Nissen-Lie, H. A., Vrabel, K., Høstmælingen, A., Wampold, B. E., & Ulvenes, G. P. (2022). It's the therapist and the treatment: The structure of common therapeutic relationship factors, *Psychotherapy Research*, 32:2, 139-150, <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1916640>
11. Goleman, D. (1997). *Emoční inteligence*. Columbus.
12. Grawe, K. (2007). *Neuropsychoterapie*. Portál.
13. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change. 2nd edition*. Guilford Press
14. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.
15. Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Portál.
16. Holub, D. (2010). *Psychoanalýza a psychoanalytická psychoterapie*. In Vybíral, Z., Roubal, J., a kol. (2010). *Současná psychoterapie*. Portál. s. 110–146

17. Horáček, J., a kol. (2003). *Psychotické stavy v klinické praxi*. Anepra.
18. Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J., a kol. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Karolinum
19. Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. TIGIS.
20. Howard, S. (2008). *Psychodynamická psychoterapie: stručný přehled*. Portál
21. Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy?*. American Psychological Association.
22. Fine, R. (1977). *The history of psychoanalysis*. Jason Aronson Inc. Publishers
23. IPVZ. (2023). Dostupné z <https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/klinicka-psychologie/schvalovani-psychoterapeuticky-ch-vycviku>
24. Josselson, R. (2009). *Irvin D. Yalom: O psychoterapii a lidském bytí*. Portál.
25. Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Grada
26. Kantrowitz, J. T., & Citrome, L. (2011). Schizoaffective Disorder. *CNS Drugs*, 25(4), 317–331. doi:10.2165/11587630-000000000-00000
27. Kerr, N., Dunbar, R. I. M., & Bentall, R. P. (2003). Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*. 73 (3). s. 253-259. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00008-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00008-3)
28. Kirlioglu, S. S., & Balcioglu, Y. H. (2020). Chronobiology revisited in psychiatric disorders: From a translation perspective. *Psychiatry Investigation*. 17(8). s. 725-743. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0129>
29. Kohrt, B. A., Jordans, M. J. D., Rai, S., Shrestha, P., Luitel, N. P., Ramaiya, M. K., Singla, D. R., & Patel, V. (2015). Therapist competence in global mental health: Development of the ENhancing Assessment of Common Therapeutic factors (ENACT) rating scale. *Behaviour Research and Therapy*, Volume. 69. s. 11-21. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.009>
30. Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Portál.
31. Kos, R. (1991). Persistence of reading disabilities. The voices of middle school students. *American Educational Research Journal* 28(4), 875-895.
31. Kruba, J. (2014). *Moc a odpovědnost v pomáhajících profesích*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

32. Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Brigit, J., Wright, K., Kerr, N., Parr-Dsvi, G., & Sham, P. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy of relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Archives of General Psychiatry*, 60, 146–152. doi:10.1001/archpsyc.60.2.145
33. Laursen, T. M., Labouriau, R., Licht, R. W., Bertelsen, A., Munk-Olsen, T., & Mortensen, P. B. (2005). Family History of Psychiatric Illness as a Risk Factor for Schizoaffective Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 841. doi:10.1001/archpsyc.62.8.841
34. Látalová, K. (2010). *Bipolární afektivní porucha. 1. vyd.* Grada
35. Látalová, K., & Praško, J. (2009). Možnosti a meze psychoterapie u bipolární poruchy. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 105(2). 71-78. ISSN 1212-0383
36. Leichsenring, F., & Leibing, E. (2007). Psychodynamic Psychotherapy: A Systematic Review of Techniques, Indications and Empirical Evidence. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 80, 217-228, <https://doi.org/10.1348/147608306X117394>
37. Marshall, C., & Rossman, G. B. (2011). *Designing Qualitative Research (5th ed.)*. Sage Publications.
38. Maslow, A. H. (2021). *A theory of human motivation*. General Press
39. Matoušek, O. (2017). *Dítě traumatizované v blízkých vztazích*. Portál.
40. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada
41. MKN-10. (2023). Dostupné z <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F25> a <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F31>
42. Mohr, P., Látalová, K., & Masopust, J. (2012). Varovné příznaky relapsu schizofrenie a bipolární poruchy. *Česká a Slovenská psychiatrie. Časopis Psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrické společnosti SLS*. 108(3): 122–130. Staženo dne 18. 1. 2024 z <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=802>
43. Možný, P., & Praško, J. (1999). *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. Triton
44. Novák, T. (2010). Bipolární porucha II – epidemiologie, diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*. 11(1). Staženo 18. 1. 2024 z https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201001-0002_Bipolarni_porucha_II-epidemiologie_diagnostika_a_lecba.php

45. Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). Oxford University Press.
46. Okasha, A. (2006). *The concept of schizoaffective disorder: utility versus validity and reliability – a transcultural perspective*. In A. Marneros & H. S. Akiskal (Eds.). (2006). *The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra*. s. 104–132. Cambridge University Press.
47. Olfson, M., Marcus, S. C., & Wan, G. J. (2009). Treatment Patterns for Schizoaffective Disorder and Schizophrenia Among Medicaid Patients. *Psychiatric Services*, 60 (2), s. 210–216. doi:10.1176/ps.2009.60.2.210
48. Orel, M., a kol. (2020). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše, 3. Aktualizované a doplněné vydání*. Grada
49. Pedersen, G. A., Lakshmin, P., Schafer, A., Watts, S., Carswell, K., Willhoite, A., & Kohrt, B. A. (2020). Common factors in psychological treatments delivered by non-specialists in low- and middle-income countries: Manual review of competencies. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*. 30(3). 165-186. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.06.001>
50. Pešek, R., Praško, J., & Štípek, P. (2012). *Kognitivně behaviorální terapie v praxi: pro terapeuty, studenty a poučné laiky*. Portál
51. Pöthe, P. (2022). *Vývojová a vztahová terapie dětí*. Portál
52. Praško, J., a kol. (2011). *Obecná psychiatrie*. UP Olomouc
53. Praško, J., Novák, T., & Záleský, R. (2007). *KBT bipolární afektivní poruchy*. In Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (Eds.). (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Triton. s. 349-397.
54. Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické směry – průřez teoriemi*. Grada
55. Raboch, J., Pavlovský, P., a kol. (2003). *Psychiatrie*. Triton.
56. Raboch, J., Zvolský, P., et al. (2001). *Psychiatrie*. Galén.
57. Rogers, C. R. (2015). *Být sám sebou. Terapeutův pohled na psychoterapii*. Portál.
58. Richter, D., Wall, A., Bruen, A., & Whittington, R. (2019). Is the global prevalence rate of adult mental illness increasing? Systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. doi:10.1111/acps.13083

59. Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98–109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
60. Smith, K., McLeod, J., Blunden, N., Cooper, M., Gabriel, L., Kupfer, Ch., McLeod, J., Murphie, M., Oddli, W. H., Thurston, M., & Winter, A. L. (2021). A Pluralistic Perspective on Research in Psychotherapy: Harnessing Passion, Difference and Dialogue to Promote Justice and Relevance. *Frontiers in Psychology*. 12. doi: 10.3389/fpsyg.2021.742676
61. Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. MAXDORF.
62. Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Albert.
63. Švaříček, R., & Šedřová, K. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách (Vyd. 2.)*. Portál.
64. Thomas, M. L. (2006). The Contributing Factors of Change in a Therapeutic Process. *Contemporary Family Therapy*. 28, 201–210. <https://doi.org/10.1007/s10591-006-9000-4>
65. Vybíral Z. (2016). *Jak se stát dobrým psychoterapeutem*. Portál.
66. Vybíral, Z., & Holub, D. (2010). *Psychodynamická psychoterapie*. In Vybíral, Z., Roubal, J., a kol. (2010). *Současná psychoterapie*. Portál s. 81-109.
67. Vybíral, Z., Roubal, J. a kol. (2010). *Současná psychoterapie*. Portál
68. Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie*. Grada.
69. Vymětal, J. a kol. (2004). *Obecná psychoterapie*. Grada
70. Wenzel, A. (2013). *Strategic decision making in cognitive behavioral therapy*. American Psychological Association
71. Whitbourne, S. K. (2011). 13 Qualities to Look for in an Effective Psychotherapist. *Psychology Today*, Staženo 18. 9. 2023 z <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/fulfillment-any-age/201108/13-qualities-look-in-effective-psychotherapist>
72. Yalom, I. D. (2005). *Každý den o trochu blíž*. Portál
73. Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Portál
74. Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. (2. vyd.). Portál.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Informovaný souhlas
4. Přepis rozhovoru
5. Dotazník vlastní konstrukce

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Účinné terapeutické faktory z pohledu klienta a terapeuta

Autor práce: Bc. Vítek Macháček

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

Počet stran a znaků: 81 stran, 127 974 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 74

Abstrakt:

V této magisterské práci zkoumáme účinné terapeutické faktory z pohledu klienta a terapeuta. Zajímá nás jako faktory vnímají jako účinné klienti a jaké terapeuti u schizoafektivní poruchy a bipolárně afektivní poruchy. A dále jaké faktory jim v terapii připadají zbytečné a jaké by naopak potřebovali. Pro výzkum jsme zvolili kvalitativní design a data sbíráme za pomoc polostrukturovaného rozhovoru a doplnění za pomoci dotazníku vlastní konstrukce s otevřenými otázkami. Výzkumu se účastnilo deset klientů, kteří všichni měli diagnostikovanou poruchu F25 nebo F31 a dva terapeuti. Data byla analyzována a interpretována metodou vícenásobné případové studie. Z našich analyzovaných dat jsme zjistili, že hlavní účinné faktory dle klientů jsou sdílení a podpora/povzbuzení. Mezi další faktory patří např. společné hledání řešení, bezpečí a přijetí. Z pohledu terapeutů se jako hlavní účinné faktory projevíly konkrétní řešení problémů, podpora/povzbuzení, organizace a zvědomování. V terapii klientům nepřípadalo zbytečné nic a ani nic nepotřebovali, někteří jen více času. Dle terapeutů jsou v terapii zbytečné faktory tlaku na výkon, techniky dechu a relaxace a přílišné vyhovování klientovým požadavkům a jako potřebné uvedli faktory zvýšení sebevědomí a více času.

Klíčová slova: terapeutické faktory, terapie, schizoafektivní porucha, bipolárně afektivní porucha

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Effective therapeutic factors from the perspective of the client and the therapist

Author: Bc. Vítěk Macháček

Supervisor: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka Ph.D.

Number of pages and characters: 81 pages, 127 974 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 74

Abstract:

In this master's thesis we explore effective therapeutic factors from the perspective of the client and the therapist. We are interested in what factors are perceived as effective by clients and by therapists in schizoaffective disorder and bipolar affective disorder. Furthermore, what factors do they find unnecessary in therapy and what factors they would need. We have chosen a qualitative design for the research and collected data using a semi-structured interview and supplementing it with a self-constructed questionnaire with open-ended questions. Ten clients, all diagnosed with F25 or F31 disorder, and two therapists participated in the research. Data were analysed and interpreted using a multiple case study method. From our analysed data we found that the main effective factors according to the clients were sharing and support/encouragement. Other factors include joint solution finding, safety and acceptance. From the perspective of the therapists, concrete problem solving, support/reinforcement, organization and awareness emerged as the main effective factors. In therapy, clients did not find anything unnecessary and did not need anything, some just needed more time. According to therapists, the factors of pressure to perform, breathing and relaxation techniques, and too much compliance with client demands were unnecessary in therapy, and they cited the factors of increased self-awareness and more time as necessary.

Key words: therapeutic factors, therapy, schizoaffective disorder, bipolar affective disorder

Příloha č. 3: Informovaný souhlas



Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce: Účinné terapeutické faktory v individuální terapii z pohledu klienta a terapeuta

Autor výzkumu: Bc. Vítek Macháček

Vedoucí výzkumu: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka Ph.D

Termín realizace: 2023–2024

Místo realizace: Česká republika

Prohlašuji, že jsem **byl/a seznámen/a** s podmínkami účasti na výzkumu „*Účinné terapeutické faktory v individuální terapii z pohledu klienta a terapeuta*“ a že se ho zúčastňuji dobrovolně.

Jsem si vědom, že výzkum se bude zabývat soukromými a citlivými otázkami. Jsem si vědom toho, že můžu z výzkumu kdykoliv svobodně odejít a má data budou vymazána. Jsem si vědom toho že veškerá data jsou anonymní a nebudou použita jinak než v rámci výzkumu či výzkumného článku. Souhlasím s vyplněním dotazníku. Jsem si vědom toho, že výzkumník nebude používat mé jméno, ani konkrétní místa či údaje, které by mohli vést k mé identifikaci.

Datum.....

Jméno.....

Podpis.....

Příloha č. 4: Přepis rozhovoru

Přepis rozhovoru B

T: Tak, teď uděláme ten rozhovor, podle vyplněného dotazníku, který jsme teď spolu dělaly. A chtěla bych se vás zeptat, jestli souhlasíte s tím, že bych ten náš rozhovor nahrávala. Ta nahrávka potom bude sloužit k analýze toho rozhovoru, a vlastně zkoumání účinných faktorů terapie.

B: Jo, ano, ano souhlasím, nemám s tím žádným problémem.

T: Dobře, děkuji. Tak, budeme postupně procházet ty otázky, vždycky tu otázku přečtu, a vy mi můžete říct, co jste si k tomu napsala, o čem jste přemýšlela. A potom řeknu já, co jsem si tam napsala a následně si o tom můžeme pobavit. Můžeme si říkat, proč nám to přišlo tak, jak jsme si napsaly. Můžeme o tom právě nějak hovořit a sdílet spolu ty naše poznámky. Co vám během dnešního sezení pomohlo?

B: Jo, no tak já jsem si tady napsala, že se ujasnilo tak nějak, že ta moje situace je relativně dobrá. A pak... že se mi tak nějak utřídily myšlenky, že se mi povedlo si stanovit nějaký priority, které je.. to teda souvisí s tím úklidem. Že vlastně mám nějaký jako od vás povzbuzení nebo podporu. U situací, který vnímám téměř jako beznadějný, jo... že mám pocit, že jsem úplně neschopná, a že toho je strašně moc, že nic nestíhám, a že vlastně z toho není cesty ven, a že mám hodně problémů, hrozně málo času, že nic nezvládám. Mám tady potom takový hvězdičky, a to jsem si pak na druhou stranu ještě něco dopsala. Tak mám to teďka přečíst, co mám na ty druhé straně?

T: Ano, určitě můžete.

B: Tak já to mám tady, já už teda se v tom tolik nevyznam, ale mám tam ty čtyři (myslí ty hvězdičky), tak ty čtyři jsou... jo třeba ty korálky jo, že vlastně jich mám tady hrozně moc, jak jsem to tehdy nakoupila. Asi za těch 80 tisíc. A že to vlastně nesmím, nebo nemůžu řešit hned, že se to nevyřeší a se to nakonec nějak prostě vyřeší. S Luckou nebo z kolegyní tady od vás, nebo na to mám prostě nějakou pomoc, že v tom jako nejsem sama. Takže jsem pak míň ve stresu. No ... a pak mi ještě pomohlo... si vlastně uvědomit, že fakt na tom nejsem tak špatně jak si v tu chvíli vždycky myslím. Jo, že v tu chvíli, když mám blbou náladu, tak mám pocit, že všechno fakt ztracený, a že jsem úplně jako... jak vždycky vy říkáte.. „neorganizovaná“, tak to si uvědomuju, že potom, když se mi si třeba odpočinu, tak už to vidím jinak. A pomáhá, když si pak kouknu ty své zápisky.

T: Dobře, děkuju moc paní ***. Tak.. teď vám řeknu já, co si myslím, že vám během sezení pomohlo. Já si myslím, že vám pomáhá nějaká podpora v tom, že... že se zlepšujete. Ve smyslu, že ten váš stav se zlepšuje, že jste víc aktivní, že se vám daří vstát, že se vám daří plnit nějaké základní hygienické v povinnosti. Že když se cítíte nějak špatně, tak si dokážete třeba chvilku odpočinout. Nebo si to někam zapsat, že vám pomohlo, a tohleto si pořád opakovat. Ano, asi takže vám pomohlo opakování těch věcí. Který spolu v té terapii děláme. Pomáhá, že ty věci nemusíte řešit sama. Že na to nejste sama, že se si můžete říct o nějakou pomoc či tu terapie a naši službu celkem využíváte právě proto, že vám to třeba úplně samotné občas nejde. Nebo že jste v tom občas taková zahlcená tak si to spolu připomínáme, takže ano, to by připomenutí toho. A pak si myslím, že vám tak pomáhá si sepsat věci, který vás zahlcují a udělat si v nich pořádek.

B: To je pravda, udělat si pořádek, to mi pomáhá hodně..

T: Ještě něco vás k téhle otázce napadá? Co vám pomohlo během dnešního sezení?

B: Asi už ne, já to pak psala dál.

T: Co vám pomohlo během posledních 3-5 sezení, co si myslíte, že je pro vás dobrý, co je efektivní.

B: Mě pomáhaj ty obrázky. O tom,.. o tom, co sem tady psala předtím. Že si třeba říkam .. dáváme jako.. že si to nějak kreslíme. Na nějakých příkladech. Třeba jak jsme kreslily takovej ten strom, a ty šipky. Nebo když se o něčem bavíme, tak si to pak dáváme do obrázku a mě pomáhá to vidět takhle.. z větší dálky. A... bavíme se o těch věcech. Před těmi lety jak jsem měla ty deprese, tak jsem byla těch 6 let doma, v hroznym bordelu, a teď jsem se během pár měsíců dala dohromady. Tak asi kvůli tomu, že mam nějakou podporu. Ale musím mít ten bič nad sebou. Když mam pocit, že je to hrozný, tak tomu nemůžu věřit, není to pravda, mam třeba úzkost. Po chvíli zase vim, že to zvládam. A celkově ta podpora, jinak bych se cejtila sama, ztracená, Vykašlala bych se na ten úklid a byla bych tady v tom hroznym bordelu.. A pak to zapisování, si zapisuju kdy jsem si vzala léky, jak jsem spala a tak. A když mam pak blbej pocit, že se celej den jen válím, a jsem v tý.. úzkosti, tak s pak podívám na zápisky. Nenechám se tím strhnout. ..Jo a tady mam poznámku... že jsem se nehonila v práci. Že mam podporu, že v práci můžu být jen chvíli. Nemusim pořád něco dělat. Mam pocit volna, že můžu si sednout není tam to vnitřní napětí, že musim pořád něco dělat. A časem si to snad budu ještě líp strukturovat – snídaně, oběd, večeře.

T: Dobře, děkuju moc. Já si myslím, že vám v posledních sezeních pomohlo, že ty věci můžete pravidelně řešit, když se nálada zhoršuje, tak máte i třetí pohled. Zhodnotíme, co se daří a v čem se nedaří, společně hledáme řešení jak by se to dalo dělat jinak. Taky si všímáte líp, že vaše práce, stres, hodně ovlivňuje to, jak spíte a celkově fungujete. Takže asi všímání si toho, co děláte a jaká to má pak na vás vliv. Dostáváte zpětnou vazbu, to mi přijde že vám taky pomáhá, už jen kvůli tomu, že o sobě přemýšlíte někdy dost kriticky. A ano, vlastně i ta vizualizace mi přijde fajn, a je vidět, že se k tomu ráda vracíte. Ještě něco vás napadá k tomu, co vám pomohlo?

B: No, celkově mi to pomáhá, jak ta terapie, tak třeba konzultace se sociální pracovníci, která hlídá i ten úklid no..

T: Dobře. Co by pro vás bylo v terapii zbytečné nebo neefektivní?

B: Nic... nic nebylo zbytečný, nevím. Nic mě nenapadá.

T: Tak mě přijde že by bylo možná zbytečné dělat nějaká dechová cvičení nebo tělesný. Vy děláte online ta svá cvičení a lekce **** a vím, že ty techniky už máte natrénované. Jinak mě dneska také nic nenapadlo.

B: Jo, to máte asi pravdu, za ty roky..

T: Co byste v terapii potřebovala, nebo co vám chybí?

B: No já si tady napsala spíš na čem bych ještě chtěla.. se zamyslet nebo tak. A jo, ještě mě napadlo, že nejde všechno stihnout, a není to špatně. Mám tady, že jsem docela závislá na svých rodičích, emočně teda.. a na manželovi taky, jsem hrozně nesamostatná, neporadím si sama. A to, že manžel má problém s tím gamblingem, to mě trápí dost teda.. I jsem přemýšlela, to jsem vám ani dneska ale neříkala, že bych s ním chtěla jít k tomu jeho psychologovi, a zjistit jak to má. I na rodinou terapii, jako se synem. Tak to bych se vás pak někdy poprosila na nějaký doporučení.

T: Určitě, to není problém.

B: A to je všechno asi no, to se nevyřeší hned. Ale nikdy předtím jsem to moc neřešila.

T: To rozhodně, ale děkuji, že to zmiňujete. Já si myslím, že byste v terapii ještě možná.. ještě pracovat na sebevědomí a sebedůvěře, že se hodně podceňujete. Třeba jak jste dřív na začátku sezení říkala, co všechno se vám nepovedlo a tak.. To se ale zlepšilo.. Takže sebedůvěra. A potom, asi dotáhnout ten úklid.

Mít doma víc uklizeno a čisto. Jednou jste právě říkala, že ten nepořádek ve vás vyvolává velkej neklid, a mít to už hotovo by vám možná pomohlo dost i psychicky.

B: No, je to hrůza... ale víte sama jak to bylo na podzim.

T: To rozhodně, udělala jste velkej kus práce. A taky... mít lepší.. dohled nad financema? Nebo jak to říct, asi aby nebylo tak časté, že nakoupíte za nějakou vyšší částku a pak z toho máte nervy, úzkosti.. tak někdy mít nějakou brzdu nebo překážku, když budete chtít koupit něco za víc peněz.. Tak aby trvalo déle než to reálně koupíte.

B: No, to máte pravdu.. a tím účtem, já se ptala manžela, že mi tu kreditku vždycky dá. Neví, proč mi neřekne ne, neví to sám. Nevím.

T: Můžeme se o tom pobavit během dalších sezeních nebo pak na společné schůzce i se sociální. No a pak už tu máme jen nějaké poznámky a komentáře, napadá vás k tomu něco?

B: Ty hvězdičky tady mam, přemýšlím k čemu to tam bylo.. jo .. no.. asi jsem si psala nějaký poznámky.. do toho zápisníku. A kolegyně mi pomáhala s úklidem, ale zas na poslední chvíli. A vyjednala jsem si na *** že tam budu chodit teďka jenom jednou týdně. A celkově jsem udělala pokrok, nejsem na to sama, mam pocit volna. To už jsem neměla spoustu let. Doufám, že se mnou ještě budete moct pracovat i dál.

T: Já vám také děkuji, za vaši snahu a ochotu se od nás nechat podpořit. A taky vám moc děkuju za tuhle zpětnou vazbu. Ještě bych chtěla dodat, že kdybyste se kdykoliv rozhodla, že nechce být součástí té výzkumné práce, tak na tom papíře, který jste podepsala, je i kontakt, kam můžete kdyžtak napsat, ať vás z toho vyřadí. Můžete to klidně říct i mě, já informaci předám.

B: No, jste hodná, mě to nevadí.

T: Děkuji. Teď vypnu to nahrávání.

