Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

VÝZNAM PODPŮRNÝCH TERAPEUTICKÝCH TECHNIK PRO JEDINCE S DEPRESIVNÍ PORUCHOU

THE VALUE OF SUPPORTING THERAPEUTIC TECHNIQUES FOR INDIVIDUALS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

Bakalářská diplomová práce

Autor: **Bc. Nikola Mojová, DiS.**

Vedoucí práce: **Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph.D.**

Olomouc

2020

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Význam podpůrných terapeutických technik pro jedince s depresivní poruchou“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 27. 06. 2020 Podpis .....

Poděkování

Na tomto místě děkuji především Mgr. Zuzaně Vaculčíkové Sedláčkové, PhD., za její ochotu, pomoc, veškeré konzultace, cenné připomínky a rady při vedení této práce.

Chci také poděkovat všem respondentům za jejich otevřenost a možnost nahlédnout do jejich postojů a za to, že s výzkumem souhlasili.

Obsah

ÚVOD 7

TEORETICKÁ ČÁST 9

1. Základní charakteristika deprese 9

1.1. Vymezení pojmu deprese 9

1.2. Společenský dopad depresivních poruch 9

1.3. Klasifikace depresivních poruch 11

1.4. Příznaky deprese - symptomatologie 15

1.5. Diagnostika deprese a měření míry deprese 16

1.6. Etiopatogeneze deprese 21

1.6.1. Biologické teorie vzniku deprese 21

1.6.2. Psychologické teorie deprese 22

2. Možnosti léčby deprese 27

2.1. Farmakologické postupy pro léčbu deprese 27

2.2. Nefarmakologické postupy pro léčbu deprese 29

2.3. Psychoterapie 30

2.4. Podpůrné terapeutické postupy 32

3. Terapie uměním 33

3.1. Expresivní a neexpresivní techniky 33

3.2. Muzikoterapie 34

3.3. Arteterapie 37

3.3.1. Jednotlivé arteterapeutické techniky 41

3.3.2. Arteterapie u duševně nemocných 46

3.3.3. Současné otázky arteterapie 47

4. Terapie jinými aktivizačními technikami 49

4.1. Kognitivní techniky 49

4.2. Terapie vzpomínkou- reminiscenční terapie 49

4.3. Relaxace 49

5. Shrnutí teoretických východisek 51

VÝZKUMNÁ ČÁST 52

6. Výzkumný problém, výzkumné cíle a výzkumné otázky 52

6.1. Výzkumný problém 52

6.2. Výzkumné cíle 53

6.3. Výzkumné otázky 53

7. Metodologický rámec výzkumu 54

7.1. Zvolený typ výzkumu 54

7.2. Volba metod 55

8. Výzkumný soubor 56

8.1. Výběr respondentů výzkumného souboru 56

8.2. Popis výzkumného souboru 56

9. Etické problémy a způsob jejich řešení 57

9.1. Souhlas s účastí ve výzkumu 57

9.2. Ochrana soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu 57

9.3. Odměna účastníkům výzkumu 57

9.4. Poškození či újma účastníků výzkumu 57

9.5. Posouzení rizik a možností jejich prevence 57

9.6. Případný střet zájmů 58

10. Zkoumané terapeutické techniky 59

11. Organizace výzkumu, příprava dotazníku a rozhovoru a sběr dat 61

11.1. Osnova rozhovoru 61

11.2. Tvorba dotazníku 63

11.3. Organizace sběru dat 64

12. Zpracování a analýza dat 65

12.1. Rozbor zaznamenaných rozhovorů 65

12.2. Použití číselných údajů 66

12.3. Zajištění validity výzkumu 67

13. Výsledky analýzy 68

13.1. Rozdělení témat do kategorií 68

13.2. Kategorie: EMOCE 68

13.3. Kategorie: OČEKÁVÁNÍ 70

13.4. Kategorie: PŘÍNOS 72

13.5. Kategorie: VLIVNÉ ASPEKTY 75

13.6. Kategorie: HODNOCENÍ 76
13.7. Souhrn odpovědí na výzkumné otázky 79
13.8. Celkové poznámky k vyhodnocení 81

14. Diskuse výsledků 82
Limity výzkumu 87
Přínosy výzkumu 87
Náměty pro další zkoumání 88

15. Závěry 89

SOUHRN 91

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ 93

SEZNAM ZKRATEK 113

SEZNAM TABULEK 114

SEZNAM PŘÍLOH 116

Úvod

Na lůžkovém psychiatrickém oddělení nemocnice s poliklinikou, kde pracuji, jsou hospitalizováni pacienti s nejrůznějšími diagnózami. Velkou část z nich představují pacienti s depresivní poruchou. Jak je podrobně rozvedeno v teoretické části práce, deprese a příbuzné poruchy představují stále větší problém i z hlediska společenského, a to jak v naší republice, tak i celosvětově. Stále se proto hledají nové, účinnější léčebné postupy a jejich vzájemné kombinace. Při léčbě pacientů s depresivní poruchou prokázaly účinek jak postupy medicínské, tak nemedicínské povahy, největší efekt pak dosahují zejména jejich spojení. V klinickém prostředí se dá těchto kombinací s výhodou využít (řízeným a kontrolovaným způsobem), i když jen během relativně krátkého období hospitalizace. K výběru tématu této bakalářské práce mě inspirovala má vlastní zkušenost s aplikací některých podpůrných terapeutických technik, které hospitalizovaní jedinci využívají. Hledala jsem způsob, jak je pacientům předkládat v té nejpřijatelnější a současně nejúčinnější formě, a proto mě zajímalo, jaký mají přínos pro pacienty samotné. Tyto techniky jsou používány poměrně často a často jsou i předmětem výzkumu, existuje však jen málo prací popisujících, jak tyto techniky vnímají a hodnotí sami pacienti, a to především pacienti lůžkových oddělení.

Základní cíle podpůrné terapie mimo jiné zahrnují povzbuzení tvořivosti a sebevyjádření, zaměření pozornosti, rozvoj pozitivní zpětné vazby (v oblasti sociální podpory, zvýšení sebevědomí a uznání druhých). V naší práci se snažíme rozšířit poznání o těchto technikách z jiného úhlu pohledu - je jím to, jak vnímá jejich přínos sám pacient, jaká jsou jím vnímaná případná omezení z hlediska vhodnosti, omezení z hlediska participace pacienta nebo samotné proveditelnosti technik. Tento úhel pohledu odpovídá přístupu, který se v medicíně označuje jako POEMs (Role důkazů orientovaných na pacienta - Patient-Oriented Evidence that Matters).

V souvislosti s terapií nás tedy zajímají subjektivní zážitky lidí a zajímá nás také, jaký význam sami přisuzují tomu, co se s nimi děje. Zajímá nás však také samotný proces – především ty podmínky, které klienta vedou k aktivní účasti v něm, které posilují jeho vlastní motivační faktory a které jej vedou jak ke spoluúčasti, tak i posléze k postupnému přebí-

rání odpovědnosti za vlastní zdraví. Proto, kromě pochopení přínosu pro pacienta, chce předkládaná práce přispět i ke zlepšení a optimalizaci těch nemedicínských postupů, které se používají především coby podpůrné terapie při léčbě depresivní poruchy – tedy některých expresivních arteterapeutických technik a dále také jiných aktivizačních a relaxačních technik.

Teoretická část seznamuje nejprve čtenáře s vysvětlením pojmu depresivní porucha, popisujeme zde její epidemiologii, symptomatologii a etiologii. Dále se věnujeme možnostem léčby a mezi nimi se podrobněji zabýváme psychoterapií a podpůrnými aktivizačními technikami. Ve výzkumné části popisujeme tyto podpůrné techniky již v jejich konkrétním provedení, tak, jak byly použity. Pro dosažení cíle vedeme výzkum kvalitativního charakteru, který je proveden na souboru 12 pacientů, přičemž výzkumnými metodami jsou polostrukturovaný rozhovor a dotazník. Metodologický rámec představuje tematická analýza.

Teoretická část

1. Základní charakteristika deprese

1.1. Vymezení pojmu deprese

Podle českého etymologického slovníku, samotné slovo deprese je odvozeno z lat. dēprimere „stlačovat, stísňovat“ (z dē a premere „tisknout, tlačit“). Odtud dēpressiō- sklíčenost, skleslost, ochablost, pokles, sklon směrem dolů (Rejzek, 2019).

Slovo deprese se používá ve společenských vědách pro popis stavu projevujícího se pocitem smutku, úzkosti, strachu, vážného stresu, méněcennosti, ztrátou jistoty, zájmů, zpomalením životního tempa. V podobném významu se používá slovo deprese i v medicíně. V odborné zdravotnické veřejnosti se přitom rozlišuje mezi pojmy deprese a depresivní porucha. První pojem - deprese - je používán pro běžné pojetí smutné nálady. Trvá zpravidla kratší dobu než týden, méně často i 3 týdny nebo více. Poté se ale člověk s touto náladou postupně srovnává, vrací se ke svým obvyklým a oblíbeným činnostem. Takováto deprese se dostavuje jako vcelku normální reakce na smutnou událost. Oproti tomu, depresivní porucha je onemocnění, které je mnohem delší a splňuje některá další kritéria podle diagnostických postupů (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; Kubínek, 2011; Praško et al., 2009; Šimek, 2018).

V následující práci bude termínu deprese používáno jako zkráceného pojmenování pro onemocnění, tedy pro depresivní poruchu.

1.2. Společenský dopad depresivních poruch

Podle výroční zprávy Světové zdravotnické organizace, WHO za rok 2017 je ve světě přes 332 milionů lidí trpících depresí a z toho v Evropském regionu je to 12 % populace (to je tedy 40,27 milionu obyvatel) (WHO, 2017a, 2017b). Tyto údaje, které zveřejnila WHO na svých webových stránkách v r. 2017, vycházejí z Global Burden of Disease Study (GBD) za rok 2015 (Vos et al., 2016). Tatáž studie dále uvádí, že deprese je celosvětově na prvním

místě důvodů pracovní neschopnosti, a spolu s tím, že více než 260 milionů lidí trpí úzkostnými poruchami. Novější studie GBD z roku 2017, která není věnována jen depresi, ale 354 nejrozšířenějším onemocněním v 15 zemích světa, udává jako celosvětovou prevalenci zhruba o 20% nižší hodnoty: 264 miliónů lidí trpících depresí (James et al., 2018). Nicméně, i v případě, že se přikloníme k rezervovanějším odhadům, jsou tato čísla alarmující a řadí depresivní poruchy na třetí místo celosvětově z hlediska parametru YLD (years lived with disability).

Velkou oblast nemocnosti představují duševní poruchy i v České republice. V ambulantních zařízeních psychiatrie bylo v roce 2017 provedeno 2 924 000 vyšetření u 652 780 pacientů (ÚZIS ČR, 2017b). Nejčastějšími diagnózami byly neurotické poruchy (40 %) a afektivní poruchy (18 %) v klasifikačních skupinách F40–F48, resp. F30–F39. Podíl žen na celkovém počtu vyšetření i pacientů činil přibližně 59 %. Ženy se mnohdy potýkaly s afektivními, neurotickými a organickými duševními poruchami.

Na psychická onemocnění připadá v ČR dnes (tj. podle údajů publikovaných za rok 2017) čtvrtina invalidních důchodů. Zatímco kvůli nehodě či zranění pobírá invalidní důchod pouhých 15 % lidí, až 55 % důchodů připadá na následky nemoci a 24 % na psychická onemocnění, jak ukazují statistiky publikované v ročence Ústavu Zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS ČR, 2017b) – viz přehled v Tabulce 1.

Tabulka 1: Absolutní a relativní počty poživatelů invalidního důchodu I, II a II. stupně *)

	Celkem	**celkem muži**	**celkem ženy**
Celkem poživatelů invalidního důchodu v r. 2017	424 242	215 188	209 054
Z toho duševní poruchy a poruchy chování	100 709	47 536	53 173
relativní podíl duševních poruch	24 %	22 %	25 %

*) Použity údaje z (ÚZIS ČR, 2017b).

V roce 2001 bylo v ČR žadatelů o invalidní důchod s duševní nemocí 13 135, na číslo 27 765 jsme se dostali o deset let později (Raboch, 2016). Duševní nemoci tak představují nejrychleji rostoucí důvod k udělení invalidního důchodu.

Přepokládá se proto, že okolo roku 2030 to bude právě deprese, která bude pro lidstvo představovat tu vůbec největší zátěž (Raboch, 2016).

1.3. Klasifikace depresivních poruch

Níže je uvedena klasifikace depresivních poruch podle dvou klasifikačních systémů: podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 (ICD-10) a podle Diagnostické a statistické příručky duševních onemocnění DSM-5.

Depresivní porucha a její klasifikace podle Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN-10 (ICD-10)

Jak uvádí WHO na svých webových stránkách, současná Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 (International Classification of Diseases, ICD-10) je mezinárodní standardní diagnostický nástroj pro epidemiologii, řízení zdraví a klinické účely (WHO, b.r.). Jeho úplné oficiální jméno je „Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů“. Vydána byla poprvé v r. 1993 (WHO, 1993) a členské státy WHO ji začaly poprvé používat od r. 1994 (WHO, b.r.). V roce 2016 publikovala Světová zdravotnická organizace již 5. vydání MKN-10, verze použitá v této práci je poslední aktualizované vydání k 1. 1. 2020 **(**ÚZIS ČR, 2017a).

Podle MKN-10 patří deprese mezi tzv. afektivní poruchy – poruchy nálady. V posledním vydání MKN-10 jsou těmto afektivním poruchám vyhrazena především označení F30-F39.

Celkem jsou v této práci zahrnuti pacienti s diagnózou v některé ze 6 diagnóz uvedených v tabulce 2 ve skupině F 32.--, anebo v některé ze 7 diagnóz uvedených v tabulce 2 ve skupině F 33.--. Obsah tabulky a v nich uvedený bližší popis skupin vznikl srovnáním ze 2 zdrojů (Dlabal, 2013; ÚZIS ČR, 2017a).

Tabulka 2: Afektivní poruchy – kódování diagnóz depresivní poruchy podle MKN-10

	Skupina diagnóz	**Kód**	**Bližší vysvětlení pro klasifikaci**
	Depresivní fáze	(F32.-).	Pokud se u pacienta vyskytla pouze porucha efektivity nebo nálady směrem dolů – k depresi, klasifikuje se zpravidla jako depresivní fáze (F32.–). Zahrnuje diagnózy: F32.0 Lehká depresivní fáze F32.1 Středně těžká depresivní fáze F32.2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků F32.3 Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky F32.8 Jiné depresivní fáze F32.9 Depresivní fáze, NS
	Periodická depresivní porucha	(F33.-).	Pokud je porucha charakterizovaná opakovanými fázemi deprese, aniž jsou v anamnéze samostatné fáze zvýšené nálady a energie (mánie), jedná se o periodickou depresivní poruchu (F33.-). Zahrnuje diagnózy: F33.0 Periodická depresivní porucha, současná fáze je lehká F33.1 Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká F33.2 Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale bez psychotických symptomů F33.3 Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky F33.4 Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi F33.8 Jiné periodické depresivní poruchy F33.9 Periodická depresivní porucha, NS
	Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)	(F34.-).	Pod toto označení se zahrnují perzistující a obyčejně kolísající poruchy nálady, u nichž většina jednotlivých fází není dostatečně těžkých, aby mohly být popsány jako hypomanické nebo lehce depresivní fáze. Zahrnuje diagnózy: F34.0 Cyklothymie F34.1 Dysthymie F34.8 Jiné perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady) F34.9 Perzistentní afektivní porucha (porucha nálady), NS

Takto podrobný výčet kódů diagnóz a jejich popis uvádíme z toho důvodu, že u afektivních poruch dochází často ke komorbiditám. Při studiu literatury jsme se setkali s tím, že pokud výzkumné práce pracují s komorbidními diagnózami, například současně s depresí jako i s bipolární poruchou, pak je výzkumný soubor méně přesně definován a srovnání výsledků výzkumu je obtížnější. Tak například, afektivním poruchám jsou v MKN-10 dále vyhrazeny také kódy F38.-- až F39.--, ty však jsou určeny pro diagnózy jiné, tzv. neurčené afektivní poruchy – proto je zde dále neuvádíme. Ze stejného důvodu jsme se rozhodli vymezit oblast diagnóz nejen podle MKN-10, ale také podle DSM-5.

Depresivní porucha a její klasifikace podle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch, DSM - 5

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, vydávaný Americkou psychiatrickou asociací (APA) již od roku 1952 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), lze definovat jako *kompendium duševních poruch obsahující i seznam diagnostických kritérií, která se používají k jejich diagnostice*" (Marty & Segal, 2015, s.1**)**. Obsahuje také podrobný systém pro jejich definici a klasifikace. Je přímým konkurentem výše uvedené Mezinárodní klasifikace nemocí. Páté vydání DSM-5 bylo vydáno v r. 2013 (APA, 2013), průběžně jsou vydávány také jeho doplňky.

V posledním vydání DSM-5 jsou duševní poruchy v části 2 a jsou seskupeny do 22 diagnostických kategorií. Pro depresi samotnou jsou vyhrazeny tyto kategorie:

1. disruptivní porucha regulace nálady
2. velká depresivní porucha
3. přetrvávající depresivní porucha (dysthymie)
4. premenstruační dysforická porucha,
5. depresivní porucha vyvolaná léky
6. depresivní porucha způsobená jinými zdravotními potížemi
7. jiná specifikovaná depresivní porucha, a
8. nespecifikovaná depresivní porucha.

Podle DSM-5 nemusí jednotlivci s konkrétní diagnózou (např. velká depresivní porucha) vykazovat identické rysy, ale měli by vykazovat určité hlavní příznaky (např. buď depresivní náladu, nebo anhedonii). Kritéria pro mnoho duševních poruch jsou v DSM - V tzv. polytetická, což znamená, že jednotlivec musí splňovat minimální počet příznaků, které mají být diagnostikovány, ale nemusí být přítomny všechny příznaky. K diagnostice deprese tak například musí být přítomno minimálně 5 z 9 příznaků. Použití polytetických kritérií zohledňuje proto variabilitu mezi lidmi se stejnou poruchou.

Kódy pro depresivní poruchy jsou podle DSM – 5 následující:

Tabulka 3: Kódy pro depresivní poruchy podle DSM - 5

Specifikace závažnosti/průběhu	**Jednotlivá epizoda**	**Rekurentní epizoda**
Lehká	296.21(F32.0)	296.31(F33.0)
Střední	296.22(F32.1)	296.32(F33.1)
Těžká	296.23(F32.2)	296.33(F33.2)
S psychotickými rysy	296.24(F32.3)	296.34(F33.3)
V částečné remisi	296.25(F32.4)	296.35(F33.41)
V plné remisi	296.26(F32.5)	296.36(F33.42)
Nespecifikováno	296.20(F32.9)	296.30(F33.9)

Množství uživatelů po celém světě kritizovalo poslední vydání DSM – 5 a používá předchozí, praktičtější verzi DSM IV (Peřich, 2013). I z tohoto důvodu proto vznikly převodní tabulky, které srovnávají klasifikaci podle ICD (MKN-10) nejen s poslední verzí DSM–5, ale také s předcházející verzí DSM-IV.

Srovnání obou klasifikačních systémů speciálně v oblasti diagnostiky poruch osobnosti se věnuje již výše citovaná práce Peřicha (2013).

1.4. Příznaky deprese - symptomatologie

Mezi nejvýznačnější psychické příznaky deprese patří smutek, plačtivost, snížené sebevědomí, pocit beznaděje a též neschopnost radovat se (anhedonie). Typický příznak je váhavost, nerozhodnost a neustálé omílání určitých myšlenek a přemítání o možnostech, aniž by to mělo nějaký výsledek, tzv. ruminace (Bartošková et al., 2018).

Člověk může být buď apatický, takový více utlumený, nebo naopak úzkostný a agitovaný, takže vyvíjející neúčelnou zvýšenou aktivitu. Pokud se jedná o úzkostný typ deprese, může úzkost přerůst v tzv. raptus melancholicus (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Raptus melancholicus je chorobný afekt, projevující se agresivitou vůči sobě a okolí, s rizikem sebevražedného jednání. Vlivem dezorganizovaného jednání, dotyčný může i fatálně ublížit sobě anebo někomu z okolí. Často se vyskytují také hypochondrické představy tzv. hypochondrický syndrom, kdy má člověk pocit, že trpí nějakou závažnou, nevyléčitelnou nemocí. Dušek a Večeřová-Procházková dále uvádějí, že se u deprese může objevit i Cotardův syndrom – syndrom chodící mrtvoly, kdy je člověk přesvědčen, že nežije nebo že některé jeho orgány vůbec nevykonávají svou funkci.

Může dojít ke zpomalení duševní činnosti (řeči, myšlení, rozhodování atd.), a připomínat to demenci (Praško et al., 2009). Především starší pacienti často zaměňují příznaky deprese za příznaky stárnutí. Podle Praška et al. se ale po odeznění deprese vrací původní mentální výkonnost. Stejní autoři dále uvádějí, že někdy se u deprese objevují bludy. Člověk si myslí, že si za něco zaslouží trpět nebo že má být po právu odsouzen k smrti.

V hluboké depresi se můžou objevit i bludy, nebo halucinace, které už nejsou tak časté. Potom se jedná o tzv. depresi s psychotickými příznaky (Orel, 2016). Brzy nad ránem dochází často k probouzení a objevují se tzv. ranní pesima – návaly extrémně mrzuté nálady po probuzení (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Nechuť k jídlu a související ztráta na váze, zácpa a nezájem o sex patří K základním somatickým (tělesným) příznakům. Kolem 70 % jedinců v depresi má sebevražedné myšlenky, ale před okolím nebezpečí sebevraždy převážně bagatelizují. Asi 10% lidí, kteří trpí depre-

sí, zvolí sebevraždu jako východisko (Látalová et al., 2015; Raboch, 2016). Nejčastější příznaky deprese shrnuje tabulka 4 (Praško et al., 2009; Raboch, 2018):

Tabulka 4: Nejčastější příznaky deprese (podle Praško et al., 2009 a Raboch, 2018)

1. tíživý, ochromující smutek, který v těžkých případech člověk cítí i fyzicky
2. obavy z budoucnosti a pocit selhání
3. pocity viny a zklamání ze sebe sama
4. podrážděnost nebo naopak rezignovaná apatie
5. ztráta zájmu o přátele i aktivity, které člověka dříve těšily
6. únava a snížený pracovní výkon (časté nevysvětlitelné absence ve škole nebo v práci)
7. ztráta chuti k jídlu a snížení sexuální apetence – libida
8. myšlenky na sebevraždu

1.5. Diagnostika deprese a měření míry deprese

Diagnostická medicínská kritéria deprese dle MKN-10 (ÚZIS ČR, 2017a) jsou uvedena v tabulce 5 (tabulka převzata v uspořádání, jak ji uvádí Kubínek (2011)).

Když pacient vykazuje spíše dlouhodobé známky sníženého sebevědomí a smutku, ovšem nejsou významnou měrou zastoupeny příznaky psychické a somatické, kvalitou ani kvantitou a trvají přinejmenším dva roky, tedy nesplňují nároky ani lehce depresivní poruchy, bývá v takovém případě diagnostikována **dysthymie** (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Lehká depresivní fáze je obvykle diagnostikována tehdy, když pacient vykazuje dva až tři příznaky podle třídění v tabulce 5, ale je nadále schopen vykonávat každodenní aktivity – viz MKN-10 (ÚZIS ČR, 2017a). Při lehké depresi je nemocný schopen ještě pracovat a fungovat v každodenním životě, i když mu jde všechno pomaleji a hůře. Začíná se uzavírat do sebe (Praško et al., 2009).

Při **středně těžké depresivní poruše** již musí pacient vykazovat minimálně čtyřmi uvedenými příznaky s tím, že je již přítomna velká námaha při zvládání každodenních činností, včetně podstatných pochyb ohledně budoucnosti a již se objevují i sebevražedné myšlenky či dokonce plány na smrt (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; ÚZIS ČR, 2017a). Při středně těžké depresi už člověk pracovat nemůže. I běžné věci mu jdou velice těžko zvládat. Nemocný je většinu času nešťastný a zpomalený, nedokáže se soustředit a izoluje se od lidí. Nepociťuje žádnou energii a zpravidla se za vše obviňuje (Praško et al., 2009).

Tabulka 5: Diagnostická kritéria dle MKN-10 *)

<table>
<tr><th>Lehká depresivní epizoda</th><th>Středně těžká depresivní epizoda</th><th>Těžká depresivní epizoda bez psychotických příznaků</th><th>Těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky</th></tr>
<tr><td colspan="4">A. Obecná diagnostická kritéria pro depresivní epizodu:
G1. Trvání alespoň 2 týdny
G2. V průběhu života se nikdy nevyskytly příznaky hypománie nebo mánie
G3. Není způsobena užíváním psychoaktivních látek nebo organickou duševní poruchou</td></tr>
<tr><td colspan="4">B. Musí být přítomny z následujících příznaků:</td></tr>
<tr><td>alespoň dva</td><td>alespoň dva</td><td>tři všechny tři</td><td>tři všechny tři</td></tr>
<tr><td colspan="4">1. depresivní nálada v míře jednoznačně abnormální pro daného jedince, přítomna po většinu dne a téměř každý den a trvající alespoň 2 týdny
2. ztráta zájmů nebo potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné
3. pokles energie nebo zvýšená unavitelnost</td></tr>
<tr><td colspan="4">C. Z následujícího seznamu přídatných symptomů musí být přítomny:</td></tr>
<tr><td>jeden nebo více</td><td>Celkem B a C alespoň šest</td><td>Celkem B a C alespoň osm</td><td>Celkem B a C alespoň osm</td></tr>
<tr><td colspan="4">1. ztráta sebedůvěry nebo sebeúcty
2. bezpředmětné prožívání výčitek proti sobě samému nebo pocitů nadměrné a bezdůvodné viny
3. opakované myšlenky na smrt nebo sebevraždu nebo jakékoli suicidální chování
4. stížnosti nebo důkazy svědčící o snížené schopnosti myslet nebo soustředit se, o nerozhodnosti nebo váhavosti
5. změna psychomotorické aktivity s agitovaností nebo zpomalením (subjektivně nebo objektivně)
6. poruchy spánku jakéhokoliv typu
7. změna chuti k jídlu (snížení nebo zvýšení) s odpovídajícími změnami hmotnosti</td></tr>
<tr><td colspan="4">D. Kterýkoli z následujících okruhů:</td></tr>
<tr><td>nesmí být přítomen</td><td>nesmí být přítomen</td><td>nesmí být přítomen</td><td>musí být přítomen alespoň jeden</td></tr>
<tr><td colspan="4">1. bludy nebo halucinace, jiné než uváděné jako typicky schizofrenní, nejčastěji mají depresivní, sebeobviňující, hypochondrický, nihilistický, paranoidní nebo perzekuční obsah
2. depresivní stupor</td></tr>
</table>

***) převzato podle** (Kubínek, 2011)

Těžká depresivní fáze se vyznačuje hlubokou skleslostí, pocity beznaděje, abulií, , frekventovanými suicidálními myšlenkami, velmi regulovaným spánkem, absencí chuti k jídlu, anhedonií, sebeobviňováním a pocity izolovanosti, pocity těžké provinilosti, (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Při těžké depresi je riziko psychotických příznaků, kdy jsou přítomny bludy a halucinace, které však nemusí korespondovat s uvedenou náladou, jak je uvedeno v MKN-10, resp. ICD-10 (ÚZIS ČR, 2017a).Nemocný už není schopen se starat ani o sebe, běžně leží v posteli a tráví čas v sebevýčitkách. Praktickou činnost už nemůže vykonávat, protože nemá energii. Žádná aktivita už pro něho není smysluplná (Praško et al., 2009).

Existují různé testové metody, které se dají využít pro diagnostiku deprese či posuzování její míry. Řadíme zde např. projektivní metody, dotazníky či posuzovací stupnice apod. Metody hodnocení afektivních stavů pro klinické psychology lze rozdělit na 3 skupiny (Mohr & Brouwers, 1991): rozhovor, posuzovací škály pro pozorovatele a sebeposuzovací škály. Z posuzovacích škál pro pozorovatele patří k nejčastěji užívaným Hamiltonova škála depresivity (HAM-D), Inventář velké deprese (Major Depression Inventory, MDI) a stupnice Montgomeryho a Åsbergové (MADRS). Ze sebeposuzovacích škál je to pak Beckův inventář deprese (BDI) a Zungova sebeposuzovací stupnice deprese (ZSDS). Podle Rabocha (2017), při monitorování závažnosti symptomů a zdarů léčby se u nás nejčastěji používají Hamiltonova škála pro depresi (HAMD) nebo škála Montgomery/Asberg (MADRS).

Některé ze škál určených pro posuzovatele jsou níže blíže popsány, neboť v námi citované literatuře se často používají jako měřítka pro vyhodnocování účinku v klinických studiích, ať už farmakologických či s nefarmakologickými prostředky. Příkladem je použití Hamiltonovy škály depresivity (HAM-D, HDRS), stupnice Montgomeryho a Åsbergové (MADRS) a Beckova inventáře depresivity (BDI) podle doporučení britského Národního institutu zdraví a klinické excelence – NICE (National Institute for Clinical Excellence) (NICE, 2004).

Hamiltonova stupnice hodnocení deprese (HDRS)

Hamiltonova stupnice hodnocení deprese, také nazývaná Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), případně HAM-D , je dotazník s více položkami, který původně publikoval Max Hamilton v roce 1960 (Hamilton, 1960). Dotazník je určen pro dospělé a používá se k

hodnocení závažnosti deprese pomocí znaků kterými jsou nálada, pocity viny, myšlenky na sebevraždu, agitovanost nebo retardace, nespavost, úzkost, úbytek na váze a somatické příznaky. Původní verze z roku 1960 obsahovala 17 položek (HDRS-17). Každá položka v dotazníku je posuzována podle 3 nebo 5 bodové stupnice v závislosti na položce a celkové skóre je porovnáno s odpovídajícím deskriptorem. Hamiltonova stupnice byla několikrát změněna a revidována, v současné době je k dispozici její revidovaná verze označovaná jako Revidovaná Hamiltonova stupnice hodnocení deprese (RHRSD) (Warren, 1994).

Stupnice Montgomeryho a Åsbergové (MADRS)

Škála MADRS obsahuje deset položek. Jedná se o subjektivní a objektivní smutek, úzkost, poruchy spánku, poruchy soustředění, nechutenství, apatie, ztráta zájmů, pesimismus, suicidální myšlenky. Examinátor přiřazuje na základě rozhovoru a pozorování skóry jednotlivým položkám v rozmezí od 0 do 6 bodů (Montgomery & Asberg, 1979).

Beckův inventář depresivity (BDI)

Beckova sebeposuzovací škála pro dospělé (BDI-II, v orig. Beck Depression Inventory-II) je psychodiagnostický nástroj používaný ke zjišťování přítomnosti a závažnosti deprese, jakožto momentálního stavu. Jeho první verze byla publikována v r. 1961 (Beck et al., 1961). V roce 1996 byla publikována nová verze BDI pod názvem Beckův inventář deprese-II (Beck et al., 1996).

Podle důkladného popisu uvedeného v recenzi tohoto nástroje Gottfriedem (2014) se obsah inventáře skládá z 21 položek. Jsou zaměřeny na kognitivní, afektivní, motivační a fyziologické symptomy deprese. Každá položka adresuje jeden charakteristický symptom deprese. Odpověď na položku je zaznamenávána na čtyřbodové škále 0-3, ovšem ke každému bodu je zároveň přiřazené jedno tvrzení, například 0 – necítím se zklamán sám sebou, 1 – zklamal jsem se sám v sobě, 2 – jsem dost znechucen sám sebou, 3 – nenávidím se. Vždy vyšší číslo indikuje výraznější přítomnost symptomu. Získané skóry u všech 21 položek následně administrátor sečte (rozsah skóru u jedné položky činí 0-3, celkový rozsah výsledného skóru je tudíž 0-63). Konečným skórem se poté podle dostupných norem usuzuje míra deprese uživatele. Na základě původní standardizační studie (A. T. Beck et al., 1996; in Gottfried, 2015) byly pro BDI-II navrženy cut-off skóry. Rozmezí 0-13 zname-

nají minimální nebo žádnou depresi, 14-19 mírnou depresi, 20-28 prostřední a 29-63 těžkou depresi. Kriteriální validita značně závisí na nastavených cut-off skórech, vzhledem k tomu, že skrze ně je přímo ovlivňována senzitivita a specificita nástroje. V absolutní většině studií dosáhla senzitivita BDI-II alespoň hranice 0,7 s hodnotami pohybujícími se nejčastěji v rozmezí 0,8 až 0,9 (Wang & Gorenstein, 2013). Konstruktová validita škály je ověřována především pomocí konfirmativní faktorové analýzy. Na toto téma bylo uskutečňováno více výzkumů a jako vrcholná se ukázala být dvoufaktorová struktura s kognitivně-afektivním a somatickým faktorem (Subica et al., 2014). BD-II není sice vhodným nástrojem pro diagnostikování deprese, ale lze ho využít ke screeningu či měření aktuální závažnosti deprese (Gottfried, 2015).

Inventář velké deprese (Major Depression Inventory, MDI)

Inventář velké deprese (MDI) je dotazník vyvinutý Světovou zdravotnickou organizací (WHO). MDI se liší od mnoha jiných subjektivních dotazníků, jako je Beck Depression Inventory (BDI), protože je schopen kromě odhadu závažnosti symptomů generovat diagnózu klinické deprese podle ICD-10 nebo DSM-IV (Bech et al., 2015).

Vedle psychologických metod lze míru deprese měřit také přístrojově. Mezi nepsychologické metody měření míry deprese patří například techniky uvedené v tabulce 6. Z těchto technik se u nás NMR mozku zabývá např. pracoviště CEITEC v Brně (CEITEC, b.r.), UZ a fúzními zobrazovacími technologiemi např. kolektiv kolem prof. Školoudíka z FN Ostrava (Šilhán et al., 2017).

Tabulka 6: Nepsychologické metody měření míry deprese

Název techniky	Zkratka	Reference
Elektroencefalografie	EEG	(Shim et al., 2019)
Pozitronová emisní tomografie	PET	(Kautzky et al., 2017)
Radionuklidy-značená léčiva k zobrazování	^{123}I-FP-CIT SPECT	(Rektorova et al., 2008)
Ultrazvukové zobrazovací metody	UZ	(Mijajlovic, 2010)

Nukleární magnetická rezonance, NMR – funkční, strukturální nebo ve spojení s VBM, Voxel based morphometry – měří se objem mozku, velikost hippokampu	NMR VBM MRI	(Balážová et al., 2019)
Infračervená spektroskopie v blízké IČ-oblasti	IR	(Takizawa et al., 2014)
Fúzní technologie, např. scanování + machine learning, positron emission tomography or single-photon emission computed tomography techniques)	SPET	(Mwangi et al., 2012; Shim et al., 2019; Wen et al., 2016)

1.6. Etiopatogeneze deprese

Etiopatogeneze souhrnně popisuje příčinu nemocí a jejich rozvoj. U deprese zatím nebyl zjištěn jednotný příčinný faktor, který by způsoboval toto onemocnění, a proto množství teorií, které se pokoušejí vysvětlit vznik depresivní poruchy, vychází mnohdy ze zcela odlišných principů. Současné teorie možných příčin vzniku deprese se dají rozdělit na různé úrovně. Biochemické (transmiterové), neurochemické (endokrinní) a biologické (chronobiologie) (Höschl, 2013). Höschl uvádí také čtvrtou hlavní doménu, ve které se příčiny deprese studují, a tou jsou psychologické teorie deprese (vycházející z depresogenních kognitivních schémat).

1.6.1. Biologické teorie vzniku deprese

Monoaminová teorie deprese – vychází s toho, že příčinou deprese je nedostatek nebo nedostatečný účinek neurotransmiterů (noradrenalinu, serotoninu, dopaminu) v synapsích mezi neurony centrální nervové soustavy (Fišar, 2009). Monoaminová teorie je jednou z biochemických teorií deprese.

Neuroendokrinní teorie deprese – předpokládá, že vleklý stres vede k aktivaci neuroendokrinní osy hypotalamus – hypofýza – štítná žláza (tzv. osa HPT – hypotalamo-pituitárně-thyroidální) nebo hypotalamus – hypofýza – nadledvinky (tzv. osa – HPA – hypotalamo-pituitárně-adrenální). Dlouhodobě vysoká sekrece hormonů kůry nadledvin, zejména kor-

tizolu, může působit neurotoxicky a pravděpodobně se podílí jak na úbytku objemu hippokampu, tak prefrontálního kortexu – šedé kůry mozkové (Skarlandtová et al., 2010).

Zánětlivá teorie deprese – v podstatě doplňuje a rozšiřuje neuroendokrinní teorii mechanismu deprese. Pod vlivem kortizolu stoupá množství vnitřních prozánětlivých faktorů, v prvé řadě prozánětlivých mezibuněčných působků – cytokinů jako jsou TNF-alfa (tumor-nekrotizující faktor alfa), interferon gama a interleukin 1-beta. Pod jejich přímým působením vzrůstá neurodegenerace, projevující se rozpadem buněk, a tedy úbytkem mozkové hmoty mozkovou atrofií. Atrofuje hlavně hipokampus a čelní laloky šedé kůry mozkové. Současně, neurodegenerace není vyvažována tvorbou nových buněk – neurogenezí (Noto et al., 2014).

1.6.2. Psychologické teorie deprese

Mezi nejvýznamnější psychologické teorie deprese patří psychoanalytická teorie, behaviorální teorie, kognitivní teorie, teorie o naučené bezmoci, metakognitivní teorie a analyticko-ruminační hypotéza deprese. Jejich kritické zhodnocení podává například McLeod (2015).

Psychoanalytická teorie

Psychoanalýza je nejvíce spojována se jménem Sigmunda Freuda. Freud sice publikoval své první zásadní dílo Výklad snů již v r. 1900, ale s narůstajícím poznáním se jeho teorie proměňovala, proto za základní dílo psychoanalytické teorie je považováno především pozdější dílo Já a ono (také Ego a Id) (Poněšický, 2012). Psychoanalýza v přímé souvislosti s depresí se objevuje ve Freudově díle z roku 1917 Mourning and melancholia (McLeod, 2015). Z psychoanalytické teorie deprese se vyvinulo množství různých psychoanalytických škol, ale dá se říci, že i v její současné podobě přikládá psychoanalytická teorie stále velký význam prožitkům v dětství, kde ústředními tématy jsou pro ni především trauma a úzkost (Poněšický, 2012). Jak uvádí Poněšický dále, psychoanalytická teorie pracuje primárně s úzkostí, především s úzkostí ze ztráty.

Německá psychoanalytická škola (Negele et al., 2015) považuje za ústřední příčinu deprese trauma. Podporují to např. výsledky studie deprese LAC, které prováděli v Německu mezi lety 2007-2013. V této studii zjistili silnou korelaci traumat z dětství a způsobu uvažování v dospělosti. Trauma způsobí, že je dotyčná osoba vytržena z reality a dochází k disociaci, která způsobuje pocity izolace, odtrženosti od okolí a tím i k osamělosti. Pacient pak má pocit, že nikdy není plně přítomen a vzdaluje se tak všemu ostatnímu. Kromě traumatu, ztráty milovaného objektu, zneužívání a zanedbávání ve všech formách, předkládá i další možné varianty propadu do deprese od různých psychoanalytických autorů. Autor také uvádí další možné příčiny, jako jsou narcistická porucha osobnosti následovaná depresí, nebo identifikace s depresivními rodiči, masochistické tendence, různé nekompenzované fobie, přehnaný pocit viny posílený agresí směřovanou proti sobě.

Behaviorální teorie deprese

Behaviorální teorie jako taková vychází z teorie operantního podmiňování Burrhuse Skinnera (Skinner, 1938), která tvrdí, že pravděpodobnost určitého chování se mění na základě jeho důsledků, tzn. na základě trestu či odměny. V případě odměny se jedná o pozitivní posílení, v případě absence odměny (anebo v případě negativní odměny - trestu) se hovoří o negativním posílení. Podle behaviorální teorie může deprese vzniknout tehdy, když z prostředí vymizí posilující pozitivní vazba (pozitivní posílení, „reinforcement“) (Lewinsohn, 1974). Některé události, jako je třeba ztráta zaměstnání, vyvolávají depresi, protože snižují pozitivní posilování od ostatních.

S behaviorální teorií je dále spjata koncepce „vyhýbání se“ (angl. „avoidance“). Touto koncepcí „vyhýbání se“ se míní vyhýbání se všem možným impulzům. I těm, které mohou být potenciálně nepříjemné – a to jak v přítomnosti, tak v jejich předjímání (Carvalho & Hopko, 2011). Do těchto impulzů řadíme sociální situace, prostředí, vztahy, sny, myšlenky na budoucnost, plány a jiné.

Na tom, jak pacienta naučit překonávat toto vyhýbání se, je založena behaviorální terapie (kterou zmiňujeme dále v kapitole o nefarmakologických medicínských postupech pro léčbu deprese).

Kognitivní teorie

Mezi kognitivní teorie deprese patří hned několik teorií, zejména Beckova kognitivní teorie deprese, dále například teorie o úloze beznaděje v rozvoji deprese a teorie o úloze odezvy.

Beckova kognitivní teorie vznikala v 60. letech 20. století. Za jejího zakladatele je považován americký psychiatr a psychoterapeut Aaron T. Beck (Beck, 1967, 1970), který je mimo jiné i autorem Beckova inventáře depresivity (BDI).

Podle Becka (1970) lidé s depresí se často považují za nemilované, bezmocné, odsouzené či nedostatečné. Mají sklon připisovat své nepříjemné zážitky jejich předpokládaným fyzickým, mentálním a / nebo morálním deficitům. Mají sklon se cítit příliš provinile, věřit, že jsou bezcenní, viněni a odmítnutí sebou a ostatními. Mohou mít velké potíže, aby se na sebe dívali jako na lidi, kteří by někdy uspěli, byli přijati nebo se cítili dobře sami o sobě. To vede k tomu, že se stahují a izolují, což náladu dále zhoršuje a kruh se uzavírá.

Teorie o naučené bezmoci resp. teorie o úloze beznaděje

Autoři této teorie vycházejí hlavně z pokusů s modelovým vyvoláním deprese u zvířat. Kladou důraz na to, jakou roli u zvířat hraje vyvolání stavu bezvýchodnosti a bezmoci. Teorie beznadějnosti uvádí, že depresivní příznaky se s největší pravděpodobností objeví, když se současně setkají dva faktory: zranitelná osoba a negativní okolní podmínky (Abramson et al., 1989; Seligman, 1972).

Metakognitivní teorie deprese

Princip metakognitivní teorie (MCT) se zakládá na metakognici, která je „nad kognicí“ – je ústředním prvkem ve způsobu nazírání vlastních kognitivních procesů – v tom, jak produkujeme naši vědomou zkušenost, kterou vnímáme sami sebe a svět (Wells et al., 2009). Metakognicí se myslí poznávání toho, jak člověk poznává, případně jak uvažuje o vlastních myšlenkách.

Metakognice dokáže u deprese vysvětlit její přetrvávání a návraty. Důležitou roli hraje tzv. ruminace (neodbytné opakující se myšlení a opakující se neodbytné otázky, které se vyskytují u depresivních stavů) (Wells et al., 2009). MCT vidí ruminaci a obavy jako

v podstatě život zachraňující strategie a prostředky ke zvládání hrozby, jimiž člověk reaguje na nějaký druh ohrožení nebo emoční nepohodu. Zabývá se dotazováním se na příčiny právě vzniklého stavu, kdežto obavy jsou mířeny do budoucna (Papageorgiou & Wells, 2003).

Analyticko-ruminační hypotéza deprese

Ruminace se může zdát jako neproduktivní myšlení (viz předchozí kapitola), avšak analyticko-ruminační hypotéza (ARH) jí přisuzuje možnou funkčnost, neboť se ruminace vyskytuje primárně u náhlých poklesů nálady a u depresivních poruch.

Tým Andrewse a Thomsona (2009) přišel s hypotézou, že deprese vzniká jako funkční adaptace právě proto, aby mohla dát plný průchod ruminaci, a tím pádem řešení komplexních problémů s minimem možných interferencí jiných kognitivních struktur. Tím by se vysvětloval útlum všech ostatních funkcí právě na úkor ruminace.

Jiná autorka uvádí, že je sice pravda, že v depresi je významně posílena ruminace, avšak pokud si pacient osvojí vyhýbací strategii v řešení problémů, může být tato ruminace bezvýznamná a neužitečná a je lépe snažit se, aby se z ní pacient vymanil (Bartošková et al., 2018).

Default Mode Network

V roce 2001 byl učiněn M. Raichlem objev, který je nyní obecně známý jako systém Default Mode Network -DMN (Havlík, 2012). DMN přichází s novým pojetím neurální aktivity. Podle DMN část této aktivity není závislá na aktivní stimulaci mozku – je samostatná, „defaultní“. Změna pojetí aktivity mozku s sebou přináší i nutnost přehodnocení neurologického výzkumu z hlediska metodologie (Havlík, 2012). Z tohoto pohledu, i vliv již známých látek nebo technik na depresi se studuje nově z hlediska DMN – konektivity (Coutinho et al., 2014; Coutinho et al., 2015; Dai et al., 2018; Dutta, 2019; Yan et al., 2019). Ke studiu této konektivity se používá různých technik, např. RFSC (resting-state functional connectivity) (Kaiser et al., 2016).

Kombinované teorie

V roce 2016 publikovali Beck a Bredemeier hypotézu, která se snaží o skloubení několika teorií deprese. Přichází s pokusem o integraci poznatků z hlediska klinického, kognitivního, biologického a evolučního. Navrhují, aby deprese byla vnímána jako adaptační mechanismus k udržení energie po prožité a vnímané ztrátě investice do některého životně důležitého zdroje - jako je osobní vztah, identita ve skupině, osobní majetek a podobně. Tendence negativně zpracovávat informace a zažívat silné biologické reakce na stres (vyplývající z genetické predispozice, z traumat nebo z obojího) mohou vést k depresogennímu přesvědčení o sobě, o světě a budoucnosti. Tyto tendence jsou zprostředkovány změnami v mozkových oblastech, sítích zapojených do kognitivních funkcí a do regulace emocí. Depresivní přesvědčení předurčují jednotlivce, aby vytvářeli taková kognitivní hodnocení, která zesilují vnímání ztráty. Klinické rysy těžké deprese (např. anhedonie, anergie) jsou výsledkem jednak těchto hodnocení a jednak biologických reakcí, které vyvolávají (např. autonomní, imunitní, neurochemické). Tyto příznaky byly patrně v naší evoluční historii adaptivní, ale v současné době jsou maladaptivní. Těžkou depresi lze tedy považovat za anachronistický projev evolučního „programu“ (Beck & Bredemeier, 2016).

2. Možnosti léčby deprese

Možnosti léčby deprese se dají rozdělit do dvou hlavních skupin: na farmakoterapii a postupy jiné než farmakologické. Nefarmakologické postupy však zahrnují velmi rozmanitou oblast, od více invazivních medicínských technik přes psychoterapii až po podpůrné techniky. Jejich třídění nebo klasifikace jsou obtížné. Z tohoto důvodu jsou níže vyděleny pro přehlednost zvlášť nefarmakologické léčebné postupy medicínské – invazivní, nefarmakologické léčebné postupy – méně invazivní či podpůrné, psychoterapie a podpůrné psychoterapeutické postupy:

1. **Farmakoterapie - psychofarmaka**
2. **Nefarmakologické léčebné postupy**
    1) **Nefarmakologické léčebné postupy (medicínské - invazivní)**
    2) **Nefarmakologické léčebné postupy (méně invazivní - podpůrné)**
    3) **Psychoterapie**
    4) **Podpůrné psychoterapeutické postupy**

Toto rozdělení jsme si připravili jen pro účel této práce, neodkazujeme tedy u něj na žádnou konkrétní literaturu a činíme tak až u každého jednotlivého postupu zvlášť.

2.1. Farmakologické postupy pro léčbu deprese

Farmakoterapie deprese zahrnuje několik skupin léčiv, která z historických důvodů rozdělujeme podle jejich účinku na (Martínková & a kolektiv, 2018) :

- Antidepresiva
- Anxiolytika
- Stabilizátory nálady
- Hypnotika
- Antipsychotika

Nejčastěji předepisovanou skupinou jsou právě antidepresiva, nicméně, v posledním čtvrtstoletí se stále vedou odborné diskuse o tom, zda antidepresiva jsou účinná a zda je jejich užívání je vědecky zdůvodněné (Antonuccio et al., 1995; Moncrieff & Kirsch, 2005; Royal College of Psychiatrists, 2019).

Podle Evans (2003) V medicínských vědách jsou pro posuzování váhy důkazů o terapeutických postupech sestavována pořadí důležitosti jednotlivých typů důkazů (hierarchie). Hierarchie důkazů připravené respektovanými organizacemi (jako např. NHMRC - National Health and Medical Research Council, Cochran Collaborations) řadí výzkumné práce podle jejich validity. Hlavním zaměřením těchto hierarchií byla nejdříve účinnost terapie či postupu, proto od začátků hodnocení důkazů účinnosti byla obecně považována za nejvyšší úroveň randomizovaná kontrolovaná studie. Po RCT studiích jsou silnějším stupněm důkazu tzv. systemizované přehledy (systematic reviews) a později se jím staly meta-analýzy, tzn. studie vyhodnocující závěry mnoha jiných studií na základě předem stanovených kritérií. I přes dlouho prováděný a detailní rozbor účinků antidepresiv, včetně randomizovaných studií, systemizovaných přehledů a jejich meta-analýz, není v této problematice jednoznačný výsledek. Nicméně, dlouhodobá úspěšnost každé terapie vždy vyžaduje posouzení z více úhlů pohledu.

Evans (2003) uvádí minimálně tři taková kritéria: účinnost (effectiveness), vhodnost (appropriateness) a proveditelnost (feasibility). Podle našeho názoru, jedním z hlavních kritérií by měl být také ekonomický dopad dané terapie pro společnost. Je obecně známým faktem, že zdravotnické systémy bojují s rostoucími náklady na zdravotní péči. S ohledem na prevalenci deprese v populaci se dá očekávat, že náklady spojené s její terapií jsou jedny z nejvyšších, měly by tedy být také posuzovány poměrem účinku k nákladům. Cílem této práce není posuzovat jednotlivé typy ekonomických analýz v systémech zdravotní péče, proto postačí zmínit jen hlavní typy analýz, které uvádí v jednom z nejpodrobnějších přehledů Goodman (2014): (1) analýzy soustředěné na samotnou výši nákladů (minimalizující náklady), (2) analýzy efektivnosti nákladů, (3) analýzy užitečnosti nákladů (4) analýzy dopadu a důsledků nákladů, a (5) analýzy poměru nákladů/přínosů.

2.2. Nefarmakologické postupy pro léčbu deprese

S ohledem na dosud známé skutečnosti o účinku a bezpečnosti farmakoterapie není překvapující, že se v medicíně široce používají také jiné – nefarmakologické postupy. Přehled metod, které nefarmakologické léčebné postupy zahrnují, uvádí tabulka 7a a 7b. Historicky nejdéle používanou metodou je z nich elektrokonvulzní terapie.

Elektrokonvulzní terapie (ECT) je terapie elektrickým šokem. Šok je krátký a je způsoben elektrickým výbojem po přiložení dvou elektrod k hlavě. Používá se již více než 80 let, poprvé byla použita v r. 1938 v Římě, když Ugo Cerletti a Lucio Bini použili elektrický proud k vyvolání epileptického záchvatu pro terapeutické účely (Gazdag & Ungvari, 2019). V dnešní době je provádění ECT mnohem bezpečnější než dříve, takže se používá i pro pokračovací a udržovací terapii (Petrides et al., 2011).

Z praxe je známo, že v posledních dvou desetiletích bylo zavedeno několik nových neurostimulačních metod v psychiatrii a to hlavně z oblasti neurologie (Češková, 2013). Patří mezi ně transkraniální magnetická stimulace (TMS), stimulace bloudivého nervu (VNS), hluboká mozková stimulace (DBS) a transkraniální stejnosměrná stimulace (tDCS). Většina z těchto nových technik byla zavedena k léčbě těžké deprese. K dnešnímu dni byla v kontrolovaných studiích porovnávána s ECT pouze TMS. Tyto studie prokázaly vyšší účinnost ECT oproti TMS (Health Quality Ontario, 2016; Ren et al., 2014).

Tabulka 7a: Nefarmakologické léčebné postupy pro léčbu deprese

Invazivní (elektrofyziologické) léčebné postupy
Elektrokonvulzní terapie
Hluboká mozková stimulace
Stimulace nervus vagus (VNS)
Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)
transkraniální stejnosměrná stimulace (tDCS)

Tabulka 7b: Nefarmakologické léčebné postupy pro léčbu deprese - pokračování

Neinvazivní nefarmakologické léčebné postupy
Spánková deprivace (úplná nebo částečná)
Terapie jasným denním světlem
Hydroterapie
Fyzická aktivita
Hluboké dýchání
Uzemnění
Jóga
Meditace
Meditace založená na všímavosti (mindfulness)

Fyzická aktivita, jakkoliv se nejedná o novou techniku, byla k terapeutickým technikám s uznávaným a zdokumentovaným účinkem doplněna na základě moderně vedených studií relativně nedávno (Andersson et al., 2015; Cooney et al., 2013; Kvam et al., 2016). Pokud se týká srovnání nákladů a efektu fyzické aktivity, jedná se o metodu s velmi zajímavým společenským dopadem (Turner et al., 2017).

2.3. Psychoterapie

U těžkých forem deprese je základem léčba antidepresivy. Psychoterapie se používá jako doplňková metoda. U lehčí deprese je to naopak, tam je psychologická léčba mnohdy dostatečným prostředkem a antidepresiva nemusí být nutná vůbec (NICE, 2013; Raboch, 2018).

Psychoterapií existuje mnoho druhů. Nedá se tvrdit, že by některý směr byl výrazně úspěšnější než jiný (Pokluda, 2015). Podstatou je vždy přijetí člověka se všemi jeho starostmi a problémy. V psychoterapii deprese se používají zejména tyto techniky (Vybíral & Roubal, 2010) – viz tabulka 8.

Tabulka 8: Přehled psychoterapeutických technik v terapii deprese - podle východisek *)

Behaviorální terapie/behaviorální aktivace
Kognitivní terapie
Kognitivně behaviorální terapie
Moderní kognitivně-behaviorální přístupy
Psychoanalytická a psychodynamická terapie
Interpersonální terapie
Gestalt terapie
Arteterapie
Edukační terapie
Biosyntéza

*) Převzato podle Vybíral a Roubal (2010)

Kromě rozlišení podle teoretických východisek lze psychoterapii deprese rozlišovat také podle prostředí, v jakém se terapie uskutečňuje – viz tabulka 9 (připraveno podle (Kryl, 2007).

Tabulka 9: Přehled psychoterapeutických technik v terapii deprese - podle prostředí

Manželská terapie
Rodinná terapie
Skupinová terapie
Interpersonální terapie

Většina psychoterapeutů dnes pracuje více styly, to znamená, že nejsou zaměřeni na nějakou konkrétní psychoterapeutickou školu (Pokluda, 2015). Z těch stylů, které jsou zaměřeny úžeji, má terapii deprese dobře zvládnutou kognitivně-behaviorální terapie, která pracuje s myšlením a chováním.

Účinnost psychoterapie

Pokud se týká efektu psychoterapeutické antidepresní léčby, základní práce dokládající její účinek citují Vybíral a Roubal (2010). Kubínek (2011, 426) uvádí, že: *„je až zarážející, kolik je ve zvykle publikovaných výčtech terapeutických alternativ deprese dáváno prostoru farmakoterapii na úkor psychoterapie, přestože bylo prokázáno, že u lehké a středně těžké deprese je psychoterapie srovnatelně účinná*". Tentýž autor však současně poznamenává, že nelze očekávat, že praktický lékař povede systematickou psychoterapii pacienta trpícího depresí pomocí některé z těchto metod.

Ačkoliv existuje mnoho přesvědčivých důkazů ve prospěch psychoterapie (Nemeroff et al., 2003; Sharpley, 2010), také o její účinnosti se, podobně jako u farmakoterapie, vede již dlouho odborná diskuse (Morrison et al., 2003). V době publikace Kubínkovy práce byly mezi psychoterapeutické postupy se zdokumentovaným účinkem považovány kognitivně-behaviorální terapie, interpersonální psychoterapie depresí a krátká dynamická psychoterapie (Kubínek, 2011). V nejnovějších meta-analýzách randomizovaných kontrolovaných studií byla prokázána účinnost prakticky všech psychoterapeutických metod, které byly posuzovány (Cuijpers et al., 2020).

2.4. Podpůrné terapeutické postupy

Mezi podpůrné terapeutické postupy v této práci řadíme techniky, které doplňují psychoterapii nebo medicínské léčebné postupy – pro účely této práce jimi rozumíme **terapii uměním**, různé druhy **relaxace**, **kognitivního tréninku** a jiné **aktivizační techniky**. Protože se jimi hodláme v této práci zabývat podrobněji, uvádíme je v samostatných kapitolách.

3. Terapie uměním

3.1. Expresivní a neexpresivní techniky

Slovo expres pochází z latinského exprimere, vyjadřovat a expressus, výrazný, výslovný (Rejzek, 2019). V anglicky mluvících zemích je pro expresivní terapie rozsáhlejší název umělecké kreativní terapie (art ***creative*** therapies) (Kantor et al., 2009). Z toho vyplývá, že expresivní techniky jsou jen jednou podskupinou arteterapeutických technik. Na rozdíl od dalších, například receptivních technik se při expresivních technikách klient sám aktivně uměním vyjadřuje, tvoří.

Techniky pro léčbu uměním lze tedy souhrnně rozdělit na receptivní a produktivní (Šicková-Fabrici, 2002): ***Receptivní terapie*** (přijímání, vnímání umění) znamená **vnímání** uměleckého díla, které vybírá terapeut s určitým záměrem. Cílem je lepší pochopení vlastního nitra, poznávání pocitů jiných lidí. ***Produktivní terapie*** (tvoření umění) představuje **aktivní použití** konkrétních tvůrčích činností (kresby, malby, modelování) nebo intermediálních aktivit (tj. činnosti, propojující různá média).

Jak uvádí Šicková-Fabrici (2002), expresivní techniky jsou metody, při kterých se pacient vyjadřuje verbálně i neverbálně. Vyjadřuje se pomocí specifických médií, jako jsou hudba, tvary, barvy, zpěv. Tato média mohou být i pohybová, jako je např. pantomima, tanec, bodyterapie. Expresivní techniky uvolňují úzkost a vnitřní napětí, která doprovází řadu psychických nemocí. Současně, expresivní techniky mohou sloužit k lepšímu sebepoznání a také k rozpoznání vnitřních příčin jednání a postojů. Expresivní techniky mohou probíhat buď jako individuální nebo skupinové terapie, případně rodinné terapie. Pro účely naší práce budeme používat dělení expresivních technik podle toho, které prostředky (média) ta - která technika využívá.

Porovnáme-li pak tato média a prostředky podle více zdrojů, můžeme expresivní techniky rozdělit podobně jako Malchiodi (2014) například na:

- **muzikoterapii** – za použití hudebních prostředků (využívání melodie, harmonie, rytmu, zvukové barvy, dynamiky, tempa, druhu taktu);
- **bodyterapii** – používá postojů, pozic a pohybových prostředků
- **terapii hrou** – využívá her, jako např. arteterapeutické pexeso

- **terapii tancem** – používá pohybových prostředků a hudby
- **dramaterapii** – za použití dramatických prostředků
- **biblioterapii, poetoterapii** – používá literárních prostředků
- **arteterapii** – používá výtvarných prostředků.

Aktivní zapojení expresivních technik po nás vyžaduje určitou energii a to nám může zmírnit stres, neboť se naše pozornost ubírá na něco jiného (Malchiodi, 2014).

V následných kapitolách se podrobněji zaměříme na muzikoterapii a arteterapii, protože poslední dvě jmenované techniky používáme i v našem výzkumu

3.2. Muzikoterapie

Muzikoterapie je terapeutický přístup z oblasti expresivních terapií (Kantor et al., 2009).

Definic muzikoterapie je celá řada, jednu z možných definic podle Světové federace muzikoterapie (World Federation of Music Therapy, WFMT) uvádí např. Gerlichová (2014, 15):

Muzikoterapie je profesionální použití hudby a jejích prvků jako intervence ve zdravotnictví, vzdělávání a každodenním prostředí s jedincem, skupinou rodinou nebo komunitou, která usiluje o optimalizaci kvality jejich života a zlepšení jejich psychického, sociálního, komunikačního, emocionálního a duševního zdraví a pohody. Výzkum, praxe, vzdělání a školení v klinické muzikoterapii vycházejí z profesionálních standardů v souladu s kulturním, společenským a politickým kontextem.

Jak uvádí Gerlichová (2014), muzikoterapie využívá hudby, rytmu, zvuků, tónu, zpěvu, případně i v souvislosti s pohybem a dechem. Léčebnou metodou může být buď hudbu jen poslouchat a vnímat, anebo hudbu vytvářet či se na jejím vytváření aktivně podílet. V případě poslechu může jít i o poslech samotný, bez další aktivity, nebo se na jeho základě může odehrávat jiná navazující expresivní aktivita.

Lipský (2002) se k působení zvuku na organismus člověka vyjadřuje tak, že jednotlivé zvuky působí na změnu nálady a chování, ovlivňují důležité vegetativní funkce a mají vliv na tvorbu hlasu a řeči i na vlastní hudební produkci.(Lipský, 2002)

Muzikoterapie může využívat jak verbální, tak i neverbální prostředky. Jako verbální prostředky autorka uvádí především zpěv a rytmizaci slov. Neverbální je práce s hudbou,

tóny, rytmem či zvuky. U zvuků a tónů se využívá jejich rezonance s částmi těla. Pomocí těchto zvuků a tónů muzikoterapie může pomoci při uvolňování napětí v těchto částech nebo je může stimulovat. Velký vliv na další tělesné a psychické procesy má pak zpěv a především práce s dechem, která jej provází. Hudba může působit relaxačně, případně budivě. Hudba, rytmus a zvuky jsou prostředkem vzájemné komunikace. Muzikoterapie má mnoho oblasti využití (Gerlichová, 2014).

Přehled některých konkrétních muzikoterapeutických technik je uveden v tabulce 10. Tabulka byla vytvořena pro účely této práce na základě více zdrojů, proto jsou odkazy na ně uvedeny ve sloupci „Reference“:

Tabulka 10: Muzikoterapeutické techniky

Název metody	Charakteristika metody	Reference
Kodályho metoda	– hudebně pedagogická metoda odvozená od učení se mateřskému jazyku	(Kantor et al., 2009; Radio Proglas, 2017)
Suzukiho metoda	– podobně jako Kodályho metoda, založená na imitaci slyšeného	(Kantor et al., 2009; Suzuki asociace, b.r.)
Dalcroseho eurytmika	– spojuje rytmy a pohyby, tancem	(Institut Jaques-Dalcroze, b.r.; Kantor et al., 2009)
Orffova metoda neboli Schulwerk	– rozvíjí hravou formou elementární smysl pro rytmus, intonaci a hudebně pohybové cítění	(Kantor et al., 2009)
Muzikoterapie Pěti živlů podle Tradiční Čínské medicíny	– využívá 5 nástrojů pro harmonizaci 5 ti orgánů podle typu emoce	(Zhang & Lai, 2017)

V muzikoterapii prováděné podle některé z technik v tabulce 10 se používají především tyto nástroje (Kantor et al., 2009) :

Strunné nástroje – například housle, lyry, monochordy, kantele, tanpury, psaltáře

Kovové nástroje – například zvonky, zvonkohry, činely, duté trubice, terapeutické ladičky, gongy, metalofony, xylofony,

Rytmické nástroje – bubny a bubínky, perkuse, chřestítka,

Dechové nástroje – flétny, píšťaly, didžeridou

Nástroje pro rezonanční terapii - tibetské mísy, gongy, melodické perkuse

Orffovy nástroje – triangl, flétna, rumbakoule, chrastidlo, bubínek, tamburína

Pokud se týká samotného poslechu hudby, vliv poslechu hudby na duševní stavy popisuje několik studií; například Mozartova Sonáta pro dva klavíry v D-major, K.448, je do značné míry spojována se stavem nazývaným „Mozartův efekt“, který prokazatelně zvyšuje kapacitu mozku aktivací několika signálních drah (Jaušovec, Jaušovec a Gerlic, 2006). Bachovy italské koncerty prokázaly svou účinnost při obnově paměti u dospělých s neurodegenerativními poruchami (Williamon a Valentine, 2002) a Corelliho Klavírní sonáty byly použity ke zlepšení neuronálního vývoje u předčasně narozených dětí (Aikman, Nolte a Dörfling, 1997). Nedávná studie s aplikací kreativní muzikoterapie u předčasně narozených dětí potvrdila i strukturální změny na mozku (Haslbeck et al., 2020). Neurobiologické mechanismy působení hudby byly potvrzeny i u zvířat (Rickard, 2005).

Poslech hudby může mít přínos i pro některé afektivní poruchy, jako je deprese. Ve studii srovnávající účinnost muzikoterapie a psychoterapie (behaviorální terapie) se 79 pacienty ve věku 25 – 60 let se ukázala muzikoterapie jako statisticky významně účinnější (Castillo-Pérez et al., 2010). Zde se jednalo o muzikoterapii poslechem barokní a klasické hudby. Aktivní muzikoterapie, s použitím tří typů bicích nástrojů (paliček, perkusí a bubínku djembe) byla v randomizované kontrolované studii přidána k obvyklé léčbě (farmakoterapie + psychoterapie) a srovnávána s obvyklou léčbou vedenou samostatně. Míra odezvy na léčbu byla výrazně vyšší ve skupině s muzikoterapií ve srovnání se skupinou, které byla poskytnuta pouze standardní péče. Účinky byly klinicky relevantní, s velikostí efektu od středního (0,49 pro úzkost) až po velký (0,65 pro depresi) (Erkkilä et al., 2011).

Shrnutí publikací charakteru „systematic reviews“, tedy literárních přehledů o více studiích prováděných na základě randomizovaných kontrolovaných zkoušek, provedli Kamioka et al. (2014). Tito autoři vyhodnotili celkem 21 studií charakteru systematic reviews. Muzikoterapie prokázala efekt u celkového a sociálního fungování u schizofrenie a / nebo závažných duševních poruch, u chůze a souvisejících činností při Parkinsonově nemoci, u depresivních symptomů a u kvality spánku.

Porovnání více studií účinků muzikoterapie přímo u pacientů s depresivní poruchou provedli například Leubner a Hinterberger (2017). Soustředili se především na randomizova-

né klinické studie, ale zařadili i několik studií longitudinálních, sledujících dlouhodobé změny. Celkem zařadili do vyhodnocení 28 studií s 1.610 účastníky. Pasivní muzikoterapie byla zastoupena ve větší míře (79%), aktivní muzikoterapie jako zpěv, hra na hudební nástroje nebo hudební improvizace v menší míře (46%). Statisticky signifikantní snížení míry deprese vykazovalo 26 studií z 28 studií celkem; co je ale rovněž zajímavým výsledkem této metaanalýzy je to, že zvláště výrazného efektu bylo dosahováno především u starších pacientů.

3.3. Arteterapie

Pojem arteterapie pochází ze spojení latinského ars (umění) a řeckého terape (léčení) (Šicková-Fabrici, 2002). V nejobecnějším významu jde tedy o léčbu uměním, a to jakýmkoliv typem umění. Nejen v českém prostředí, ale i ve světě lze rozlišit dvojí význam termínu. Arteterapii v užším a širším slova smyslu.

Arteterapie v širším slova smyslu představuje **léčbu veškerým uměním souhrnně**. Využívá hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. V užším slova smyslu se arteterapií rozumí **léčba pouze výtvarným uměním.** Využívá různé techniky grafické, malířské a modelovací (Kořínková - Vindušková, 2001).

Arteterapie v prvním významu slova - coby léčba uměním souhrnně – se v anglicky psané literatuře označuje jako „arts therapy“ (Zubala et al., 2014; Zubala & Karkou, 2018). V tomto širším smyslu je to léčebný postup, který k ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů využívá uměleckého projevu jako hlavního prostředku. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům (Zubala et al., 2014). Povětšinou se však řadí přímo k psychoterapeutickým technikám (Běhounková, 2009). Samostatně, mimo psychoterapii, se vymezuje zejména tehdy, když se používá jiným způsobem než k terapii psychických poruch, například k výchově. V takovém případě se o arteterapii hovoří také jako o artefiletice, výchově uměním (Slavík, 2000). Podle našeho názoru to, kde začíná a kde končí psychoterapie, je často věc názoru nebo určitého směru - školy.

Arteterapie ve druhém - užším významu slova, coby léčba (pouze) ***výtvarným*** uměním, se v anglicky psané literatuře označuje jako „art therapy“ nebo „artetherapy“ (Zubala & Karkou, 2018) a je obvykle vnímána také ve dvou významových rovinách (ČAA, b.r.; Kořínková - Vindušková, 2001):

1) terapie výtvarným uměním (pouze), v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné
2) terapie výtvarným uměním ve smyslu art-psychoterapie, kde výtvory a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovány – analyzovány, rozebírány.

Arteterapeutické setkání se po úvodním setkání a navázaní vztahu s klientem dělí na několik částí (Šicková-Fabrici, 2002):

první část arteterapeutického setkání by měla obsahovat instrukci ke zvolenému tématu a nabídnutí vhodné techniky;

ve druhé části je klient plně ponořen do své vlastní tvorby (do níž arteterapeut zpravidla nezasahuje);

třetí část by ve většině případů měla obsahovat diskusi, skupinovou nebo individuální, zaměřenou na vytvořené dílo, ale i na samotný proces tvorby.

Techniky používané v arteterapii jsou označovány, jak už jsme se zmínili, jako expresivní, případně jako projektivní. Z tohoto pohledu mají svou podstatou blízko k projektivním psychologickým testům založeným na částečně nejednoznačných nebo ne zcela strukturovaných podnětech (Svoboda, 2013). Je mezi nimi ale zásadní rozdíl. U testů se předpokládá, že odpovědi respondentů odhalí aspekty o jejich postojích, o jejich osobnosti atd. a rozbor díla provádí psycholog. U expresivních/projektivních technik arteterapeut, na rozdíl od testů, do samotné tvorby většinou nezasahuje a případnou analýzu - rozbor díla provádí vždy s klientem, s cílem, aby se klient na analýze co nejvíce podílel a sám postupně vědomě odhaloval, co výtvarné dílo o něm, jeho osobnosti, jeho emocích či postojích vypovídá (Šicková-Fabrici, 2002). Určitá nejednoznačnost podnětů prezentovaných v testech a podobně i v tématech projektivních arteterapeutických technik umožňuje příjemci ventilovat své vnitřní myšlenky.

Podle Koblicové (2000) arteterapie jako neverbální technika vede člověka, aby se vyjadřoval jinak než slovy, protože s těmi jsme navyklí zacházet a využívat je jak k předávání, tak k matení a zastírání obsahů. Zastírat obsahy ve výtvarném projevu pro většinu lidí není tak snadné, jelikož je neumíme kontrolovat tolik, jako verbální výraz. Arteterapie je nástroj,

který umožňuje vyjádřit a zpracovat mnohé, co si neuvědomujeme a ani bychom to nebyli schopni vyjádřit slovy. Arteterapii je možno začlenit do kteréhokoli teoretického rámce.

Během vývoje české arteterapie vykrystalizovaly tři silné přístupy, které se od sebe podstatněji liší – a to mírou intervence terapeuta (Ošancová, 2007):

1. Terapie výtvarnou tvorbou samotnou (terapie uměním)
2. Terapie výtvarnou tvorbou a její analýzou
3. Terapie výtvarnou tvorbou spojenou s analýzou a „výtvarnou intervencí".

Míra intervence terapeuta je pro charakterizaci technik důležitá, a proto ji vysvětlujeme podrobněji v následujících kapitolách. Míru intervence uplatněnou v našem výzkumu pak uvádíme detailně v popisech jednotlivých technik, které jsou v příloze.

Terapie výtvarnou tvorbou samotnou

Při terapii výtvarnou tvorbou (arteterapii, terapii uměním) je podstatný v prvé řadě proces – výtvarná tvorba sama o sobě (Ošancová, 2007). To, v čem spočívá role arteterapeuta při tomto přístupu, popisují podobně Ošancová (2007) i Šicková-Fabrici (2002): spočívá v řízení procesu a to hlavně a především ve smyslu facilitace, tj. zpřístupnění výtvarného projevu pacientovi. Úkolem arteterapeuta je zadat vhodné téma práce, které je třeba vybrat pečlivě s ohledem na pacientův stav. Psychoterapeutem je tu sám sobě pacient skrze své dílo, kdy při práci dochází k odventilování některých emocí (Šicková-Fabrici, 2002). Arteterapeut by se měl vyvarovat direktivních pokynů a výsledky nikdy neinterpretovat (Ledvinová, 2002).

Terapie výtvarnou tvorbou a jejím rozborem

Tento přístup zapojuje výtvarné techniky do psychoterapie a spadá tedy do „art-psychoterapie" (Ošancová, 2007). Oproti předchozímu přístupu se o hotovém díle dále mluví – buď individuálně v rozhovoru arteterapeuta s jedním klientem, nebo v případě skupinové psychoterapie i kolektivně. Na pacienta působí jednak tvorba samotná, jednak se v tomto přístupu spoléhá také na následnou diskusi o jeho díle. Diskuse může přivést pacienta na významy, jež by si sám neuvědomil. Při terapii výtvarnou tvorbou a jejím rozborem se také zadávají témata práce, stejně jako v předchozím případě, po dokončení díla

je potom úkolem arteterapeuta na základě hotového výtvoru klást vhodné otázky, usměrňovat kolektivní diskusi a jen velmi opatrně používat interpretace. Do samotného výtvarného vyjádření – tedy během vytváření díla – však opět arteterapeut nijak nezasahuje.

Terapie výtvarnou tvorbou, jejím rozborem a „výtvarnou intervencí“

Terapii výtvarnou tvorbou, jejím rozborem a následnou „výtvarnou intervencí“ lze také řadit do „art-psychoterapie“ (Ošancová, 2007). I v tomto případě jde v prvé řadě o proces tvorby. Navíc ale jde svým způsobem i o výsledek, o podobu díla, o jeho měnící se podobu směřující k ideálu. Dosahuje se toho tak, že tvůrčí proces zde není ponechán sám sobě, ale je kultivován postupnou metodickou instrukcí arteterapeuta a následnou interpretací. Cílem je přejít od uměleckého vyjádření stávajícího nebo výchozího stavu (od stavu „jak to je“) k uměleckému ztvárnění žádoucího, ideálního stavu (ke stavu „jak by to mělo být“). Jak uvádí Ošancová, tento přístup vychází z předpokladu, že se změnou ve výtvarném projevu lze dosáhnout také posunu v psychice pacienta. Tato snaha o posun navíc přichází až s časem, postupně - v běžící terapii, nikoli v počátcích, kdy je i zde ponechán prostor pro výtvarné „vyslovení“ symptomu. Snahou je dospět k výtvarně vyváženému artefaktu za účelem odstranění (či zmírnění) psychického problému.

Cílem arteterapie je tedy sebevyjádření člověka a možnost jeho proměny. Člověk si urovná souvislostí v mysli a směřuje k novým možnostem a hranicím. Reflektování aktuálních proměn výtvarného výrazu vede k následnému řešení problémů (Lhotová, 2001).

Pokud jsou grafické projektivní techniky spojeny s analýzou a interpretací, obvykle se sleduje (Šicková-Fabrici, 2002):

◦ Počet zakreslených prvků

◦ Nesouvisející prvky

◦ Kompletnost zakreslené představy

◦ Originalita zakreslených prvků

◦ Tvarová kompatibilita zakreslených prvků s realitou

◦ Barevnost kresby

◦ Barevná kompatibilita zakreslených prvků s realitou

◦ Souvislosti mezi zakreslenými objekty

◦ Vzájemná proporce objektů a postav

◦ Využití prostoru na papíru a celková kompozice kresby.

3.3.1. Jednotlivé arteterapeutické techniky

Jak je již uvedeno výše, mnohé kresebné projektivní metody byly původně vyvinuty jako psychodiagnostické kresebné testy. Kresebné testy mají těsnou souvislost s arteterapií. Společná je jejich výpovědní hodnota o klientovi, která se u testů, na rozdíl od arteterapie, snaží působit pouze diagnosticky, což je pro tyto testy stěžejní (Wimmerová, 2008). Orientaci v dělení projektivních metod i teoretická východiska jednotlivých metod podává již před více než půlstoletím Hammer (1968). Hammer uvádí, že vzhledem k časové úspornosti, snadné administraci a bohatému klinickému výtěžku se projektivní kresby zdají být nejčastějším doplňkem psychodiagnostických technik, jako je TAT (tematický apercepční test) a Rorschachův test. Kromě Buckova testu kresby Dům-Strom-Postava (House-Tree-Person) a Machoverové kresby postavy (Figure Drawing) používají psychodiagnostické testy modifikace Abramova testu typu Kresba postavy v dešti (Draw-A-Person-in-the-Rain), různé modifikace Schwartzovy Kresby zvířete (Draw-An-Animal), Kresby rodiny (Draw-A-Family), Harrowerův konceptový test, Kingetův test dokončení kresby a také volnou kresbu (volné čmáranice) (Hammer, 1968). Novější přehled projektivních metod v české literatuře podává Najbrtová a kol. (Najbrtová et al., 2017).

Kresba stromu

Technika kresby stromu byla původně navržena K. Kochem v r. 1949 jako psychodiagnostický test (Najbrtová et al., 2017). Subjekt je požádán, aby nakreslil ovocný strom na list bílého papíru o A4 . Psycholog poté vyhodnocuje kresbu i chování v průběhu kresby a v případě potřeby i komentáře subjektu. Ve stromovém testu se používají dvě strategie hodnocení: analýza vnější části konstrukce má za cíl vnímat nakreslený strom jako celek, např. jeho umístění na papíře a jeho velikost. Analýza vnitřní struktury zahrnuje jemnější detaily stromu výkresu v analýze. Koch popisuje 59 podrobných aspektů, které slouží k

interpretaci jednotlivých myšlenek a pocitů. Jsou vyhodnoceny a interpretovány kořeny, kmen, větve, koruna, listy, uzly, stíny, symetrie a další aspekty. Například vysoké stromy jsou spojeny se sebevědomím subjektu. Velké kořeny jsou interpretovány jako přímočarost a živost. Velké větve mohou být spojeny s arogancí (Stanzani Maserati et al., 2015). V arteterapii však nejde primárně o diagnostiku; narozdíl od hodnocení, klasifikace či posuzování využíváme tyto shora uvedené aspekty kresby spíše k diskusi s pacientem, jejímž cílem je, aby sám nacházel odpovědi.

Kresba tří stromů

Kresba tří stromů je v podstatě opět diagnostický test, který byl poprvé publikován v Lisabonu Corbozem a Gnosem (Corboz & Gnos, 1980). Jedná se o kresbu tří stromů, k nimž mají děti a mladiství přiřazovat konkrétní osoby. Neuvědoměle tak vyjadřují citové vztahy k jiným lidem (zejména ke členům rodiny). První českou příručku publikoval Altman (Altman, 1998) a první zkušenosti, získané na české populaci, publikoval Svoboda (Mojmír Svoboda, 2000).

Kresba figury – postavy

Test kresby lidské postavy patří mezi jedny z nejpopulárnějších a hojně užívaných projektivních psychodiagnostických testů. Tato metoda se začala nejprve využívat u dětské populace, kde ji již v r. 1926 zavedla F. Goodenoughová - vytvořila nástroj Draw-a-Man (DAM) (Hammer, 1968). Obdobný test pod názvem Draw-a-Person (DAP) vytvořila v r. 1948 Machoverová (APA, 2020; Oxford Reference, 2020).

V provedení podle Machoverové dostane účastník od administrátora list prázdného papíru a je nejprve požádán, aby nakreslil celou osobu, aniž by administrátor uvedl podrobnosti o věku, pohlaví, oblečení atd. Následně je požádán, aby nakreslil jinou osobu, opačného pohlaví než je osoba první. Charakteristické rysy výkresů, které jsou hodnoceny, zahrnují posloupnost pohlaví (ať už je muž nebo žena nakreslena jako první), pořadí, ve kterém jsou kresleny části těla, deformace, opomenutí, velikost a oblečení, jakož i více strukturálních prvků, jako je směr tahů tužky, stínování a vymazávání (Oxford Reference, 2020). V českém prostředí se tato metoda ještě i dosud používá, a to v upravené podobě

podle J. Šturmy a M. Vágnerové (Altman, 2011). Hojně se u nás touto metodou zabývá právě Altman, který k ní vydal též příručku (Altman, 2011). V současnosti je mezi psychology nejčastěji využívaná varianta H. J. Baltrusche – Figure-Drawing-Test (FDT) z roku 1956 (Mojmír Svoboda, 1999). Podle současné verze testu se v analýze nakreslené postavy zaměřujeme spíše na symbolický výklad detailů. Jde nám o velikost figur, pořadí jejich vzniku, umístění v prostoru, vyjádření konfliktových momentů, nakreslení očí, paže atd.

Kresba domu

Analogický k testu kresby postavy je test kresby domu - Draw-a-House Test (DAH test) vyvinutý v roce 1949 také Machoverovou (Hammer, 1968).

Kresba rodiny

Kresba rodiny, kresba začarované rodiny a Kinetická kresba rodiny - Kinetic Family Drawing (KDF) se používá především v psychodiagnostice dětí. Jak uvádí Goble (2016), jsou to arteterapeutické a současně diagnostické nástroje určené k pochopení vývoje dítěte při zaměření na mezilidské vztahy mezi členy rodiny. Kinetická kresba rodiny (KFD) byla vyvinuta Burnsem a Kaufmanem v r. 1970 (Goble, 2016). Umožňuje získat určitou informaci o způsobu, jakým dítě svou rodinu vnímá, jak se mu jeví a jak ji, její jednotlivé členy rodiny hodnotí. Způsob, jakým zobrazí vlastní rodinu, vyjadřuje jeho názory, postoje a pocity (M. Svoboda et al., 2001). Tento nástroj umožňuje překročit statické znázornění rodiny použité v předchozích projektivních rodinných kresbách přidáním kinetického prvku, který požaduje, aby dítě nakreslilo každého člena rodiny, tak, aby něco udělal. Kinetický faktor poskytuje více informací o vnímání dítěte sebe sama ve vztahu k aktivnímu a probíhajícímu procesu rodinných vztahů.

Všechny tři techniky - Kresba rodiny, kresba začarované rodiny a Kinetická kresba rodiny - ve své podstatě vycházejí z psychoanalýzy Sigmunda Freuda a jeho spolupracovníka i následovníka Alfreda Adlera (Sutherland, 2011). Alfred Adler pochopil a věnoval pozornost významu rodinného vlivu na rozvoj osobnosti: že děti a rodiče hledají význam v rodinném sociálním systému; že každé chování je účelné; a že všichni členové rodiny si vytvoří svůj vlastní smysl pro život na základě toho, jak vnímají, co se kolem nich děje. Podle Suther-

landa, pohlaví, pořadí narození a sourozenecká interakce mohou také hrát roli v rozvoji životního příběhu v závislosti na tom, jak každý člověk vnímá svoji roli. Použití arteterapie s kresbou rodiny může pomoci odrážet sociální a rodinné vztahy, s možností přesunout zaměření léčby z problémového chování na zdravé vztahy na základě povzbuzení a sociálního zájmu.

Kresba zvířete

Kresba zvířete jako diagnostický test je popisována již v r. 1944, například Benderem a Rapoportem nebo Schwartzem a Rapoportem (Hammer, 1968). V r. 1955 byly popsány první příklady případových studií, které ukazují, jak různé zdroje informací o jednotlivci souvisejí se symbolickou hodnotou připsanou zvířecí kresbě (Schwartz & Rosenberg, 1955).

Nedávný rozsáhlejší výzkum týkající se interpretace kresby zvířete samotným autorem kresby (klientem) přinášejí Bailey et al. (2019). Jejich studie se snaží porozumět vztahu mezi uměleckými hodnoceními a vnímáním sebe sama prostřednictvím toho, jak účastníci sami interpretují jejich vlastní kresby zvířete. Autoři spatřují velký potenciál v interpretační zaujatosti účastníků při terapeutickém hodnocení, a to jak při administraci, tak ve vnímání. Tato studie navrhuje skutečnosti, které je třeba vzít v úvahu pro další zkoumání výtvarného díla s kresbou zvířete: styly interpretace, rámec otázek, užitečnost hodnocení, důslednost interpretace hodnocení a také to, jak původ účastníka (demografie) hraje roli v každém z těchto prvků (Bailey et al., 2019).

Kresba „osamělý ostrov“

Zadáním kresby může být buď nakreslit ostrov, na jakém bych chtěl žít (kresba idealizované představy) a nebo také nakreslit věci, které člověk považuje za natolik nepostradatelné, že by si je s sebou vzal na pustý ostrov (Liebmann, 2005). První způsob vede klienta k tomu, aby se pokusil vytvářet pozitivní ideál. Druhý způsob je možné použít i pro kresbu menších skupin, kde cílem je vzájemná komunikace ve skupině a jistá forma soutěžení mezi skupinami. Opět, nejde primárně o diagnostiku; s pacientem / skupinou probíráme

soubor jím nakreslených věcí a v diskusi jej vedeme spíše k hledání motivů, které k volbě jednotlivých předmětů vedly.

Přehled výš popsaných a některých dalších projektivních technik uvádí tabulka 11. Tabulka byla zpracována na základě více zdrojů uvedených ve sloupci „Reference“.

Tabulka 11: Přehled projektivních výtvarných technik

Název techniky nebo Testu	Autor	Rok	Reference
Kresba stromu	Karl Koch	1949	(Altman, 1998; Stanzani Maserati et al., 2015)
Kresba tří stromů	Corboz & Gnos	1980	(Corboz & Gnos, 1980)
Kresba figury – postavy (Draw-A-Man, Draw-A-Person, Figure-Drawing-Test)	F. Goodenough K. Machover	1926 1949	(Tkadlečková, 2015)
Kresba rodiny (Kinetic Family Drawing)	H. J. Baltrusch	1956	(Badošek, 2011)
Kresba čáry života	Tyl	1985	(Mojmír Svoboda, 1999)
Blochův vícedimenzionální test MDZT,	Bloch, Meier a Schmid	1967	(Mojmír Svoboda, 1999)
Kresba Dům-strom-člověk House-Tree-Person	N.Buck	1948	(Gordon & Rudd-Barnard, 2011)
Warteggův kresebný test	Wartegg	1920-1930	(Roivainen, 2009; Mojmír Svoboda, 1999)
Kresba zvířete	Schwartz a Rapoport	1944	(Bailey et al., 2019; Schwartz & Rosenberg, 1955)
Kresba ostrova	*)		(Liebmann, 2005; Riley, 1999; Sejčová, 2015)

**) autora této techniky se nepodařilo dohledat*

Každá z těchto arteterapeutických technik má i diagnostický potenciál, jak vyplývá z předchozího textu o projektivních technikách a jak uvádí také Šicková-Fabrici (2002). U každé z nich však může arteterapeut volit ještě rozdílnou strategii, postup. Šicková-Fabrici rozlišuje především tyto strategie: imaginaci, animaci, koncentraci, restrukturalizaci, transformaci a rekonstrukci. Jednotlivé strategie mají svůj vlastní, charakteristický potenciál léčebný, jehož účinek závisí do jisté míry i na míře empatie, kterou je arteterapeut schopen uplatnit v práci s klientem a na vybudování terapeutického vztahu. U dospělých klientů a zvláště duševně nemocných klientů je vhodné využívat hlavně restrukturalizaci,

transformaci a rekonstrukci (Šicková-Fabrici, 2002). S ohledem na význam pro tuto práci věnujeme arteterapii s duševně nemocnými dále samostatnou kapitolu.

3.3.2. Arteterapie u duševně nemocných

Arteterapii u osob s různým fyzickým a mentálním postižením či u osob duševně nemocných se přehledně věnuje Wimmerová (2008). U depresivních pacientů Wimmerová upozorňuje, že mohou mít tendenci k sebeobviňování, proto je u nich vhodné stanovit jasné úkoly. Podle Šickové-Fabrici (2002) je u duševně nemocných vhodným materiálem keramická hlína. U anxiózních pacientů je dobré se vyhnout tématům, která zvyšují úzkost.

Cílem arteterapie u duševně nemocných se stává vyprchání negativních prožitků (Šicková-Fabrici, 2002; Wimmerová, 2008). Arteterapie jim umožňuje reálný pohled na nemoc, poskytuje možnost změn a naději na léčení. Pomocí tvorby reflektuje problémy. Pomáhá hledat cestu, jakým způsobem klientovi pomoci.

K podobným závěrům, pokud se týká hodnocení toho, co arteterapeutické přístupy v terapii deprese umožňují, dochází Blomdahlová et al. (2016). Podle dalšího ze závěrů studie těchto autorů je důležité, aby se pacienti s depresí pomocí arteterapie především sami vyjadřovali a umělecká témata, aby podporovala taková vyjádření, která souvisejí se zkušenostmi z deprese a tématy osobní historie. Tyto závěry nejsou vyvozovány na základě hodnocení pacientů, ale expertního hodnocení - tedy hodnocení terapeutů (Blomdahl et al., 2016).

Zubalaová et al. (2014) popisují kvantitativní výsledky z průzkumu, jaká je současná praxe v terapii uměním ve Velké Británii. Terapeuti, kteří se specializují na depresi, mají tendenci se častěji řídit psychodynamickými principy. Častěji pracují se skupinami nežli individuálně, většinou ve zdravotnickém prostředí a častěji s dospělými nežli s dětmi nebo dospívajícími.

Nedávné trendy v terapiích deprese založených na umění (Arts-therapies of depression) směřují ke studiím typu RCT, a proto více a více podporují tendenci ke zkrácení celkové doby léčby uměním, přičemž se zintenzivňuje počet terapeutických sezení – na častěji než jednou týdně (Castillo-Perez et al., 2010; Erkkilä et al., 2011). Přehled osmi RCT studií přináší formou systematic review (Maujean et al., 2014). Tyto randomizované kontrolované

studie byly prováděny s dospělými probandy v letech 2008–2013; všechny kromě jedné uváděly prospěšné účinky arteterapie. Zjištěná zjištění naznačují, že arteterapie může být přínosem pro celou řadu osob, včetně starších dospělých, válečných veteránů a vězňů.

Podle Zubalaové et al. (2017) mohou být u nemocných depresí podporovány uměleckými terapiemi některé aspekty psychické rovnováhy a pohody, mezi které především patří: přijetí deprese a jejích výzev, tvořivost a připravenost vyjadřovat emoce, pocit sebevědomí a připravenost na smysluplnou komunikaci a vztahy. Kromě toho mohou umělecké terapie potenciálně přinášet i pozitivní zpětnou vazbu - pocit úspěchu, pocit rovnováhy. Praktikování terapie založené na umění u klientů s depresí je však náročné a přináší výzvy jak terapeutům, tak klientům. Přehled arteterapeutických technik vhodných a používaných při léčbě deprese podávají ve své knize (Zubala & Karkou, 2018). Autoři také přinášejí přehled posledních studií účinnosti terapie uměním.

Přehled studií účinnosti různých arteterapeutických technik u různých skupin pacientů přináší také sborník vydávaný Národním Informačním Centrem pro Rehabilitaci (NARIC, 2013). Účinnosti arteterapie byla prokázána také v přímé souvislosti s prevencí a terapií deprese u vězněných (Gussak, 2007).

3.3.3. Současné otázky arteterapie

Arteterapie neustále vytváří množství různých technik a metod. Nelze tedy očekávat vytvoření jednotné teorie či metodiky (Stibůrek, 2000). Stibůrek (2000, 42) doslova uvádí: *„Arteterapie ze své podstaty je a bude prostorem pro tvůrčí střetávání různorodých koncepcí*.“

(Šlemínová, 2000) doplňuje, že i tak se ale dají v arteterapii vysledovat hlavní, vedoucí témata. Otázky současné arteterapie se dají shrnout do 2 okruhů:

1. Nakolik má do výtvarného projevu intervenovat psychoterapeut
2. Nakolik má psychoterapeut přenášet na pacienta odpovědnost za vlastní uzdravení.

Šlemínová (2000) to s odpovědností pacienta za vlastní uzdravení vidí takto, že úzdravu pacienta si dodnes spojujeme s vnější intervencí fundovaného profesionála, v podstatě

výhradně lékaře – ale tím se pacient stává v procesu uzdravení do značné míry pasívním, protože svůj problém na lékaře deleguje. Pacient by se musel této pasivity vzdát, aby mohl část odpovědnosti za vlastní uzdravení převzít.

4. Terapie jinými aktivizačními technikami

4.1. Kognitivní techniky

Klasické kognitivní techniky terapie jsou založeny na verbálních, vizuálních i písemných cvičeních pro kognitivní stimulaci, které vedou ke zlepšení výkonných funkcí a schopností, jako je paměť, pozornost, orientace, uvažování, řešení problémů atd. Tato cvičení lze získat například ve formě cvičebních sešitů, ale vycházejí i knižně (Klucká & Volfová, 2016). Další kognitivní stimulace zahrnuje hry na trénink mozku ve formě aplikací. Tyto aplikace, které jsou k dispozici pro smartphony, počítače a tablety, lze použít kdekoli a kdykoli. Na výběr jsou různé úrovně obtížnosti, takže hry mohou být přizpůsobeny úrovni kognitivního zhoršení uživatele. Pro léčbu kognitivních deficitů u velké deprese je jako jedna z klasických technologií používána transkraniální elektrická stimulace, která je založena na elektrických proudech o nízké intenzitě. V souvislosti s kognitivním zlepšením u deprese však nedávná meta-studie uvádí nedostatek účinnosti (Martin et al., 2018). V poslední době se objevují také neinvazivní přístrojové techniky pro kognitivní rehabilitaci, resp. zvýšení neuroplasticity, a to na principu neurofeedbacku (neuronální zpětné vazby) (Escolano et al., 2014) .

4.2. Terapie vzpomínkou- reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie byla vyvinutá v roce 1963 Butlerem jako psychologická intervence pro starší dospělé (Butler, 1963). Jednu z nejznámějších studií účinku reminiscenční terapie publikovala Wattová a Cappelier (2000). Tito autoři ve své práci podávají také návrh, jak zasadit reminiscenční terapii do rámce kognitivní teorie a terapie, a podrobný popis provedení. V poslední době je reminiscenční terapie považována za zvláště dobře zavedenou a přijatelnou formou léčby deprese, zejména u starších pacientů, jak ukazují výsledky meta-analýzy 128 kontrolovaných studií (Pinquart & Forstmeier, 2012).

4.3. Relaxace

Relaxační techniky slouží především k uvolnění napětí, které zůstává ve svalech pod vlivem fyzické námahy nebo stresu. Protože stres je považován za jeden z nejčastějších spouštěčů deprese, nacházejí relaxační techniky uplatnění v terapii deprese právě pro jejich schopnost efektivně stres rozpouštět. Nejčastější relaxační techniky jsou autogenní

trénink (podle Schultze), Jacobsonova progresivní relaxace, jógová relaxace, relaxace na signál (cue controlled relaxation), diferencovaná (částečná) relaxace, aplikovaná relaxace a vizualizace (Drotárová a Drotárová, 2003). V terapii deprese se nejvíce uplatňují první dvě techniky, Jacobsonova progresivní relaxace a Schultzův autogenní trénink.

Autorem Jacobsonovy progresivní relaxace je Edmond Jacobson (1888 – 1983). Její princip spočívá v uvědomění si rozdílu mezi napětím a uvolněním jednotlivých svalových skupin, poté celého těla (Mackereth & Tomlinson, 2010). Přispívá k psychickému uvolnění. Hlavním působícím faktorem je aktivita (oproti autogennímu tréninku). Předností je malá obtížnost a rychlejší relaxační efekt.

Autorem autogenního tréninku je německý lékař Johann Heinrich Schultz (1884 – 1970). Jeho metoda patří do metod relaxačně koncentračních – popisují se také jako soustředivé sebe-uvolňování (Schultz & Luthe, 1959). Při uvolňování, člověk na sebe působí sám tak, aby dosáhl klidu.

Podle práce Jorma et al. (2008), relaxační techniky jako Jacobsonova progresivní relaxace a Schultzův autogenní trénink byly účinnější při snižování depresivních symptomů nežli žádná nebo minimální léčba. Nebyly však tak účinné jako psychoterapie (Jorm et al., 2008). Progresivní svalová relaxace byla testována při léčbě deprese pacientů s roztroušenou sklerózou (Safi, 2015). Podle výsledků této studie je progresivní svalová relaxace při snižování míry deprese účinná. Tato terapie umožňuje pacientům dosáhnout relaxace rychle, a tak se dokáže efektivně vyrovnat s depresivními reakcemi. U farmakorezistentní deprese testovali relaxační techniky Truzoli et al. (2017). Při léčbě depresivních a úzkostných poruch u pacientů rezistentních k farmakoterapii nabízí relaxační terapie jednoduchý a nákladově efektivní způsob, jak posílit účinek léčiv i při krátkodobých programech (Truzoli et al., 2017).

5. Shrnutí teoretických východisek

Z přehledu uvedeného v kapitolách 1 – 4 výše je možné některá fakta shrnout do tvrzení obecnější povahy. Protože se jedná o vlastní zobecnění a vlastní interpretaci výše uvedených skutečností, shrnutí uvádíme níže již bez citací a odkazujeme na citace uvedené v jednotlivých kapitolách.

Depresivní porucha je onemocnění s vysokým společenským a ekonomickým dopadem. Vedle farmakologických a nefarmakologických medicínských způsobů léčby prokázala účinnost také psychoterapie a z o ostatních terapeutických technik muzikoterapie a fyzická aktivita.

Pro hodnocení jednotlivých druhů léčby se uplatňují různé přístupy. Původní hierarchické přístupy k hodnocení léčby zahrnují především kritéria medicínská, jako jsou účinnost, vhodnost a proveditelnost. S rostoucím počtem onemocnění depresí a rostoucími společenskými náklady se uplatňují také kritéria ekonomická anebo kritéria kombinovaná. Pro vyhodnocení těchto kritérií je třeba znát nejen účinnost, udržitelnost a trvání účinku, ale také přínos pro pacienta, omezení z hlediska vhodnosti, omezení z hlediska proveditelnosti a případné další následné náklady.

Kromě výše uvedené psychoterapie, muzikoterapie a fyzické aktivity se používá řada jiných terapeutických technik, například relaxace, aktivizační techniky a terapie uměním. Prokazování účinku terapie uměním v randomizovaných kontrolovaných studiích podle principů medicíny založené na důkazech je ve srovnání s jinými druhy terapie sporadické, protože je spojeno s řadou problémů. Zlepšování a optimalizace těchto terapeutických postupů lze však dosáhnout i při jejich použití coby podpůrné terapie. V takovém případě se přínos pro pacienta, účinnost, udržitelnost a trvání účinku, omezení z hlediska vhodnosti, omezení z hlediska proveditelnosti dají zkoumat také pomocí kvalitativního výzkumu.

Výzkumná část

6. Výzkumný problém, výzkumné cíle a výzkumné otázky

6.1. Výzkumný problém

Předmětem tohoto výzkumu je terapeutický proces při léčbě pacientů s depresivní poruchou a použití podpůrných aktivizačních technik v něm, a to v klinickém prostředí – za podmínek hospitalizace.

Cílem terapeutického procesu všeobecně je dosažení remise, ústupu hlavních symptomů choroby. Medicínské metody, ať už farmakologické nebo nefarmakologické povahy, pomáhají v ústupu především od depresivní nálady, skleslosti a úzkosti. Nemedicínské metody, ať už psychoterapie nebo podpůrné aktivizační techniky, mohou pomoci v úlevě od některých dalších symptomů, mají pozitivní vliv na posílení účinku medicínských metod a mají vliv na udržení duševního onemocnění v remisi. O tomto jejich všeobecném přínosu existuje velké množství terapeutických studií; již menší část studií pak zkoumá to, jak vnímá jejich přínos samotný pacient. A i v případě studií prováděných z úhlu pohledu pacienta je většina studií zaměřena na psychoterapeutické metody, zatímco pro podpůrné aktivizační techniky je studií prováděných z hlediska pacientova vnímání relativně méně. Proto nás v této práci zajímá přínos arteterapeutických, relaxačních a jiných aktivizačních technik právě z pohledu pacienta. Zajímá nás postoj, jaký vůči přínosu podpůrných technik zaujímá pacient sám. Zajímají nás subjektivní zážitky pacientů, zajímá nás význam, jaký přisuzují tomu, co se s nimi děje. Kromě toho nás zajímá také proces samotný. Na procesu nás zajímá především to, jaké jsou rozhodující podmínky terapeutického procesu, které pacienta vedou k aktivní účasti, případná omezení z hlediska vhodnosti, omezení z hlediska proveditelnosti. V obou dvou těchto ohledech se náš přístup tak do značné míry podobá přístupu, který se v medicínských oborech (např. pro rodinné lékaře) označuje jako POEMs (Patient-Oriented Evidence Matters), který je součástí medicíny založené na důkazech, EBM (Evidence-Based Medicine) (White, 2004).

Cíle, které jsme formulovali na základě tohoto tématu, jsou uvedeny v následující kapitole.

6.2. Výzkumné cíle

Hlavním cílem je porozumět tomu, jak vnímá hlavní přínosy alternativních terapeutických technik samotný pacient ze svého hlediska. Vnímání přínosů pacientem se může lišit od toho, jak vnímá přínosy terapeut. Pochopit vnímání přínosů pacientem dále znamená poznat také to, jestli si pacient tyto přínosy uvědomuje, případně jestli je využívá jako příležitost ke změně. A pokud to bude možné, pochopit z pacientova vnímání, co jej dále podporuje v tom, aby je jako příležitost ke změně uchopil.

Vedlejším cílem této studie je lépe poznat také to, jaké je povědomí klientů o alternativních terapeutických technikách, jaké jsou jejich postoje k nim, eventuální předsudky, přesvědčení, preference a bariéry při realizaci těchto technik.

Druhým vedlejším cílem je popsat a pochopit faktory na organizační a obsahové, případně i systematické úrovni, které mohou pozitivně či negativně ovlivňovat působení alternativních terapeutických technik či trvání jejich účinku.

6.3. Výzkumné otázky

Pro dosažení výzkumných cílů jsme formulovali výzkumné otázky, uvedené v tabulce níže. Pro přehlednost a snadnou orientaci v otázkách jsme každé z nich přisoudili zkrácené označení, uvedené v pravém sloupci tabulky:

Tabulka 12: Formulované výzkumné otázky a jejich zkrácené označení

	Výzkumná otázka	**Otázka - zkráceně**
I.	Jaké prožitky nebo emoce pacientům jednotlivé techniky přinášejí?	EMOCE
II.	Co pacienti od psychoterapeutických technik očekávají?	OČEKÁVÁNÍ
III.	Co pacientům techniky přinesly?	PŘÍNOS
IV.	Podle čeho se pacienti rozhodují, zda se terapie zúčastnit? Jaké jsou pro pacienty předpoklady pro zahájení terapie aktivizačními technikami?	PODMÍNKY
V.	Které techniky hodnotí pacienti nejlépe?	HODNOCENÍ

7. Metodologický rámec výzkumu

7.1. Zvolený typ výzkumu

Prostředí psychiatrického oddělení nemocnice poskytuje řadu výhod při zlepšování a optimalizaci terapeutických postupů, jako je například možnost zaměřit se na klienty v rámci homogenní skupiny diagnóz, stálý dozor a dohled a kontrolovaný režim léčby. Na druhou stranu, prostředí psychiatrického oddělení nemocnice zužuje rozsah diagnóz v rámci depresivní poruchy v tom smyslu, že zahrnuje mnohem méně klientů s mírnou až střední formou deprese oproti běžné populaci - převažují středně těžké až těžké formy deprese. Současné doporučené postupy psychiatrické péče uvádějí, že při léčbě středně těžkých a těžkých forem by měla být užita vždy léčba antidepresivy, a to i je-li plánována elektrokonvulzivní léčba (Raboch et al., 2014), proto ověřování jakýchkoli postupů prostřednictvím randomizované kontrolované studie u pacientů s diagnózou středně těžké až těžké formy deprese je problematické a studie by pravděpodobně byla etickou komisí Státního ústavu pro kontrolu léčiv rozporována.

V našem výzkumu však nejde o studium jevů příčina-následek, nejde ani o studium příčin nebo zdrojů variability v datech. Jde spíše o hodnocení kvalit (jaké vlastnosti jsou důležité). Naplňuje většinu rysů kvalitativního výzkumu v tom smyslu, jak je uvádí Miovský (2006). Podle Miovského v psychologii existují témata a úkoly, které již svojí povahou naznačují obtížnost aplikace kvantitativních metod. Takovými tématy v psychologii jsou například některé oblasti výzkumu emocí a prožívání, výzkum motivace.

Existuje více prací, které vystihují kvalitativní výzkum. Našemu pojetí problematiky nejvíce odpovídají charakteristiky, které uvádí Ritchie et al. (2003). Podle těchto autorů je jedním z typických rysů kvalitativního výzkumu použití nestandardizovaných, přizpůsobitelných metod pro generování dat, které jsou citlivé na sociální kontext studie a mohou být přizpůsobeny každému účastníkovi nebo případu, aby umožnily zkoumání problémů (Ritchie et al., 2003).

7.2. Volba metod

Mezi základní metody kvalitativního výzkumu v psychologii patří například interpretativní fenomenologická analýza, metoda zakotvené teorie, narativní analýza, metody diskurzivní analýzy a intuitivní přístup (Řiháček et al., 2013).

Porovnáním těchto metod jsme nejprve došli k závěru, že pro předkládanou práci a její cíle bude z těchto metod nejvhodnější interpretativní fenomenologická analýza (IPA). Poté, co jsme náš přístup podrobili kritice praktických uživatelů kvalitativní metodologie, jsme zvolili jinou, obecnější a podle našeho názoru vhodnější metodu - metodu kvalitativní tematické analýzy. Vycházeli jsme při tom z teorie, použití a vyhodnocení kvalitativní analýzy, jak ji popisují Gest et al. (2012). Tematická analýza je více flexibilní - v praxi a v závislosti na předmětu výzkumu může obsahovat trochu z metody zakotvené teorie, pozitivismu, interpretativní a fenomenologické sociologie. Tematická analýza může nebo nemusí obsahovat srovnání četnosti výskytu kódů, hledání spolu-výskytu kódů, grafické zobrazení vztahů mezi kódy pro danou skupinu dat (Guest et al., 2012). Výhodu tematické analýzy spatřujeme tedy hlavně v tom, že kromě IPA můžeme využít i některých prvků metody zakotvené teorie. Metodologicky jsou ve výzkumu použity tři přístupy: rozhovor (polostrukturovaný rozhovor) s otevřenými otázkami, pozorování a dotazník obsahující uzavřené otázky.

Hlavní těžiště práce spočívá v kvalitativním výzkumu pomocí prvních dvou metod – pomocí rozhovoru, jeho záznamu, přepisu záznamu do podoby textu a pomocí následné analýzy textu a analýzy poznámek z pozorování. Rozhovorem bylo přitom tzv. polostrukturované interview. Polostrukturovaný rozhovor má předem určené schéma. V rámci tohoto schématu jsou pak rozpracovány jednotlivé okruhy otázek. Výhoda polostrukturovaného rozhovoru spočívá v tom, že je možné klást doplňující otázky tak, aby výtěžnost informací byla co nejvyšší. Zkoumané téma je díky tomu možné rozpracovat více do hloubky (Miovský, 2006).

Protože poslední výzkumná otázka (které techniky hodnotí nejlépe) má hodnotící charakter, byla k objektivnějšímu srovnání jednotlivých psychoterapeutických technik jako doplňková metoda použita metoda dotazníku. Vzhledem k počtu respondentů jsme výsledky nevyhodnocovali statisticky, ale využíváme je pouze pro stanovení pořadí technik.

8. Výzkumný soubor

8.1. Výběr respondentů výzkumného souboru

Respondenti byli do výzkumu vybíráni na základě jejich diagnózy, tj. předpokladem pro zařazení pacienta do výzkumu byla diagnóza F32.—(depresivní fáze) až F33.—(periodická depresivní porucha). Zařazení pacienta – člena arteterapeutické skupiny do výzkumu bylo nejprve konzultováno s ošetřujícím lékařem. Pokud vyslovil souhlas, pak byl osloven samotný pacient. Žádné jiné výběrové kritérium pro zařazení pacienta do výzkumu nebylo uplatněno (například věk, opakovaná hospitalizace apod.).

8.2. Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor měl charakter příležitostného výběru. Byl sestaven z pacientů psychiatrického oddělení nemocnice s poliklinikou, hospitalizovaných v průběhu 6 měsíců (od srpna 2019 do února 2020). Účast ve skupině byla dobrovolná a závisela na vůli pacienta.

Celkem bylo do výzkumu zařazeno 12 respondentů – klientů arteterapeutické skupiny, z toho 5 mužů a 7 žen. Věkové rozpětí v tomto souboru bylo 36-60 let, průměrný věk činil 47,4 roku. U 3 pacientů byla stanovena diagnóza F32.1 (středně těžká depresivní fáze), u 1 pacienta F32.2 (těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků). U celkem 8 pacientů byla diagnostikována periodická depresivní porucha, z toho u 2 středně těžká (F33.1) a u 6 těžká, bez psychotických příznaků (F33.2).

9. Etické problémy a způsob jejich řešení

9.1. Souhlas s účastí ve výzkumu

Každému účastníku výzkumu bylo vysvětleno, jaký je účel výzkumu a jaká je jeho role. Pokud pacient souhlasil, byl s ním uzavřen informovaný souhlas a souhlas se zpracováním osobních údajů. Vzor dokumentu je uveden v příloze.

9.2. Ochrana soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu

Jediný osobní údaj, který je uváděn v souvislosti v souvislosti s primárními záznamy odpovědí respondentů, je křestní jméno. Žádné další identifikační údaje, jako je věk, vzdělání apod., neuvádíme. Na rozdíl od primárních záznamů, kde je jméno uvedeno, označujeme všude jinde respondenty pouze kódem. Ze stejného důvodu neuvádíme ani plný název pracoviště, kde byl výzkum prováděn.

9.3. Odměna účastníkům výzkumu

Z účasti na výzkumu nevyplývala pro respondenty žádná odměna.

9.4. Poškození či újma účastníků výzkumu

Otázky strukturovaného rozhovoru a otázky dotazníku byly posouzeny dvěma kvalifikovanými psychology z pohledu rizika vyvolání nežádoucích reakcí, poškození či újmy. Žádná z otázek nebyla hodnocena jako nevhodná nebo riziková.

9.5. Posouzení rizik a možností jejich prevence

Před zahájením výzkumu nebyla identifikována žádná rizika. V průběhu výzkumu se však objevily náznaky, že se mohou někteří respondenti snažit využít své účasti ve výzkumu ve svůj prospěch – a to buď k dosažení zkrácení délky pobytu, nebo naopak k jejímu prodloužení. Pojmenovali jsme toto riziko jako riziko neoprávněných výhod. Eliminovali jsme jej tím, že jsme každého respondenta upozornili při uzavírání informovaného souhlasu, aby své účasti ve výzkumu nezneužíval vzhledem k ostatním pacientům ani vzhledem k personálu. Proto jsme v tomto smyslu informovaný souhlas rozšířili.

9.6. Případný střet zájmů

V případě uvedené studie může dojít k následujícímu střetu zájmů: v jediné osobě terapeut vystupuje současně v roli výzkumníka. Jako výzkumník má zájem na co nejobjektivnějším získávání a vyhodnocení dat, jako terapeut je zaměstnancem a může tak například mít přirozený zájem na tom, aby výsledky výzkumu „dopadly hezky“, může být žádán účastníky výzkumu (respondenty) o radu nebo o pomoc překračující rámec výzkumné situace, ale splňující rámec pracovní intervence. Abychom se vyvarovali střetu zájmů, zvolili jsme přístup spočívající v následujících bodech:

(1) Uvědomit si rizika a popsat je
(2) Uvědomit si hranice terapeutovy intervence u jednotlivých technik používaných při práci a popsat je.

Rizika jsou popsána výše. Míra intervence terapeuta je uvedena v detailním popisu jednotlivých terapeutických technik v Příloze.

10. Zkoumané terapeutické techniky

Bylo zkoumáno celkem 9 podpůrných terapeutických technik, z nichž 5 bylo arteterapeutických, 2 byly relaxační a 2 souvisely s kognicí – ať už s tréninkem kognice nebo se způsobem nazírání na prožitou zkušenost. Jejich přehled je uveden v přiložené tabulce. Výběr těchto technik byl ovlivněn dvěma aspekty – subjektivním a objektivním. Subjektivním aspektem rozumíme vlastní, osobní praktickou zkušenost terapeuta s jednotlivými technikami; objektivním aspektem výběru pak rozumíme, že techniky byly vybírány s ohledem na jejich proveditelnost v obměňujícím se obsazení terapeutické skupiny.

Tabulka 13: Přehled použitých terapeutických technik

	Název techniky nebo Testu
Terapie výtvarnou technikou	1. Kresba tří stromů 2. Kresba hračky 3. Kresba ostrova
Terapie hudební technikou	4. Muzikoterapie (Orffovy nástroje) 5. Muzikoterapie (poslech vážné hudby a jeho záznam)
Terapie jinými aktivizačními technikami	6. Reminiscenční terapie (terapie vzpomínkou) 7. Kognitivní trénink
Relaxace	8. Relaxace - Autogenní trénink 9. Relaxace - Jacobsonova progresivní relaxace

Podrobný popis každé konkrétní techniky uvádíme v příloze. Vzhledem k tomu, že na efekt každé techniky má vliv i míra intervence terapeuta, je v podrobném popisu technik doplněna i stručná charakteristika této intervence.

11. Organizace výzkumu, příprava dotazníku a rozhovoru a sběr dat

11.1. Osnova rozhovoru

Při přípravě na interview jsme postupovali takto: na základě prostudované literatury, cílů a výzkumných otázek jsme vytvořili pět oblastí, kterým jsme se chtěli při rozhovoru věnovat. Tak vzniklo tzv. **jádro interview** (Miovský, 2006), které v našem případě tvoří 5 otázek. Důležité bylo získat odpovědi respondentů především na toto jádro, proto 5 hlavních otázek bylo položeno každému respondentovi.

Tabulka 14: Hlavní otevřené otázky pro polostrukturovaný rozhovor

Otázky pro respondenty
Jaké prožitky nebo emoce Vám jednotlivé techniky přinášejí nebo přinesly?
Co jste od arteterapie, relaxace, kognitivní terapie a dalších aktivizačních technik očekávali? Znali jste je, měli jste nějaká očekávání?
Co Vám techniky přinesly? V čem vidíte přínos pro Vás, pro Vaši léčbu nebo Vaši situaci?
Podle čeho jste se rozhodoval/rozhodovala, zda se terapie zúčastnit? Jaké jsou pro vás předpoklady nebo podmínky, abyste se zapojil/zapojila do terapie aktivizačními technikami?
Které techniky hodnotíte nejlépe? Které máte nejraději?

Vedle otázek tvořících jádro rozhovoru jsme si předem připravili také **pomocné otázky**. Těchto otázek bylo využito jen tehdy, pokud bylo zapotřebí pomoci respondentovi pochopit otázku nebo rozvinout téma.

Tabulka 15: Pomocné otevřené otázky pro polostrukturovaný rozhovor

Kdy jsem se poprvé zúčastnil terapie aktivizačními technikami?
Podle čeho se rozhoduji, zda se společné aktivity zúčastnit? Co je pro mě důležité?
(například: Adaptace na prostředí, zvyknutí si na spolupacienty, navázání kontaktů, zajímavost terapie, hravost techniky, odvést myšlenky jinam, vyplnit čas, možnost dozvědět se něco o sobě …
Kdybych si mohl vybrat, zúčastnil bych se terapie hned při první možnosti, nebo raději později?
Jaké jsou předpoklady, abych se terapie zúčastnil(a) rád? (například: denní doba, přístup terapeuta, …)
Co jsem od aktivizačních technik očekával(a) já sám(a)?
Co mi aktivizační techniky přinesly?
Proč jsem se rozhodl(a) se aktivizačních technik zúčastnit?
(například: (a) jsem mezi lidmi; b) baví mě to; c) abych vyplnil čas d) jiný důvod)
Kterým technikám dávám přednost – jakých aktivizačních činností se účastním nejraději?
(například: expresivní techniky - malování, expresívní techniky- hudba, relaxace, kognitivní trénink, autogenní trénink)
Souvisí vybírané aktivizační činnosti s koníčky, které jsem měl (a) před nástupem?
Byly pro mne terapie přínosné vzhledem k mým dosavadním problémům?
Cítím se po terapiích lépe po psychické stránce, než před nimi?
Byly pro mě terapie smysluplné a snadno pochopitelné?
Přiučil/a jsem se během terapií, jak nemoc lépe zvládat?
Pokud bych mohl(a) něco změnit, co se týká aktivit, co by to bylo?
Lákalo by mne pokračovat v provozování některých technik i po propuštění?
Jaké jsou předpoklady, abych mohl(a) pokračovat v provozování některých technik i po propuštění?
Dávám přednost relaxačním a odpočinkovým činnostem nebo činnostem, kde se aktivně zapojuji?
Chybí mi zde nějaká aktivita?

Ke každému respondentovi byla doplněna některá další popisná data – demografické údaje, které jsou uvedeny v tabulce 16.

Tabulka 16: Doplňující otázky – demografická data

Doplňující údaje
Pohlaví
Věk
Dosažené vzdělání
Opakovaná hospitalizace
Diagnóza

11.2. Tvorba dotazníku

Dotazník byl sestaven pouze pro účely tohoto výzkumu, proto jej uvádíme v plném znění. Používá 5-bodovou škálu hodnocení (Gutmanova typu).

Tabulka 17: Vzor pro dotazníkové šetření – hodnotící uzavřené otázky

RESPONDENT Č. _ _	1	2	3	4	5
Hodnocení přínosu dané techniky pro mě:	1 – nemá pro mě žádný přínos, 0 % 2 – má pro mě možná trošičku přínos, 25% 3 – má pro mě určitě nějaký přínos, 50% 4 – má pro mě velký přínos, 75% 5 – má pro mě moc velký přínos, moc velký význam				
Reminiscenční terapie (terapie vzpomínkou)					
Muzikoterapie (Orffovy nástroje)					
Muzikoterapie (poslech vážné hudby a jeho záznam)					
Arteterapie (kresba „Pustý ostrov“)					
Arteterapie (kresba tři stromy)					
Arteterapie (kresba hračky)					
Kognitivní trénink					
Relaxace - Autogenní trénink					
Relaxace - Jacobsonova progresivní relaxace					

11.3. Organizace sběru dat

Každý z dotazovaných se zúčastnil činnosti arteterapeutické skupiny po dobu své hospitalizace, která byla v rozsahu 21-35 dnů, průměrná délka hospitalizace činila 30 dnů.

Během této doby se pacient měl možnost zúčastnit činnosti arteterapeutické skupiny v rozsahu **maximálně 4 hodiny denně**, tj. maximálně **20 hodin týdně**. Průměrně se každý pacient zúčastnil činnosti arteterapeutické skupiny v rozsahu **15-20** hodin týdně.

Na konci hospitalizace (ne více než 2 dny před ukončením pobytu respondenta na oddělení) byl pacientovi předložen a vysvětlen dotazník a poté s ním byl proveden rozhovor podle osnovy uvedené výše.

12. Zpracování a analýza dat

12.1. Rozbor zaznamenaných rozhovorů

Odpovědi na výzkumné otázky I, II, III, a IV jsme hledali pomocí rozboru textů, které vznikly jako záznam polostrukturovaného rozhovoru s každým respondentem. Zvukové záznamy byly analyzovány odděleně (každý zvlášť). Nejprve byl proveden doslovný přepis pořízeného audiozáznamu - jeden příklad takového přepisu je uveden v příloze. Poté jsme pomocí redukce prvního řádu text upravili do plynulejší podoby – odstranili jsme otázky tazatele, vsuvky bez vztahu k projednávanému obsahu. Tak vznikl materiál, který již byl vhodný pro analýzu. Samotnou analýzu textů jsme prováděli pomocí kódů, tak, jak jich využívá tematická analýza.

V rámci tematické analýzy se hledají opakující se vzory (kategorie), které jsou podstatou analýzy a které se dále mohou větvit do podkategorií. K odhalení kategorií je možné dojít dvěma způsoby – buď induktivním kódováním (odvodit kategorie až na základě výsledků kódování) nebo využít dedukci, podloženou literaturou, případně zkušenostmi výzkumníka. Jinými slovy určit kategorie předem (Miovský, 2006).

Naším cílem nebylo v tomto případě hledat vztahy a struktury v rozhovorech a na jejich základě vytvářet hypotézy, ale vyhodnotit opakující se témata, nejčastější názory a postoje, navzájem podobná vyjádření. Z výše uvedených možných postupů tematické analýzy jsme tedy využili dedukci – **kategorie jsme stanovili předem**, tak, aby odpovídaly výzkumným otázkám.

Prvním krokem analýzy bylo nalezení tzv. významových jednotek (Miovský, 2006), tj. úseků v analyzovaném textu nesoucích informaci ve vztahu k výzkumné otázce.

Počáteční skupinu možných významových jednotek (témat) jsme nejprve vytvořili odhadem, vyvozením z předem stanovených kategorií. Tato témata jsme stručně pojmenovali a poté jsme je vyznačili v záznamech rozhovorů – texty jsme podle vžité terminologie „okódovali“. Při analýze textů pomocí těchto počátečních kódů jsme současně hledali témata další. Pokud pro některá vyjádření v rozhovorech nebyl vhodný kód k dispozici, byl doplněn. Takto byl seznam kódů ve výsledné podobě vytvořen až po několika opakováních to-

hoto kroku, jak doporučuje Řiháček (2013). K rozboru textu pomocí kódování jsme využili softwarového nástroje Atlas 8.0.

12.2. Použití číselných údajů

Použití numerických / kvantitativních údajů v kvalitativních výzkumných studiích a zprávách bylo v minulosti považováno za kontroverzní, a ještě dodnes odmítavé postoje k tomuto přístupu někde existují. Jak uvádí Maxwell (2010), někteří autoři již dříve podporovali, aby v kvalitativním výzkumu byly uváděny jednoduché četnosti nebo počty jevů, na kterých je pak možné objektivněji zakládat typické výroky jako „nejčastěji", „některé", „obvykle" a „nejpřesnější". Jiní však takovému použití čísel odolávali, čímž došlo k polarizaci názorů zvané válka paradigmat, o které se Maxwell zmiňuje. Tato paradigmata popisuje Miovský (2006) jako pozitivistický a fenomenologický přístup ve vědě.

V této práci uvádíme pouze jeden typ číselných údajů, a to je počet.

Přesto, že každý rozhovor je veden částečně strukturovaně – využívá předem připravených otázek – tak se respondenti sami spontánně věnují některým tématům více a některým méně. Promítají tak do rozhovoru svou vlastní míru pozornosti a důležitosti, kterou tématu přikládají. Při analýze záznamu rozhovorů jsme využili i tohoto faktu. Míru pozornosti a důležitosti, kterou respondenti přikládali jednotlivým tématům, jsme se rozhodli posoudit jednoduše pomocí počtu citování těchto témat. Součet, kolikrát bylo dané téma zaznamenáno u všech respondentů, označujeme zde jako „počet citování".

Ke každé otázce byla sestavena vyhodnocovací tabulka pro počet zaznamenaných odpovědí podobného typu/podobného významu. Počty výskytu těchto odpovědí a témat v rozhovorech se vztahují k souboru 12 respondentů, avšak u jednotlivého respondenta se některé téma nebo vyjádření může opakovat i vícekrát než jednou. Proto může počet citování jednoho tématu překročit číslo 12. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli **neuvádět výsledky jako četnosti** (frekvence), protože výstupy jako „15 ze 12" by mohly být zavádějící.

Odpověď na poslední výzkumnou otázku, otázku V – „Které techniky hodnotí pacienti nejlépe" – jsme hledali jednak také metodou analýzy textů, jak je popsáno výše, jednak také prostřednictvím vyhodnocení dotazníku. Můžeme tak porovnat, zda obě metody

poskytují podobné výsledky. Výsledky získané metodou analýzy textů jsou v tabulce 22. Výsledky získané metodou dotazníku jsou uvedeny v tabulce 23 a v grafu na obrázku 3. Jak tabulka 23, tak i graf na obrázku 3 uvádí výsledky hodnocení jednotlivých terapií.

12.3. Zajištění validity výzkumu

Pro zajištění validity výzkumu jsme použili různé metody – polostrukturovaný rozhovor a pozorování. Záznam z rozhovoru měl za cíl zachytit co nejpřesněji původní vyjádření respondenta, poznámky z pozorování měly za cíl ověřit a případně upřesnit význam jednotlivých vyjádření. Dále zde jako prostředek zajištění validity uvádíme i připravený dotazník, přestože se nejedná o vysloveně kvalitativní metodu. Jeho administrace nám velmi pomohla objektivizovat hodnocení jednotlivých technik respondenty a ověřit výsledky kvalitativní analýzy rozhovorů. Pro vyhodnocení dotazníků jsme použili výpočet skóre oblíbenosti jednotlivých technik, a to prostým součtem bodů napříč respondenty.

13. Výsledky analýzy

V této části uvádíme výsledky výzkumu postupně podle jednotlivých kategorií.

Ve výsledcích uvádíme pouze jeden typ číselných údajů, a to je počet.

Pokud se číselný údaj týká **počtu respondentů**, je označován symbolem ***n*.**

Pokud se číselný údaj týká **počtu citování tématu** respondenty, je označován symbolem ***k***.

Číselný údaj ***k*** týkající se počtu citování tématu respondenty zde tedy nereprezentuje počet respondentů, kteří se nějak dotkli tématu, ale celkový počet, kolikrát bylo dané téma nějak zmíněno. Jeden respondent mohl zmínit dané téma i opakovaně, vícekrát – to znamená, že celkový **počet citování tématu** respondenty ***k*** může nabýt i hodnot větších, než počet respondentů ***n***. Je tedy například možné, že jedno téma bylo respondenty citováno 15x, ačkoliv počet respondentů je pouze 12.

Doslovné citace výroků jednotlivých respondentů neuvozujeme jmény, ale jsou uvozeny písmenem P s číslicemi, které označují jednotlivé respondenty – tj. P1-P12. Z důvodů uvedených výše neuvádíme doslovné citace všechny, ale pouze jejich příklady.

13.1. Rozdělení témat do kategorií

Kódové označení témat pro analýzu záznamů z rozhovorů – a jejich rozdělení do kategorií zde neuvádíme, ale jsou uvedeny v příloze.

13.2. Kategorie: EMOCE

Kategorii emocí jsme vytvořili v souvislosti s první výzkumnou otázkou. Důvodem, proč jsme otázku takto formulovali, je, že neschopnost prožívat emoce je jedním z průvodních jevů depresivní poruchy, ale je také jedním z možných nežádoucích účinků farmakoterapeutické léčby jako tzv. emoční oploštělost. Podpůrné techniky, zejména umělecké techniky, mohou být užitečné při obnově emočního prožívání.

Na přímou otázku ohledně prožitých emocí respondenti často nereagovali, případně reagovali nepřímo, sekundárně. Někteří si nedokázali hned vybavit v souvislosti se slovem „emoce“ nějaký konkrétní prožitek a mimoděk přenesli větší pozornost na sloveso v pokládané otázce – „… přinesly“. Často tak uváděli své emoce až tehdy, když se zmiňo-

vali o přínosech. V této souvislosti jsme zaznamenali větší počet spolu-výskytů kódů z kategorie „emoce“ a kódů z kategorie „přínos“.

V kategorii emocí jsme nejčastěji zaznamenali témata jako ***radost***, ***uvolnění*** a ***obavy***.

Ve skupině dotazovaných (n=12) uváděli respondenti v jednotlivých rozhovorech v souvislosti s arteterapií jako **nejčastější emoci radost** (k=5).

Při zkoumání, se kterými technikami se tyto emoce spojují nejčastěji, jsme došli k výsledku, že radost se nejvíce pojí s **výtvarnou tvorbou** a **hudební tvorbou**:

Respondent P6: *„…Udělalo mi radost si něco vyrobit. “*

Respondent P9: *„ … Když někomu mohu zahrát kytaru, jako tady, tak mi to dělá i radost.“*

Respondent P10: *„…když se mi podaří něco namalovat, tak mám radost.“*

Respondent P11: *„…Přineslo mi to uvolnění, radost z toho, že něco umím.“*

Respondent P12: *„…K vám do arte dílny taky chodím, protože chci. Ráda si něco vyrobím, mám z toho potom radost.“*

Často uváděným pocitem je také pocit **uvolnění** (k=3). V souvislosti s uvolněním jsme zaznamenali například tato vyjádření:

Respondent P9: „…*Miluju hudbu,* ***uvolňuje*** *ve mně nahromaděné napětí*.“

Respondent P9: ***„…****Tyto aktivity mi pomáhají určitě* ***uvolnit emoce****.“*

Respondent P11: *„…Přineslo mi to* ***uvolnění****, radost z toho, že něco umím.“*

Mezi pocity se však vyskytly i **obavy** (k=3) – konkrétně obavy z toho, co se bude po respondentovi chtít nebo požadovat a také obavy, aby se nezesměšnil. Citace vyjádření v souvislosti s emocemi – obavy:

Respondent P5: *„****Bála jsem se****, že mě budete tahat ven, když jsem nechtěla mezi lidi, naštěstí se tak nestalo“.*

Respondent P10: „*…Znám některé aktivity z jiných zařízení a* ***někdy mě nutili dělat něco, co mi nešlo***.“

I přes to, že někteří respondenti uvádějí obavy, nezaznamenali jsme žádná vyjádření, která by zahrnovala úzkost. Celkově však byli respondenti ve vyjadřování se k emocím zpětně poměrně velmi úsporní. Toto tvrzení lze dokumentovat tím, že celkový počet citování pro kategorii emocí činí 11 – viz Tabulka 18.

Tabulka 18: Počty citování témat v kategorii „emoce“

Kategorie:	EMOCE
Subkategorie – téma	**Počet citování tématu respondenty**
Obavy (abych se nezesměšnil)	1
Obavy (co se po mně bude chtít)	2
Radost	5
Uvolnění	3
Celkem	11

13.3. Kategorie: OČEKÁVÁNÍ

Kategorii „očekávání“ jsme, stejně jako následující kategorii „přínos“, volili zcela záměrně jako dva naprosto zásadní pilíře pro dokazování podle principu POEMs (Patient-Oriented Evidence Matters). Jedná se zde tedy o taková očekávání a přínos, jak je vidí sám pacient.

Pokud se týká očekávání, ve svých rozhovorech většina účastníků přiznala, že realita terapie byla jiná, než očekávali. Analýza komentářů však ukázala také to, že byla splněna některá nebo většina původních očekávání. Ačkoliv respondenti nejčastěji zmiňovali svá očekávání v souvislosti **se smysluplným využitím času**, bylo při analýze jejich odpovědí těžké rozlišit, zda se jednalo opravdu o očekávání nebo zda měli na mysli spíše přínos. Velmi podobně toto téma uváděli i v souvislosti s přínosy. Hodnotit tento aspekt jako nejčastější očekávání je tedy poměrně sporné. Proto jako nejčastěji zmiňované aspekty v souvislosti s očekáváním hodnotíme **potřebu navázat kontakt** s ostatními, **potřebu být přijat** mezi ostatní (do nějaké skupiny) a **zabavit se**. Některé aspekty terapie (jako zejména být ve skupině a tím sdílet svoje sebevyjádření) měly v souvislosti s očekáváním jak **negativní** (odsuzující, zamítavé), tak i **pozitivní** konotace.

Potřeba navázat kontakt nebo potřeba být přijat mezi ostatní se projevuje v těchto vyjádřeních (pozitivní konotace, *k*=5):

Respondent P2: *„…Účastním se technik proto, **abych byla ve společnosti**.“*

Respondent P1: *„…Rád se účastním **skupinového** cvičení, **skupinového** zpívání, **skupinového** cvičení paměti.“*

Respondent P7: *„…Terapie mi byly přínosné v tom, že jsem se nenudila,* ***byla jsem ve společnosti dobrých lidí, spolupacientů, zasmála jsem se často****.“*

Respondent P10: *„…poskytly mi to, že jsem neproležel v posteli celý den* ***a že jsem vlastně i poznal jiné pacienty****, …“*

Respondent P12: *„…Záleží, kdo ještě z holek jde,* ***teď jsme tu dobrá partie a všichni mají zájem se aktivit účastnit****.“*

Příkladem vyjádření s **negativní konotací** jsou například tato vyjádření:

Respondent P3: *„U aktivit cítím někdy,* ***že mi vadí ostatní pacienti****, trošku* ***mám na některé zlost****, protože nám* ***ruší aktivity****.“*

Respondent P5: *„Bála jsem se, že mě budete tahat ven,* ***když jsem nechtěla mezi lidi.“***

Tyto výsledky lze opět dokumentovat i pomocí počtu citování daného tématu respondenty. Tvrzení, že celkově se respondenti vyjadřovali k očekávání mnohem častěji než k emocím, lze dokumentovat tím, že celkový počet citování činí 45 (připomeňme, že u emocí to bylo 11) – viz tabulka 19.

Tabulka 19: Počty citování témat v kategorii „očekávání“

Kategorie:	**OČEKÁVÁNÍ**
Subkategorie - téma	**Počet citování tématu respondenty**
Být přijat mezi ostatní, do nějaké skupiny	5
Dělat něco příjemného	1
Dělat oblíbenou činnost	4
Dozvědět se něco o sobě	3
Kladné posouzení pro brzké propuštění	1
Možnost pohovořit si o svých problémech s terapeutem	0
Navázat kontakt s ostatními	7
Přijít na jiné myšlenky	2
Splnit účast na terapiích	1
Smysluplné využití času	15
Vyrovnat se sám se sebou, zpracovat vlastní problémy	1
Zabavit se	5
Celkem	45

13.4. Kategorie: PŘÍNOS

Kategorii „přínos“ jsme také volili zcela záměrně jako jeden z pilířů pro podávání důkazů podle principu POEMs. Jedná se zde tedy o přínos, jak jej vidí sám pacient.

Přínos aktivizačních technik a terapie založené na umění pro pacienty s depresí spatřují sami respondenti především ve smysluplném **využití času** (k=15). Vyjadřovali jej například těmito výroky:

Respondent P2: *„…Účastním se technik proto, **abych byla ve společnosti a ukrátila čas**.“*

Respondent P3: *„…Já terapie vyhledávám sama, **protože se nechci nudit**.“*

Respondent P10: *„…jak už jsem říkal, poskytly mi to, **že jsem neproležel v posteli celý den.**“*

Respondent P3: *„…Aktivity mi poskytly relax, odreagování a **smysluplnější zde využití času.**“*

Poměrně často uváděli respondenti jako přínos i **odreagování** (k=5), i když někdy ve významu podobném jako nebo blížícím se spíše smysluplnému využití času:

Respondent P1: *„…**abych nemyslel** na mé trápení“*

Respondent P3: *„…Aktivity mi poskytly relax, **odreagování** a smysluplnější zde využití času.“*

Respondent P2: *„… U muzikoterapie jsem se mohla zase **odreagovat** a dokonce jsem si zkusila roli dirigenta.“*

Respondent P7: *„… Buď jsem se **z toho smutku vykreslila**, nebo jsme se o sobě něco dozvěděla.“*

Dalším nejčastěji zmiňovaným přínosem je **procvičení mozku** (k=10):

Respondent P1: *„…Luštím si doma sudoku a křížovky, snažím si **procvičovat paměť**, tady se takové hry taky dělají, tak jsem za to rád.“*

Respondent P2: *„Celkově shledávám **aktivity dobré pro zlepšení slovní zásoby** a odstranění zábran komunikovat. Nutí mě to mluvit před ostatními, i když to nemám ráda. Mám ale tendence se uzavírat před lidmi.“*

Respondent P10… *„… nebo když s váma hrajeme **ty hry, kde musím přemýšlet**, tak jsem rád, že si potvrdím, že ještě nejsem tak hloupý.“*

Respondent P10: *„…Nejvíce mi seděla ze začátku relaxace a potom i ta muzikoterapie, a **hry s přemýšlením**.“*

Stejně často je pro mnohé respondenty přínosem **uvědomění si některých souvislostí** mezi arteterapeutickým výtvorem a vlastním životem / vlastní situací (k=10):

Respondent P2: *„…Shledávám je dobré v tom, že mi zlepšily komunikaci s blízkými lidmi, teď mám na mysli arte terapeutické **obrázky, které odkryly to, co si skutečně myslím**.“*

Respondent P1: *„…U rozboru arte díla **jsem si uvědomil hodně věcí, které jsem nepokládal za důležité nebo jsem o nich nevěděl, že to tak cítím.**“*

Respondent P4: *„Najednou se při některých Vámi zadaných dílech **otevřela témata, jako by se protrhla přehrada.**“*

Respondent P7: *„… Buď jsem se z toho smutku vykreslila, **nebo jsem se o sobě něco dozvěděla**.“*

Často je jako přínos zmiňováno také **vyrobení vlastního výrobku nebo výtvoru** (k=7):

Respondent P2: *„… líbí se mi to, **když něco sama vyrobím**.“*

Sami velký důraz klademe na přínos, který může být na první pohled nenápadný, a to je **chuť pokračovat - zkusit si něco doma** (k=9). Domníváme se, že by mohl být indikátorem toho, zda jsou pacienti ochotni převzít odpovědnost – nejprve za vlastní plánování času, později případně i za vlastní zdraví. Je to pouze domněnka, která nebyla dále rozpracovávána.

Příklady sdělení vyjadřujících potřebu či odhodlání pokračovat:

Respondent P2: *„…Přemýšlím, že si **vytáhnu zase kytaru a budu na ní hrát**, tady jsem si to zkoušela po sedmi letech a zjistila jsem, že mi to ještě pořád jde.“*

Respondent P3: *„…**Možná si něco vyrobím s vnoučaty**, co jsme tady dělali spolu a **koupím domů tu hru na paměť**, kterou jsme spolu hráli.“*

Respondent P11: *„…Začala jsem plést šál a **těšila jsem se na to, až budu zase plést**.“*

Nakonec byla většina účastníků ochotna uvažovat o procesu terapie a uznala, že terapie pro ně byla smysluplná, i když její význam často nedokázali přesně lokalizovat

Respondent P („*uvědomil jsem si hodně věcí, které jsem nepokládal za důležité nebo jsem o nich nevěděl, že to tak cítím.“*

Počet citování u této kategorie činí 89 (viz tabulka 20). Celkové citační skóre je vysoké, to znamená, že respondenti se k otázce přínosu vyjadřovali často a rádi.

Tabulka 20: Počty citování témat v kategorii „přínos“

Kategorie:	**PŘÍNOS**
Subkategorie – témata:	**Počet citování tématu respondenty**
Chuť pokračovat, zkusit si něco doma	9
Lepší spánek	0
Méně času zabývat se sám sebou	3
Možnost pohovořit si o svých problémech s terapeutem	0
Odreagování	5
Procvičit mozek	10
Přínos pro mě	21
Smysluplné využití času	15
Ujištění	3
Uvědomění si některých souvislostí	10
Uvolnění napětí, emocí	3
Vyrobit výrobek nebo výtvor	7
Zlepšení komunikace s lidmi	3
Celkem:	89

13.5. Kategorie: VLIVNÉ ASPEKTY

Kategorii „vlivné aspekty“ jsme volili s cílem poznat, jaké podmínky se dají zlepšit. Zjišťujeme, co ovlivňuje rozhodnutí pacienta při jeho rozhodování, zda se terapie zúčastnit.

Účast na terapii byla pro účastníky dobrovolná. Při rozhodování, zda se terapie zúčastnit, hrály u respondentů našeho souboru roli hlavně **tři faktory: doba v rámci denního režimu** (k=6), **touha udělat něco pro sebe** (k=4) a **doporučení personálu** (k=4). Faktory, které dále podporují účast, jsou motivace zvědavostí a aktivní pozvání terapeutem (každý po k=3).

Celkově byla účast na terapii účastníky považována za výzvu. Pro většinu účastníků bylo těžké představit si, že dělají nějaký druh umění před ostatními, zejména pokud s ním měli malou předchozí zkušenost a nevěřili si, jestli v něm mohou „uspět“:

Respondent P2: *„…Celkově shledávám aktivity **dobré pro zlepšení slovní zásoby a odstranění zábran komunikovat. Nutí mě to mluvit před ostatními, i když to nemám ráda**. Mám ale tendence se uzavírat před lidmi.“*

Vedle toho představovaly pro respondenty výzvu také obtíže se sebevyjádřením a spontánní tvořivosti:

Respondent P8 („…***nevím, co mám kreslit** a mám **pocit, že mě nic nenapadá***“).

Někteří respondenti se pro účast rozhodovali spontánně:

Respondent P4: *„…Já **terapie vyhledávám sama**, protože se nechci nudit“*

Řada respondentů však potřebuje přímou pobídku:

Respondent P3: *„…Jestli půjdu na terapie záleží na mé náladě, zda jsem vyspaný, nebo tak celkově, podle nálady. Jestli dostanu dobrou zprávu od lékařů, že mě čeká výhledově odchod domů. A taky podle toho, **jestli mi řeknete vy jako personál, že se mám účastnit nějakých aktivit**.“*

Respondent P3: *„… Ale jinak jsem pak rád, že jsem se jich zúčastnil. **Sám bych asi nepřišel**."*

Respondent P4: *„…Rozhoduji se podle toho, zda to stíhám časově a jestli je terapie určená i pro mě.“*

Počty, kolikrát byly jednotlivé aspekty ovlivňující účast citovány respondenty, jsou v tabulce 21.

Tabulka 21: Počty citování témat v kategorii „vlivné aspekty“

Kategorie:	**VLIVNÉ ASPEKTY**
Subkategorie – témata:	**Počet citování tématu respondenty**
Denní doba v rámci denního režimu	6
Dobrovolnost aktivity	1
Doporučení personálu	4
Doporučení spolupacientů	1
Kamarádský kolektiv ve skupině	1
Kladné posouzení pro brzké propuštění	1
Obavy, abych se nezesměšnil před ostatními	1
Obavy, co se po mně bude chtít	2
Osoba a přístup terapeuta	3
Překážky pro účast	2
Touha udělat něco pro sebe	4
Typ aktivity, která se má dělat (dělat oblíbenou činnost)	2
Vlastní zvědavost	3
Celkem:	31

13.6. Kategorie: HODNOCENÍ

Kategorii „hodnocení“ jsme volili v souhlase s 5. výzkumnou otázkou - s cílem poznat, jaké techniky jsou nejvíce oblíbené, nejvíce pociťovány jako přínosné - a které se dají naopak zlepšit.

Respondenti ve zkoumaném souboru se k hodnocení technik vyjadřovali rádi a často. Je to vidět i z celkového citačního skóre (62). Nejčastěji věnovali pozornost **hodnocení některé jednotlivé aktivity** (k=21), mezi jednotlivými aktivitami nejraději zmiňují **nejoblíbenější aktivitu** (k=11) a/nebo **preferované aktivity** (k=19). Relativně často se také věnují hodnocení **nejméně oblíbené aktivity** (k=6). Vyjádřili se také k hodnocení **celkové nabídky** (k=2) nebo k hodnocení **časového harmonogramu** (k=2) – viz tabulka 22.

Při analýze rozhovorů jsme již po okódování textů mohli odhadnout, které techniky hodnotí respondenti jako nejoblíbenější. Provedli jsme výběr citací na základě výběrových kritérií „hodnocení jednotlivé aktivity“, „oblíbenost nejmenší“, „oblíbenost největší“ nebo „preferované aktivity“.

Příklady citací odpovídajících těmto kódům naznačují, že **nejméně oblíbené jsou obě techniky muzikoterapie**, **nejvíce oblíbené relaxace.** Mezi preferované aktivity patří kromě relaxace také **autogenní trénink** a **kognitivní trénink**.

Respondent P1: *„…Luštím si doma sudoku a křížovky, **snažím si procvičovat paměť**, tady se takové hry taky dělají, tak jsem za to rád.“*

Respondent P1: *„…Jako nejoblíbenější aktivizační činnost vnímám **cvičení paměti**.“*

Respondent P3: *„…Mně sedí nejvíce **relaxace**, jsem na ně zvyklý.“*

Respondent P3: *„…Upřednostňuji klidnější aktivity jako je **relaxace**, **autogenní trénink** a **trénink paměti**.“*

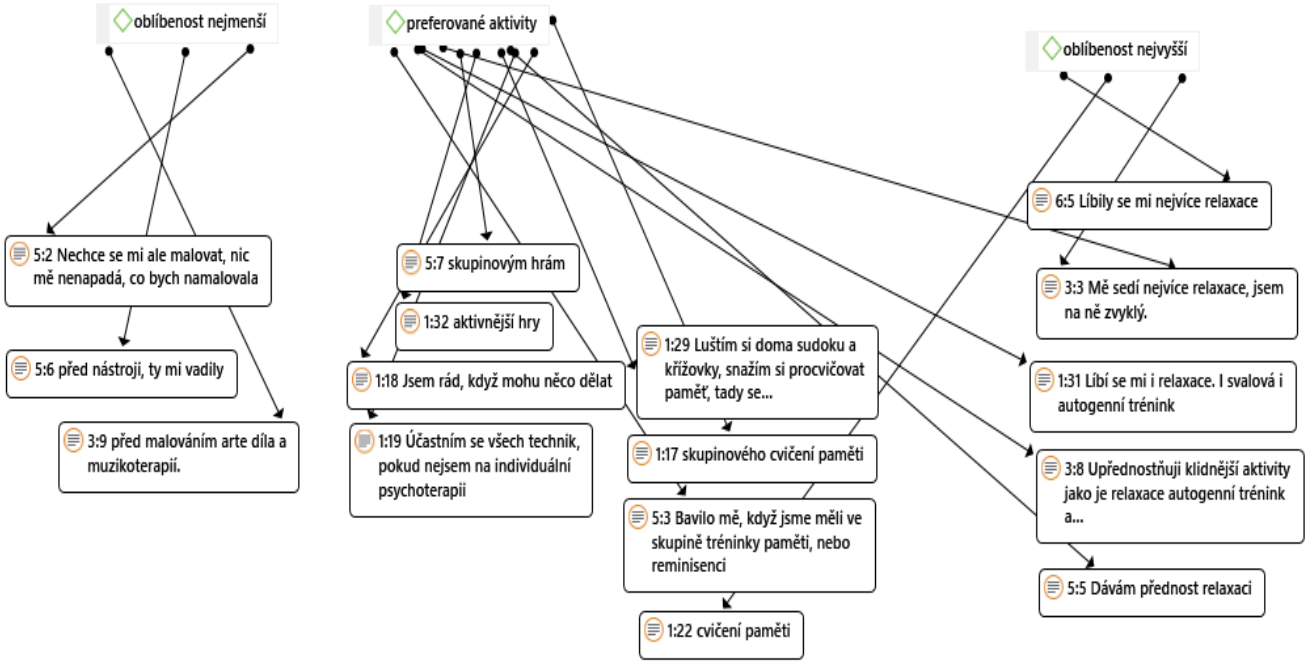
Tabulka 22: Počty citování témat v kategorii „hodnocení“

Kategorie:	**HODNOCENÍ**
Subkategorie – témata:	**Počet citování tématu respondenty**
hodnocení časového harmonogramu	2
Hodnocení jednotlivé aktivity	21
Hodnocení nabídky	2
Hodnocení vedení	1
oblíbenost nejmenší	6
oblíbenost nejvyšší	11
preferované aktivity	19
Celkem:	62

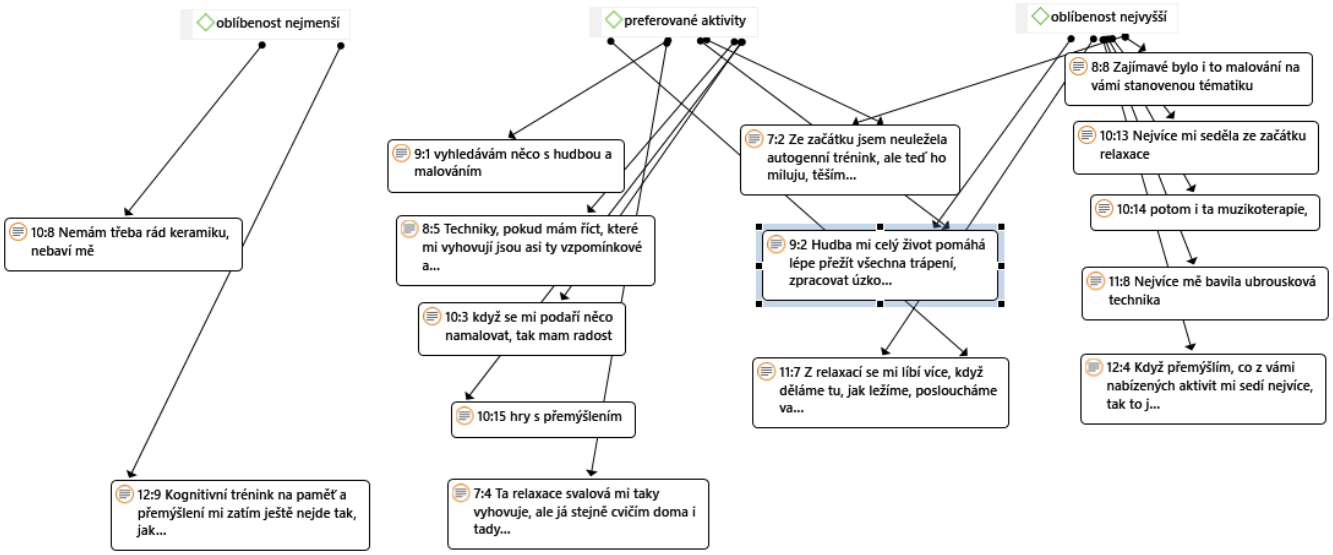
Protože respondenti popisovali některé aktivity jako nejvíce oblíbené, některé jako preferované, nebylo jednoduché vystihnout kódy pro odpovědi jednoznačným způsobem.

V obou kategoriích tak dochází ke značnému překryvu, jak naznačují síťové grafy uvedené na obrázcích 1 a 2 níže.

Obrázek 1: Síťový graf pro oblíbenost nejmenší, oblíbenost nejvyšší a preferované aktivity (vyjádření respondentů, P1-P6)

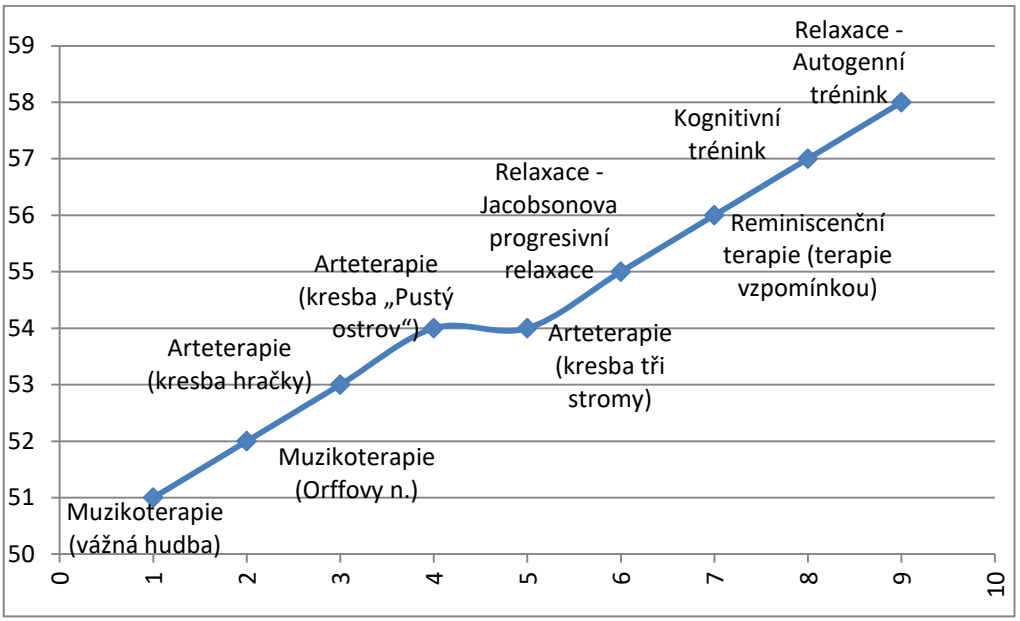


Obrázek 2: Síťový graf pro oblíbenost nejmenší, oblíbenost nejvyšší a preferované aktivity (vyjádření respondentů P7-P12)



Analýza rozhovorů posloužila tedy jen k základnímu rozdělení technik podle jejich oblíbenosti. Detailnější srovnání jsme mohli provést až po vyhodnocení dotazníků, které používaly stupňovanou škálu. Výsledky hodnocení všech 9 terapeutických technik pacienty s depresí jsou uvedeny na obrázku 3.

Obrázek 3: Výsledky hodnocení 9 terapeutických technik pacienty s depresí (12 klientů)



Oblíbenost jednotlivých technik jsme posuzovali také napříč mezi muži a ženami. Výsledky vzhledem k malému počtu respondentů není možné hodnotit statisticky, ale za pozornost stojí dva rozdíly. Výraznější rozdíl mezi muži a ženami co se týká oblíbenosti jsme zaznamenali u muzikoterapie (poslechu vážné hudby), která je výrazně méně oblíbená u mužů nežli u žen. Druhý výraznější rozdíl jsme zaznamenali v oblíbenosti kognitivní terapie, která je naopak výrazně méně oblíbená u žen nežli u mužů.

13.7. Souhrn odpovědí na výzkumné otázky

Odpověď na výzkumnou otázku I: Jaké prožitky nebo emoce pacientům jednotlivé techniky přinášejí?

Respondenti uváděli v souvislosti s arteterapií jako nejčastější emoci **radost**. Častým pocitem je také pocit **uvolnění**. Vyskytly se však i **obavy**.

Odpověď na výzkumnou otázku II: Co pacienti od psychoterapeutických technik očekávají?

Nejčastěji zmiňované aspekty v souvislosti s očekáváním jsou **potřeba navázat kontakt** s ostatními, potřeba **být přijat** mezi ostatní (do nějaké skupiny) a potřeba **zabavit se**.

Odpověď na výzkumnou otázku III: Co pacientům techniky přinesly?

Přínos aktivizačních technik a terapie založené na umění pro pacienty s depresí spatřují sami respondenti především ve **smysluplném využití času**. Častým přínosem je také **odreagování**, **uvědomění si některých souvislostí**, **procvičení mozku**, **vyrobení vlastního výrobku** nebo výtvoru.

Odpověď na výzkumnou otázku IV: Podle čeho se pacienti rozhodují, zda se terapie zúčastnit? Jaké jsou pro pacienty předpoklady pro zahájení terapie aktivizačními technikami?

Při rozhodování, zda se terapie zúčastnit, hrály u respondentů našeho souboru roli hlavně tři faktory: **doba v rámci denního režimu**, **touha udělat něco pro sebe** a **doporučení personálu**. Faktory, které dále podporují účast, jsou motivace zvědavostí a aktivní pozvání terapeutem.

Odpověď na výzkumnou otázku V: Které techniky hodnotí pacienti nejlépe?

Ve skupině respondentů byly jako nejméně oblíbené hodnoceny obě muzikoterapeutické techniky. Naopak, mezi preferované aktivity patřily **obě relaxace** a **techniky aktivizující kognitivní schopnosti**. Dvě naprosto nejoblíbenější techniky jsou autogenní trénink a terapie vzpomínkou, těsně je pak následují podobné relaxační a kognitivní techniky (Jacobsonova progresivní svalová relaxace a kognitivní trénink).

13.8. Celkové poznámky k vyhodnocení

Respondenti se méně často a méně ochotně vyjadřovali k otázkám v oblastech I a II, tj. k emocím a k očekávání, jaká měli před terapií.

Snadněji, ochotněji a častěji se vyjadřovali k přínosu jednotlivých technik pro ně osobně a častěji také hodnotili jednotlivé aspekty terapie.

Co je společné a co nevyplývá z analýzy rozhovorů přímo, spíše z pozorování a poznámek:

1) Klienti mají často problém, jak naložit s časem („nuda“)
2) Klienti mají problém, kam upřít pozornost (co dělat/co nedělat: „…nic mě nebaví“)
3) Klienti mají problém sami si naplánovat činnost
4) Při účinné motivaci spolupracují klienti většinou velmi ochotně a dobře.

14. Diskuse výsledků

Diskuse je rozdělena do čtyř částí. První část koresponduje s výzkumnými otázkami a s nastavenými kategoriemi, v dalších částech uvádíme limity výzkumu, přínosy a možnosti dalšího zkoumání v této oblasti.

Kategorie: Emoce a prožitky

(odpověď na výzkumnou otázku I: Jaké prožitky nebo emoce pacientům jednotlivé techniky přinášejí?)

Do určité míry překvapivým výsledkem je podle našeho názoru to, že v oblasti emocí a prožitků jsme v našem výzkumném souboru zaznamenali relativně méně vyjádření, alespoň co do srovnání s jinými podobnými pracemi (Zubala et al., 2013, 2014, 2017). Domníváme se, že tomu tak může být ze dvou důvodů: prvním důvodem může být časový odstup mezi naším rozhovorem a terapií (výzkumný rozhovor byl prováděn až před propuštěním z nemocničního ošetřování), druhým důvodem pak může být účinek antidepresiv. Antidepresiva mohou zapříčinit jistou citovou oploštělost a tím menší citlivost ve vnímání vlastních emocí (Anders, 2016; Masopust, 2016). Mezi emocemi, které byly i tak zaznamenány, respondenti uváděli **radost**, nejčastěji v souvislosti s arteterapií. Častým pocitem je také pocit **uvolnění**. Vyskytly se však i **obavy**.

Ztrátu radosti a neschopnost radost prožívat - anhedonii - stanovují jako hlavní příznak deprese jak MKN-10, tak DSM-5. To zdůrazňuje význam anhedonie v této poruše, proto je jí také často věnována pozornost. Bylo prokázáno, že **zlepšení anhedonie významně koreluje se zlepšením celkového fungování** u depresivních pacientů (Llorca & Gourion, 2015) a zlepšení anhedonie je silným prediktorem pro zlepšení psychosociálního fungování (Vinckier et al., 2017).

Pro léčbu symptomů depresivní poruchy jsou důležité pozitivní emoce a pozitivní zpětná vazba: podle Geschwindové et al. (2011), včasný nárůst pozitivních emocí po začátku antidepresivní léčby, charakterizovaných přídavnými jmény jako „spokojený“, „nadšený“ a „energický“, predikuje dobrou odezvu na léčbu a remisi u pacientů s diagnózou velké deprese po 6 týdnech (Geschwind et al., 2011). Dosáhnout těchto pozitivních emocí a

zejména žádoucí hedonické reakce však není vůbec jednoduché, a to ani invazivními technikami, jak ukazuje přehled neurobiologického a neuropsychofarmakologického výzkumu těchto emocí v souvislosti s odměnou (Höflich et al., 2019). Práce těchto autorů přehledně popisuje jak různé neurotransmiterové systémy, tak i jednotlivé funkční domény mozku zapojené do systému hodnocení odměny. Ani farmakoterapie, ani hluboká mozková stimulace nedosahují jednoznačných výsledků, i s ohledem na rozdílný fenotyp pacientů. Přitom právě **schopnost hedonické reakce je nejen významným prediktorem úspěšnosti léčby, ale z pohledu pacienta může být dokonce i hlavním terapeutickým cílem** (Masopust, 2016).

Podle Masopusta (2016) je chybění pozitivních emocí pro kvalitu života závažnější než přítomnost emocí negativních. Masopust popsal, že lékař a pacient mohou mít na hodnocení úspěšnosti léčby deprese rozdílný pohled. Zatímco lékař se při terapii antidepresivy zaměřuje především na zmírnění symptomů jako je depresivní nálada a úzkost, pro pacienta je důležité zvládnout symptom anhedonie. Pacienti s depresí očekávají od antidepresiv návrat na stejnou úroveň fungování v práci, doma nebo ve škole, vymizení příznaků deprese, ale nejvíce si přejí přítomnost pozitivního duševního zdraví a pozitivních emocí, jako je zájem a potěšení.

Kategorie: Očekávání

(odpověď na výzkumnou otázku II: Co pacienti od psychoterapeutických technik očekávají?)

Základní cíle podpůrné terapie mimo jiné zahrnují: povzbuzení tvořivosti a sebevyjádření, zaměření pozornosti, rozvoj pozitivní zpětné vazby (v oblasti sociální podpory, zvýšení sebevědomí a uznání druhých). Pokud srovnáme vlastní očekávání respondentů našeho souboru s těmito základními terapeutickými cíli, zjišťujeme, že se do značné míry kryjí - nejčastější očekávání respondentů vyjadřují **potřebu navázat kontakt s ostatními**, potřebu **být přijat mezi ostatní** (do nějaké užší skupiny) a **zabavit se**. Velmi výrazným motivačním prvkem - očekáváním a současně přínosem - **je smysluplné využití času**. Z tohoto pohledu nejčastější očekávání respondentů v našem souboru odpovídají skupině účinných faktorů expresivních terapeutických technik (Lečbych & Friedlová, 2013). Lečbych a Frie-

delová uvádějí, že členství ve skupině – je zejména silným protektivním faktorem. Pokud se jedinec cítí dobře identifikován s určitou skupinou, získává pocit členství, příslušnosti. Tato příslušnost je základem budování sociálně podpůrné sítě, která jedinci pomáhá překonat strádání v těžkých časech, nebo pod vlivem stresu.

V souvislosti s potřebou navázat kontakt s ostatními, naše zkušenosti korespondují také se závěry, které nedávno publikovala Zilcha-Mano (2017). Ty vyjadřují výstižně situaci v kolektivu, stmeleném nějakým terapeutickým cílem – v tzv. **terapeutické alianci**. V názoru, jakou roli hraje v arteterapii utváření aliancí, došlo během posledních několika let k obratu. Na základě porovnání více studií navrhuje Zilcha-Mano nový model pro pochopení **možné terapeutické role pracovní aliance jako samostatného prvku**, který dostačuje dokonce sám o sobě (vedle individuální role arteterapie) k vyvolání potřebných změn (Zilcha-Mano, 2017). Pozdější práce stejné autorky přináší i nástroj k měření účinnosti utvářených aliancí, který by se dal popsat jako inventář pracovní aliance v terapii uměním (Bat Or & Zilcha-Mano, 2018). Utváření terapeutických aliancí je podle našeho názoru i jedním z prostředků, jak dosahovat pozitivní zpětné vazby a pozitivních emocí.

Kategorie: Přínos

(odpověď na výzkumnou otázku III: Co pacientům techniky přinesly?)

Pokud se týká přínosu aktivizačních technik a terapie založené na umění pro pacienty s depresí, spatřují sami respondenti přínos pro sebe především ve **smysluplném využití času**. Pro mnohé z nich je přínosem **uvědomění si některých souvislostí** mezi arteterapeutickým výtvorem a vlastním životem / vlastní situací. Z dalších přínosů vyzdvihují respondenti **radost ze zhotovení vlastního výrobku nebo výtvoru**, **odreagování** nebo **relaxaci** a **procvičování mozku a paměti**. Co se týká oblíbenosti, nejvíce respondenti preferovali relaxaci a kognitivní cvičení.

Studii s podobným zaměřením a podobným provedením jako je naše práce provedli Zubala et al. (2017), kteří zkoumali působení především arteterapeutických technik. Ve shodě s těmito autory jsme techniky aplikovali také v rámci arteterapeutické skupiny a také v podobné intenzitě z hlediska časového. Narozdíl od těchto autorů jsme v naší studii aplikovali nejen arteterapii, ale i jiné aktivizační a relaxační techniky.

Zubalaová et al. (2017) nalezli hlavní přínos arteterapeutických technik ve čtyřech bodech: a) posílení tvořivosti, spontánnosti a motivace b) přijetí vlastních pocitů, které je třeba zažít v terapii, c) vyjádření emocí, „dostat věci ven“, d) zvýšení otevřenosti vůči ostatním, ochota sdílet. V tomto ohledu jsou naše pozorování obdobná. Narozdíl od naší studie, Zubalaová et al. uvádějí mezi hlavními přínosy také změnu ve vnímání deprese. V našem výzkumu jsme taková vyjádření respondentů nezaznamenali často.

Podle závěrů studie Blomdahlové et al. (2016) je důležité, aby se pacienti s depresí pomocí arteterapie vyjadřovali sami a aby umělecká témata souvisela se zkušenostmi z deprese a tématy osobní historie. Avšak podle našeho názoru, u hospitalizovaných pacientů se středně těžkou a těžkou formou depresivní poruchy je tento přístup nesnadno proveditelný. Pacienti trpí ruminací, do ničeho se jim nechce, jsou bez nápadu. Lepší spolupráce a vtažení do činnosti je možné dosáhnout při práci na zadané téma. Rozdíl v našich názorech je možná způsobený i tím, že zatímco Blomdahlová et al. vyvozují své závěry z hlediska názorů poskytovatelů – terapeutů, v naší práci se snažíme přistupovat z hlediska zúčastněných klientů – pacientů. Druhý možný důvod rozdílu v našich názorech spatřujeme v časovém hledisku – fázi deprese, v jaké se klienti nacházejí. Je docela dobře možné, jak píše Blomdahlová et al., aby si pacienti volili témata sami – podle našich zkušeností je to však vhodné spíše až od určité fáze onemocnění, kdy nejhorší propad je již překonán. Tato naše zkušenost odpovídá tomu, co uvádí Šicková-Fabrici (2002): depresivním pacientům (se sebeobviňujícími tendencemi) je třeba dát instrukci, protože jejich apatie jim brání zvolit si téma spontánně.

Kategorie: Vlivné aspekty

(odpověď na výzkumnou otázku IV: Podle čeho se pacienti rozhodují, zda se terapie zúčastnit? Jaké jsou pro pacienty předpoklady pro zahájení terapie aktivizačními technikami?)

Při rozhodování, zda se terapie zúčastnit, hrály u respondentů našeho souboru roli hlavně tři faktory: **doba v rámci denního režimu, touha udělat něco pro sebe a doporučení personálu**. Potvrdily se naše předpoklady, že existuje jakási prvotní, primární bariéra, která ze začátku brání pacientovi účastnit se terapeutických sezení. Nejúčinnějšími faktory pomá-

hajícími k prolomení této bariéry jsou **doporučení personálu** a **osobní vyzvání terapeutem.**

Kategorie: Hodnocení

(odpověď na výzkumnou otázku V: Které techniky hodnotí pacienti nejlépe?)

Ve skupině respondentů byly jako nejméně oblíbené hodnoceny muzikoterapie **a nejvíce oblíbené relaxace a techniky aktivizující kognitivní schopnosti**. Mezi preferované aktivity tak patří obě relaxační techniky (Jacobsonova progresivní svalová relaxace a autogenní trénink) a kognitivní aktivizační techniky (kognitivní trénink a reminiscence). Relativně menší oblíbenost muzikoterapie se týká jak receptivní techniky (poslech vážné hudby), tak i produktivní techniky (Orffovy nástroje). Toto zjištění jsme neočekávali, s ohledem na terapeutický potenciál a prokázaný přínos těchto technik (Leubner & Hinterberger, 2017). Vede nás to k úvahám o tom, jak změnit - zlepšit - vlastní prezentování a provádění muzikoterapie, například výběrem hudby nebo zapojením technik s hravějším pojetím.

Ostatní dopady

Společenský a ekonomický dopad arteterapie srovnávala s psychoterapiemi např. Uttley et al. (2015). Její systematické hodnocení a ekonomické modelování klinické účinnosti a nákladové efektivity arteterapie u lidí s nepsychotickými duševními poruchami bylo provedeno na výběru 12 studií arteterapie, které poskytly údaje od 188 uživatelů služeb (klientů) a 16 poskytovatelů služeb (terapeutů). Uttley et al. docházejí k závěru, že skupinová arteterapie je nákladově příznivější než individuální a je také účinnější. Mezi hlavní témata související s výhodami arteterapie pro uživatele služeb patřila důležitost vztahu s terapeutem, zvýšené porozumění sebe sama, rozptylování od vlastní nemoci, osobní úspěch, sebevyjádření, relaxace, zmocnění a vyjádření pocitů.

S ohledem na to, jak přesvědčivý je společenský a ekonomický dopad arteterapie, nás zaujala myšlenka, který rys této terapeutické techniky za tímto úspěchem stojí. Bylo by možné formulovat více domněnek, nás však v této souvislosti zaujala ta, která počítá s rozvojem a posílením vlastní odpovědnosti. Pro tuto domněnku nacházíme oporu i ve zkušenostech jiných autorů – např. Šicková-Fabrici (2002, 41) uvádí doslova:

Transcendentní spirituálně-ekologická arteterapie se neomezuje jen na archivování, nalézání či rekonstrukci, chápání a objasňování minulé a současné zkušenosti. Působí nejen rekonstruktivně—integrativně, ale hlavně konstruktivně-tvořivě. Původní problém „recykluje" do „očištěné", akceptovatelné podoby, jež má smysl často uchopitelný jen klientem samotným. Počítá s odpovědností pacienta nebo klienta za tvorbu a budování svého života i sebe samého. Pojem zodpovědnost hraje v takto chápané arteterapii rozhodující roli.

Limity výzkumu

V našem výzkumu je možné spatřovat některá omezení. Především, zahrnuli jsme do výzkumného souboru pouze respondenty s úzkým spektrem diagnóz. Výsledky mohou být inspirující i pro pacienty s jinými diagnózami ve skupině afektivních poruch, ale nemohou se na ně plně vztahovat.

Za druhé, respondenti se relativně méně často a méně ochotně vyjadřovali k otázkám v oblastech I a II, tj. v oblasti prožívaných emocí a v oblasti očekávání. Pokud bychom se opírali pouze o tuto skutečnost, pak by závěry vyvozené pro tyto dvě oblasti (jako jsou pomoc při zvládání anhedonie a potřeba navázat kontakt s ostatními (být přijat mezi ostatní) měly jen omezenou průkaznost díky malému počtu konotací. Toto však nakonec za skutečné omezení nepokládáme, protože díky tematické analýze jsme poznali, že očekávání respondentů je možné vidět v širších souvislostech: dokázali jsme rozeznat, že respondenti často uváděli přínosy v souvislosti s otázkou k očekáváním a naopak.

Přínosy výzkumu

Náš výzkum identifikuje ty aspekty podpůrných terapií, které mají pro pacienta největší přínos z hlediska jeho vlastního pohledu. Z pacientova hlediska jsou to především smysluplné využití času, odreagování, uvědomění si některých souvislostí, procvičení mozku, vyrobení vlastního výrobku nebo výtvoru. Vyrobení vlastního výrobku nebo výtvoru je navíc spojováno také s radostí, a znovuprožívání radosti je pomocí při zvládání anhedonie. Ačkoliv jsme u otázky emocí hodnotili radost jako nejčastější emoci, činili jsme tak jen

obezřetně s ohledem na relativně malý počet přímých vyjádření k emocím samotným. Radost se však vyskytovala také v odpovědích na otázku přínosů, a pokud bychom uvažovali souvislost mezi oběma otázkami, pak poznání, že zvládání anhedonie patří k jednomu z nejvýznamnějších přínosů pro pacienty, je hlavním přínosem provedeného výzkumu.

Pro autorku výzkumu osobně je dále vedlejším přínosem poznání, co může být jedním z rysů arteterapie, který stojí v pozadí za její vysokou efektivitou a společensko-ekonomickým přínosem. Mohlo by jím být vedení pacientů k převzetí odpovědnosti – nejprve za vlastní výtvor, posléze a postupně za vlastní zdraví.

Náměty pro další zkoumání

První oblastí, na kterou se lze zaměřit při dalším výzkumu, jsou faktory pro zapojení pacientů a jejich motivace. V naší práci jsme identifikovali, že hlavními faktory pro zapojení pacientů jsou časová vhodnost a doporučení personálu. Současně ale také je za motivující faktory možné považovat to, co jsme vnímali spíše jako očekávání – a to je zapojit se mezi ostatní. Na základě literárních zdrojů, a i na základě naší vlastí zkušenosti se ukazuje, že skupinová terapie je účinnější i ekonomicky efektivnější než individuální, a že důležitou roli hraje utváření tzv. pracovních aliancí. Při dalším výzkumu se tak lze zaměřit na spontánní či terapeutem usměrňovanou tvorbu pracovních aliancí.

Druhou oblastí je vlastní provedení technik, zejména těch méně oblíbených. Muzikoterapie, a to jak aktivní, tak i pasivní ve formě poslechu hudby je považována podle mnoha již výše citovaných zdrojů za účinnou, ale v naší studii patří k nejméně oblíbeným. Je tedy možné zaměřit se na způsob, jak ji lépe prezentovat, jak vybírat hudbu nebo jak vybírat pacienty, na které může působit.

Třetí oblastí je rozšíření cílů: kromě výše uvedených základních cílů podpůrných technik lze do budoucna formulovat i cíle další, s širším dosahem. Těmito cíli mohou být například zaměření na plánování činnosti (tím, že se pacienti zapojují do přípravy tématu pro další arteterapeutické sezení), nácvik překonávání bariér (tím, že se pacienti zapojují do prezentace svého díla při arteterapii, do role dirigenta při muzikoterapii apod.), či nácvik přejímání odpovědnosti (formulace vlastního závazku/ převzetí odpovědnosti za naplnění).

15. Závěry

Na tomto místě jsou shrnuta klíčová zjištění realizovaného výzkumného šetření významu jednotlivých podpůrných technik v životě jedince s depresivním onemocněním.

Výzkum si kladl za cíl poskytnout odpovědi na následující otázky: jaké prožitky nebo emoce pacientům jednotlivé techniky přinášejí, co pacienti od psychoterapeutických technik očekávají, co pacientům techniky přinesly, podle čeho se pacienti rozhodují, zda se terapie zúčastnit a jaké jsou pro pacienty předpoklady pro zahájení terapie aktivizačními technikami.

Poznatky získané z výpovědí jednotlivých respondentů sdílejících svou osobní zkušenost lze sumarizovat následovně:

1. Respondenti v našem výzkumu relativně málo hodnotili emoce, přesto lze tvrdit, že jako převažující emoce se u pacientů zapojených do aktivizačních technik vyskytuje především **radost**
2. Jako nejčastěji zmiňované aspekty v souvislosti s očekáváním se objevuje potřeba **navázat kontakt** s ostatními, **potřeba být přijat** mezi ostatní (do nějaké skupiny) a **zabavit se**.
3. Pokud se týká přínosu terapií pro ně samotné, respondenti jej spatřovali především ve smysluplném **využití času**
4. Některým respondentům pomohla výtvarná arteterapie k **uvědomění si souvislostí** s jevy v jejich vlastním životě
5. Z hodnocení oblíbenosti technik respondenty lze vyvodit, že pacienti rádi cvičí **paměť a kognitivní funkce,** nejoblíbenější technikou je **relaxace**
6. Bariéru a ostych při zapojování se do terapie pomáhají nejvíce prolomit **doporučení personálu a osobní pozvání terapeutem**.

Naše práce ukázala, že v životě jedince s duševním onemocněním mají aktivizační techniky největší význam ve zvládání anhedonie. Nejen podle našeho názoru, ale také v souladu s názory jiných výzkumníků tím tyto techniky v celkové léčbě vyplňují mezeru, kterou farmakoterapie pokrýt nemůže.

Podle našeho názoru je přínos práce také v tom, že ukazuje, na co se lze zaměřit do budoucna při dalším zefektivňování podpůrných terapií pro pacienty s depresivní poruchou. První oblastí jsou faktory pro zapojení pacientů a jejich motivace. Druhou oblastí je vlastní provedení technik, zejména těch méně oblíbených. Třetí oblastí je rozšíření cílů: kromě základních cílů uvedených výše lze do budoucna formulovat i cíle další, s širším dosahem. Těmito cíli mohou být například zaměření na plánování činnosti, nácvik překonávání bariér, či nácvik přejímání odpovědnosti. Domníváme se, že tyto terapeutické cíle jsou v podpůrné terapii dosažitelné a že mohou, zejména ve spolupráci s klasickou psychoterapií a podobně jako ona, vést pacienta k tomu, aby činil rozhodnutí o změnách ve svém životě a postupně znovu přebíral odpovědnost za vlastní zdraví, která je vlivem onemocnění dočasně oslabena.

Souhrn

Bakalářská práce nese název „Význam vybraných terapeutických technik v životě jedince s duševním onemocněním“. Jejím cílem je přispět k lepšímu pochopení toho, jakým způsobem předkládat různé psychoterapeutické techniky těm pacientům, kteří jsou hospitalizováni v psychiatrické léčebně nebo na psychiatrickém oddělení nemocnice s diagnózou depresivní poruchy, jak na ně jednotlivé techniky působí, co jim přinášejí a jak s nimi mohou pracovat.

Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části jsou shrnuta základní východiska, která vysvětlují hlavní pojmy podstatné pro tuto práci – jak z hlediska onemocnění (depresivní poruchy), tak z hlediska metod její léčby. Dále jsou v teoretické části podrobněji popsány jednotlivé psychoterapeutické techniky s důrazem na expresivní metody.

Teoretická část práce seznamuje nejprve čtenáře s vysvětlením pojmu depresivní porucha, popisujeme zde její epidemiologii, symptomatologii a etiologii. Dále se věnujeme možnostem léčby a mezi nimi se podrobněji zabýváme farmakoterapií, psychoterapií a podpůrnými aktivizačními technikami. Podpůrné terapie představují především expresivní techniky (muzikoterapii, terapii výtvarnou tvorbou) ale i jiné aktivizační techniky (terapii vzpomínkou, kognitivní trénink, relaxaci). Hlavní terapeutické cíle, které sledují, jsou povzbuzení tvořivosti a sebevyjádření, zaměření pozornosti a rozvoj pozitivní zpětné vazby.

Ve výzkumné části popisujeme tyto podpůrné techniky již v jejich konkrétním provedení, tak, jak byly použity. Pro dosažení cíle vedeme výzkum kvalitativního charakteru, přičemž výzkumnými metodami jsou polostrukturovaný rozhovor a dotazník. Metodologický rámec představuje tematická analýza.

Práce je provedena na příležitostném výběru pacientů, u kterých byla diagnostikována depresivní porucha a kteří byli v době, kdy výzkum probíhal, hospitalizováni na psychiatrickém oddělení nemocnice. Celkový počet účastníků pro tento typ výzkumu je 12.

Depresivní porucha je onemocnění s velkým dopadem na společnost. Předkládaná práce se snaží zjistit jednak to, co od aktivizačních technik očekávají sami pacienti a také to, jaké

přínosy jim tyto techniky poskytují z jejich pohledu. Hledá také podmínky, které jsou pro pacienty důležité pro jejich aktivní zapojení se do terapie.

Výsledky práce ukazují, že v životě jedince s duševním onemocněním mají aktivizační techniky největší význam ve zvládnutí anhedonie a vyplnění času. Tím tyto techniky v celkové léčbě vyplňují mezeru, kterou nemůže pokrýt farmakoterapie. Práce také ukazuje, na co se lze zaměřit do budoucna při dalším zefektivňování podpůrných terapií pro pacienty s depresivní poruchou. Jsou to jednak faktory podmiňující zapojení pacientů a jejich motivaci a jednak vlastní provedení některých technik, zejména méně oblíbených. Navrhuje, že za pomoci podpůrných technik lze do budoucna formulovat další terapeutické cíle, například zaměření na plánování činnosti, nácvik překonávání bariér, či nácvik přejímání odpovědnosti.

Seznam použité literatury a zdrojů

Abramson, L., Metalsky, G., & Alloy, L. (1989). Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression. *Psychological Review*, *96*, 358–372. https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358

Aikman, E., Nolte, A. G., & Dörfling, C. S. (1997). The effect of constant baroque music on premature infants. *Curationis, 20*(2), 17–20.

Altman, Z. (1998). *Test stromu*. Pražská pedagogicko-psychologická poradna (PPPP).

Altman, Z. (2011). *Kresba postavy*. Hogrefe - Testcentrum.

Anders, M. (2016). *Léčba depresivních poruch – nové dimenze. 1*. https://www.tribune.cz/clanek/38389-kouzlo-komplexniho-ucinku-agomelatinu

Andersson, E., Hovland, A., Kjellman, B., Taube, J., & Martinsen, E. (2015). Physical activity is just as good as CBT or drugs for depression. *Lakartidningen*, 112.

Andrews, P. W., & Thomson, J. A. (2009). The bright side of being blue: Depression as an adaptation for analyzing complex problems. *Psychological Review, 116*(3), 620–654. https://doi.org/10.1037/a0016242

Antonuccio, D. O., Danton, W. G., & DeNelsky, G. Y. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*(6), 574–585. https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.574

American Psychological Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.). American Psychiatric Association.

American Psychological Association. (2020). Machover Draw-a-Person Test – APA Dictionary of Psychology. *APA Dictionary of Psychology*. https://dictionary.apa.org/machover-draw-a-person-test

Badošek, R. (2011). *Vypovídací schopnost vybraných znaků metody „Kresba lidské postavy" u dospělé populace* [Disertační práce]. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta.

Bailey, H., Giacona, N. M., & Yang, A. (2019). *Arts-Based Assessments and Projective Tests: An Interpretation of Self*. Loyola Marymount University and Loyola Law School.

Balážová, Z., Nováková, M., Minsterová, A., & Rektorová, I. (2019). Chapter Four—Structural and Functional Magnetic Resonance Imaging of Dementia with Lewy Bodies. In M. Politis (Ed.), *International Review of Neurobiology* (Vol. 144, s. 95–141). Academic Press. https://doi.org/10.1016/bs.irn.2018.10.005

Bartošková, M., Ševčíková, M., Durisko, Z., Maslej, M., Barbic, S., Preiss, M., & Andrews, P. (2018). The form and function of depressive rumination. *Evolution and Human Behavior*, *39*(3), 277-289. https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2018.01.005

Baštecká, B. (2003). *Klinická psychologie v praxi* (1.vyd). Portál.

Bat Or, M., & Zilcha-Mano, S. (2018). The Art Therapy Working Alliance Inventory: The development of a measure. *International Journal of Art Therapy*, 24, 1–12. https://doi.org/10.1080/17454832.2018.1518989

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy, 1*(2), 184–200. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(70)80030-2

Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A Unified Model of Depression: Integrating Clinical, Cognitive, Biological, and Evolutionary Perspectives. *Clinical Psychological Science, 4*(4), 596–619. https://doi.org/10.1177/2167702616628523

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Beck depression inventory: Manual* (2. ed.). Psychological Corp.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

Běhounková, L. (2009). Artefiletika jako prostor pro rozvoj sociálních kompetencí dětí s problémy v chování na 2. Stupni ZŠ. *Arteterapie*, 20–21, 97–110.

Bech, P., Timmerby, N., Martiny, K., Lunde, M., & Soendergaard, S. (2015). Psychometric evaluation of the Major Depression Inventory (MDI) as depression severity scale using the LEAD (Longitudinal Expert Assessment of All Data) as index of validity. *BMC Psychiatry, 15*(190). https://doi.org/10.1186/s12888-015-0529-3

Blomdahl, C., Gunnarsson, B. A., Guregård, S., Rusner, M., Wijk, H., & Björklund, A. (2016). Art therapy for patients with depression: Expert opinions on its main aspects for clinical practice. *Journal of Mental Health*, *25*(6), 527–535. https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207226

Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65–76.

Carvalho, J. P., & Hopko, D. R. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *42*(2), 154–162. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.10.001

Castillo-Pérez, S., Gómez-Pérez, V., Velasco, M. C., Pérez-Campos, E., & Mayoral, M.-A. (2010). Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy*, *37*(5), 387–390. https://doi.org/10.1016/j.aip.2010.07.001

Central European Institute of Technology. (b.r.). Brain and Mind Research. Získáno 9. listopadu 2019, z https://www.ceitec.eu/brain-and-mind-research/rp8

Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., McMurdo, M., & Mead, G. E. (2013). Exercise for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD004366. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004366.pub6

Corboz, R. J., & Gnos, P. U. (1980). The three trees test in public schools. *Acta Paedopsychiatrica*, *46*(1–2), 83–92.

Coutinho, J., Gonçalves, O., Fernandes, S. V., Soares, J. M., Maia, L., & Sampaio, A. (2014). EPA-0263 – Default mode network activation in depressive and anxiety symptoms. *European Psychiatry*, 29, 1. https://doi.org/10.1016/S0924-9338(14)77711-9

Coutinho, J., Fernandes, S., Soares, J., Maia, L., & Goncalves, O. (2015). Default mode network dissociation in depressive and anxiety states. *Brain Imaging and Behavior*, 10. https://doi.org/10.1007/s11682-015-9375-7

Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit, L., & Ebert, D. D. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, *30*(3), 279–293. https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1649732

Česká arteterapeutická asociace (b.r.). Arteterapie. Získáno 16. února 2020, z http://www.arteterapie.cz/arteterapie

Češková, E. (2013). Farmakogenetika a personalizovaná medicína v psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie, 109*(4), 199–200.

Dai, Q., Yin, X., Huang, J., Li, H., Wang, J., & Feng, Z. (2018). Default Model Network Mechanism in Current and Remitted Depression. *Neuropsychiatry*, *8*(1), 126–137. https://doi.org/10.4172/Neuropsychiatry.1000333

Dlabal, M. (2013). *Duševní a behaviorální poruchy*. UJEP v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta.

Drotárová, E., & Drotárová, L. (2003). *Relaxační metody—Malá encyklopedie*. Epocha.

Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. (2. vyd.). Grada Publishing a.s.

Dutta, A. (2019). Regional default mode network connectivity in major depressive disorder: Modulation by acute intravenous citalopram. *Translational Psychiatry*, *9*(1). https://doi.org/10.1038/s41398-019-0447-0

Erkkilä, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pöntiö, I., Tervaniemi, M., Vanhala, M., & Gold, C. (2011). Individual music therapy for depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *199*(2), 132–139. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085431

Escolano, C., Navarro-Gil, M., Garcia-Campayo, J., Congedo, M., Ridder, D., & Minguez, J. (2014). A controlled study on the cognitive effect of alpha neurofeedback training in patients with major depressive disorder. *Frontiers in behavioral neuroscience*, *8*, 296. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00296

Evans, D. (2003). Hierarchy of evidence: A framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *Journal of Clinical Nursing*, *12*(1), 77–84. https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00662.x

Fišar, Z. (2009). *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Grada Publishing a.s.

Gazdag, G., & Ungvari, G. (2019). Electroconvulsive therapy: 80 years old and still going strong. *World Journal of Psychiatry*, 9, 1–6. https://doi.org/10.5498/wjp.v9.i1.1

Gerlichová, M. (2014). *Muzikoterapie v praxi. Příběhy muzikoterapeutických cest*. Grada Publishing a.s.

Geschwind, N., Peeters, F., Drukker, M., van Os, J., & Wichers, M. (2011). Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(5), 618–628. https://doi.org/10.1037/a0024595

Goble, S. K. (2016). *Supporting the use of the animal kinetic family drawing*. [diploma work] Indiana University.

Goodman, C.S. (2014). HTA 101: *Introduction to health technology assessment*. MD: National Library of Medicine (US).

Gordon, R. M., & Rudd-Barnard, A. (2011). House-Tree-Person Test. In *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. Springer Link.

Gottfried, J. (2015). Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé: Recenze metody. *Testfórum, 4*(5), 20–25. https://doi.org/10.5817/TF2015-5-35

Guest, G., MacQueen, K., & Namey, E. (2012). *Applied Thematic Analysis*. SAGE Publications, Inc. https://doi.org/10.4135/9781483384436

Gussak, D. (2007). The Effectiveness of Art Therapy in Reducing Depression in Prison Populations. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *51*(4). https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0306624X06294137

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56–62.

Hammer, E. F. (1968). *Projective Drawings. In Projective Techniques in Personality Assessment*. Springer. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-39577-6_12

Haslbeck, F. B., Jakab, A., Held, U., Bassler, D., Bucher, H.-U., & Hagmann, C. (2020). Creative music therapy to promote brain function and brain structure in preterm infants: A randomized controlled pilot study. *NeuroImage : Clinical,* 25. https://doi.org/10.1016/j.nicl.2020.102171

Havlík, M. (2012). DMN – klidová síť mozku: Kandidát na nové neurovědecké paradigma. *Teorie vědy*, *34*(2), 227–254. http://teorievedy.flu.cas.cz/index.php/tv/article/view/148

Health Quality Ontario. (2016). Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Treatment-Resistant Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Ontario Health Technology Assessment Series*, *16*(5), 1–66.

Höflich, A., Michenthaler, P., Kasper, S., & Lanzenberger, R. (2019). Circuit Mechanisms of Reward, Anhedonia, and Depression. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *22*(2), 105–118. https://doi.org/10.1093/ijnp/pyy081

Höschl, C. (2013, 11). *Neurobiologie deprese*. 44. výjezdní zasedání CTS, Loučky. http://www.hoschl.cz/files/4841_cz_Hoschl_Neurobiologie%20deprese-CTS%202013.pdf

James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Accrombessi, M. M. K., … Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet, 392*(10159), 1789–1858. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7

Jaušovec, N., Jaušovec, K., & Gerlič, I. (2006). The influence of Mozart's music on brain activity in the process of learning. Clinical Neurophysiology, *117*(12), 2703–2714. https://doi.org/10.1016/j.clinph.2006.08.010

Jorm, A. F., Morgan, A. J., & Hetrick, S. E. (2008). Relaxation for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007142.pub2

Kaiser, R. H., Whitfield-Gabrieli, S., Dillon, D. G., & Goer, F. (2016). Dynamic Resting-State Functional Connectivity in Major Depression. *Neuropsychopharmacology*. 41, 1822–1830.

Kamioka, H., Tsutani, K., Yamada, M., Park, H., Okuizumi, H., Tsuruoka, K., Honda, T., Okada, S., Park, S.-J., Kitayuguchi, J., Abe, T., Handa, S., Oshio, T., & Mutoh, Y. (2014). Effectiveness of music therapy: A summary of systematic reviews based on randomized controlled trials of music interventions. *Patient Preference and Adherence*, 8, 727–754. https://doi.org/10.2147/PPA.S61340

Kantor, J., Lipský, M., & Weber, J. (2009). *Základy muzikoterapie*. Grada Publishing a.s.

Karkou, V., Aithal, S., Zubala, A., & Meekums, B. (2019). Effectiveness of Dance Movement Therapy in the Treatment of Adults with Depression: A Systematic Review With Meta-Analyses. *Frontiers in Psychology*, 10, 936–936. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00936

Kautzky, A., James, G. M., Philippe, C., Baldinger-Melich, P., Kraus, C., Kranz, G. S., Vanicek, T., Gryglewski, G., Wadsak, W., Mitterhauser, M., Rujescu, D., Kasper, S., & Lanzenberger, R. (2017). The influence of the rs6295 gene polymorphism on serotonin-1A receptor distribution investigated with PET in patients with major depression applying machine learning. *Translational Psychiatry*, *7*(6), e1150. https://doi.org/10.1038/tp.2017.108

Klucká, J., & Volfová, P. (2016). *Kognitivní trénink v praxi (2.).* Grada Publishing, a.s.

Koblicová, A. (2000). Arteterapie a psychoterapie v období dospívání. In *Současná arteterapie v České republice a zahraničí*. Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta.

Kořínková - Vindušková, K. (2001). Pojem arteterapie. *Arteterapie*, *1*(1).

Králová, L. (2012). Terapie duše pomocí práce s tělem. [diplomová práce] Univerzita Karlova v Praze, Husitská teologická fakulta. https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/42564

Kryl, M. (2007). Psychoterapie deprese. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 42–43.

Kubínek, R. (2011). Deprese v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*, *8(*10), 424–427.

Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H., & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 202, 67–86. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.063

Látalová, K., Kamarádová, D., & Ján, P. (2015). *Suicidialita u psychických poruch*. Grada Publishing a.s.

Ledvinová, J. (2002). Specifika výtvarného projevu pacientů trpících psychózou a hraniční poruchou osobnosti. *Arteterapie*, *2002*(2), 16–18.

Lečbych, M., & Friedlová, M. (2013). *Metodická doporučení pro využití postupů expresivních terapií.* Univerzita Palackého v Olomouci.

Leubner, D., & Hinterberger, T. (2017). Reviewing the Effectiveness of Music Interventions in Treating Depression. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 1109. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01109

Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. John Wiley & Sons.

Lhotová, M. (2001). Komunikační aspekt výtvarného umění v psychoterapii. *Arteterapie*, *2001*(1), 9–10.

Liebmann, M. (2005). *Skupinová arteterapie: Nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci.* (2. vyd.). Portál.

Lipský, M. (2002). Zvuk a hudba jako prostředek muzikoterapeutického působení na lidský organismus. Praha: Speciální pedagogika, 2002. *Speciální pedagogika*, *2002*(3), 170–176.

Llorca, P., & Gourion, D. (2015). Management of Anhedonia and Depressive Symptoms in Depressed Outpatients: Benefit for Functioning. *European Psychiatry*, 30, Article 0364. https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)31881-2

Mackereth, P. A., & Tomlinson, L. (2010). 6 - Progressive muscle relaxation: A remarkable tool for therapists and patients. In A. Cawthorn & P. A. Mackereth (Ed.), *Integrative Hypnotherapy* (s. 82–96). Churchill Livingstone. https://doi.org/10.1016/B978-0-7020-3082-6.00008-3

Malchiodi, C. A. (2014). Creative Arts Therapy and Expressive Arts Therapy. *Psychology today,* 2014. https://www.psychologytoday.com/intl/blog/arts-and-health/201406/creative-arts-therapy-and-expressive-arts-therapy

Martin, D. M., Moffa, A., Nikolin, S., Bennabi, D., Brunoni, A. R., Flannery, W., Haffen, E., McClintock, S. M., Moreno, M. L., Padberg, F., Palm, U., & Loo, C. K. (2018). Cognitive effects of transcranial direct current stimulation treatment in patients with major depressive disorder: An individual patient data meta-analysis of randomised, sham-controlled trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 90, 137–145. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.04.008

Martínková, J., & a kolektiv. (2018). *Farmakologie: Pro studenty zdravotnických oborů* (2.vyd). Grada Publishing a.s.

Marty, M., & Segal, D. (2015). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. In *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (s. 965–970). Wiley & Sons. https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp308

Masopust, J. (2016). Kouzelník? Filozof? Stratég? : Když nemáme v ruce kouzelnou hůlku. In: *Sborník 58. česko-slovenské psychofarmakologické konference.* https://www.tribune.cz/clanek/38389-kouzlo-komplexniho-ucinku-agomelatinu

Maxwell, J. A. (2010). Using Numbers in Qualitative Research. *Qualitative Inquiry, 16*(6), 475–482. https://doi.org/10.1177/1077800410364740

Maujean, A., Pepping, C., & Kendall, E. (2014). A Systematic Review of Randomized Controlled Studies of Art Therapy. *Art Therapy*, 31, 37–44. https://doi.org/10.1080/07421656.2014.873696

McLeod, S. (2015). Psychological Theories of Depression. *Simply Psychology*. https://www.simplypsychology.org/depression.html

Mijajlovic, M. D. (2010). Transcranial sonography in depression. *International Review of Neurobiology*, 90, 259–272. https://doi.org/10.1016/S0074-7742(10)90018-4

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing

Mohr, E., & Brouwers, P. (1991). *Handbook of Clinical Trials: The Neurobehavioral Approach*. Swets & Zeitlinger.

Moncrieff, J., & Kirsch, I. (2005). Efficacy of antidepressants in adults. *British Medical Journal*, *331*(7509), 155–157.

Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 382–389. https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382

Morrison, K. H., Bradley, R., & Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: A naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *76*(2), 109–132. https://doi.org/10.1348/147608303765951168

Mwangi, B., Ebmeier, K. P., Matthews, K., & Douglas Steele, J. (2012). Multi-centre diagnostic classification of individual structural neuroimaging scans from patients with major depressive disorder. *Brain*, *135*(5), 1508–1521. https://doi.org/10.1093/brain/aws084

National Recognition Information Centre. (2013). Arts as Therapy. *reSearch*, *8*(3). https://www.naric.com/?q=en/publications/volume-10-issue-1-arts-therapy

Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach-Kaminski, L., & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood Trauma and Its Relation to Chronic Depression in Adulthood. *Depression Research and Treatment*, 2015, 1–11. https://doi.org/10.1155/2015/650804

Nemeroff, C. B., Heim, C. M., Thase, M. E., Klein, D. N., Rush, A. J., Schatzberg, A. F., Ninan, P. T., McCullough, J. P., Weiss, P. M., Dunner, D. L., Rothbaum, B. O., Kornstein, S., Keitner, G., & Keller, M. B. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *100*(24), 14293–14296. https://doi.org/10.1073/pnas.2336126100

National Institute for Health and Care Excellence. (2004). Depression: Management of depression in primary and secondary care. Clinical practice guideline No 23. National Institute for Clinical Excellence. www.nice.org.uk/page.aspx?o = 235213

National Institute for Health and Care Excellence. (2013). Surveillance review of CG90: Depression in adults: Management and treatment (update). https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/documents/cg90-depression-in-adults-update-surveillance-review-decision2

Noto, C., Rizzo, L. B., Mansur, R. B., McIntyre, R. S., Maes, M., & Brietzke, E. (2014). Targeting the Inflammatory Pathway as a Therapeutic Tool for Major Depression. *Neuroimmunomodulation*, *21*(2–3), 131–139. https://doi.org/10.1159/000356549

Orel, M. (2016). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. Grada Publishing, a.s.

Ošancová, T. (2007). Počátky české arteterapie [Nepublikovaná bakalářská práce]. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií.

Oxford Reference. (2020). Draw-a-Person test—Oxford Reference. Oxford Reference. https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/oi/authority.20110803095730352

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An Empirical Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, *27*(3), 261–273. https://doi.org/10.1023/A:1023962332399

Peřich, T. (2013). *Srovnání současných a navrhovaných systémů diagnostiky poruch osobnosti v MKN a DSM.* [Magisterská diplomová práce]. UP Olomouc, Filozofická fakulta.

Petrides, G., Tobias, K. G., Kellner, C. H., & Rudorfer, M. V. (2011). Continuation and Maintenance Electroconvulsive Therapy for Mood Disorders: Review of the Literature. *Neuropsychobiology*, *64*(3), 129–140. https://doi.org/10.1159/000328943

Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, *16*(5), 541–558. https://doi.org/10.1080/13607863.2011.651434

Pokluda, J. (2015). Nejúčinnější psychoterapeutický směr. *Psychologon*, 7. http://www.psychologon.cz/data/pdf/387-nejucinnejsi-psychoterapeuticky-smer.pdf

Poněšický, J. (2012). *Úvod do moderní psychoanalýzy*. Kosmas

Praško, J., Buliková, B., & Sigmundová, Z. (2009). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Galén.

Raboch, J. (2016). Duševní nemoci patří mezi nejčastější důvody invalidního důchodu. https://www.novinky.cz/zena/zdravi/clanek/dusevni-nemoci-patri-mezi-nejcastejsi-duvody-invalidniho-duchodu-40014335

Raboch, J. (2018). *Deprese - Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018*. CDP-PL (Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře).

Raboch, J., Uhlíková, P., Hellerová, P., & Anders, M. (2014). *Doporučené postupy psychiatrické péče IV.* Psychiatrická společnost ČLS JEP.

Radio Proglas. (2017, březen 5). *Kodály po 50 letech.* https://hudba.proglas.cz/klasika/aktuality-k-vysilani-klasik/kodaly-po-50-letech/

Rejzek, J. (2019). *Český etymologický slovník* (3.vyd). LEDA.

Rektorova, I., Srovnalova, H., Kubikova, R., & Prasek, J. (2008). Striatal dopamine transporter imaging correlates with depressive symptoms and tower of London task performance in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, *23*(11), 1580–1587. https://doi.org/10.1002/mds.22158

Ren, J., Li, H., Palaniyappan, L., Liu, H., Wang, J., Li, C., & Rossini, P. M. (2014). Repetitive transcranial magnetic stimulation versus electroconvulsive therapy for major depression: A systematic review and meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 51, 181–189. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2014.02.004

Rickard, N. S. (2005). The Effect of Music on Cognitive Performance: Insight From Neurobiological and Animal Studies. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, *4*(4), 235–261. https://doi.org/10.1177/1534582305285869

Riley, S. (1999). *Contemporary Art Therapy with Adolescents*. Jessica Kingsley Publisher

Ritchie, J., Lewis, J., McNaughton Nicholls, C., & Ormston, R. (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers* (Vol. 41). SAGE. http://choicereviews.org/review/10.5860/CHOICE.41-1319

Roivainen, E. (2009). A Brief History of the Wartegg Drawing Test. *Gestalt Theory*, *31*(1), 55–71. https://psycnet.apa.org/record/2009-04856-003

Royal College of Psychiatrists. (2019). Position statement on antidepressants and depression. Royal College of Psychiatrists. https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/position-statements/ps04_19---antidepressants-and-depression.pdf?sfvrsn=ddea9473_5

Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: Čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.

Safi, S. Z. (2015). A Fresh Look at the Potential Mechanisms of Progressive Muscle Relaxation Therapy on Depression in Female Patients with Multiple Sclerosis. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(1). https://doi.org/10.17795/ijpbs340

Sejčová, L. (2015). Rozvíjajúci arteterapeutický program pre adolescentov / rozvoj osobnosti. *Skupinová arteterapia v pedagogicko-psychologickom poradenstve a prevencii*, Zborník Medzinárodnej arteterapeutickej konferencie 11. - 12. september 2015 Bratislava. Artea, o.z.

Seligman, M. E. P. (1972). Learned Helplessness*. Annual Review of Medicine*, 23, 407–412.

Sharpley, C. F. (2010). A review of the neurobiological effects of psychotherapy for depression. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 603–615. https://doi.org/10.1037/a0021177

Shim, M., Jin, M. J., Im, C.-H., & Lee, S.-H. (2019). Machine-learning-based classification between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder using P300 features. *NeuroImage: Clinical*, 24, Article 102001. https://doi.org/10.1016/j.nicl.2019.102001

Schultz, J. H., & Luthe, W. (1959). *Autogenic training: A psychophysiologic approach to psychotherapy*. Grune & Stratton.

Schwartz, A. A., & Rosenberg, I. H. (1955). Observations on the significance of animal drawings. *American Journal of Orthopsychiatry*, *25*(4), 729–746. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1955.tb02043.x

Skarlandtová, H., Fraňková, M., Frynta, D., & Kittnar, O. (2010). Stres a stresové hormony u savců. *Československá fyziologie*, *59*(2), 32–36.

Skinner, B. F. (1938). The behavior of organisms. In *The Century Psychology Series* (s. 486). APPLETON - CENTURY - CROFTS.

Slavík, J. (2000). *Současná arteterapie v České republice a v zahraničí. I.díl*. Univerzita Karlova.

Stanzani Maserati, M., Matacena, C., Sambati, L., Oppi, F., Poda, R., De Matteis, M., & Gallassi, R. (2015). The Tree-Drawing Test (Koch's Baum Test): A Useful Aid to Diagnose Cognitive Impairment. *Behavioural Neurology*, 2015, 1–6. https://doi.org/ 10.1155/2015/534681

Stibůrek, M. (2000). Arteterapie, artefiletika – podoby, obsah, hranice, role, cíle. In *Současná arteterapie v České republice a v zahraničí* (s. 33–47). Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta.

Subica, A., Fowler, J., Elhai, J., Frueh, B., Sharp, C., Kelly, E., & Allen, J. (2014). Factor Structure and Diagnostic Validity of the Beck Depression Inventory–II with Adult Clinical Inpatients: Comparison to a Gold-Standard Diagnostic Interview. *Psychological Assessment*, *26*(4), 1106-1115. http://dx.doi.org/10.1037/a0036998

Sutherland, J. (2011). Art Therapy with Families. *Journal of Individual Psychology*, *67*(3), 292–304.

Suzuki asociace. (b.r.). *O Suzukiho metodě*. Získáno 31. ledna 2020, z http://www.suzukiasociace.cz/o-suzukiho-metode/

Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Portál, Praha.

Svoboda, M. (2000). První ověřování testu tří stromů na české populaci. In *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity. P, Řada psychologická (Roč. 48*). Masarykova Univerzita, Filozofická fakulta. https://digilib.phil.muni.cz/handle/11222.digilib/114396

Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. (2001). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících.* Portál.

Svoboda, M. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Portál.

Šicková-Fabrici, J. (2002). *Základy arteterapie*. Portál.

Šilhán, P., Hýža, M., Hosák, L., Perničková, D., Vantuch, J., Jelínková, M., & Školoudík, D. (2017). Relationship between rap heal echogenicity and personality as possible markers of a disposition to develop depressive and anxiety disorders. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 263, 70–75. https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2017.03.010

Šimek, J. (2018). *Co potřebujete vědět o depresi*. Galén.

Šlemínová, M. (2000). Dnešní česká arteterapie—Pokus o systémové zamyšlení. In J. Slavík: *Současná arteterapie v České republice a v zahraničí* (1.vyd., roč. 2000, s. 29–32). Univerzita Karlova

Takizawa, R., Fukuda, M., Kawasaki, S., Kasai, K., Mimura, M., Pu, S., Noda, T., Niwa, S., & Okazaki, Y. (2014). Neuroimaging-aided differential diagnosis of the depressive state. *NeuroImage*, 85, 498–507. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.05.126

Tkadlečková, M. (2015). *Projektivní technika Kresba postavy u pacientů s depresivní poruchou.* [Diplomová práce], Masarykova univerzita, Filozofická fakulta.

Truzoli, R., Rovetta, C., Viganò, C., Marinaccio, P. M., Ba, G., & Reed, P. (2017). Group-Based Relaxation Response Skills Training for Pharmacologically - Resistant Depressed and Anxious Patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *45*(2), 193–197. https://doi.org/10.1017/S1352465816000400

Turner, D., Carter, T., Sach, T., Guo, B., & Callaghan, P. (2017). Cost-effectiveness of a preferred intensity exercise programme for young people with depression compared with treatment as usual: An economic evaluation alongside a clinical trial in the UK. *BMJ Open*, *7*(11). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016211

Uttley, L., Scope, A., Stevenson, M., Rawdin, A., Buck, E. T., Sutton, A., Stevens, J., Kaltenthaler, E., Dent-Brown, K., & Wood, C. (2015). Clinical effectiveness of art therapy: Quantitative systematic review. *Health Technology Assessment*, *19*(18). https://doi.org/10.3310/hta19180

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2017a). MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabelární část. Aktualizované vydání k 1. 1. 2020. http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2017b). *Zdravotnická ročenka ČR 2017*. ÚZIS ČR. https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/zdrroccz_2017.pdf

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2018). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10, I. svazek—Tabelární část, 2018). ÚZIS ČR. https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=7877

Vinckier, F., Gourion, D., & Mouchabac, S. (2017). Anhedonia predicts poor psychosocial functioning: Results from a large cohort of patients treated for major depressive disorder by general practitioners. European Psychiatry: *The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 44, 1–8. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.485

Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R. M., Bhutta, Z. A., Brown, A., Carter, A., Casey, D. C., Charlson, F. J., Chen, A. Z., Coggeshall, M., Cornaby, L., Dandona, L., Dicker, D. J., Dilegge, T., Erskine, H. E., Ferrari, A. J., Fitzmaurice, C., Fleming, T., … Murray, C. J. L. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet, 388*(10053), 1545–1602. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6

Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Portál.

Wang, Y.-P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. *Revista Brasileira De Psiquiatria* (Sao Paulo, Brazil: 1999), 35(4), 416–431. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048

Warren, W. L. (1994). *Revised Hamilton Rating Scale for Depression (RHRSD): Manual*. Western Psychological Services.

Watt, L. M., & Cappeliez, P. (2000). Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: Intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging & Mental Health*, *4*(2), 166–177. https://doi.org/10.1080/13607860050008691

Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2009). Metacognitive Therapy in Recurrent and Persistent Depression: A Multiple-Baseline Study of a New Treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 291–300. https://doi.org/10.1007/s10608-007-9178-2

Wen, M.-C., Chan, L. L., Tan, L. C. S., & Tan, E. K. (2016). Depression, anxiety, and apathy in Parkinson's disease: Insights from neuroimaging studies. *European Journal of Neurology*, 23(6), 1001–1019. https://doi.org/10.1111/ene.13002

White, B. (2004). Making Evidence-Based Medicine Doable in Everyday Practice. *American Family Physician*. https://www.aafp.org/fpm/2004/0200/p51.html

Williamon, A., & Valentine, E. (2002). The Role of Retrieval Structures in Memorizing Music. *Cognitive Psychology*, *44*(1), 1–32. https://doi.org/10.1006/cogp.2001.0759

World Health Organization. (b.r.). *International Classification of Diseases (ICD) Information Sheet*. Získáno 29. října 2019, z https:/www.who.int/classifications/icd/factsheet/en/

World Health Organization. (1993). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10). Diagnostic Criteria for Research*. World Health Organization.

World Health Organization. (2017). *Depression: Fact Sheet. 2017*. World Health Organisation, Media Centre. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

World Health Organization. (2019). *Can you dance your way to better health and well-being?* Získáno 11. listopadu 2019, z http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2019/can-you-dance-your-way-to-better-health-and-well-being-for-the-first-time,-who-studies-the-link-between-arts-and-health

Wimmerová, V. (2008). *Arteterapie a její využití v praxi* [Diplomová práce]. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.

Yan, C.-G., Chen, X., Li, L., Castellanos, F. X., Bai, T.-J., Bo, Q.-J., Cao, J., Chen, G.-M., Chen, N.-X., Chen, W., Cheng, C., Cheng, Y.-Q., Cui, X.-L., Duan, J., Fang, Y.-R., Gong, Q.-Y., Guo, W.-B., Hou, Z.-H., Hu, L., … Zang, Y.-F. (2019). Reduced default mode network functional connectivity in patients with recurrent major depressive disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *116*(18), 9078–9083. https://doi.org/10.1073/pnas.1900390116

Zhang, H., & Lai, H. (2017). Five Phases Music Therapy (FPMT) in Chinese Medicine: Fundamentals and Application. *OALib*, *04*(12), 1–11. https://doi.org/10.4236/oalib.1104190

Zicha, Z. (1981). *Úvod do speciální výtvarné výchovy*. Univerzita Karlova

Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, 72, 311–325. https://doi.org/10.1037/a0040435

Zubala, A., & Karkou, V. (2018). *Arts Therapies in the Treatment of Depression*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315454412

Zubala, A., MacIntyre, D. J., Gleeson, N., & Karkou, V. (2013). Description of arts therapies practice with adults suffering from depression in the UK: Quantitative results from the nationwide survey. *The Arts in Psychotherapy*, *40*(5), 458–464. https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.09.003

Zubala, A., MacIntyre, D. J., Gleeson, N., & Karkou, V. (2014). Description of arts therapies practice with adults suffering from depression in the UK: Qualitative findings from the nation-wide survey. *The Arts in Psychotherapy*, *41*(5), 535–544. https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.10.005

Zubala, A., MacIntyre, D. J., & Karkou, V. (2017). Evaluation of a brief art psychotherapy group for adults suffering from mild to moderate depression: Pilot pre, post and follow-up study. *International Journal of Art Therapy*, *22*(3), 106–117. https://doi.org/10.1080/17454832.2016.1250797

Seznam zkratek

V bibliografických citacích v seznamu literatury jsou uvedeny plné názvy institucí, v textu jsou používány jejich zkratky – v souhlase s pravidly citačního stylu APA verze 7.

Pro lepší orientaci v literárních odkazech zde uvádíme seznam použitých zkratek institucí:

APA	American Psychological Association
CEITEC	Central European Institute of Technology
ČAA	Česká arteterapeutická asociace
NARIC	National Recognition Information Centre
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organization

Seznam tabulek

Teoretická část

Tabulka 1: Absolutní a relativní počty poživatelů invalidního důchodu I, II a II. stupně

Tabulka 2: Afektivní poruchy – kódování diagnóz podle MKN-10

Tabulka 3: Kódy pro depresivní poruchy podle DSM - 5

Tabulka 4: Nejčastější příznaky deprese (podle Praško et al., 2009)

Tabulka 5: Diagnostická kritéria dle MKN 10

Tabulka 6: Nepsychologické metody měření míry deprese

Tabulka 7a: Nefarmakologické léčebné postupy pro léčbu deprese

Tabulka 7b: Nefarmakologické léčebné postupy pro léčbu deprese - pokračování

Tabulka 8: Přehled psychoterapeutických technik v terapii deprese - podle východisek

Tabulka 9: Přehled psychoterapeutických technik v terapii deprese - podle prostředí

Tabulka 10: Muzikoterapeutické techniky

Tabulka 11: Přehled projektivních výtvarných technik

Výzkumná část

Tabulka 12: Formulované výzkumné otázky a jejich zkrácené označení

Tabulka 13: Přehled použitých terapeutických technik

Tabulka 14: Hlavní otevřené otázky pro polostrukturovaný rozhovor

Tabulka 15: Pomocné otevřené otázky pro polostrukturovaný rozhovor

Tabulka 16: Doplňující otázky – demografická data

Tabulka 17: Vzor pro dotazníkové šetření – hodnotící uzavřené otázky

Tabulka 18: Počty citování témat v kategorii „emoce“

Tabulka 19: Počty citování témat v kategorii „očekávání“

Tabulka 20: Počty citování témat v kategorii „přínos“

Tabulka 21: Počty citování témat v kategorii „vlivné aspekty“

Tabulka 22: Počty citování témat v kategorii „hodnocení“

Seznam příloh

Příloha 1: Souhlas s účastí na výzkumu a souhlas se zpracováním osobních údajů

Příloha 2: Popis vybraných arteterapeutických, aktivizačních a relaxačních technik

Příloha 3: Příklad přepisu rozhovoru

Příloha 4: Kódy pro analýzu záznamů z rozhovorů a rozdělení do kategorií

Příloha 5: Anotace bakalářské diplomové práce

Příloha 1: Souhlas s účastí na výzkumu a souhlas se zpracováním osobních údajů

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce a souhlas se zpracováním osobních údajů

Pro výzkumný projekt s názvem:

VÝZNAM VYBRANÝCH TERAPEUTICKÝCH TECHNIK V ŽIVOTĚ JEDINCE S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Období realizace: 2019-2020

Řešitelé projektu: Nikola Mojová

Vedoucí práce: Zuzana Vaculčíková-Sedláčková

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zmapovat, jak pacienti hospitalizovaní na psychiatrickém oddělení Nemocnice s poliklinikou v Havířově vnímají podpůrné terapie a aktivizační činnosti. Projekt je realizován formou rozhovoru a krátkého stručného dotazníku, které jsou oba anonymní a jejichž obsah bude použit pouze ke studijním a vědeckým účelům. Z účasti na studii pro Vás nevyplývají žádná rizika. Rovněž tak z účasti na studii pro Vás nevyplývají žádné důsledky ani výhody, jako například zkrácení/prodloužení délky pobytu a podobně.

Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte prosím podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu. Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: Nikola Mojová _____

V_____dne:_____

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu (zákonného zástupce):_____

V_____dne:_____

Příloha 2: Popis vybraných arteterapeutickým aktivizačních a relaxačních technik

Popis konkrétní techniky a příklad – relaxační terapie

Název techniky nebo testu	
8. Relaxace - Autogenní trénink	
Popis techniky	Během autogenního tréninku je důležité, aby bylo v relaxační místnosti i v její blízkosti ticho. Vhodné je také navodit přítmí. Oči by měly být zavřené a poloha těla by měla být co nejpohodlnější. Není vhodné, aby se relaxace účastnili pacienti, kterým současný stav nedovoluje v klidu sedět, nebo ležet, protože by to mohlo ostatní pacienty rušit a tím by se také mohla celá relaxace pokazit.
Intervence terapeuta	Nejdříve se snažím pacienty naladit na příjemnou hudbu a popíšu jim, co se během relaxace bude dít a pak začnu s postupným uvolňováním částí těla. Pokud usoudím, že je vhodné využít v relaxaci také imaginaci, relaxaci obohatím o prvky imaginace. Popisuji vysněnou pláž, kde šumí moře a sluneční paprsky dopadají na horké vyhřáté tělo. Během této relaxace využívám mp3 přehrávače, který je podsvícený příjemnými barvami, hudbu volím klidnou, relaxační, s příjemnými zvuky, bez progresu.
9. Relaxace - Jacobsonova progresivní relaxace	
Popis techniky	Tato metoda je založena na principu, že pokud chce člověk relaxovat tělo a mysl, musí si uvolnit i celé kosterní svalstvo. Jádrem je uvědomovat si a rozlišovat i mírné rozdíly v napětí svalů.
Intervence terapeuta	Nejdříve pacientům vysvětlím, v čem vůbec spočívá Jackobsonova relaxace. Také jim objasním, že stres a úzkost způsobují stahování svalů, a proto se u některých můžou objevit bolesti zad, kloubů a svalů. Proto hlavním cílem progresivní relaxace je, co nejhlubší uvolnění svalů celého těla.

Popis konkrétní techniky a příklad – terapie výtvarnou technikou

Název techniky nebo testu	
1. Kresba tří stromů	
Popis techniky	Terapie je založená na původním psychoterapeutickém testu tří stromů. Terapeut formuluje zadání, které zní: Namalujte tři stromy. Zvolte si velikost papíru, na který chcete malovat. Až jsou stromy domalovány, zadá terapeut další úkol, který zní: Zkuste si říct, který strom vás nejlépe vystihuje - identifikujte se s jedním z těchto stromů a napište pod něho JÁ. Třetí úkol zní: Pod zbylé dva stromy napište jakákoliv dvě jména z vašeho blízkého osobního prostředí, která vám stromy připomínají.
Intervence terapeuta	Terapeut je nejprve v pozici facilitátora. Jeho role je nabídnout možnost tvorby, jediné omezení je předem dané téma. Po ukončení třetího úkolu vybídne zúčastněné jednoho po druhém k tomu, aby zkusili popsat vlastnosti stromu, se kterým identifikovali své JÁ. Umožňuje, aby si účastník všímal jak formálních vlastností kresby, tak jejího obsahu. Nabízí vysvětlení, s čím si lze jednotlivé charakteristiky spojovat. Pak obdobným způsobem vybídne zúčastněné jednoho po druhém k tomu, aby zkusili popsat vztah stromu JÁ k ostatním dvěma stromům.
2. Kresba hračky	
Popis techniky	Zadání zní: na jeden papír o velikosti A5, nebo A4 namalujte svou oblíbenou hračku se kterou jste si hráli: v dětství, v mládí a v současnosti.
Intervence terapeuta	Terapeut je nejprve v pozici facilitátora. Jeho role je nabídnout možnost tvorby, jediné omezení je předem dané téma. Po ukončení tvorby vybídne zúčastněné jednoho po druhém, aby popsali, s čím si nakreslenou hračku spojují, jaké příjemné nebo nepříjemné vzpomínky se jim vynoří. Nehodnotí, pouze podporuje rozvíjení asociací.
3. Kresba ostrova	
Popis techniky	Zadání zní: Namalujte svůj pustý ostrov a to, co byste si na pustý ostrov vzali s sebou. Před sebou máte fixy, pastelky, barvy - je na vás, čím budete malovat.
Intervence terapeuta	Terapeut je nejprve v pozici facilitátora. Jeho role je nabídnout možnost tvorby, jediné omezení je předem dané téma. Po ukončení úkolu vybídne zúčastněné jednoho po druhém k tomu, aby zkusili popsat objekty nebo předměty, které považují za důležité a proč. Umožní, aby se účastník zamýšlel nad důvody volby. Umožňuje dále, aby kriticky hodnotil vlastní uvažování. Nabízí vysvětlení, s čím si lze jednotlivé předměty spojovat.

Popis konkrétní techniky a příklad - terapie hudební technikou

Název techniky nebo testu	
4. Muzikoterapie (Orffovy nástroje)	
Popis techniky	Terapie je založená na využití Orffových nástrojů. Terapeut nejdříve nástroje představí. Pak je dá zúčastněným k dispozici, aby si je sami vyzkoušeli. Každý účastník si zkusí lehce zahrát na nástroj, aby věděl, jaký má jeho nástroj zvuk. Potom účastníka pobídneme, aby si na nástroj zkusil zahrát různé emoce. Když se seznámíme s nástroji, určí terapeut jednu osobu, která bude dělat ostatním ,,dirigenta". Terapeut dává zkoumanému jedinci příležitost k popsání svých pocitů, prožitků a emocí spojené s jednotlivou hrou.
Intervence terapeuta	Terapeut je v pozici facilitátora a pozorovatele. Jeho role je umožňovat, nabízet, podporovat. Může popisovat, co se děje, ale nehodnotit. Obměňuje zadání, například tak, že nejprve nabídne představu emoce a teprve poté vybídne zúčastněné, aby si sami zvolili nástroj k jejímu vyjádření. Dbá na to, aby se mohli zapojit i méně se prosazující jedinci.
5. Muzikoterapie (poslech vážné hudby a jeho záznam)	
Popis techniky	Hudba: Wolgang Amadeus Mozart, Eine kleine Nachtmusik in G Major, K. 525: I. Allegro. Terapie má také název „poslech hudby a jeho záznam“. Záznamem se přitom nemyslí notový zápis, ale výtvarné zobrazení. Záznam se po poslechu vážné hudby znázorňuje na papír pomocí tužky, nebo pastelky. Terapeut formuluje úkol tak, aby zúčastnění přenesli hudbu jako její tóny, melodii anebo emoce ve formě kresby na papír. Poté zadá obměněné zadání – aby zúčastnění pracovali ve dvojicích a pokusili se o kresbu. Terapeut se pak ptá, kdy se účastníkovi pracovalo lépe, jestli samostatně, nebo ve dvojici. A kdo v té dvojici ruku vedl, kdo byl dominantnější, nebo naopak submisivnější.
Intervence terapeuta	Terapeut je v pozici facilitátora a pozorovatele. Jeho role je umožňovat, nabízet, podporovat, obměňovat zadání. Může popisovat, co se děje, ale nehodnotit. Metody při této technice jsou pozorování – pozorujeme, jak zúčastnění vnímají hudbu, jakým způsobem se snaží přenést melodii na papír, zda využijí celý papír, nebo jen část, v jaké velikosti jsou linie, jakou mají pravidelnost, nebo nepravidelnosti. Při práci ve dvojici pozorujeme, kdo se jak cítí při společném záznamu, jaká role mu vyhovuje více, jaká méně.

Popis konkrétní techniky a příklad – terapie jinými aktivizačními technikami

Název techniky nebo testu	
6. Reminiscenční terapie (terapie vzpomínkou)	
Popis techniky	Cílem této terapie je vyvolat vzpomínky a pracovat s nimi. Terapeut si předem zvolí téma a navodí jej tím, že položí otázku - například takto: Co významného se kdysi a nyní odehrává v měsíci únor? 1. Přivítání - Období masopustu - kdy začíná a kdy končí. Terapeut vypráví o době masopustu - čas karnevalů, průvodů masek a zabijaček. Terapeut pokládá otázky na trénování paměti: Co znamená, když se drží půst? Znáte ještě jiné pojmenování masopustu? Jaká jídla jsou považována za postní? Zkuste vymyslet co nejzajímavější postní jídelníček na jeden týden. Zkuste popsat jinými slovy následující význam zadaných slov: zabijačka, koláč, huspenina, pálenka… Vzpomínání - vzpomínáte si ze svého dětství na oslavy masopustu nebo karnevalové zábavy? Účastnili jste se společenského veselí v masce? Vzpomenete si na konkrétní převleky? Jak jste si masku připravovali? Masopust bývá zakončený taneční zábavou. Má váš životní partner rád tanec? Chodívali jste spolu tančit, nebo ještě nyní chodíváte spolu tančit? Kam? Metody při reminiscenci jsou pozorování a rozhovor nestrukturovaný.
Intervence terapeuta	Terapeut zaujímá střídavě pozici „učitele“ a „kamaráda“. V obou pozicích reaguje na vyjádření zúčastněných, většinou je podporuje a rozvíjí, přidá vlastní vzpomínky. V případě nevhodných vyjádření je nenásilně koriguje a odvede pozornost jinam.
7. Kognitivní trénink	
Popis techniky	Cílem této terapie je práce se slovy a čísly, práce s abstraktním myšlením. Zúčastnění mají za úkol samostatně vyřešit nějakou úlohu se slovy. Terapeut formuluje zadání, například takto: Vymysli slova, která začínají slabikou la, končí na slabiku ka, vymysli slova, která mají počet slov pouze 5. Vymysli synonyma na různá slova, kde všude můžeme použít slovo oko?
Intervence terapeuta	Jako terapeut zaujímám střídavě pozici „testujícího“ a „testovaného“. V obou pozicích reaguji na vyjádření zúčastněných, většinou je podporuji a rozvíjím, přidám vlastní nápady a nápovědu. V případě nevhodných slov je koriguji, neutralizuji nebo odvedu pozornost jinam.

Příloha 3: Příklad přepisu rozhovoru

Respondent č. 7 – přepis zvukového záznamu

Označení účastníků rozhovoru:

T – tazatel

R – respondent

T: Podle čeho se rozhodujete, zda se společné aktivity zúčastnit? Co je Vás důležité? R: Nikdy jsem nebyla nikde hospitalizovaná s duševním problémem, to se mi stalo poprvé, takže jsem vůbec nevěděla, že tady bude nějaký program pro pacienty, neměla jsem čas nad tím přemýšlet a asi by mě to ani nenapadlo. Ze začátku hospitalizace, než jsem se zorientovala, jak to tady chodí, tak jsem se rozhodovala podle toho, jestli jste pro mne přišla vy, nebo někdo z jiných pacientů. Takže důležité pro mne vlastně bylo, jestli mě někdo na aktivity vyzval.

T: Kdybyste si mohla vybrat, zúčastnila byste se terapie hned při první možnosti, nebo raději později? R: Ze začátku hospitalizace jsem na tom byla hodně špatně, však víte, takže jsem nechtěla nic moc dělat, neměla jsem sílu, ne že bych byla líná, jak si někdy doma o mě někteří myslí. Ale když mi bylo lépe, tak jsem uvítala tady ty aktivity, jinak bych se tu asi zbláznila nudou. Byla jsem překvapená, že se tu pořád něco děje a jsem ráda, když vám mohu i pomoct s něčím. Doma taky pořád něco dělám, když se na to cítím. Snažím se něčím zaměstnat jak fyzicky, tak i moji hlavu. Někdy ale nevím, jak, nebo nemám pro to dostatek fantazie. Jsem ráda, že jste mne nechala odpočinout si ty první dva dny, které jsem tu byla. Nevím jistě, jestli bych se aktivit účastnila sama od sebe tak brzy, ale jsem ráda, že jste mne vytáhli, protože si myslím, že bych se sama nedonutila. Doma jsem se také delší dobu nic nedonutila dělat, proto tu jsem. Nemohla jsem už chodit ani do práce, v práci jsem řekla, že mám chřipku, ale teď už mám té energie mnohem více.

T: Jaké jsou pro Vás předpoklady, abyste se terapie zúčastnila ráda? Například: denní doba, přístup terapeuta, kdo se účastní z ostatních pacientů a tak podobně … R: Účastním se všech technik, pokud nejsem na individuální psychoterapii. A někdy dám na to, kdo jde na aktivity, ale teď jsme tu dobrá partie a všichni mají zájem se aktivit účastnit. Také bývám po obědě občas líná, takže denní doba taky určitě a rozhoduje i to, zda jsem vyspaná.

T: Co jste od aktivizačních technik očekávala Vy sama? R: Neočekávala jsem nic, protože jsem nevěděla, že tady něco bude, ale byla jsem příjemně překvapená, že se umím zapojit do aktivit i mezi cizími lidmi. Kognitivní trénink na paměť a přemýšlení mi zatím ještě nejde tak, jak bych chtěla, ale aspoň vím, že si musím doma už začít luštit třeba křížovky, než nastoupím do práce.

T: Co Vám aktivizační techniky přinesly? Nějaký osobní prožitek, nebo poznání? R: Prožitky, asi radost, potěšení z toho, že mi to už o něco lépe myslí. Ze začátku jsem si nevěřila. Určitě relax, odreagování a smysluplnější zde využití času. Nenudila jsem se a byla jsem ve společnosti dobrých lidí, spolu pacientů, zasmála jsem se často.

T: Proč jste se rozhodla se aktivizačních technik zúčastnit? Například: jsem ráda mezi lidmi; nebo třeba naopak, abych byla v menší skupince lidí, než je celé oddělení. Nebo jen proto, že mě to baví. Nebo prostě jen proto, abych vyplnila čas. Nebo z nějakého jiného důvodu? R: Abych vyplnila čas a byla trochu mezi lidmi a procvičila si mozek. Ze začátku jsem neměla na všechny náladu, někteří lidé tady, mi nejsou do teď úplně sympatičtí.

T: Kterým technikám dáváte přednost – jakých aktivizačních činností se účastníte nejraději? R: Z aktivit se mi líbila muzikoterapie. U muzikoterapie jsem se mohla odreagovat a dokonce jsem si zkusila roli ,,dirigenta“, ale vyhovovalo mi i to arte. Buď jsem se z toho smutku vykreslila, nebo jsme se o sobě něco dozvěděla. Mám ráda lidi a společnost kolem sebe, ale někdy se mi to přesmykne a chci naopak samotu a klid, a to mi potom vyhovuje více to arte a relaxace, když ležíme.

T: Souvisí vybírané aktivizační činnosti s koníčky, které jste měla před nástupem? R: To asi nesouvisí, protože jsem neměla nějak čas, nebo jsem si nechtěla možná udělat čas na nic, ale zkusím to změnit.

T: Byly pro Vás terapie přínosné vzhledem k Vašim dosavadním problémům? R: Myslím, že ano, když jsme malovali například ty témata, která jste mi zadala, najednou se při některých Vámi zadaných dílech otevřela témata, jako by se protrhla přehrada. Uvědomila jsem si svou citovou nezralost. Probudila jsem v sobě tvořivost a kreativitu a tou malbou vyjádřím něco, co neumím říct slovy. Jsem ráda, že jsem se o sobě něco dozvěděla. Uvědomila jsem si také vztahy v naší rodině a co je pro mě důležité udělat, až se vrátím z hospitalizace domů.

T: Cítíte se po terapiích lépe po psychické stránce, než před nimi? R: Nuda je špatná na můj duševní stav. Jsem strašně ráda, že tu něco s vámi děláme. Vždyť je to pro nás. Nevím, proč někteří na aktivity nechodí. Nevím sice s čím tady leží, ale myslím si, že to není řešení ležet jen v posteli.

T: Byly pro Vás terapie smysluplné a snadno pochopitelné? R: To ano, já mám ze všeho nejdříve strach, protože si často nevěřím, ale nic těžkého na pochopení jsme nedělali a nic co bych si řekla ježíš to je ale hloupé.

T: Přiučila jste se během terapií, jak nemoc lépe zvládat? R: Napadá mě akorát asi, že u té relaxace jsem zjistila, že mi může dělat dobře před spaním. Ted nějak nevím, co bych na tohle odpověděla, když nemyslíte psychologickou terapii. ¨

T: Zkuste se zamyslet nad otázkou: Pokud bych mohla něco změnit, co se týká aktivit, co by to bylo? R: Nespokojená jsem v nedostatku pomůcek v arte, které jsou k dispozici.

T: Kdybyste mohla pokračovat v provozování některých technik i po propuštění, lákalo by Vás to? R: Určitě, až přijdu domů, tak si chci s dcerou něco vyrobit. Třeba tu ubrouskovou techniku, kterou jsme tu spolu dělali, nebo by zvládla i malování na sklo. A koupím domů tu hru na paměť, kterou jsme spolu hráli. Také jsem zjistila, že se mi dobře usínalo i po relaxaci s mluveným slovem, takže pokud mi dáte nějaký tip, kde bych ji mohla sehnat, tak bych si ji asi ráda někdy před spaním pustila. Možná mě to uspí ještě dříve, než stihnu přemýšlet o blbostech. Pokud si zapamatuji tu Vaši svalovou relaxaci, tak tu si můžu zkusit udělat klidně i v práci v polední pauze s kolegyní. Neříkám, že každý den, ale když se nám zadaří jednou dvakrát týdně, tak to bude dobré na tu naši páteř.

T: A kdybyste si zkusila představit, jaké jsou předpoklady, abych mohla pokračovat v provozování některých technik i po propuštění? R: Asi můj zdravotní stav, aby byl dobrý, aby vše i v rodině fungovalo. Peníze na ubrousky a sklo mám, v tom problém není.

T: Dáváte přednost relaxačním a odpočinkovým činnostem nebo činnostem, kde se můžete spíše aktivně zapojovat? R: Žádná aktivita mi nevadí, vyhovuje mi nejvíce něco v dílně dělat a bavila mě ta terapie vzpomínkou, jak jsme se bavily třeba o tradicích o Vánocích a o lednových tradicích.

T: Chybí Vám zde nějaká aktivita? R: Nechybí mi zde žádná aktivita, nic mě nenapadá, co by mi tu scházelo.

Příloha 4: Kódy pro analýzu záznamů z rozhovorů a rozdělení do kategorií

Kódové označení témat pro analýzu záznamů z rozhovorů – kategorie „EMOCE“

Pořadové číslo	Název kódu	Kategorie
	Zklidnění Radost Nadšení Obavy (z hodnocení jinými) Obavy (z navrácení domů) Úzkost (z prezentace před jinými)	Emoce

Kódové označení témat pro analýzu záznamů z rozhovorů – kategorie „OČEKÁVÁNÍ“

Pořadové číslo	Název kódu	Kategorie
	Být přijat mezi ostatní, do nějaké skupiny Vyrovnat se sám se sebou, zpracovat vlastní problémy Kladné posouzení pro brzké propuštění Navázat kontakt s ostatními Možnost pohovořit si o svých problémech s terapeutem Přijít na jiné myšlenky Dělat oblíbenou činnost Dělat něco příjemného Dozvědět se něco o sobě Zabavit se Splnit účast na terapiích	Očekávání

Kódové označení témat pro analýzu záznamů z rozhovorů – kategorie „HODNOCENÍ“

Kategorii „hodnocení“ jsme volili v souhlase s 5. výzkumnou otázkou - s cílem poznat, jaké techniky se dají zlepšit.

Pořadové číslo	Název kódu	Kategorie
	preferované aktivity hodnocení časového harmonogramu oblíbenost nejmenší oblíbenost nejvyšší Hodnocení vedení Hodnocení jednotlivé aktivity Hodnocení nabídky	Hodnocení

Kódové označení témat pro analýzu záznamů z rozhovorů – kategorie „PŘÍNOS“

Pořadové číslo	Název kódu	Kategorie
	Lepší spánek Vyrobit výrobek nebo výtvor Kladnější posudek lékaře k brzkému propuštění Procvičit mozek Cvičení mozku Smysluplné využití času Chuť pokračovat, zkusit si něco doma Uvědomění si některých souvislostí Uvolnění napětí, emocí Možnost pohovořit si o svých problémech s terapeutem Méně času zabývat se sám sebou Zlepšení komunikace s lidmi, odstranění zábran přínos pro mě Odreagování přínos pro mě	Přínos

Témata pro analýzu záznamů z rozhovorů – kategorie „VLIVNÉ ASPEKTY“

Pořadové číslo	Název kódu	Kategorie
	Osoba a přístup terapeuta Obavy, abych se nezesměšnil před ostatními Dobrovolnost aktivity Touha udělat něco pro sebe Doporučení personálu Překážky pro účast Kladné posouzení pro brzké propuštění Kamarádský kolektiv ve skupině Obavy, co se po mně bude chtít Typ aktivity, která se má dělat (dělat oblíbenou činnost) Denní doba v rámci denního režimu Vlastní zvědavost Doporučení spolupacientů	Vlivné aspekty

Příloha 5: Abstrakt bakalářské diplomové práce

Vysoká škola: Univerzita Palackého v Olomouci **Fakulta:** Filozofická

Katedra: Psychologie **Školní rok:** 2019/2020

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: VÝZNAM PODPŮRNÝCH TERAPEUTICKÝCH TECHNIK PRO JEDINCE S DEPRESIVNÍ PORUCHOU

Autor práce: Bc. Nikol Mojová, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph.D.

Počet stran a znaků: 128 stran / 213 895 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 183

Abstrakt– česky:

Ve spojení s farmakoterapií a psychoterapií depresivní poruchy se používají také různé podpůrné terapie. Mezi podpůrné terapie patří především expresivní techniky (muzikoterapie, arteterapie), ale i další aktivační techniky (paměťová terapie, kognitivní trénink, relaxace). Hlavními terapeutickými cíli, které sledují, jsou podpora kreativity a sebezdokonalování, soustředění pozornosti a rozvoj pozitivní zpětné vazby. Tato práce se snaží zjistit, co pacienti od aktivačních technik očekávají a jaké přínosy jim tyto techniky poskytují z jejich pohledu. Hledá také podmínky, které jsou důležité pro aktivní účast pacientů na terapii. Výsledky práce ukazují, že v životě jedince s depresivní poruchou jsou aktivační techniky nejvíce důležité pro zvládání anhedonie a vyplnění času. Tyto techniky v celkové léčbě tak zaplňují mezeru, kterou nemůže farmakoterapie pokrýt. Práce také ukazuje, na co lze v budoucnu zaměřit další zefektivnění podpůrných terapií u pacientů s depresivní poruchou. Jsou to faktory, které ovlivňují zapojení pacientů a jejich motivaci, jakož i vlastní provedení některých technik, zejména méně populárních. Dále práce navrhuje, že s pomocí podpůrných technik mohou být v budoucnu formulovány další terapeutické cíle, jako je zaměření na plánování činnosti, překonávání překážek nebo převzetí odpovědnosti.

Klíčová slova: Deprese, terapie uměním, arteterapie, kognitivní trénink, relaxace, dospělí

ABSTRACT OF THESIS

Title: THE VALUE OF SUPPORTING THERAPEUTIC TECHNIQUES FOR INDIVIDUALS WITH DEPRESSIVE DISORDER

Author: Bc. Nikol Mojová, DiS.

Supervisor: Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph.D.

Number of pages and characters: 128 pages / 213 895 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 183

Abstract

Various supportive therapies have been used together with pharmacotherapy and psychotherapy of depressive disorder. Supportive therapies mainly include expressive techniques (music therapy, art therapy), but also other activation techniques (memory therapy, cognitive training, relaxation). The main therapeutic goals they follow are encouragement of creativity and self-coreing, focusing attention and developing positive feedback. This work tries to find out what patients themselves expect from activation techniques and also what benefits these techniques provide them from their perspective. It also looks for conditions that are important for patients to be actively involved in therapy. The results of the work show that in the life of an individual with depressive disorder, activation techniques are of the utmost importance in managing anhedonia and filling in time. Thus, these techniques in the overall treatment fill a gap that cannot be covered by pharmacotherapy. The work also shows what can be focused on in the future in further streamlining supportive therapies for patients with depressive disorder. These are factors influencing the involvement of patients and their motivation, as well as the actual implementation of some techniques, especially less popular ones. It further suggests that further therapeutic goals can be formulated in the future with the aid of supportive techniques, such as focusing on activity planning, overcoming barriers, or taking over responsibility.

Key words: depression, arts therapies, art psychotherapy, cognitive training, relaxation, adults.