

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

SPECIFICKÉ ASPEKTY DISTANČNÍ
PSYCHOTERAPIE Z POHLEDU
KLIENTŮ

SPECIFIC ASPECTS OF REMOTE PSYCHOTHERAPY
FROM THE PERSPECTIVE OF CLIENTS



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. et Bc. Eva Petrová**

Vedoucí práce: **PhDr. Leona Jochmannová, Ph.D.**

Olomouc

2022

Poděkování

V prvé řadě bych ráda poděkovala PhDr. Leoně Jochmannové, Ph.D za ochotu a vstřícné jednání při odborném vedení této práce, stejně jako za příležitost věnovat se zvolenému tématu. Dále děkuji všem psychoterapeutům za ochotu zprostředkovat nabídku k účasti ve výzkumu svým klientům a samotným klientům za jejich důvěru a otevřenost při realizaci výzkumných interview.

Velké poděkování patří také mým laskavým prarodičům a rodičům za podporu při studiu, stejně jako mému příteli a kamarádům.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou prací na téma: „Specifické aspekty distanční psychoterapie z pohledu klientů“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

OBSAH	3
ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Vymezení distanční psychoterapie.....	7
1.1 Definice psychoterapie a její legislativní ukotvení	7
1.2 Psychoterapie v kontextu distanční péče	9
1.3 Vymezení psychoterapie prostřednictvím videokonference a telefonu..	11
2 Specifické aspekty distanční psychoterapie	12
2.1 Odborné pokyny pro realizaci distančních psychologických služeb podle APA	12
2.2 Výhody distanční psychoterapie.....	14
2.3 Nevýhody, rizika a kontraindikace distanční psychoterapie	17
2.4 Terapeutická aliance a terapeutický vztah.....	19
3 Distanční psychoterapie ve vybraných psychoterapeutických přístupech	22
3.1 Psychoanalýza a psychodynamické přístupy.....	23
3.2 Kognitivně-behaviorální terapie	28
4 Distanční psychoterapie u vybraných duševních onemocnění.....	33
4.1 Účinnost distanční psychoterapie	33
4.2 Poruchy nálady	34
4.3 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy	36
4.4 Poruchy osobnosti a chování u dospělých.....	39
5 Dosavadní výzkumy distanční psychoterapie z pohledu klientů	40
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	43
6 Výzkumný problém.....	44
6.1 Výzkumné cíle a výzkumné otázky	45
7 Metodologický rámec	47
7.1 Design výzkumu	47
7.2 Metoda získávání dat	48
7.3 Výzkumný soubor a průběh získávání dat.....	48
7.4 Metody zpracování a analýzy dat	49
8 Etické aspekty výzkumu	54
9 Výsledky výzkumu	55
9.1 Významné tematické okruhy	55
9.2 Odpovědi na výzkumné otázky	66

10	Diskuse	73
11	Závěry.....	81
12	Souhrn	82
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	86
	SEZNAM TABULEK.....	98
	SEZNAM PŘÍLOH.....	99

ÚVOD

V důsledku pandemie koronavirového onemocnění covid-19, jejíž vypuknutí bylo vyhlášeno Světovou zdravotnickou organizací v březnu 2020, vznikla potřeba realizovat psychoterapii a další psychologické služby na dálku prostřednictvím videohovoru nebo telefonního hovoru. V některých zahraničních zemích je distanční forma psychoterapie hojně zkoumána nebo je již delší dobu v praxi využívána u určitých cílových skupin obyvatel. V České republice nebyla distanční psychoterapie dosud součástí klinické praxe a během pandemie covidu-19 tak její realizace znamenala pro mnoho odborníků i klientů novou zkušenost a výzvu.

Tato magisterská diplomová práce se zaměřuje na zkušenost klientů s distanční psychoterapií realizovanou během pandemie covidu-19. Na základě rešerše literatury jsme shledali, že distanční psychoterapie z pohledu klientů je dosud zkoumána v menší míře než z pohledu psychoterapeutů a získané poznatky jsou spíše kvantitativního charakteru. Chybí nám tedy znalost souvislostí s jedinečným životním kontextem klienta. Navíc byla většina studií realizována v období před pandemií covidu-19, která do zkoumané oblasti přinesla zásadní změny. Cílem práce tedy bylo jednak představit dosavadní poznatky o distanční psychoterapii, jednak zmapovat výše uvedenou zkušenost klientů. Zaměřili jsme se přitom na faktory, které byly pro klienty důležité při volbě distanční psychoterapie a jejich jednotlivých forem, dále na rozdíly, které vnímali mezi osobní a distanční psychoterapií, stejně jako na vnímané výhody, nevýhody a rizika. Naší prací jsme chtěli přispět k odborné diskusi na téma distanční psychoterapie a vhodnosti jejího využití pro určité typy klientů.

Autorka poskytla výsledky analýzy výzkumných dat a text teoretické části diplomové práce pro potřeby projektu TL04000033 Možnosti on-line psychosociální péče pro situace omezeného přímého kontaktu, který je realizován Univerzitou Palackého v Olomouci a je spolufinancován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci Programu ÉTA – COVID-19. Autorka nebyla za práci finančně ohodnocena a nespolupracovala při dalším zpracování textu a výsledků analýzy pro účely tvorby výstupů z projektu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ DISTANČNÍ PSYCHOTERAPIE

První kapitola je věnována tématům vymezení pojmu psychoterapie a zasazení psychoterapie do kontextu distanční péče, které slouží jako uvedení do dané problematiky. Následně vymezujeme distanční psychoterapii prostřednictvím videohovoru a telefonu, kterých se zejména týká tato práce.

1.1 Definice psychoterapie a její legislativní ukotvení

Psychoterapii můžeme chápat ve dvou základních významech. Jednak jako samostatný vědní obor, který se zabývá léčbou duševních onemocnění a poruch. Věnuje se teorii, metodologii a realizaci výzkumů, jejichž závěry zobecňuje a aplikuje v praxi. Teorie psychoterapie není v současné době jednotná, ale skládá se z přibližně 10 základních přístupů s vlastní teorií osobnosti, etiopatogenezí poruch, rozdílným zaměřením na obsah a průběh psychoterapie, používané metody a techniky ad. Těmito základními přístupy jsou zejména hlubinná psychoterapie, dynamická a interpersonální psychoterapie, rogersovská psychoterapie, behaviorální psychoterapie, kognitivní psychoterapie, komunikační psychoterapie, gestalt terapie, existenciální a humanistická psychoterapie (Kratochvíl, 2017). Vymětal (2010) mezi nejdůležitější psychoterapeutické směry řadí také neuropsychoterapii. V současnosti se pak čím dále více prosazují eklektivní a integrativní pojetí psychoterapie. Eklektivní psychoterapie využívá metod z různých psychoterapeutických směrů podle potřeb konkrétního klienta a integrativní přístup se snaží o vytvoření jednotné teorie psychoterapie sjednocením ostatních teoretických přístupů (Kratochvíl, 2017; Vybíral & Roubal, 2010).

Z hlediska druhého významu pak psychoterapie představuje činnost, záměrné a plánovité léčebné působení psychologickými prostředky na psychiku osob, které trpí psychickou nemocí, poruchou či anomálií. Cílem psychoterapie je odstranění a zmírnění potíží, případně i jejich příčin. V jejím průběhu dochází ke změnám v prožívání a chování jedince (Kratochvíl, 2017). Psychoterapii může vykonávat pouze kvalifikovaný pracovník. Podle požadavků na kvalifikaci psychoterapeuta se psychoterapie dělí na tři stupně:

1. **Podpůrná psychoterapie**, která je v kompetenci každého lékaře a psychologa.

2. **Odborná psychoterapie**, pro jejíž výkon je u psychologů vyžadována zkouška z postgraduální specializační přípravy pro práci ve zdravotnictví, u psychiatrů atestace z psychiatrie a u ostatních lékařů speciální zkouška v akreditovaném zařízení.
3. **Systematická psychoterapie**, kterou mohou vykonávat absolventi dlouhodobého psychoterapeutického výcviku, zahrnuje také supervizi a je zakončena kvalifikační zkouškou (Kratochvíl, 2017).

V České republice v současnosti neexistuje samostatný zákon o psychoterapii (Telec, 2017). Legislativně jsou psychoterapie a činnost psychoterapeuta vymezeny pouze v zákonech a vyhláškách pro oblast zdravotnictví (kupříkladu Vyhláška č.134/1998, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami; Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb ad.), která je proto jedinou oblastí, kde se psychoterapie může vykonávat. Z dané legislativy tak vyplývá, že absolventi dlouhodobého psychoterapeutického výcviku, kteří pracují v jiné oblasti než zdravotnictví, nemohou svou činnost nazývat psychoterapií (Telec, 2017; Vybíral & Roubal, 2010). Uvedená oblast je předmětem dlouhodobých sporů mezi zastánci dvou názorových stran, z nichž jedna se pokouší o udržení psychoterapeutické činnosti pouze ve zdravotnictví a druhá se zasazuje o liberálnější využití psychoterapie i v jiných resortech a možnost jejího vykonávání absolventy psychoterapeutického výcviku, kteří mají jiné než psychologické či lékařské vzdělání (Vybíral & Roubal, 2010). V naší práci se v souladu s platnou českou legislativou zaměřujeme na psychoterapii realizovanou v resortu zdravotnictví.

Každá země má v legislativním uchopení psychoterapie vlastní odlišnosti. Kupříkladu Rakousko v samostatném zákonu o psychoterapii (Psychotherapiegesetz z roku 1990) vymezuje psychoterapii jako samostatnou profesi a psychoterapeutem mimo oblast zdravotnictví se může stát i člověk s jiným než medicínským a psychologickým vzděláním. Německo má zákon o psychoterapeutech (Psychotherapeutengesetz z roku 1998), který stanovuje, že psychoterapii vykonává lékař-psychoterapeut, psycholog-psychoterapeut a psychoterapeut pro děti a dospívající, kterým se může stát také pedagog nebo sociální pracovník (Telec, 2017; Vybíral & Roubal, 2010). Zároveň jsou zde oficiálně uznány jen tři psychoterapeutické přístupy, a to psychoanalýza, psychodynamická psychoterapie a KBT. Ve Velké Británii mohou vykonávat psychoterapii psychiatři, dětské psychoterapeuti s výcvikem v psychoanalytické psychoterapii, kliničtí psychologové, poradenští psychologové, zdravotní sestry a arteterapeuti. Hranice mezi psychoterapií a poradenstvím

zde nejsou jasně vymezeny, přičemž vládní programy upřednostňují přístup KBT (Vybíral & Roubal, 2010).

1.2 Psychoterapie v kontextu distanční péče

Klasická psychoterapie se odehrává v osobním kontaktu psychoterapeuta a klienta/klientů, tzv. „tváří v tvář“ (Fernandez et al., 2021). Může se jednat o kontakt individuální (psychoterapeut a klient), který je nejrozšířenější formou, dále pak skupinový (psychoterapeutická skupina sestavená na základě obtíží a věku daných jedinců, rodinná a partnerská terapie) a léčebné společenství neboli komunitní způsob léčby poskytovaný ve zdravotnickém zařízení (Vymětal, 2010).

S nástupem internetu a informačně komunikačních technologií se však začaly rozvíjet inovativní způsoby psychologické práce přes internet (Suler, 2000). Mnohé z nich se staly předmětem výzkumu a některé se začaly uplatňovat v praxi, ať již v oblasti zdravotnictví nebo v jiných oblastech. Kupříkladu zdravotními pojišťovnami podporovanou formou psychoterapie v Austrálii a v USA je videokonference v distanční péči pro obyvatele vzdálených vesnických oblastí (APA, 31. března 2011; Knott, Habota, & Mallan, 2020). Distanční (na dálku) psychologická intervence může mít mnoho podob, které se liší na základě využití technologické platformy, zahrnutí on-line a off-line prvků, lidského kontaktu nebo naopak automatizovaného fungování ad. Jedná se kupříkladu o audiovizuální konferenci, telefonování, SMS, různé formy chatu (textový, prostřednictvím avatara či v multimediálním prostředí), email, audio a video nahrávky či zautomatizované programy, které vykonávají terapii samy nebo pod dohledem terapeuta (Smoktunowicz et al., 2020; Suler, 2000).

Současně začala v této oblasti vznikat terminologická nejednotnost. Smoktunowicz et al. (2020) přinášejí přehled celkem 45 termínů, které se objevují v zahraničních vědeckých publikacích pro označení psychologické intervence přes internet. Nejčastěji jsou to termíny: teletherapy, digital health, web based intervention a internet-delivered therapy. Méně často pak kupříkladu: computer-assisted therapy, cybertherapy, e-mental health, e-therapy, internet-based treatment, online therapy, telepsychology ad. Každý z termínů se přitom odkazuje k jinému způsobu práce a ani používání stejných termínů není v literatuře konzistentní. Smoktunowicz et al. (2020) proto zdůrazňují potřebu sjednotit užívanou terminologii a na základě dohody 23 expertů z různých zemí doporučují se pokusit v blízké

budoucnosti o vytvoření společného glosáře pojmů. V současnosti však přetrvává volné užívání termínů na základě individuálního rozhodnutí jednotlivých autorů.

V kontextu zdravotnictví můžeme distanční psychoterapii zařadit do širších oblastí eHealth a telemedicíny. Ehealth je nový medicínský obor, který vznikl v 21. století a souvisí s rozvojem počítačové komunikace. Zastřešuje širokou oblast elektronizovaného a informatizovaného zdravotnictví, kam spadá řada dílčích kategorií, kupříkladu telemedicína, mHealth (mobilní zdravotnictví), management patientských informací, právní a etické kodexy, zdravotnický a medicínský e-learning ad. Kromě toho má termín eHealth odkazovat i k aspektům zdraví mimo zdravotnický systém, jako jsou individuální opatření na podporu zdraví v domácnostech, školách apod. Z tohoto důvodu není přesný český překlad slova health jako zdravotnicví a termín eHealth se používá v originální znění (Středa & Hána, 2016). Telemedicína je pak dle WHO (1998, 10) jednou ze součástí eHealth, kterou vymezuje jako poskytování zdravotnických služeb na dálku s využitím informačních a komunikačních technologií k výměně informací pro diagnózu, léčbu, prevenci nemocí a úrazů, výzkum, evaluaci a vzdělávání poskytovatelů zdravotní péče, a to v zájmu zlepšení zdraví celé společnosti. Telemedicína je tedy užší pojem než eHealth a je zaměřena na profesionální lékařskou a léčebnou péči. Oproti tomu eHealth zahrnuje i aktivity, které nejsou nutně spojeny s lékařskými a zdravotnickými pracovníky (Středa & Hána, 2016).

Rozvoj eHealth a telemedicíny je celosvětově jednoznačně podporován. Vedoucí postavení drží USA, kde se realizuje 50 % primárního výzkumu v oblasti telemedicíny a do rozvoje eHealth investují několikanásobně více financí než Evropa. Jednotlivé země jsou na různé úrovni implementace eHealth do služeb a infrastruktury národního zdravotnictví (Středa & Hána, 2016). Platí to také pro oblast distanční psychoterapie, která byla ve většině evropských zemích dosud využívána zřídka nebo pouze v omezené míře (Korecka et al., 2020). Celosvětový posun pro využití distanční psychoterapie a dalších telemedicínských služeb však znamenala pandemie covidu-19 (Classen et al., 2021; Korecka et al., 2020; Thomas et al., 2021). Kvůli mimořádným vládním opatřením, které neumožňovaly osobní kontakt klienta a psychoterapeuta, vznikla globální potřeba poskytovat psychoterapeutické služby distančně (Korecka et al., 2020). V zemích, kde distanční psychoterapie nebyla dosud uznána za legitimní formu psychoterapie (Česká Republika, Rakousko), byla tato možnost zdravotními pojišťovny dočasně zpřístupněna. Stejně tak v zemích, kde byla distanční psychoterapie poskytována jen vybraným skupinám obyvatel za určitých podmínek (USA, Austrálie) byla taková omezení dočasně zrušena a nově mohla být poskytnuta všem

jedincům (Australian Government Department of Health, 7. prosince 2021; Centers for Medicare & Medicaid Services, 17. března 2020; Services Australia, 11. prosince 2021).

1.3 Vymezení psychoterapie prostřednictvím videokonference a telefonního hovoru

V této práci se budeme zabývat zejména psychoterapií prostřednictvím videokonference a telefonického rozhovoru. V prvním případě se jedná o psychoterapii, která je realizovaná na dálku prostřednictvím počítače, notebooku či jiného zařízení s kamerou (tabletu, chytrého telefonu) psychoterapeuta a klienta, kteří se nacházejí na odlišném místě a v reálném čase spolu komunikují, oba se navzájem vidí a slyší (Fernandez et al., 2021; Marchand et al., 2011). To je umožněno internetovým spojením přes softwarové programy, které jsou často k dispozici zdarma a bývají uživatelsky snadno ovladatelné. Jedná se kupříkladu o platformy Skype, Zoom, Google Hangouts, Face Time a sociální sítě Facebook Messenger nebo WhatsApp (Ernest, 2020; Fernandez et al., 2021). Programy kromě synchronní audiovizuální komunikace většinou umožňují také textovou komunikaci prostřednictvím chatu a možnost přeposílání souborů (Fernandez et al., 2020). Základním technickým vybavením pro komunikaci prostřednictvím videokonference je zmíněné zařízení s kamerou a mikrofonom (zabudovanými nebo externími) a stabilní připojení k internetu.

V souladu s Tuerek & Shore (2015) budeme v textu pro psychoterapii prostřednictvím videokonference nejčastěji používat termín klinická videokonference (clinical videoconferencing, zkráceně CV). V zahraniční literatuře se dále můžeme setkat s termíny video-delivered psychotherapy (Fernandez et al., 2021), videoconferencing psychotherapy (Norwood, Moghaddam, Sabin-Farrell, & Malins, 2018), tele-mental health conducted via videoconferencing (Connolly, Miller, Lindsay & Bauer, 2020; Korecka et al., 2020), telebehavioral health (Glueckauf et al., 2018) ad.

V druhém případě, tedy psychoterapii prostřednictvím telefonického rozhovoru se rovněž jedná o synchronní komunikaci mezi psychoterapeutem a klientem, kteří se nacházejí na odlišných místech. Komunikace je však pouze zvuková, tedy psychoterapeut a klient se navzájem slyší, nikoliv vidí. Hovor může být uskutečněn pomocí mobilního telefonu, pevné linky nebo internetové telefonie. V textu budeme tuto formu psychoterapie nejčastěji označovat jako telefonická psychoterapie. Využití telefonu v psychoterapii není novinkou, první zmínka se objevuje již v roce 1951 (Saul, 1951).

2 SPECIFICKÉ ASPEKTY DISTANČNÍ PSYCHOTERAPIE

V této kapitole uvedeme poznatky o distanční psychoterapii z hlediska jejich výhod, nevýhod, rizik a kontraindikací. Samostatná podkapitola je věnována odborným pokynům pro realizaci distančních psychologických služeb (APA, 2013), které výstižně shrnují podstatné rozdíly mezi osobní a distanční formou psychoterapie.

2.1 Odborné pokyny pro realizaci distančních psychologických služeb podle APA

Americká psychologická asociace (APA) vydala v reakci na rozvoj distančních psychologických služeb pokyny pro jejich realizaci. Na tyto pokyny je nahlíženo jako na doporučení, která mají pomoci zajistit vysokou úroveň psychologické praxe. Na rozdíl od profesionálních standardů však nejsou povinná ani vymahatelná (APA, 2013).

Pokyny se zaměřují na témata v rámci dvou hlavních oblastí, ve kterých byl identifikován klíčový rozdíl oproti osobním službám. Jedná se o kompetenci psychologa pro využívání telekomunikačních technologií a informovanost klienta o zvýšených rizicích ztráty bezpečnosti a důvěrnosti při používání telekomunikačních technologií. Doporučení se týkají následujících osmi témat:

1. Kompetence psychologa.
2. Standardy péče pro poskytování distančních psychologických služeb.
3. Informovaný souhlas.
4. Důvěrnost informací a dat.
5. Zabezpečení a přenos informací a dat.
6. Likvidace informací, dat a technologií.
7. Testování a diagnostika.
8. Mezijurisdikční praxe (APA, 2013).

Dále stručně zmíníme některá doporučení pro jednotlivá témata. Co se týče kompetencí psychologa, doporučení vede k převzetí zodpovědnosti za průběžné hodnocení a zvyšování vlastních odborných a technických dovedností pro poskytování distančních

psychologických služeb. Psychologové by měli usilovat o získání rozšiřujícího vzdělání v této oblasti, kupříkladu absolvováním příslušných vzdělávacích aktivit, tréninkových programů (odborných i technických) a sledováním odborné literatury. Dále je vhodné využít konzultací s kvalifikovanými kolegy a dalšími odborníky. Psychologové jsou povzbuzováni k tomu, aby na základě dostupné odborné literatury, nejnovějších výzkumných závěrů, osvědčených postupů a klientových preferencí vždy zhodnotili vhodnost distanční služby pro konkrétního klienta (APA, 2013).

Poskytování distanční psychologické péče se týká stejné etické a odborné standardy, které musejí být dodržovány v osobní formě služby. Dále je potřeba, aby psycholog před zahájením distanční péče zhodnotil, do jaké míry je distanční forma služby vhodná pro konkrétního klienta. Zhodnocení se může týkat kupříkladu potenciálních rizik i výhod realizace distanční služby, multikulturních a etických aspektů, a volby její nejvhodnější formy (videokonference, telefon, e-mail apod.). Očekává se, že psycholog bude vhodnost poskytování distanční služby dále vyhodnocovat v průběhu spolupráce (APA, 2013).

Před zahájením distanční psychologické služby by měl psycholog od klienta získat informovaný souhlas, který se věnuje specifickým aspektům konkrétní poskytované distanční služby. Jedná se kupříkladu o důvěrnost a zabezpečení informací, přičemž psychologové by si měli být vědomi přítomných rizik a poskytnout klientovi adekvátní informace. Rizika se mohou týkat technologických problémů i omezení konkrétních služeb v důsledku jejich realizace na dálku. Je také možné domluvit se s klientem na pravidlech ochrany dat a informací, kupříkladu nepřeposílání emailů od psychologa dalším lidem. Mezi další doporučené oblasti informovaného souhlasu patří domluva na podmínkách platby za konkrétní službu, postupu v případě technologického selhání a zodpovědnosti za další vzniklé náklady spojené s poskytováním distanční služby (APA, 2013).

Využití telekomunikačních technologií přináší zvýšené riziko ztráty důvěrnosti dat a informací, která se týká klientů. Psychologové by měli usilovat o ochranu dat a informací, předem se obeznámit s riziky a v případě potřeby konzultovat své postupy vedoucí k zabezpečení dat s odborníkem na technologie. Se zvýšeným rizikem ztráty důvěrnosti dat by měli samozřejmě obeznámit své klienty. Dále mají psychologové na starosti zabezpečení dat v rámci své organizace a ujištění se, že k nim nebude mít přístup nikdo nepovolaný. Je potřeba zajistit ochranu dat před potenciálními hrozbami jako jsou počítačové viry, hackeři, krádeže technologického vybavení, poškození pevných nebo přenosných disků,

selhání bezpečnostních systémů, závady softwaru, nefunkční nebo zastaralá technologie ad. Psychologové by také měli vytvořit postupy k bezpečné a úplné likvidaci elektronických dat a informací o klientech, stejně jako technologických prostředků (hardwaru i softwaru), které byly využity k získání, uchování a přenosu dat a informací. Postupy likvidace dat by měly být zdokumentovány (APA, 2013).

Dalším specifickým tématem je distanční psychologická diagnostika. Ačkoliv některé screeningové nástroje se již běžně používají v on-line formě, většina psychologických testů a diagnostických nástrojů je navržena pro osobní použití. Rizika distanční administrace psychodiagnostických nástrojů spočívají v možnosti klienta využít mobilní telefon a přístup na internet, dále pak v přítomnosti další osoby v místnosti nebo rušivých vlivů v prostředí na straně klienta. Psychologové by se měli snažit zajistit takové podmínky pro administraci metody, které jsou v souladu s testovým manuálem a neohrozí tak její validitu a reliabilitu. Jsou si vědomi výše uvedených rizik a případně je zohlední při interpretaci výsledků. Pokud jsou dostupné normy vycházející z administrace prostřednictvím telekomunikačních technologií, využívají je (APA, 2013).

Posledním klíčovým tématem, kterému se pokyny věnují, je mezijurisdikční praxe. Jedná se o poskytování distančních psychologických služeb přes hranice jednotlivých států, území a provincií se samostatnými řídicími orgány. Může se jednat jak o situace, kdy jsou psycholog nebo klient dočasně v zahraničí, tak o trvalou praxi psychologa. Každé území má vlastní zákony a předpisy, které mezijurisdikční praxi regulují. Stejně tak existují rozdíly v tom, které služby a telekomunikační technologie jsou v jednotlivých územích zákonem vymezeny. Je proto důležité, aby se psycholog s příslušnými zákony předem obeznámil (APA, 2013).

2.2 Výhody distanční psychoterapie

Za jednu z hlavních výhod distančních psychologických služeb můžeme považovat zvýšení dostupnosti péče, a to zejména pro klienty kteří:

- žijí v oblastech s nedostatkem psychologických služeb, kupříkladu na venkově a je pro ně obtížné za službami dojíždět,
- z různých důvodů (riziko stigmatu ad.) nechtějí nebo nemohou navštěvovat terapeuta v místě svého bydliště (Lindsay et al., 2017; Reimer-Reiss, 2000),

- mají duševní obtíže, které jim cestování komplikují, jako například sociální úzkost nebo agorafobii (Reimer-Reiss, 2000; Vybíral, & Vondráčková, 2012),
- mají zdravotní potíže, kvůli kterým se nemohou vzdálit z domova (Reimer-Reiss, 2000),
- pečují o děti (Lindsay et al., 2017),
- hodně a nepravidelně cestují, což jim neumožňuje pravidelně docházet na terapii,
- potřebují využít služeb cizojazyčného terapeuta (Vybíral, & Vondráčková, 2012).

Tradiční model léčby duševního onemocnění (osobní individuální psychoterapie poskytovaná odborníkem s vysokoškolským vzděláním a výcvikem) je schopen zajistit účinnou evidence-based léčbu, ale pouze omezenému počtu lidí v určitých geografických oblastech, kde se služby koncentrují. Využití videokonference, telefonu a dalších technologických prostředků znamená rozšíření tradičního modelu a je důležitým krokem k řešení výše uvedeného problému, jelikož umožňuje poskytovat služby jedincům, kteří by k nim jinak neměli přístup (Kazdin & Rabbitt, 2013). Distanční služby se dále nabízejí jako alternativa v krizových situacích ohrožujících zdraví, jakou představuje i současná pandemická situace (Fernandez et al., 2021). V takovém případě znamená osobní setkání riziko pro terapeuta i klienta. Zároveň je však důležité zachovat kontinuitu psychoterapeutické péče a pokrýt zvýšenou potřebu psychologické podpory, která může souviset například s psychologickými dopady karantény nebo truchlením (Poletti et al., 2020). Videokonference také umožňuje realizaci partnerské, manželské nebo rodinné terapie v případech, kdy se jednotlivé osoby nacházejí na geograficky vzdálených místech (Vybíral & Vondráčková, 2013).

Další zmiňovanou výhodou distančních služeb je nákladová efektivita (Bashshur, Shannon, Bashshur, & Yellowlees, 2016). Nákladová efektivita vyjadřuje poměr mezi náklady a přínosy hodnocené intervence ve srovnání s jinou intervencí (§15 odst. 8 Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů). Distanční služby duševního zdraví jsou typicky porovnávány s osobní formou léčby. Bashshur et al. (2016) porovnali 5 studií, které analyzovaly nákladovou efektivitu distančních služeb duševního zdraví v různých oblastech (psychiatrické konzultace pro děti a adolescenty, konzultace s obyvateli venkovských domovů pro seniory nebo veterány, psychiatrická péče v primární péči a využití svépomocné mobilní aplikace pro snížení stresu). Autoři došli k závěru, že distanční psychologické služby se stávají

nákladově efektivními s vyšším počtem klientů, vyšším využitím služeb a větší vzdálenostní potřebou pro cestu.

Technologické prvky poskytují určité možnosti rozšíření terapie. Během videokonferenčního kontaktu mohou terapeut a klient mezi sebou sdílet dokumenty, obrázky ad. Po vzájemné domluvě je možné z terapie jednoduše pořídít videozáznam, ke kterému se terapeut nebo klient mohou v případě potřeby vracet mezi sezeními (Sluková et al., 2022; Vybíral & Vondráčková, 2013). Účastníci videokonferenčního hovoru mají možnost zapnout nebo vypnout vlastní videokameru a zvuk. Toho je možné využít v určitých situacích, kupříkladu pokud se klient stydí v nácvikových situacích (Odgen & Goldstein, 2020), při rozhovoru o náročných tématech (Kocsis & Yellowlees, 2018), nebo pro usměrnění komunikace při práci s rodinou (Rolnick & Hellman, 2020; Sluková et al., 2022).

Na další specifické aspekty distanční komunikace lze nahlížet jako na výhody v určitých psychoterapeutických směrech. Kupříkladu z psychodynamického hlediska je možné vnímat jako pozitivní terapeutický faktor, že klient má zvýšenou kontrolu nad svým prostředím, respektive možnost upravit hlasitost zvuku, vzdálenost od obrazovky, osvětlení a teplotu v místnosti apod. (Agar, 2020; Kocsis & Yellowlees, 2018). Využití videokonference nám také přináší nové informace o prostředí klienta (např. uspořádání prostoru, výzdoba, přítomnost domácích zvířat), které můžeme reflektovat a uplatnit v terapii (Sluková et al., 2022; Weinberg & Rolnick, 2020). Podle Roeslera (2017) má fakt, že komunikující navzájem vidí část svého soukromí, také vliv na terapeutický vztah. Omezená neverbální komunikace bývá zpravidla uváděna jako nevýhoda distančního kontaktu. Pozitivním důsledkem však může být to, že terapeut se během on-line terapie zpravidla více verbálně zaměřuje na fyzické potřeby klienta a tím u něj posiluje jejich uvědomování (Agar, 2020; Sluková et al., 2022).

V neposlední řadě jsou někteří klienti v on-line prostředí otevřenější a sdílnější než v osobním kontaktu. Lidé ve virtuálním prostředí obecně ztrácejí zábrany a odváží se říct nebo udělat více věcí než v osobním kontaktu. Tento jev, v kyberpsychologii nazván jako dezinhibiční efekt (Suler, 2002), má svou pozitivní i negativní stránku. Na jednu stranu existuje předpoklad, že pro určité typy klientů je v distanční komunikaci jednodušší svěřit se s náročnými tématy, osobní kontakt pro ně může být naopak příliš zahlcující. Jedná se kupříkladu o traumatizované klienty, klienty se sexuálními problémy nebo s obsedantně-

kompulzivní poruchou (Roesler, 2017). Na druhou stranu se dezinhibiční efekt v on-line prostředí může projevat neuvědomovanou katarzí a agováním (Suler, 2002).

2.3 Nevýhody, rizika a kontraindikace distanční psychoterapie

Za jednu z hlavních nevýhod distanční psychoterapie bývá považována omezená neverbální komunikace. V telefonické terapii jsou neverbální informace obsaženy pouze v hlasu komunikujících osob. Videokonference poskytuje větší množství neverbálních informací, avšak obraz zprostředkovaný webkamerou je zpravidla stabilní a zachycuje pouze hlavu nebo vrchní část těla komunikujících osob. Unikají tak informace o držení těla, dýchání, motorických pohybech mimo kameru, vůni apod. (Weinberg & Rolnick, 2020; Sluková et al., 2022). Tyto neverbální signály jsou důležité jak pro správné rozpoznání fyzického i psychického stavu člověka, tak pro sdílení empatie. Na druhou stranu však na obrazovce vidíme obličej druhého člověka z větší blízkosti a detailněji než při osobním kontaktu, což může rozpoznávání emocí také usnadňovat (Rolnick, 2020). Zásadní je zajištění dobrého osvětlení, abychom množství informací zprostředkované vizuálním kanálem ještě nesnižovali (Ernest, 2020). Oční kontakt, který je důležitým prvkem terapeutického vztahu, je ztížený kvůli tendenci sledovat obraz druhé osoby místo přímého pohledu do webkamery. Terapeut by měl umět alespoň vytvořit dojem, že mají s klientem oční kontakt (Agar, 2020; Sluková et al., 2022). Pokud má notebook webkameru zabudovanou na jiném místě než uprostřed nad obrazovkou, oční kontakt je o to náročnější a je vhodné zvážit koupi samostatné webkamery (Weinberg & Rolnick, 2020).

Významným rozdílem je fyzické prostředí, ve kterém se klient během distanční psychoterapie nachází. Terapeutická místnost je součástí terapeutického uspořádání a poskytuje bezpečný prostor, za jehož udržení je zodpovědný psychoterapeut (Russel, 2015, in Weinberg & Rolnick, 2020). Během distanční psychoterapie se zodpovědnost za zajištění vhodného prostředí přenáší také na stranu klienta, což by mělo být součástí psychoterapeutického kontraktu na začátku terapie. Dalším omezením může být nutnost alespoň minimálního technického zázemí a technické zdatnosti na straně terapeuta i klienta. To může potenciálně limitovat starší věkové skupiny klientů, kteří tak mohou volit spíše telefonickou formu psychoterapie než videokonferenci (Ernest, 2020). Psychoterapeut má navíc zodpovědnost za zajištění ochrany dat ve virtuálním prostředí, což souvisí s výběrem

bezpečné komunikační platformy a znalostí technologických rizik, jak jsme uvedli již v rámci odborných pokynů výše (APA, 2013; Ernest, 2020).

Důležitým tématem je zvládání krizových situací, které mohou během distanční psychoterapie nastat. Doporučuje se mít vytvořen krizový plán, který by měl zahrnovat zejména 3 oblasti: posouzení rizika sebevraždy, právní aspekty a klinickou úvahu. Psychoterapeuti by měli vždy před zahájením distanční psychoterapie posoudit riziko sebevraždy u daného klienta. Při poskytování služby do zahraničí by měli být obeznámeni se zákony, které stanovují pravidla pro dobrovolnou i nedobrovolnou hospitalizaci v dané zemi, kde se nachází klient. V situaci, kdy by klient potřeboval být nedobrovolně hospitalizován, pracovník by si měl být vědom nutného postupu. Rovněž v případě zájmu klienta o dobrovolnou hospitalizaci by měl být psychoterapeut schopen mu poskytnout adekvátní informace o možnostech v jeho okolí a případně i pomoci s vyřízením žádosti tím, že sám kontaktuje dané pracoviště. Klinická úvaha se týká posouzení vhodnosti distanční psychoterapie pro konkrétního klienta. Kontraindikace se zpravidla liší v závislosti na tom, zda se klient během distanční psychoterapie nachází v domácím nebo klinickém prostředí (Shore & Lu, 2015).

Za kontraindikaci pro poskytování distanční psychoterapie v klinickém prostředí jsou považovány následující okolnosti:

- klient v rámci informovaného souhlasu distanční službu odmítne,
- potřeba sdělení závažné zprávy (kupříkladu nová diagnóza, významný laboratorní nález apod.), které je vhodnější sdělit osobní formou,
- neléčená závislost nebo zneužívání návykové látky, které narušují dodržování léčby,
- v anamnéze přítomná intoxikace během léčby,
- akutní násilné nebo nestabilní chování,
- aktuální sebevražedné nebo vražedné myšlenky,
- silně dekompenzovaný stav klienta,
- potřeba akutní hospitalizace,
- psychotické onemocnění, kupříkladu schizofrenie a paranoidní stavy (riziko zhoršení příznaků vlivem technologie),
- akutní psychóza,
- demence, zmatenost nebo úbytek kognitivních funkcí u jedinců, kteří nemají potřebnou podporu pečovatele,

- klienti s významnými senzorickými deficity, které znemožňují komunikaci prostřednictvím videokonference,
- klienti s více zdravotními problémy, které významně ovlivňují kognitivní funkce nebo chování (Shore & Lu, 2015).

Kontraindikace pro poskytování distanční psychoterapie v případě, že se klient nachází v domácím prostředí, jsou dále následující:

- klient, který nemá dostatečné technologické vybavení,
- u klienta je indikována potřeba mít podporující osobu (patient support person; PSP), která bude asistovat se zprostředkováním distančního kontaktu a komunikovat s psychoterapeutem v případě krize, ale klient si tuto osobu neurčí,
- potřeba lékařského dohledu, který není doma možný,
- nedostatek soukromí na straně klienta, kupříkladu pravidelné vyrušování ostatními členy domácnosti (Shore & Lu, 2015).

2.4 Terapeutická aliance a terapeutický vztah

Terapeutickou alianci můžeme obecně definovat jako spolupracující a emoční vztah mezi terapeutem a klientem. Koncept aliance pochází původně z psychoanalýzy, ale významně se rozšířil do obecné teorie psychoterapie. Aliance je považována za základní prvek terapeutického procesu a její kvalita má vliv na výsledek terapie napříč různými psychoterapeutickými přístupy (Martin, Garske, & Davis, 2000). Hartl a Hartlová (2010, 25) termín terapeutická aliance ztotožňují s terapeutickým vztahem a obojí definují jako: „*vztah důvěry a spolupráce mezi terapeutem a pacientem či poradcem a klientem jako prostředek navození žádoucí změny*“. Terapeutický vztah je v literatuře shodně označován za společný účinný faktor psychoterapie (Martin et al., 2000; Vymětal, 2010), který je zejména v individuální terapii často významnějším faktorem než uplatněný psychoterapeutický přístup a konkrétní techniky (Hartl & Hartlová, 2010). Může být chápán dvěma způsoby, jednak jako základní rámec pro uplatnění psychoterapeutických postupů, které jsou nástrojem změny, jednak jako nástroj změny sám o sobě, tedy terapie skrze vztah (Gelso & Carter, 1985; Vymětal, 2010).

V literatuře se dále můžeme setkat s pojmy jako pracovní aliance (též pracovní spojenectví), pomáhající aliance a terapeutické pouto. Ačkoliv mezi nimi existují drobné rozdíly, většina konceptů má společná 3 hlavní témata:

1. spolupráci mezi terapeutem a klientem,
2. emoční vztah mezi nimi,
3. schopnost terapeuta a klienta domluvit se na cíli a úkolech léčby (Martin et al., 2000).

Odlišné pojetí vztahu mezi termíny uvádějí Gelso a Carter (1985, 1994). Navazují na původní psychoanalytický koncept, který dělí terapeutický vztah do 3 hlavních komponent: pracovní spojenectví (working alliance), proces přenosu a protipřenosu, a opravdový vztah (real relationship). Podle Gelsa a Cartera (1985, 1994) jsou tyto komponenty součástí každého psychoterapeutického nebo poradenského vztahu nejen v rámci psychoanalýzy, ačkoliv jejich význam se v jednotlivých terapeutických směrech liší.

Mezi nejčastější obavy, které mají psychoterapeuti v souvislosti s realizací distanční psychoterapie, patří obava z obtíží při navazování terapeutického vztahu nebo negativního vlivu na jeho kvalitu (Connolly et al., 2020; Germain et al., 2010; Kocsis & Yellowlees, 2018; Roesler, 2017). Řada výzkumů však naznačuje, že tyto obavy nejsou zcela opodstatněné, jelikož byla naměřena vysoká pracovní aliance při využití videokonference v psychoterapii (Bouchard et al., 2004; Germain, Marchand, Bouchard, Drouin, & Guay, 2009; Stubbings, Rees, Roberts, & Kane, 2013). Norwood a kol. (2018) na základě metaanalýzy 12 studií došli k závěru, že ačkoliv byla pracovní aliance u videokonference hodnocena ve všech případech jako vysoká, ve srovnání s klasickou terapií je nižší. Úspěšnost terapie ve smyslu redukce symptomů však byla v obou formách terapie srovnatelná. Autoři metaanalýzy upozorňují, že tento fakt nabourává zavedenou představu o přímém vlivu pracovní aliance na výsledek terapie. Navrhují 3 možná vysvětlení: a) pracovní aliance není ve videoterapii tolik důležitá, b) pracovní aliance je nižší z důvodu sníženého komfortu; c) při videoterapii se odehrává zatím neznámý jev, který nižší pracovní alianci kompenzuje.

Bylo také zjištěno, že terapeuti mají tendenci hodnotit pracovní alianci u distanční terapie jako nižší, ve srovnání s osobně probíhající terapií (Rees & Stone, 2005), zatímco klienti ji hodnotí srovnatelně (Ruwaard et al., 2009). Classen et al. (2021) upozorňují na potřebu odlišit postoje terapeutů k distanční psychoterapii podle toho, zda mají nebo nemají předchozí zkušenost s jejím poskytováním. Kupříkladu Whitten a Kuwahara (2004) zjistili,

že počáteční skeptický postoj odborníků k péči prostřednictvím videokonference se změnil k lepšímu, když získali přímou zkušenost s její realizací.

U klientů se obavy z narušení terapeutického vztahu objevují také (Mahmoud et al., 2020), ale obecně jsou distanční psychoterapii o něco více nakloněni než psychoterapeuti (Petersen, Salazar, & Kertz, 2020; Rozental, 2015). Germain et al. (2010) porovnávali terapeutickou alianci v osobní formě KBT a prostřednictvím videokonference u klientů s PTSD. Kromě srovnatelné terapeutické aliance v obou skupinách také zjistili, že ani další měřené proměnné jako klientova počáteční úroveň komfortu s distanční komunikací a počáteční vnímání distanční psychoterapie, nebrání rozvoji terapeutické aliance. Tento výsledek naznačuje, že distanční terapie může být úspěšná i u klientů, kteří nejsou na komunikaci prostřednictvím technologie zvyklí nebo k ní mají zpočátku negativní postoj. Negativní vliv na terapeutickou alianci u videokonference se překvapivě neprojevil ani u proměnných jako obranný postoj k psychoterapii nebo nedostatek psychologické přípravy, které bývají spojeny s nedostatečným rozvojem terapeutické aliance v klasické psychoterapii (Germain et al., 2010).

3 DISTANČNÍ PSYCHOTERAPIE VE VYBRANÝCH PSYCHOTERAPEUTICKÝCH PŘÍSTUPECH

Podle Rolnicka (2020) můžeme psychoterapeutické přístupy zjednodušeně rozdělit do dvou skupin. Jednu nazývá jako „zastánce technik“ a druhou „zastánce vztahu“. Odlišují se tím, jaké terapeutické faktory považují za významné, a tedy i svým názorem na distanční léčbu. Zastánci technik kladou důraz na léčebnou metodu a žádoucí změna je podle nich vyvolána definovaným sledem intervencí. Patří zde kupříkladu kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Pro zastánce vztahu je zásadním terapeutickým faktorem vztah. Jedná se o hlubinné a psychodynamické přístupy, které jsou inspirovány psychoanalýzou a hlavní význam pro duševní život člověka přikládají zážitkům a vztahům v dětství. Příčinou současných duševních problémů jsou podle nich minulé vztahy a podstatou psychoterapie je jejich náprava skrze vztah k psychoterapeutovi (Rolnick, 2020). Jak však upozorňují Praško, Možný a Šlepecký (2007), v praxi ani psychodynamický terapeut zcela neopomíjí behaviorální techniky (kupříkladu relaxace, behaviorální hraní rolí) a naopak behaviorální terapeut si uvědomuje význam terapeutického vztahu pro dosažení terapeutické změny. Terapeutický vztah byl ignorován v původní behavioristické terapii. V současné KBT je kladen důraz na důvěru a spolupracující vztah, není však sám o sobě považován za dostatečný pro terapeutickou změnu.

Překvapivě začali o distanční psychoterapii psát nejdříve zastánci vztahového přístupu, od počátku se však myšlenka distanční psychoterapie setkala u některých psychoanalytiků a psychodynamických terapeutů s nevolí a dodnes má své odpůrce i zastánce. Ačkoliv existuje již poměrně rozsáhlá psychoanalytická literatura na téma distanční psychoterapie, dosud nebyl v psychoanalýze realizován téměř žádný výzkum, ať již kvantitativní nebo kvalitativní na toto téma. Oproti tomu KBT terapeuti začali široce využívat možnosti internetu k adaptaci svých terapeutických technik. Zároveň realizovali množství výzkumů včetně randomizovaných kontrolovaných studií a v současnosti je KBT v oblasti výzkumu distanční psychoterapie dominantním směrem (Rolnick, 2020). Kupříkladu Fernandez a kol. (2021) realizovali metaanalýzu 68 studií z let 2002 – 2020

zaměřených na účinnost videokonference v psychoterapii různých duševních poruch. Přibližně polovina studií uplatňovala KBT přístup, zatímco ostatní psychoterapeutické přístupy byly kvůli nižšímu početnímu zastoupení pro účely metaanalýzy sloučeny do jedné skupiny.

V této kapitole uvedeme poznatky týkající se distanční formy psychoterapie u zmíněných dvou psychoterapeutických směrů (psychoanalýzy a kognitivně-behaviorální terapie), které se v rámci individuální psychoterapie tématu distanční psychoterapie prozatím věnují nejvíce, ať již teoreticky nebo výzkumně. Zahrneme zde také výzkumy týkající se přístupu psychoterapeutů daného směru k distanční psychoterapii. Na počátku každé podkapitoly stručně uvedeme základní charakteristiku psychoterapeutického přístupu a jeho hlavních pojmů s důrazem na užívané metody, nebudeme se však zabývat detailním popisem, který je možno dohledat v samostatných publikacích (Dušek & Večeřová, 2015; Kratochvíl, 2017; Praško et al., 2007) věnovaných psychoterapii nebo konkrétním směrům.

3.1 Psychoanalýza a psychodynamické přístupy

Psychoanalýza je psychoterapeutickým směrem, který vytvořil Sigmund Freud na přelomu 19. a 20. století. Mezi základní koncepty psychoanalýzy patří tři teoretické modely osobnosti (traumatický, topografický, strukturální), důraz na nevědomí a pudové tendence (sexuální a destrukční), teorie psychosexuálního vývoje, oidipovský komplex, obranné mechanismy ad. Freud na své teorii celoživotně pracoval (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Někteří z Freudových raných následovníků se proti jeho určitým názorům vymezili (W. Stekel, S. Ferenczi, O. Rank ad.) a případně vytvořili vlastní psychoterapeutické směry (A. Adler, C. G. Jung). Mezi moderní odnože psychoanalýzy patří egopsychologie (H. Hartmann, M. Mahlerová), psychologie objektních vztahů (O.Kernberg) a selfpsychologie H. Kohuta (Kratochvíl, 2017).

Psychoanalýza dále inspirovala vznik psychodynamických směrů, které však odmítly zásadní důraz kladený na pudovou složku osobnosti. Místo toho se soustředí na sociální faktory a interpersonální vztahy v minulosti i současnosti. V souladu s psychoanalýzou považují za významné nevědomé procesy, intrapsychické konflikty a zážitky z dětství. Mezi zakladatele dynamické psychoterapie patří K. Horneyová, H. Sullivan, F. Alexander ad. (Kratochvíl, 2017).

Jelikož psychoanalýza a další hlubinné a psychodynamické směry, které z ní byly odvozené, sdílejí některé společné rysy, pro účely této podkapitoly je uvádíme dohromady.

Také v odborné literatuře a člancích, které se věnují distanční psychoterapii, jsou termíny psychoanalytická terapie a psychodynamická terapie často užívány současně (Juhos & Mészáros, 2019; Rolnick, 2020). Můžeme z toho usoudit, že poznatky o distanční psychoterapii, které vycházejí převážně z psychoanalýzy, je možné do jisté míry aplikovat i v příbuzných směrech.

Psychoanalytická terapie využívá techniku volných asociací, interpretaci snů, analýzu odporu, přenosu, zabývá se vznikem a nápravou přenosové neurózy (Kratochvíl, 2017). Při **technice volných asociací** klient leží na pohovce a terapeut sedí v křesle mimo zorné pole klienta, přičemž on sám vidí na klientův obličej. Klient je požádán, aby nechal volně plynout své myšlenky a vše nahlas sdílel. Důraz je kladen na to, aby klient sdílel všechny své myšlenky včetně těch, které nepovažuje za důležité nebo je mu nepříjemné o nich mluvit. Sdělení by tak nemělo být logicky uspořádané jako v běžné konverzaci, ale přirozeně zahrnovat všechny vedlejší myšlenky a nápady, které klientovi přijdou na mysl. Terapeut se při technice volných asociací do procesu zpočátku nezapojuje, ale v pozdější fázi terapie začíná přispívat svými interpretacemi, kterými se pokouší přivést klienta k náhledu na jeho nevědomé pohnutky. Klient sám rozhoduje o tom, zda interpretaci přijme a zpracuje. Během procesu analýzy se však u klienta zpravidla vyskytuje **odpor** a důležitým úkolem terapeuta je pomoci klientovi odpor rozpoznat a překonat. Ve fázi volných asociací se odpor projevuje kupříkladu jako delší odmlky při sdělování myšlenek, obtíže s vyvoláním jakékoliv představy, opakováním myšlenek v kruhu nebo náhlou změnou tématu. Ve fázi interpretace se pak odpor může projevit nechtí k přijetí dané interpretace (Kratochvíl, 2017).

Významným přínosem psychoanalýzy do psychoterapeutické praxe je pojetí **přenosu a protipřenosu** (Baštecká, 2015). Přenos označuje emočně zbarvený vztah klienta k terapeutovi, který vzniká přenesením minulých vztahových zkušeností klienta na osobu terapeuta. V původním psychoanalytickém konceptu se jedná o: „*nevědomé a nutkavé opakování infantilních, z libida vycházejících přání a vztahů vůči otci a matce ve vztahu k terapeutovi*“ (Kratochvíl, 2017, 209). Přenos je usnadňován terapeutovou pasivitou a neutrálním chováním. Práce s přenosem je zásadní složkou terapie, která je však náročná na terapeutovu schopnost sebereflexe a regulaci vlastních reakcí. Zároveň se v terapii objevuje protipřenos ze strany terapeuta, který rovněž do vztahu s klientem promítá své zkušenosti a potlačená přání. Je nezbytné, aby si terapeut vlastní pohnutky uvědomoval a uměl s nimi zacházet ve prospěch léčby klienta (Kratochvíl, 2017).

Dalšími důležitými psychoanalytickými pojmy jsou dle Rolnicka (2020) **holding** (držení) a **containing** (kontejnování, obsažení). Pojem držení pochází z teorie objektivních vztahů D. W. Winnicotta a v jeho původním významu vyjadřuje formu podpory a lásky, kterou poskytuje matka dítěti držením v náruči, očním kontaktem a zvuky v komunikaci. V ideálním případě vytváří matka pro dítě bezpečné a příjemné podpůrné prostředí (**holding environment**) (Baštecká, 2015). V psychoanalýze podpůrné prostředí znamená také terapeutický prostor, který jedinci umožní vypořádat se s potenciálně ohrožujícími pocity (APA Dictionary of Psychology, nedat.). Pojem „kontejnování“, který zavedl W. R. Bion, souvisí rovněž s podpůrným vztahem matky. „Dost dobrá matka“ přijímá nepříjemné pocity svého dítěte a pomáhá mu je zpracovat. Podobně v terapeutické situaci klient projikuje své nezvládnuté afekty na analytika, který je kontejnováním přijímá a pomáhá mu nalézt jejich význam (Plhánková, 2020). Pojmy držení a kontejnování ilustrují, nakolik je v psychoanalýze důležitým prvkem terapeutický vztah. Distanční komunikace prostřednictvím internetu nebo telefonu tak může vzbuzovat obavy, zda je možné vytvořit přijímající a podporující vztah bez osobního setkání (Rolnick, 2020).

V posledních desetiletích narůstá mezi psychoanalytiky zájem o využívání telekomunikačních technologií. Je však potřeba prozkoumat, jestli je možné v rámci distanční psychoanalýzy zachovat základní principy psychoanalytického procesu. Důležitá je otázka počátečního posouzení vhodnosti distanční terapie pro konkrétního klienta, příprava prostředí a práce s přenosem a protipřenosem. Mohou se objevit nové formy odporu a další nové fenomény, které je potřeba umět rozpoznat (Juhos & Mészáros, 2019).

Ačkoliv distanční terapie se v rámci psychoanalýzy realizovala již před pandemií covidu-19, mnoho psychoanalytiků se k ní stavělo odmítavě právě z důvodu obav ohledně narušení psychoanalytického procesu a vztahové dynamiky (Békés, Aafjes, Prout, & Hoffman, 2020). Roesler (2017) kupříkladu nabízí dva možné způsoby nahlížení na virtuální interakci v terapii. První z nich je optimistický a považuje virtuální interakci za příležitost k psychickému rozvoji. Virtuální interakce je kombinací blízkosti i vzdálenosti, přítomnosti i nepřítomnosti, reality i fantazie. Osvobozuje jedince od zodpovědnosti a zároveň mu dává více kontroly nad terapeutickou situací, kupříkladu možnost „úniku“. Autor zde vidí paralelu s Winnicottovým pojmem tranzitorní prostor, který představuje určitou sféru hry, v jejímž rámci se člověk stává kreativním a experimentuje se svou vlastní identitou a formami interakce s druhými. Tento stav je pro psychický rozvoj v psychoterapii žádoucí. Druhé pojetí virtuální interakce je spíše pesimistické a zabývá se rizikem vzniku nepřesných a idealizovaných představ o terapeutovi

nebo klientovi. Ačkoliv i při osobních setkáních je vnímání druhého člověka ovlivněno projekcemi, virtuální prostředí poskytuje mnohem méně podnětů, na jejichž základě se zkreslené vnímání druhého může upravit. Virtuální komunikace se tak odehrává na imaginární úrovni a alespoň pro některé klienty může znamenat překážku pro vytvoření opravdového terapeutického vztahu, který je jedním ze základů psychoanalýzy.

Argumenty proti distanční psychoanalýze shrnuje Scharff (2013, in Merchant, 2016) následovně:

- absence kontroly psychoanalytika nad prostředím znamená, že skutečný psychoanalytický proces nemůže vůbec nastat,
- distanční psychoanalýza představuje v interakci třetí stranu a částečný objekt,
- narušuje neutralitu a pravidlo abstinence,
- upřednostňuje akci před reflexí,
- zasahuje do nevědomé komunikace,
- neumožňuje poskytnout podpůrné prostředí,
- není zde osobní napojení a atmosféra,
- nelze pracovat s neverbální komunikací.

Autor (Scharff, 2013, in Merchant, 2016) však upozorňuje, že se jedná o čistě teoretickou kritiku, která není výzkumně podložena. Vzhledem k absenci výzkumů distanční psychoanalýzy je prozatím nutné vycházet z kazuistického materiálu.

Dalším vodítkem pro distanční práci s klienty může být doporučení Mezinárodní psychoanalytické asociace (The International Psychoanalytical Association, IPA) pro využití telefonního hovoru a videokonference při psychoanalýze (IPA, nedat.). Ta v prvé řadě zdůrazňuje stanovisko, že přednost by vždy měla mít osobní terapie a distanční terapie je až alternativou v případě výjimečných okolností. Nedostatek času a obtíže s cestováním by neměly být důvodem pro volbu distanční terapie, pokud se nejedná o skutečně nepřekonatelné obtíže. Dále IPA upozorňuje na to, že distanční terapii není možné poskytovat všem klientům. Kupříkladu pro jedince, kteří zažili časnou separaci nebo závažné trauma, nemusí být distanční terapie vhodná. Zásadní je tedy úvodní rozhovor, během kterého terapeut zhodnotí psychické fungování člověka a jeho obranné mechanismy. Na základě klinických a etických doporučení pak zváží případné kontraindikace.

Za podstatné IPA považuje, aby každá psychoanalýza začala osobní formou a aby v případě přechodu na distanční formu psychoterapie docházelo co nejčastěji k osobním

setkáním, nejméně pak 1x za rok. Co nejdříve možná doba osobního setkávání by měla usnadnit proces přenosu a protipřenosu a umožnit terapeutovi a klientovi emocionálně prožít vzájemnou přítomnost. Terapeut by měl také s klientem prodiskutovat rozdíly obou forem psychoanalýzy, experimentální charakter distanční terapie a důvody, které vedou k její volbě. Prostředí, ve kterém se odehrává distanční terapie, může být méně bezpečné, více nepředvídatelné a s větším množstvím rušivých vlivů. Takové podmínky mohou mít zejména u méně zkušených terapeutů negativní vliv na jejich schopnosti kontejnovat a interpretovat, jelikož nejsou pro podobné situace vyškolení. Je důležité zajistit, aby se terapie realizovala vždy na stejném soukromém a bezpečném místě, tedy ne na veřejných místech, v autech, kavárnách apod.

Terapeut by měl mít povědomí o kulturním a sociálním kontextu klienta a znalosti o zdravotním systému v jeho zemi pro případ sebevražedného jednání nebo potřeby hospitalizace. Také je nutné, aby se terapeut předem seznámil s technologickými riziky pro bezpečnost a ochranu soukromí u zařízení, které používá on i klient. Zabezpečení ze strany klienta není garantováno. Dále IPA vyzývá ke společné diskusi a sdílení zkušeností mezi psychoanalytickými terapeuty, aby bylo možné společně dospět k poznání rozdílů mezi oběma formami terapie a adaptovat psychoanalytický proces do distančního prostředí (IPA, nedat.). V samostatném bookletu pak IPA poskytuje řadu technických doporučení pro realizaci psychoanalýzy prostřednictvím videokonference (Nagy, Heath, & Dougherty, 2020).

V nedávné době byl uskutečněn výzkum zaměřený na zkušenosti psychoanalytiků s distanční psychoterapií v souvislosti s pandemií covidu-19. On-line dotazníkového šetření se zúčastnilo 190 psychoanalyticky orientovaných terapeutů (66,8 % žen) převážně z USA. Většina respondentů uvedla, že měla zkušenost s poskytováním terapie po telefonu nebo prostřednictvím videohovoru již před pandemií, ačkoliv pro poskytování distanční terapie nebyli speciálně vyškolení. Před pandemií většina terapeutů vnímala on-line terapii jako výrazně méně efektivní než osobní terapii, po zkušenostech z pandemie vnímali distanční terapii o něco pozitivněji, avšak podle většiny participantů je efektivita stále o něco menší. Jako největší výzvu během přechodu na distanční formu terapie během pandemie terapeuti vnímali technickou stránku, dále pak problém na straně klienta najít si pro terapii vhodné místo, riziko rušivých vlivů na straně klienta i terapeuta, obtíže se na klienta napojit a vnímat jeho emoce, obtíže udržet profesionální hranice a riziko zneužití informací. Navzdory obtížím však mnoho terapeutů vnímalo stejně silný psychoterapeutický vztah jako v osobní

terapii a cítili se při poskytování distanční terapie sebejistě a kompetentně. Výsledky výzkumu naznačují, že poskytování psychoanalytické psychoterapie on-line může být vhodnou formou, která zásadně nenaruší psychoterapeutický proces a vztah. Autoři však zdůrazňují potřebu realizovat více školení a zajistit profesionální podporu v poskytování psychoanalytických intervencí na dálku (Békés, Aafjes, Prout, & Hoffman, 2020).

Jesser et al. (2021) se zaměřili na postoj rakouských psychodynamicky orientovaných psychoterapeutů k distanční psychoterapii prostřednictvím videohovoru a telefonního hovoru, jejich zkušenosti z praxe a změny v terapeutickém procesu, které pro ně znamenal přechod na distanční psychoterapii během pandemie covidu-19. Online průzkumu se během lockdownu v květnu 2020 zúčastnilo celkem 161 terapeutů s psychodynamickým zaměřením (zejména katatymně imaginativní psychoterapie, hypnóza, autogenní relaxace). Výsledky ukazují, že postoje psychoterapeutů k distanční psychoterapii se v důsledku pandemie změnily k lepšímu a většina z nich by byla ochotná využít distanční psychoterapii i v budoucnu, avšak pouze pokud by to bylo nezbytné nebo pokud by tuto formu preferoval klient. Většina psychoterapeutů se po ukončení lockdownu měla v plánu vrátit k osobní formě psychoterapie. Mnoho z nich poukazovalo na negativní aspekty a omezení spojená s distanční psychoterapií. Nejvýraznější změny byly zaznamenány v oblastech přenosu a protipřenosu, terapeutického procesu a intenzity sezení. Analýza dále odhalila celkový pokles počtu léčených klientů, což ukazuje na nedostatečnou nabídku psychoterapeutických služeb během první vlny nákazy covidem-19 v Rakousku.

3.2 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) začala vznikat v sedmdesátých letech. Vychází ze dvou předcházejících přístupů, behaviorismu a kognitivní psychoterapie, jejichž metody a techniky kombinuje podle potřeby (Kratochvíl, 2017). Zároveň se stále dynamicky vyvíjí, a to zejména s důrazem na kognitivní teorii a praxi. Zaměřuje se na vnitřní psychické procesy, kterými jsou kupříkladu interpretace a hodnocení sebe i okolí, jádrová přesvědčení a předpoklady vůči sobě a okolnímu světu, souvislost mezi kognitivními procesy a emočními prožitky. Klíčový význam pro uskutečnění změny má vnitřní motivace klienta (Praško et al., 2007). Terapeut pomáhá klientovi s uvědoměním a změnou jeho zkresleného myšlení a dysfunkčního jednání. Využívá přitom systematického rozhovoru, strukturovaných behaviorálních úkolů a systematického řešení problémů (Kratochvíl, 2017). Zároveň v KBT není opomíjen význam terapeutického vztahu, který vytváří kontext pro dosažení

terapeutických změn. V terapii méně komplikovaných psychických poruch a problémů není potřeba příliš se zabývat analýzou terapeutického vztahu, jelikož klient bývá spolupracující, terapeuta vnímá jako odborníka a většinou se na něm nestává závislým. Zásadního významu však terapeutický vztah nabývá u klientů s poruchami osobnosti, kde je jeho kvalita rozhodující pro ochotu klienta spolupracovat a pokračovat v terapii (Praško et al., 2007).

Z behavioristických teorií KBT využívá pojmy podmíněný reflex, klasické podmiňování (I. P. Pavlov), operantní podmiňování (B. F. Skinner, J. Watson) a dvoufaktorový model strachu. Mezi behaviorální metody, které se v KBT uplatňují, kupříkladu patří: sledování a plánování činností, kontrola dechu, relaxace, expozice v představách, interoceptivní expozice ve skutečnosti, habituace (zaplavení) a systematická desenzibilizace (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Expozice znamená vystavení se činnosti nebo situaci, která v klientovi vzbuzují úzkost. Terapeut klienta podporuje a pomáhá mu se na tuto situaci připravit, kupříkladu záznamem myšlenek, zvládacími kartičkami nebo relaxačním cvičením (Beck, 2018). Expozice probíhá buď přímo in vivo nebo v představách, dále může být intenzivní (zaplavení) nebo postupná, interoceptivní (vystavení se vnitřnímu podnětu) nebo exteroceptivní (vystavení se vnějšímu podnětu). Expozice in vivo je typicky doporučována u léčby specifických fobií. V případě odstupňované expozice je klient vystavován naplánovanému sledu situací, od nejlehčí po nejtěžší. Strachovému podnětu by měl být vystaven tak dlouho, dokud se nezačne spontánně snižovat jeho míra úzkosti. V některých případech je možné expozici provádět přímo v ordinaci, jindy v přirozeném prostředí. Klient pak má za domácí úkol vystavovat se podnětu pravidelně, minimálně jednou denně (Praško, 2005). Vede si přitom záznamy, které zahrnují kupříkladu datum, kdy realizoval obávanou činnost, předpokládanou hladinu úzkosti, skutečnou hladinu úzkosti a obavné myšlenky, které v souvislosti s vykonáním dané činnosti měl. Mnohé z nich se ukáží být chybné (Beck, 2018).

Zaplavení je intenzivní formou expozice, během které je klient vystaven rovnou nejtěžšímu strachovému podnětu po tak dlouhou dobu, dokud jeho strach neustoupí. Jedná se o velmi účinnou, ale náročnou metodu, ke které se většina klientů neodhodlá (Praško, 2005). **Interoceptivní expozice** znamená vystavení se vnitřním podnětům, jakou je kupříkladu bolest hlavy nebo bušení srdce (Praško et al., 2007). **Systematická desenzibilizace** je mírnější variantou odstupňované expozice. Klient se nejdříve naučí relaxovat a poté je v uvolněném stavu terapeutem postupně veden k představám strachového

podnětu od nejlehčího po nejtěžší. U každého podnětu je potřeba zůstat tak dlouho, dokud nevymizí klientova strachová reakce, poté je možné přejít na těžší podnět (Praško, 2005).

Dále pak KBT vychází z teorie sociálního učení (A. Bandura), racionálně-emoční terapie (A. Ellis) a kognitivní terapie (A. T. Beck). Kognitivní metody využívané v KBT mimo jiné zahrnují: edukaci, kognitivní rekonstrukci, stop techniku, testování automatických myšlenek a kognitivní restrukturalizaci (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Automatické myšlenky se objevují spontánně, doprovázejí naše zjevné myšlení a běžně si je téměř neuvědomujeme. Často nějakým způsobem zkreslují realitu a vedou člověka k negativním emocím (kupříkladu myšlenka „Nikdy tomu nebudu rozumět“). V KBT se člověk učí tyto myšlenky rozpoznávat, hodnotit a reagovat na ně zdravějším způsobem (Beck, 2018). Automatické negativní myšlenky jsou podle kognitivní teorie duševních poruch příčinou deprese a úzkostí. Jejich zdrojem jsou často nevědomé kognitivně-afektivní struktury, které lze nazvat „kognitivní schémata“ (A. T. Beck), „iracionální přesvědčení“ (A. Ellis) nebo „jádrová přesvědčení“. Vznikají v dětství procesem zevšeobecnění konkrétních zážitků a pozorování. Nejdříve dítě považuje přesvědčení za absolutně platná, postupně se vlivem vývoje stávají naše přesvědčení pružnější. Některá z nich jsou funkční a slouží nám k orientaci a jednání. Pokud však vznikají na základě traumatických zkušeností nebo pokud jsou dětská jádrová přesvědčení opakovaně potvrzována okolím, mohou zůstat rigidní a v dospělosti působit dysfunkčně. U jedince s dysfunkčními přesvědčeními je vyšší riziko rozvoje úzkostné či depresivní poruchy vlivem vnějších událostí. **Kognitivní restrukturalizace** je základní kognitivní metodou v KBT. Snaží se o nahrazení automatických negativních myšlenek alternativními myšlenkami, které jsou vyváženější. Postupuje se od pochopení souvislostí mezi automatickými myšlenkami a emoční reakcí, přes rozpoznání automatických negativních myšlenek a zkoumání jejich platnosti, až po vytvoření alternativních myšlenek, které jsou následně posilovány „behaviorálními experimenty“ (Praško et al., 2007).

Kognitivně-behaviorální terapie je díky své strukturovanosti zvláště vhodná pro aplikaci prostřednictvím internetu. Multimediální technologie může také snadno využít k edukaci klientů (Alavi & Omrani, 2019). Podle toho, jakým způsobem se na terapii podílí terapeut, lze internetovou kognitivně-behaviorální terapii (internet-based cognitive behavioral therapy, ICBT; IKBT) rozdělit přibližně do 3 kategorií:

- programy bez asistence terapeuta,
- programy s minimální asistencí terapeuta,

- živá terapie prostřednictvím videokonference s plným zapojením terapeuta (Matsumoto et al., 2018).

Mnoho výzkumů v oblasti IKBT je zaměřeno na programy bez asistence nebo s asistencí terapeuta. Účinnost těchto programů se ukazuje být vysoká například u úzkostných poruch a deprese (Andrews et al., 2018; Carlbring et al., 2018). Účinnost IKBT prostřednictvím videokonference a její porovnání s osobní formou terapie byly zkoumány u řady duševních poruch, například deprese (Berryhill et al., 2019a), úzkostných poruch (Berryhill et al., 2019b), poruch příjmu potravy (Mitchell et al., 2008). Podrobnější popis jednotlivých výzkumů uvádíme v kapitole věnované distanční psychoterapii u vybraných duševních poruch.

Korecka et al. (2020) se během pandemie covidu-19 zaměřili na faktory, které mají vliv na subjektivní zhodnocení KBT psychoterapeutů, v jaké míře je psychoterapie prostřednictvím videokonference nebo telefonního hovoru srovnatelná s osobní formou. Porovnávali také zkušenosti KBT psychoterapeutů s distanční psychoterapií vůči jejich předchozím očekáváním. On-line dotazníkového šetření se zúčastnilo 190 certifikovaných KBT psychoterapeutů z Rakouska a Německa. Jako hlavní faktor pro subjektivní zhodnocení míry srovnatelnosti distanční a osobní psychoterapie byl zjištěn celkový počet klientů, kterým psychoterapeut poskytoval distanční péči. Tedy čím větší byla zkušenost psychoterapeuta s poskytováním psychoterapie prostřednictvím telefonu nebo videokonference, tím vnímal tyto formy kontaktu jako srovnatelnější s osobní formou. U psychoterapeutů, kteří měli více distančních kontaktů, byly také zjištěny pozitivnější zkušenosti oproti jejich předchozím očekáváním. Nepotvrdil se vliv věku ani genderu na vnímanou srovnatelnost distanční a osobní formy psychoterapie, ani na zhodnocení rozdílu mezi reálnými zkušenostmi a původním očekáváním. Dalším zajímavým zjištěním bylo, že psychoterapeuti, kteří se cítili dobře informovaní ohledně možnosti využití distanční psychoterapie, ve větší míře hodnotili distanční a osobní formu jako srovnatelné. Z toho je možné usoudit na potřebu vzdělávání a jasných doporučení pro oblast poskytování distanční psychoterapie. Vzhledem k tomu, že se jednalo o průřezovou studii, však ze závěrů nemůžeme jasně usuzovat na kauzální vztahy.

Dvě starší studie demonstrují rozdílný postoj psychoterapeutů k distanční psychoterapii na základě jejich psychoterapeutické orientace. Mora, Nevid a Chaplin (2008) realizovali výzkum se 138 respondenty, z nichž 46 se identifikovalo s KBT a 64 s psychoanalytickou orientací. Kognitivně-behaviorální terapeuti vykazovali významně vyšší podporu pro využití

distanční psychoterapie než psychoanalytičtí psychoterapeuti. Dále studie Perleho et al. (2012) se 409 respondenty ukázala, že kognitivní, behaviorální, kognitivně-behaviorální a systemičtí psychoterapeuti jsou distanční psychoterapii více nakloněni než psychoanalytičtí, psychodynamičtí nebo existenciální psychoterapeuti.

4 DISTANČNÍ PSYCHOTERAPIE U VYBRANÝCH DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Ve výzkumu distanční psychoterapie jednotlivých duševních poruch jednoznačně převládají studie zaměřené na využití kognitivně-behaviorální terapie (Fernandez et al., 2021; Rolnick, 2020; Thomas et al., 2021). Pozornost je nejčastěji věnována depresi, úzkostným poruchám, posttraumatické stresové poruše (PTSD), obsedantně kompulzivní poruše (OCD), případně poruchám příjmu potravy (Fernandez et al. 2021; Thomas et al., 2021). V této kapitole tedy uvádíme základní výzkumná zjištění zejména pro tyto poruchy a kognitivně-behaviorální typ intervence, z velké části jsme přitom využili současné přehledové studie a metanalýzu. Oproti tomu určité cílové skupiny klientů zatím nebyly dostatečně zkoumány, kupříkladu klienti s psychózou, bipolárně afektivní poruchou a poruchami osobnosti (Thomas et al., 2021). U některých poruch tak uvádíme obecná doporučení pro práci s těmito typy klientů, která různí autoři vyjádřili na základě svých úvah a klinické praxe. Obecně shrnuto, většina studií přináší slibné výsledky pro účinnost klinické videokonference a její noninferioritu vůči osobní formě psychoterapie (Fernandez et al., 2021; Thomas et al., 2021).

4.1 Účinnost distanční psychoterapie

V nedávné době realizovali Fernandez et al. (2021) metaanalýzu zaměřenou na účinnost psychoterapie prostřednictvím videokonference a její vztah k typu psychoterapie a cílovým skupinám. Do metaanalýzy bylo zařazeno 68 studií, z nichž 56 poskytovalo vnitrosubjektová data a 47 mezisubjektová data. Psychické obtíže, které ve studiích představovaly hlavní měřenou proměnnou, byly rozděleny do několika skupin, a to **úzkostné poruchy, deprese, posttraumatická stresová porucha (PTSD), obsedantně kompulzivní porucha (OCD), poruchy příjmu potravy** a různé další psychologické obtíže. Stejně byly studie rozřazeny podle typu poskytnuté psychoterapie. Vzhledem k tomu, že KBT se ve studiích objevovalo nejčastěji, pro účely metaanalýzy byly ostatní přístupy sloučeny do kategorie „ne-KBT“ přístupy. Metaanalýza ukázala, že zlepšení obtíží je při využití videokonference výrazné a signifikantní. Výsledky videokonference jsou signifikantně lepší

než u kontrolní skupiny na čekací listině, avšak není zde rozdíl v porovnání s osobní psychoterapií. Nejlepší výsledky vykazuje využití videokonference u **úzkostných poruch, deprese a PTSD**. Podle autorů může být videokonference zvláště vhodná v psychoterapii těchto poruch, jelikož léčba většinou spočívá v relativně systematickém nácviku konkrétních dovedností, který lze snadno uskutečnit přes video. Dále je možné, že klienti s uvedenými poruchami upřednostňují videohovor kvůli specifickým příznakům poruchy (kupříkladu vyhýbající se chování u PTSD, anhedonie a snížené psychomotorické tempo u deprese), které jim komplikují cestování na osobní sezení. Nejúčinnějším psychoterapeutickým přístupem pak byla **KBT**, ačkoliv signifikantní výsledek byl přítomen i pro skupinu ostatních přístupů. Autoři diskutují nad tím, že výhodou KBT pro využití prostřednictvím videokonference mohou být její standardizované a manualizované postupy, zatímco směry, které jsou více závislé na dynamice psychoterapeutického vztahu, mohou být digitálním prostředím negativněji ovlivněny. Výsledky metaanalýzy tak naznačují, že videokonference je nejúčinnější při využití KBT přístupu v terapii úzkostných poruch, deprese a PTSD.

Také přehledová studie Thomase et al. (2021) uvádí, že existují přesvědčivé důkazy na podporu klinické videokonference v kognitivně behaviorálních přístupech pro **PTSD** a **depresi**. Zejména pak terapie prodlouženou expozicí (prolonged exposure, PE), kognitivní procesní terapie (cognitive processing therapy, CPT) a behaviorální aktivace (behavioral activation, BA) se neukazují být méně účinné než osobní forma terapie. Posttraumatická stresová porucha a deprese byly nejčastěji zkoumanými diagnózami se zastoupením řady silných randomizovaných kontrolovaných studií. Slibné výsledky jsou dále nacházeny v klinické videokonferenci u **úzkostných poruch, obsedantně-kompulzivních poruch a poruch příjmu potravy**. Jistým omezením však je, že většina rozsáhlých studií byla realizována na cílové skupině amerických veteránů (zejména u PTSD a deprese) s převahou mužských participantů, proto bychom měli být opatrní při zobecnění na jinou populaci.

4.2 Poruchy nálady

Berryhill et al. (2019a) se v systematickém přehledu zaměřili na klinickou videokonferenci při léčbě **deprese**. Do přehledu bylo zařazeno 33 studií, z toho 14 randomizovaných kontrolovaných studií, 4 nerandomizované kontrolované studie a 15 studií bez kontrolní skupiny. Nejčastěji hodnocenými psychoterapeutickými intervencemi byly KBT a behaviorální aktivace (BA). Podle autorů 21 studií uvedlo statisticky významné snížení depresivních symptomů při využití klinické videokonference. Velikost účinku byla

ve studiích hodnocena jako střední nebo vysoká, přičemž větší velikost účinku uváděly nekontrolované studie. Ve většině studií však nebyla hodnocena klinická významnost, klinické zlepšení uvedly pouze 4 kontrolované studie. Většina kontrolovaných studií nezjistila statisticky významný rozdíl mezi skupinou, která podstoupila psychoterapii prostřednictvím videokonference a skupinou, které byla poskytnuta stejná intervence osobní formou. Autoři se na základě přehledu domnívají, že videokonference může být slibnou formou léčby deprese, zejména pak při využití KBT a BA. Upozorňují však na fakt, že mezi hodnocenými studii byly rozdíly v charakteristikách participantů. Více než polovina randomizovaných studií byla realizována s cílovou skupinou převážně mužských vojenských příslušníků nebo veteránů. Ve většině ostatních studií pak převažovaly participantky ženy. Je tedy potřeba dále se výzkumně zabývat využitím klinické videokonference u různých skupin jedinců s depresivní poruchou.

Studie zaměřené na využití distanční psychoterapie u klientů s **bipolárně afektivní poruchou (BAP)** stále chybí (Thomas et al., 2021). V souvislosti se zvýšenou potřebou péče o klienty s BAP během pandemie covidu-19 publikovali de Siqueira Rotenberg et al. (2020) obecná doporučení, která mohou být uplatněna v praxi s těmito klienty. Upozorňují, že v průběhu BAP se přibližně u poloviny osob vyskytnou také úzkostné poruchy. Jelikož je pandemie covidu-19 globálně spojena s rozvojem úzkostí a deprese, ohroženými skupinami jsou jak osoby s již přítomnou úzkostnou poruchou, tak s jinými psychiatrickými diagnózami včetně BAP. Využití videokonference se jeví jako vhodné řešení nutnosti dodržení sociálního odstupu a zároveň potřeby zvýšené intenzity péče o osoby s BAP. Klienti mohou mít prospěch také z podpůrných on-line skupin realizovaných odborníky na duševní zdraví. Existuje zde však riziko nadužívání internetových sociálních sítí, které u klientů může způsobit rozvoj deprese nebo sociální úzkosti a pracovníci by měli klienty na tato rizika upozornit. Kromě farmakologické a on-line psychotherapeutické léčby by měla být v době pandemie posílena doplňková léčba a psychoedukace. Klienti v této době často zažívají absenci denní rutiny a struktury, stejně jako zvýšenou expozici večernímu modrému světlu v důsledku nadužívání internetu. Tyto faktory mohou způsobit narušení spánkového a cirkadiálního rytmu, což je pro osoby s BAP spojeno s vyšším rizikem rozvoje nové ataky onemocnění. Je tak doporučeno, aby se zdravotníci při práci s klienty s BAP zaměřili na oblasti jako je spánek, stravovací návyky, aktivity, změny nálady a běžná péče. Užitečné je případné využití sebemonitorovacích platforem, které klinickému pracovníkovi umožňují sledovat klienta v čase a eventuálně tak předcházet rozvoji nové ataky. Expozice modrému

světlu může být korigována využitím speciálních brýlí nebo upravením nastavení v počítači a dalších elektronických zařízeních (de Siqueira Rotenberg et al., 2020).

4.3 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

Prevalence neurotických poruch v populaci se stále zvyšuje a telemedicína je jedním ze způsobů, kterým lze řešit tento nárůst, stejně jako obecný nedostatek odborníků na duševní zdraví. Berryhill et al. (2019b) vytvořili systematický přehled studií, které hodnotí terapii prostřednictvím videokonference u neurotických poruch. Kritéria pro zařazení do přehledu splnilo 21 studií. Nejčastěji hodnocenou formou terapie byla KBT a cílovými skupinami poruch **panická porucha s agorafobií i bez agorafobie, generalizovaná úzkostná porucha, sociálně úzkostná porucha, sociální fobie a hypochondrická porucha**. Statisticky významné zlepšení neurotických symptomů zaznamenalo 14 studií, klinicky významné zlepšení pak uvedlo 11 studií. Velikost účinku byla hodnocena v rozmezí od nízké po vysokou. Žádná kontrolní studie nezaznamenala rozdíl mezi skupinou videokonference a skupinou osobní terapie. Randomizovaných kontrolovaných studií bylo zařazeno 6, další 4 studie měly kvaziexperimentální výzkumný design a 11 studií mělo design bez kontrolní skupiny. Co se týče prostředí, v 10 studiích byla terapie prostřednictvím videokonference realizována na klinice duševního zdraví/psychologické klinice, v 7 studiích byl klient doma a ve 2 studiích byl klient ve školním prostředí. Výsledky byly podobné pro klinické i domácí prostředí. Věk účastníků napříč studii se pohyboval v rozmezí od 8 do 62 let, přičemž nejvíce studií bylo zaměřeno na dospělé ve věku 30 – 47 let. Podle autorů přehled poskytuje údaje, které lze předběžně považovat za slibné výsledky pro léčbu neurotických poruch prostřednictvím videokonference. Je však zapotřebí realizovat další výzkum, zejména randomizované kontrolované studie zaměřené na populaci dětí a seniorů, studie nákladové efektivity a klinické účinnosti videokonference při léčbě neurotických poruch v systému primární péče, genderově vyvážené studie, a v neposlední řadě studie porovnávající videokonferenci s jinými formami distanční terapie (mobilní aplikace, svépomocné moduly apod.) a studie, které zahrnují jiné psychoterapeutické směry než KBT.

Bouchard et al. (2004) realizovali randomizovanou kontrolovanou studii zaměřenou na využití KBT prostřednictvím videokonference pro léčbu **panické poruchy s agorafobií** (panic disorder with agoraphobia, PDA). Studie se zúčastnilo 21 účastníků, kterým byla

poskytnutá psychoterapie buď v osobní formě nebo prostřednictvím videokonference. Autoři zjistili statisticky významné snížení všech měřených proměnných a 91 % participantů nevykazovalo příznaky panické poruchy v následném měření po 6 měsících. Výsledky nenaznačují, že psychoterapie prostřednictvím videokonference by byla méně účinná než v osobní formě. Bouchard et al. (2020) navázali další, tentokrát nerandomizovanou studii k prokázání non-inferiority psychoterapie prostřednictvím videokonference u panické poruchy s agorafobií. Této studii se zúčastnilo 71 jedinců s PDA, kteří byli rozděleni do dvou skupin podle místa bydliště, skupině participantů ze vzdálených oblastí byla poskytnuta psychoterapie prostřednictvím videokonference (n=40) a skupina místních obyvatel podstoupila osobní formu psychoterapie (n=31). Hlavním výsledkem měření byla závažnost PDA, sekundární výsledky se týkaly proměnných: agorafobické vyhýbání se, strach z tělesných vjemů a depresivní nálada. Všechny tyto proměnné vykazaly signifikantní zlepšení a vysokou velikost účinku při porovnání výsledků před léčbou a po léčbě, přičemž zlepšení se udrželo i v následném měření po 1 roce. Testy noninferiority potvrdily, že videokonference není méně efektivní než osobní terapie pro hlavní měřenou proměnnou (závažnost PDA) a dvě ze tří sekundárních proměnných (agorafobické vyhýbání se, depresivní nálada). Ve snaze predikovat výsledek léčby se autoři dále zaměřili na 2 proměnné, které jsou považovány za společné účinné faktory psychoterapie (pracovní aliance, motivace k terapii) a 2 proměnné specifické pro KBT léčbu PDA (změna dysfunkčních přesvědčení týkajících se tělesných vjemů, vnímaná self-efficacy). Pracovní aliance v podmínkách videokonference byla shledána velmi silnou a statisticky se nelišila od osobní formy psychoterapie. Výsledek léčby byl silně predikován změnou dysfunkčních přesvědčení, zatímco pracovní aliance ani motivace k terapii na výsledek léčby neměly vliv. Síla terapeutického pouta korelovala se změnou dysfunkčních přesvědčení. Autoři uzavírají, že za dodržení určitých specifických opatření je možné poskytovat psychoterapii prostřednictvím videokonference klientům s PDA. Není nutné mít obavy z navázání a udržení kvalitní pracovní aliance.

Matsumoto a kol. (2018) realizovali v Japonsku studii zaměřenou na využití videokonference v psychoterapii klientů s primárními diagnózami **obsedantně-kompulzivní porucha (OCD), panická porucha (PD) a sociálně úzkostná porucha (SAD)**. 30 klientů podstoupilo 16 videokonferenčních sezení KBT, přičemž byla standardizovanými dotazníky sledována úroveň jejich symptomů před započítím terapie, v 1. týdnu terapie, v 8. týdnu terapie a po skončení terapie. U všech primárních diagnóz bylo pozorováno významné snížení symptomů a bylo dosaženo vysoké terapeutické aliance.

Zlepšení bylo pozorováno také u dvou přidružených diagnóz, konkrétně u depresivní poruchy a generalizované úzkostné poruchy. 86 % klientů bylo s distanční KBT psychoterapií spokojeno a 83 % klientů videokonferenci upřednostňovalo před osobní terapií. Autoři se také po každém sezení zaměřili na sledování nežádoucích účinků. Ty nahlásili celkem 3 klienti, konkrétně se jednalo o depresivní relaps, bolest hlavy a pocit vyčerpání. Depresivní příznaky se zhoršily u klienta se SAD mezi 9. a 10. sezením, klient následně ze studie odstoupil a z depresivní epizody se vyléčil po 6 měsících farmakoterapie. Bolest hlavy se objevila u klienta s panickou poruchou při 4. sezení a odezněla ještě tentýž den. Pocit vyčerpání hlásil klient s OCD po 4. sezení a rovněž se zlepšil tentýž den. Mezi některé limity této studie patří absence kontrolní skupiny a fakt, že polovina klientů v průběhu administrace IKBT psychoterapie pokračovala v užívání medikace. Není tedy zcela jasné, jestli lze zlepšení symptomů přičítat působení psychoterapie, farmakoterapie nebo přirozenému zlepšení. Matsumoto et al. (2020) dále u stejných klientů potvrdili přetrvávající snížení symptomů i po 1. roce.

Germain et al. (2009) zjišťovali účinnost KBT psychoterapie prostřednictvím videokonference (16 klientů) a klasické KBT psychoterapie (32 klientů) u jedinců **s posttraumatickou stresovou poruchou**. V obou formách terapie došlo k významnému zlepšení obtíží a v účinnosti terapie nebyl nalezen signifikantní rozdíl. Přetrvávající pozitivní vliv a srovnatelnou účinnost terapie potvrdili Merchand a kol. (2011) na stejném souboru klientů v návazné studii o 6 měsíců později. Zaznamenali však mírný trend přetrvávajícího zlepšení symptomů nebo úplné údravy ve prospěch klasické KBT psychoterapie. Ačkoliv tento trend nebyl statisticky významný, pro ověření je potřeba výzkum na větší skupině klientů.

V průběhu studie Germaina et al. (2009) dále došlo v obou skupinách klientů ve více případech k odstoupení od psychoterapie. Autoři to vysvětlují náročností psychotherapeutického procesu pro jedince s PTSD, nikoliv vlivem podmínek, za kterých se psychoterapie odehrávala. Ve studii byly dále zkoumány proměnné: subjektivní pocit komfortu v distanční komunikaci, vnímaný pocit přítomnosti během videokonference a počáteční postoj k videokonferenci. Žádná z těchto proměnných neměla vliv na úspěšnost psychoterapie ani na terapeutickou alianci (Germain et al., 2010). Terapeutická aliance byla v obou skupinách vysoká a nebyl mezi nimi signifikantní rozdíl. Na základě výsledků se autoři domnívají, že terapie prostřednictvím videokonference může být vhodná i pro klienty, kteří nemají počáteční zkušenost s distanční psychoterapií nebo mají ke vzdálenému typu komunikace negativní postoj.

4.4 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Výzkumy využití distanční psychoterapie dospělých jedinců s poruchami osobnosti a chování stále chybí (Kocsis & Yellowlees, 2018; Thomas et al., 2021). Kocsis a Yellowlees (2018) předpokládají, že distanční psychoterapie bude u těchto jedinců v jistých ohledech stejně náročná, jako v osobní formě. Navíc, jelikož klienti s poruchami osobnosti mají často sníženou schopnost symbolizace, může pro ně být náročné vnímat při distanční komunikaci psychoterapeuta jako „přítomného“. Z toho důvodu je možné, že minimálně zpočátku u nich bude nutné využít osobní formu psychoterapie nebo kombinaci osobních a distančních konzultací. Velký důraz by měl psychoterapeut klást na nastavení hranic a udržení konzistentního psychoterapeutického rámce, stejně jako v osobní psychoterapii. Autoři kupříkladu doporučují jasně stanovit čas, ve kterém může klient psychoterapeuta kontaktovat, aby nedocházelo k situacím, kdy se klient bude pokoušet navázat kontakt v kteroukoliv denní dobu. Na druhou stranu autoři přicházejí s myšlenkou, že distanční kontakt by klientům s poruchami osobnosti mohl vyhovovat díky svému pohodlí a potenciálně by se tak mohl zvýšit počet sezení, kterých se budou účastnit.

5 DOSAVADNÍ VÝZKUMY DISTANČNÍ PSYCHOTERAPIE Z POHLEDU KLIENTŮ

V rámci zkušenosti klientů s distanční psychoterapií bývá nejčastěji kvantitativně zkoumána jejich spokojenost a pracovní aliance. Tyto faktory mají vliv také na účinnost distančních intervencí a jejich přijetí jak klientem, tak terapeutem (Jenkins-Guarnieri, Pruitt, Luxton, & Johnson, 2015). Některé studie, které měřily pracovní alianci, jsme uvedli již v kapitole 2.4. V této kapitole se podrobněji zaměříme na některé další dosavadní výzkumy zkušenosti klientů s distanční psychoterapií, ať již kvantitativní nebo kvalitativní.

Jenkins-Guarnieri et al. (2015) zpracovali systematický přehled studií, které se zabývaly porovnáním spokojenosti a pracovní aliance v distanční psychoterapii (videokonference, telefon) a osobní formě psychoterapie. Kritéria výběru naplnilo 14 studií, ze kterých byly získány informace o počtu participantů, modalitě distanční intervence, léčené diagnóze, typu intervence, naměřené spokojenosti klienta a terapeutické alianci, a dalších faktorech, které souvisely s klientovým vnímáním léčby. V 9 případech se jednalo o randomizované kontrolované studie (4 z nich testovaly noninferioritu distanční psychoterapie) a zbývajících 5 studií mělo neexperimentální výzkumný design. Všechny studie se týkaly dospělých jedinců jak z městského, tak venkovského prostředí. Klinická videokonference byla zkoumána ve 13 studiích a telefonní psychoterapie ve 2 studiích, nejčastěji hodnocenou intervencí byla KBT. Spokojenost klientů a terapeutická aliance byly ve většině studií měřeny standardizovanými dotazníky, kupříkladu Working Alliance Inventory, Session Evaluation Questionnaire nebo Charleston Psychiatric Outpatient Satisfaction Scale-VA. Nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly ve spokojenosti klientů mezi distanční a osobní formou psychoterapie, zejména v individuální KBT. Výsledky poukázaly na podobnou míru spokojenosti i pro ostatní psychoterapeutické intervence, avšak zastoupeny byly pouze 4 studie. Dále 6 studií nezjistilo významný rozdíl v terapeutické alianci, zatímco 4 studie uvedly významné rozdíly ve specifických aspektech aliance, kupříkladu skupinová terapeutická aliance byla vyšší v osobní formě terapie než prostřednictvím videokonference. Výsledky také naznačují, že spokojenost s distanční psychoterapií není významně ovlivněna diagnózou klienta.

Petersen et al. (2020) zkoumali vnímání distanční psychoterapie z pohledu psychoterapeutů a studentů univerzity, kteří vyhledávají odborné služby duševního zdraví. Dotazníkového šetření on-line se zúčastnilo 270 klientů a 46 terapeutů. Otázky byly zaměřené na vnímání různých forem distanční psychoterapie včetně videokonference, telefonu, e-mailu a SMS. Z výsledků vyplynulo, že klienti i terapeuti měli největší zájem o využití emailu. Pokud by mělo jít o primární formu léčby, alespoň neutrální míru komfortu pro videokonferenci uvedlo 58,5 % klientů a 49,9 % terapeutů, pro využití telefonu pak 54,4 % klientů a 39 % terapeutů. Terapeuti i klienti vnímali jako největší výhody pohodlí, frekvenci interakce a snadný přístup k materiálům z minulého sezení. Statisticky významný rozdíl byl objeven v několika kategoriích týkajících se obav klientů a terapeutů. Klienti uvedli méně obav ohledně důvěrnosti terapie a možného narušení terapeutického vztahu, ačkoliv obě skupiny tyto obavy uvedly ve významné míře. Také byli méně znepokojeni technologickými riziky a možností vlivu distanční psychoterapie na pohodlí. Uvedli však kupříkladu obavy z komunikační bariéry a méně osobního kontaktu, zatímco terapeuti zdůraznili obavy z narušení bezpečnosti a finanční omezení. Většina klientů preferovala osobní kontakt (93,2 %), dále pak videokonferenci (32 %), telefon a email ve stejné míře (29,7 %). Preference terapeutů byly obdobné. Zaměření studie na specifickou skupinu participantů limituje větší zobecnitelnost závěrů. Dále je možné, že studenti mohli být ovlivněni tím, že již měli zkušenost s osobní terapií a zároveň nebylo zjištěno, jestli měli nějakou zkušenost s distanční psychoterapií. Autoři doporučují se v dalším výzkumu zaměřit na faktory, které ovlivňují preferenci klientů ve volbě formy terapie.

Edirippulige, Levandovskaya a Prishutova (2013) se zaměřili na využití platformy Skype v rámci psychoterapeutických služeb na Ukrajině. Menšího dotazníkového šetření, které bylo vyhodnocováno kvalitativně, se zúčastnilo 29 poskytovatelů služeb a 23 klientů. Dotazníkem byla sbírána sociodemografická data, údaje o míře využívání programu Skype a vnímání této formy služby z pohledu klienta i terapeuta. Hlavní službou využívanou prostřednictvím Skype byla psychoterapie, dále klienti uvedli také psychologické konzultace a koučink. Většina klientů (n=19) byla v pokračující terapii, zatímco 4 klienti byli na sezení poprvé. Nejvýznamnějším důvodem pro volbu spojení prostřednictvím Skype byla podle klientů „absence jiných metod“. Psychoterapeuti měli různé zaměření, kupříkladu psychoanalýzu, psychodrama, gestalt terapii, kognitivně-behaviorální terapii a existenciální terapii. Jako hlavní důvod pro realizaci distanční psychoterapie všichni uvedli, že klient bydlí v jiném městě nebo zemi. Většina psychoterapeutů (n= 24) se domnívala, že klienti jsou s distanční psychoterapií spokojeni a hodnotí ji jako „dobrou“ nebo „velmi dobrou“.

Autoři v článku neposkytli přesnější údaje o hodnocení psychoterapie z pohledu klientů, avšak uvádějí, že většina klientů byla s distanční psychoterapií vysoce spokojená. Omezením této studie je zejména subjektivní pohled terapeutů a klientů, dále pak malý počet participantů.

Bourne (2018) z Velké Británie se v závěrečné práci zaměřil na zkušenosti 5 žen ve věku od 64 do 72 let s poradenstvím prostřednictvím videokonference. Jednalo se o terapeutky, které byly požádány absolvovat terapeutická sezení v roli klientek. Autor výběr participantek zdůvodňuje tím, že terapeuti dokáží detailně popsat svou zkušenost s ohledem na různé podstatné aspekty terapie. Všechny participantky podstoupily minimálně 6 terapeutických sezení, z nichž minimálně 1 bylo prostřednictvím videokonference. Autor analyzoval polostrukturované rozhovory metodou interpretativní fenomenologické analýzy (IPA) a určil čtyři nadřazená témata. Prvním tématem je **významnost fyzického prostoru**, která se projevovala jak osobních, tak videokonferenčních sezení. Druhým tématem jsou **zdroje procesu ukončení** jednotlivých sezení. V osobních sezeních vnímala většina participantek ukončení terapie jako pozvolnější a příjemnější díky ritualizovanému způsobu rozloučení s terapeutem, jeho doprovodu ke dveřím a následné cestě domů. Objevila se potřeba vytvořit speciální postup pro ukončování sezení prostřednictvím videokonference. Třetím tématem je **vztah s médiem jako dynamický proces**. Participantky se cítily kompetentní ve využívání technologií. Měly však počáteční obavy z narušení terapeutického procesu v on-line sezeních, které se postupně podařilo rozptýlit. Posledním čtvrtým tématem je **terapeutický vztah přesahující médium**. Většina participantek uvedla jako podstatné, že terapeuta poznaly ještě před tím, než k němu nastoupily jak do osobní, tak distanční terapie. Zkušenost, že jim terapeut naslouchá, pro ně byla podstatnější než forma terapie. Vzhledem k malému počtu participantů a kvalitativnímu charakteru studie však závěry nelze zobecnit na širší populaci, případně i kulturu mimo Velkou Británii.

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

V souvislosti s pandemií covidu-19 vyšla najevo potřeba umět přizpůsobit psychoterapii nepříznivým vnějším okolnostem a vést ji na dálku, ať již formou videohovoru nebo klasického telefonního hovoru (Korecka et al., 2020). Během první vlny pandemie v České republice na jaře 2020 nebylo z důvodu mimořádných vládních opatření možné realizovat osobní návštěvu klienta u klinického psychologa nebo psychiatra a psychoterapie tedy nově probíhala distanční formou. S uvolněním opatření byla podpora distanční psychoterapie v klasické časové dotaci zdravotními pojišťovnami zrušena a posléze nahrazena časově omezenými kódy pro vykazování distanční komunikace v případech, kdy se klienti nemohou fyzicky dostavit do ordinace ze závažných důvodů. Tento distanční kontakt je určen zejména pro kontrolu zdravotního stavu, konzultaci léčby či krizovou intervenci a v závislosti na jednotlivých kódech a zdravotních pojišťovnách je vymezen na 10 – 30 min (Česká lékařská komora, 26. října 2020; Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, 12. dubna 2020; Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 22. října 2020). Uvedená časová dotace ve většině případů není pro plnohodnotnou psychoterapii dostatečná. Prezidium Asociace klinických psychologů (25. února 2021) uvedlo, že se snaží se zdravotními pojišťovnami vyjednat vhodnější nastavení podmínek pro poskytování distanční psychologické péče.

Dosavadní výzkumy naznačují, že distanční psychoterapie může být stejně efektivní jako při osobním setkání (Fernandez et al., 2021; Thomas et al., 2021). Některé skupiny klientů ji z různých důvodů mohou dokonce preferovat (Roesler, 2017). V zahraničí je telemedicína v oblasti duševního zdraví již poměrně rozvinutou oblastí, zejména v oblastech s velkými geografickými vzdálenostmi (USA, Austrálie). V České republice nebyla do začátku pandemie covidu-19 klinická zkušenost s poskytováním služeb péče o duševní zdraví distanční formou. Na tento nedostatek zareagoval kupříkladu projekt TA ČR Možnosti on-line psychosociální péče pro situace omezeného přímého kontaktu, jehož cílem je navrhnout postupů distanční (on-line) péče v oblastech psychodiagnostiky, psychoterapie a poradenství v situacích, kdy je nutnost omezení přímého kontaktu s klientem (TA ČR Starfos, nedat.).

Ohledně realizace psychoterapie formou videokonference a audiohovoru, na které se zaměřuje naše práce, však v současnosti zůstává stále mnoho otázek. Není kupříkladu zcela jasné, jaká jsou specifika psychoterapie on-line u jednotlivých cílových skupin, jaká

jsou rizika a úskalí tohoto způsobu práce nebo doporučené odborné postupy. Liší se také názory psychoterapeutů jednotlivých psychoterapeutických směrů na distanční psychoterapii, které byly již předmětem řady výzkumů (Connolly et al., 2020; Humer et al., 2020; Humer et al., 2021; Korecka et al., 2020; Perle et al., 2021; Probst et al., 2021). Výzkumů zaměřených na zkušenost s distanční psychoterapií z pohledu klientů je podstatně méně, některé z nich jsme uvedli v kapitole 5. Nejčastěji bývá zkoumána jejich spokojenost a pracovní aliance v distanční psychoterapii, přičemž dosavadní výzkumy naznačují, že jejich míra je ve většině případů obdobná jako při osobním setkávání (Jenkins-Guarnieri et al., 2015). Jak však uvádí Petersen et al. (2020), nemáme mnoho informací o tom, jaké faktory mají u klientů vliv na preferenci osobní či distanční psychoterapie a jejich různých forem.

Rozhodli jsme se tedy v rámci diplomové práce zmapovat zkušenosti samotných klientů s duševními obtížemi kteří v období jaro 2020 až jaro 2021 absolvovali distanční psychoterapeutické sezení. Jelikož je potřeba zvážit různé faktory před případným využitím distanční psychoterapie u konkrétního klienta, rádi bychom naší prací přispěli k odborné diskusi o distanční psychoterapii v České republice.

6.1 Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Na základě výzkumného problému jsme si stanovili následující výzkumné cíle:

1. Prozkoumat, jaké byly zkušenosti klientů s psychoterapií realizovanou on-line.
2. Porovnat jednotlivé zkušenosti a nalézt podobnosti a rozdíly.
3. Popsat faktory na straně klienta, které mají vliv na zvolení formy psychoterapie.
4. Prozkoumat, jestli klienti vnímají rozdíly mezi osobní a distanční psychoterapií, a v čem.
5. Prozkoumat, jak klienti prožívali náhlý přechod do distanční formy psychoterapie vlivem pandemické situace.

Mezi dílčí cíle naší práce také řadíme získané informace využít jako podklad pro doporučení k realizaci on-line psychoterapie a nalezení specifických témat pro další výzkumnou práci.

Stanovené výzkumné cíle nás z hlediska metodologie vedly k volbě kvalitativního přístupu. V souladu s ním jsme navrhli následující výzkumné otázky:

1. Jak participanti prožívali nutnost náhlého přechodu do distanční formy psychoterapie vlivem pandemické situace?
 - a. Jak prožívali pandemickou situaci obecně?
 - b. Jak prožívali nutnost přechodu na distanční formu?
2. Jaké faktory byly pro participanty významné při rozhodování, zda zvolí distanční nebo osobní formu psychoterapie?
3. Pro který způsob (telefonní, audiovizuální či jiný) distanční psychoterapie se participanti rozhodli a z jakých důvodů?
4. Vnímají participanti nějaké rozdíly oproti psychoterapii v osobním kontaktu? Pokud ano, jaké?
5. Jaké vnímají výhody, nevýhody a rizika?
6. Jak participanti obecně hodnotí zkušenost s on-line psychoterapií?

7 METODOLOGICKÝ RÁMEC

V této kapitole postupně popíšeme zvolený design výzkumu, metodu a průběh získávání dat, charakteristiku výzkumného souboru a proces zpracování a analýzy dat.

7.1 Design výzkumu

Pro účely našeho výzkumu jsme zvolili kvalitativní přístup, který je podle Creswella (2007) vhodné využít, pokud nás zajímá komplexní a podrobné pochopení dané oblasti. Toho můžeme dosáhnout přímým rozhovorem s lidmi, jejich návštěvou v přirozeném prostředí a tím, že jim umožníme sdílet jejich příběh bez zatížení našimi očekáváními a předchozími znalostmi z literatury. Kvalitativní výzkum může předcházet výzkumu kvantitativnímu nebo na něj může navazovat a pomáhat objasnit mechanismy působení a souvislosti určitého jevu (Creswell, 2007). Mezi výhodami kvalitativního přístupu uvádí Hendl (2016) kupříkladu porozumění případu do hloubky, zohlednění kontextu, hledání idiografických příčin a možnost navrhnout teorie. Nevýhodou oproti výzkumu kvantitativnímu pak bývá menší zobecnitelnost výsledků, obtíže s replikací výzkumu, časová náročnost sběru dat a jejich analýzy, případně náchylnost k ovlivnění výsledků subjektivitou výzkumníka.

Volba kvalitativního přístupu se nám vzhledem k našim výzkumným cílům, které jsme popsali výše, jevila jako adekvátní. Zajímali jsme se o subjektivní pohled klientů na zkušenost s distanční psychoterapií a pochopení jedinečných okolností a faktorů, které jejich pohled formují. Dosavadní kvantitativní výzkumy nám již poskytly přesvědčivé údaje o tom, že spokojenost klientů s distanční psychoterapií je poměrně vysoká (Jenkins-Guarnieri et al., 2015). Víme však málo o tom, jaké faktory mají vliv na tuto spokojenost a případně preferenci jednotlivých druhů psychoterapie. Kvalitativní přístup nám umožnil prozkoumat výpovědi jednotlivých participantů do hloubky s ohledem na jejich jedinečný životní kontext a na základě porovnání případů pak objevit specifická témata, která by kvantitativním výzkumem byla těžko dostupná.

V rámci kvalitativního přístupu jsme zvolili design případové studie, která se zaměřuje na studium daného jevu prostřednictvím jednoho nebo více případů. Výzkumník o daných případech sbírá detailní informace, které jsou základem pro nalezení podstatných témat jak uvnitř jednotlivých případů, tak napříč jimi (Creswell, 2007).

Případovou studii je možné využít zejména tehdy, pokud klademe výzkumné otázky typu „proč a jak“, nemáme příliš velkou kontrolu nad zkoumaným jevem, který je aktuální a odehrává se v reálném životním kontextu (Yin, 1989, in Miovský, 2006).

7.2 Metoda získávání dat

Za účelem získání dat jsme využili metodu moderovaného **polostrukturovaného interview**. Podle Miovského (2006) je moderované interview obtížnou, ale zároveň velmi užitečnou metodou. Na rozdíl od běžného rozhovoru je interview zaměřeno na určitý výzkumný cíl. Pro jeho realizaci jsou potřeba jak sociální dovednosti, tak schopnost uplatnit v průběhu interview také metodu introspektivního a extrospektivního pozorování. Na průběh interview má dále vliv pohlaví, věk a vlastnosti tazatele. Polostrukturované interview je v kvalitativním výzkumu často využívaným typem interview. Vyznačuje se předem stanoveným okruhem otázek, které má tazatel povinnost v interview obsáhnout, nemusí však zpravidla dodržet jejich pořadí či přesnou formulaci. Kromě stanového jádra interview může tazatel klást také doplňující otázky, které slouží k lepšímu pochopení odpovědí účastníka vzhledem k výzkumným otázkám a tímto způsobem lze často získat užitečné informace.

Připravené schéma našeho polostrukturovaného interview bylo zaměřeno na 8 oblastí: sociodemografické údaje, míru zkušenosti s distanční péčí, úvodní část, hlavní výzvy a problémy, reakce na nutnost přechodu psychoterapie na distanční formu, technickou stránku, osobní zhodnocení zkušenosti a závěrečná doporučení. Schéma rozhovoru včetně konkrétních otázek přikládáme do přílohy této práce (Příloha č. 3). Otázky byly účastníkům poskytnuty předem, měli tak možnost se na interview připravit. V případě potřeby kladla tazatelka také doplňující otázky za účelem hlubšího porozumění odpovědi účastníka.

7.3 Výzkumný soubor a průběh získávání dat

Kritériem pro výběr účastníků do výzkumného souboru bylo, aby se jednalo o dospělé osoby od 18 let, kteří mají duševní obtíže a v období od začátku pandemie covidu-19 (březen 2020) absolvovali alespoň 1 distanční psychoterapeutické sezení v rámci zdravotnického zařízení.

Výběr výzkumného souboru se uskutečnil pomocí nepravděpodobnostní metody výběru, konkrétně metody prostého záměrného výběru. Nejprve byli s prosbou o spolupráci

cíleně osloveni psychoterapeuti z různých zdravotnických zařízení, kteří v období pandemie covidu-19 poskytovali distanční psychoterapii. Tito psychoterapeuti byli osloveni na základě své spolupráce s projektem TL04000033 Možnosti on-line psychosociální péče pro situace omezeného přímého kontaktu (TA ČR). Z celkem patnácti oslovených psychoterapeutů spolupráci přislíbili čtyři. Z psychoterapeutů, kteří neměli v danou chvíli zájem nebo příležitost ke spolupráci a poskytli nám zdůvodnění, dva uvedli jako důvod nadměrné pracovní zatížení v důsledku pandemie covidu-19 a jeden psychoterapeut uvedl obavu z narušení dynamiky psychoterapeutického procesu, pokud by klientům účast ve výzkumu nabídl. Psychoterapeuté, kteří se spoluprací souhlasili, zprostředkovali svým klientům informační leták o našem výzkumu a seznam otázek interview (Přílohy č. 2 a 3). V případě zájmu se klienti mohli ozvat na uvedený kontakt a domluvit se přímo s tazatelkou na realizaci interview. Na výzvu k zapojení se do výzkumu reagovalo celkem 9 klientek nebo klientů, všichni naplňovali kritérium výběru a bylo s nimi uskutečněno interview. Získávání dat prostřednictvím interview probíhalo v březnu a dubnu 2021, podle volby participanta se jednalo buď o telefonický rozhovor (5 klientů) nebo videohovor prostřednictvím aplikace Skype (4 klienti). Délka rozhovorů s jednotlivými participanty se pohybovala v rozmezí 28 - 96 minut, celková délka všech rozhovorů byla 535 minut.

Tabulka č. 1 na str. 50 shrnuje charakteristiku participantů výzkumného souboru s ohledem na jejich sociodemografické údaje, typ duševních obtíží léčených v psychoterapii, typ psychoterapie, počet a formu distančních kontaktů.

7.4 Metody zpracování a analýzy dat

Interview s participanty bylo nahráváno buď na mobilní telefon nebo pomocí funkce nahrávání videohovoru v aplikaci Skype v závislosti na tom, jakou formou proběhlo samotné interview (telefonní hovor nebo videohovor). Data byla tedy fixována prostřednictvím audiozáznamu nebo videozáznamu, který byl posléze pro účely analýzy rovněž převeden do audio formy. Všichni participanti s nahráváním interview souhlasili. Následně autorka provedla transkripci dat do písemné elektronické podoby v programu Microsoft Word. Miovský (2006) zdůrazňuje význam transkripce, jelikož v jejím průběhu může dojít ke zkreslení nebo ztrátě dat. Autorka se tomu snažila předejít tím, že s časovým odstupem realizovala opakovaný poslech všech přepisů a opravila drobné nepřesnosti. Braun a Clarke (2006) již transkripci dat považují za součást první fáze analýzy, jelikož v průběhu přepisu dochází k vynořování prvotních myšlenek a nápadů v souvislosti s výzkumnými cíli.

Tabulka 1: Charakteristika výzkumného souboru

Označení participanta	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Profese	Typ duševních obtíží	Typ psychoterapie	Počet distančních kontaktů	Forma distančních kontaktů
P1	žena	25	SŠ s maturitou	pracovnice v sociálních službách	syndrom vyhoření, psychosomatické obtíže	gestalt	1-5	videohovor (Skype)
P2	žena	55	SŠ s maturitou	administrativa	úzkostně-depresivní obtíže, panické ataky	gestalt	1-5	videohovor (Skype)
P3	žena	41	SŠ s maturitou	-	úzkostné obtíže, osobní hranice	gestalt	1-5	telefon i videohovor (Skype)
P4	žena	35	VŠ	invalidní důchod	hraniční porucha osobnosti, bipolárně afektivní porucha	gestalt	5-10	videohovor (Skype)
P5	žena	56	VŠ	invalidní důchod	zvládnání onkologického onemocnění	psychodynamická psychoterapie, transakční analýza	1-5	telefon
P6	žena	54	VŠ	vedoucí sociální služby	úzkostně depresivní obtíže	KBT	5-10	telefon
P7	muž	34	SŠ s výučním listem	invalidní důchod	Zj. porucha osobnosti, OCD, sociální fobie, paranooidní obtíže	KBT	5-10	telefon
P8	muž	66	VŠ	starobní důchod, dřívě programátor	úzkostné obtíže	psychodynamická psychoterapie, transakční analýza	1-5	videohovor (Skype)
P9	žena	72	VŠ	starobní důchod, dřívě lékárnice	úzkostně-depresivní obtíže	gestalt	1-5	videohovor (Skype)

Pro analýzu dat byla zvolena kvalitativní **tematická analýza (TA)**. Braun a Clarke (2006) ji definují jako metodu, která slouží k identifikaci, analýze a popisu vzorců (témat) v datech. Na rozdíl od jiných autorů (Boyatzis, 1998; Ryan and Bernard, 2000) ji považují za zcela svébytnou metodu, která je užitečná a vhodná pro kvalitativní výzkum. Výhodu spatřují v její flexibilitě, jelikož není svázaná s konkrétním teoretickým paradigmatem a může tak být využita napříč různými přístupy. Jsou si však vědomi nutnosti jasně definovat, co tematická analýza obnáší a jak ji provést, aniž by ztratila na své flexibilitě. Autoři tedy navrhují detailní postup analýzy pro začínající výzkumníky, ze kterého jsme při vlastní analýze vycházeli.

Ještě před samotnou analýzou považují Braun a Clarke (2006) za nutné zvážit několik důležitých otázek a v průběhu analýzy se k nim znovu vracet. Rovněž zdůrazňují potřebu, aby výzkumník byl ohledně svých rozhodnutí v textu transparentní a jednoznačně popsal svá teoretická východiska i samotný proces analýzy, což dalším výzkumníkům umožní zhodnocení výzkumu a jeho porovnání s dalšími studii v dané oblasti.

První otázkou je volba, co se během analýzy bude počítat jako téma. Obecně téma zachycuje důležitou informaci v datech ve vztahu k výzkumné otázce a představuje nějakým způsobem opakující se vzorec v celém datovém souboru. Jakou „velikost“ by však téma mělo mít? Kolikrát by mělo být téma v datovém souboru zmíněno, aby se mohlo počítat jako téma? Braun a Clarke (2006) odpovídají, že v kvalitativní analýze neexistuje jednoznačná odpověď. Téma může být zmíněno hojně v některých datových položkách a méně nebo vůbec v jiných položkách. Ideálně bude téma zastoupeno více příklady napříč datovým souborem, ale není to podmínkou. Je tedy na rozhodnutí výzkumníka, co bude považovat za téma. Nakolik je téma významné rovněž není určeno jeho měřitelnými znaky, ale spíše tím, zda poskytuje podstatnou informaci vzhledem k výzkumné otázce.

Dále je důležité se rozhodnout, zda je výzkumníkovým cílem poskytnout bohatý popis všech témat z celého datového souboru nebo se detailně zaměřit pouze na témata spojená s výzkumnou otázkou. V našem případě jsme zvolili detailnější přístup. Třetí otázka se týká způsobu nalézání témat v datech. Rozhodli jsme se pro induktivní (bottom-up) přístup, který provádí kódování dat bez předem stanoveného kódovacího rámce a výzkumníkových teoretických předpokladů. Čtvrtým krokem je rozhodnutí mezi hledáním témat na sémantické (explicitní) nebo latentní (interpretativní) úrovni dat. Sémantický přístup témata nalézá v explicitním významu dat a nehledá za informacemi sdělenými od účastníků další skryté významy. Postupuje od organizace dat do opakujících se vzorců směrem k pokusu o interpretaci jejich významu. Tento přístup se pro naše výzkumné účely

jevil vhodnější než druhý, latentní přístup, který je více interpretativní a od počátku v datech hledá skryté myšlenky a koncepty formující obsah sdělení. Předposledním rozhodnutím je výběr epistemologického hlediska, v jehož rámci provádíme analýzu a které určuje, o čem vypovídají naše data. V esencialistickém nebo realistickém přístupu data vyjadřují informaci o realitě participantů, zatímco konstrukcionistický přístup zkoumá zkušenosti participantů ve vztahu k sociálnímu kontextu. Během naší analýzy jsme vycházeli z realistického přístupu.

Následně jsme přistoupili k samotné analýze, kterou Braun a Clarke (2006) dělí na 6 fází: seznámení se s daty, vytvoření počátečních kódů, hledání témat, revize témat, definování a pojmenování témat, a vypracování závěrečné zprávy.

V rámci **seznámení se s daty** autorka provedla již zmíněnou transkripci interview do písemné podoby a následou kontrolu každého přepisu, kdy si všechny přepisy min. 1x znovu přečetla a poslechla znovu všechny nahrávky. Všimla si také informací, které se jevily být zajímavé vzhledem k výzkumným otázkám. Tyto informace vyznačila v přepsaném textu barevně a na závěr každého dokumentu si zaznamenala nápady pro budoucí kódování. Dále autorka pracovala s programem ATLAS.ti k **vytvoření počátečních kódů**. Kódy zachycují a pojmenovávají všechny aspekty dat, které výzkumník považuje za významné vzhledem k výzkumným otázkám. V počáteční fázi je doporučeno vytvořit velké množství relevantních kódů, což později umožní hledat napříč kódy opakující se vzorce a témata (Braun & Clarke, 2006). Autorka v této fázi vytvořila celkem 578 kódů.

Do fáze **hledání témat** je možné postoupit, pokud výzkumník systematicky okódoval všechny datové položky. Zde začíná uvažovat nad tím, jaká podstatná témata se v kódech objevují. Některé počáteční kódy se mohou stát hlavními tématy, některé podtémata a některé kódy mohou být úplně vyřazeny (Braun & Clarke, 2006). Autorka nejprve pracovala s poměrně velkým množstvím jednotlivých kódů nebo kódů s nízkým počtem úryvků, které na základě podobnosti slučovala do kódů se stejným významem. Dále vytvářela skupiny kódů, které tvořily návrh hlavních témat a podtémat. Na konci této fáze byl počet kódů zredukován na 142 a skupin kódů bylo vytvořeno 84. V následné **revizi témat** došlo ke kontrole všech úryvků náležejících k navrženým tématům, aby byla zajištěna konzistentnost daného tématu a zřetelné vymezení oproti jiným tématům. Seznam témat byl v této fázi dále přepracováván a byl posuzován vztah mezi jednotlivými tématy. Konečný seznam obsahoval 25 hlavních témat a 19 podtémat, které reprezentovaly podstatné aspekty dat ve vztahu k výzkumným otázkám. Dále došlo k přesnějšímu **pojmenování a definici**

jednotlivých témat, výběru vhodných ilustrujících úryvků a **vypracování závěrečné zprávy**, které uvádíme v rámci kapitoly věnované prezentaci výsledků výzkumu.

8 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU

Výzkumná část diplomové práce byla realizována v souladu s etickým kodexem Americké psychologické asociace (2017), který se v sekci 8 věnuje etickým otázkám realizace výzkumu a publikace výsledků. Všichni participanti byli na začátku interview informováni o účelu výzkumu, předpokládané délce trvání interview a právu na odstoupení z výzkumu v jeho průběhu. Dále byli seznámeni s procesem zacházení z daty, který zahrnoval pořízení audiozáznamu nebo videozáznamu, jeho přepis do textové podoby a následné smazání nahrávky. Důraz byl kladen na ujištění o zachování anonymity a důvěrnosti informací. Participantům byl rovněž poskytnut prostor na případné dotazy ohledně výzkumu. Následně všichni participanti poskytli ústní informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a pořízením nahrávky interview, který byl zaznamenán v úvodní části nahrávky. Žádný z participantů se v průběhu výzkumu nerozhodl odstoupit.

Participant se výzkumu zúčastnili zcela dobrovolně, jelikož na základě vlastního zájmu využili nabídku ze strany svého psychoterapeuta a sami kontaktovali řešitelku výzkumu. Za účast nebyla poskytnuta žádná odměna. Základní informace o výzkumu byly participantům poskytnuty již ve formě informačního létaku a rovněž měli předem k dispozici schéma otázek interview. Řešitelky výzkumu si byly vědomy citlivosti daného tématu, které se dotýkalo duševních obtíží participantů. Z toho důvodu byly některé otázky označeny jako nepovinné a participanti byli před začátkem interview ujištěni, že mohou na dotazy odpovídat v takové míře a hloubce, jak je jim příjemné a případně zodpovězení dotazu odmítnout. V rámci dotazu na typ duševních obtíží, se kterými se participanti léčí v psychoterapii, nebyl kladen důraz na zjištění přesné diagnózy, pokud ji nevedli sami participanti. V důsledku toho v charakteristikách participantů uvádíme ve většině případů pouze širší okruh duševních obtíží na základě popisu, který participanti uvedli. Pro účely naší analýzy nebyla znalost přesné diagnózy participanta primárně podstatná.

9 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Tato kapitola je věnována představení hlavních tematických okruhů, které jsou výsledkem analýzy interview. Na jejich základě následně odpovídáme na výzkumné otázky.

9.1 Významné tematické okruhy

V této podkapitole uvedeme a podrobněji rozepíšeme hlavní témata a podtémata, která byla nalezena v průběhu analýzy dat. Širší **tematické okruhy** jsou zvýrazněny tučně a podtržením, **témata** uvádíme tučně a **podtémata** jsou odlišena tučně kurzívou.

Obavy participantů

Téma obav a strachu se v prožívání participantů objevilo v několika kontextech. V první řadě se jednalo o **strach z nákazy covidem**, který v různé míře zažívala většina (n=5) participantů. Silné obavy participantů měli, pokud měli rizikový zdravotní stav, pokud se setkali s vážnými následky covidu ve svém okolí nebo pokud sami prodělali vážný průběh covidu.

„...a když jsem viděla průběh toho nástupu, kdy z plného zdraví se dojde až ke smrti, tak řekla bych, že to mne vyděsilo.“ (P9_žena, 72 let)

Dvě participantky prožívaly pandemickou situaci obzvlášť intenzivně, což mohlo souviset s povahou jejich duševních obtíží. Participantka, která jako své duševní obtíže uvedla hraniční poruchu osobnosti a bipolárně-afektivní poruchu, zažívala výrazný zmatek a strach ohledně toho, jak se bude situace vyvíjet. Období začátku pandemie covidu-19 označila jako velice krizové a **náročné**. V důsledku toho měla zvýšenou potřebu psychologické péče a kromě vlastní psychoterapie vyhledávala ještě další podpůrné služby, kupříkladu krizový chat. Pro další participantku s úzkostně-depresivními obtíži bylo období pandemie covidu náročné zejména z toho důvodu, že ve své funkci vedoucí sociální služby měla na starosti chod zařízení a péči o zaměstnance. Nedostatek informací ohledně správných postupů zvyšoval její úzkost. Tato participantka vnímala psychoterapii jako důležitý podpůrný bod v náročném období a možnost věnovat se i přes pracovní vytížení také sama sobě.

V jednom případě se také ukázalo, že povaha duševních obtíží přispěla k mírnějšímu prožívání pandemické situace. Jednalo se o participanta s obsedantně-kompulzivní poruchou a sociální fobií, který byl dlouhodobě zvyklý se během dne vyhýbat sociálnímu kontaktu, nedotýkat se předmětů a v rámci svých rituálů provádět po příchodu domů důkladnou očistu. Pro něj tedy nebyla opatření vzniklá v důsledku pandemie covidu-19 něčím novým a nezvyklým. Strach z nákazy covidem byl u něj také přítomen, ale ne v tak intenzivní formě.

„Já jsem z toho covidu neměl nikdy nějaký brutální strach, abych propadal panice, protože já jsem se na tuhle situaci celý život připravoval, jestli mne chápete, jak to myslím.“ (P7_muž, 34 let)

V kontextu distanční psychoterapie se pak u participantů objevovaly různé **obavy z distanční komunikace**. Nejčastěji se jednalo o *obavu z technických obtíží* a technického nastavení. Tyto obavy byly nejvýraznější před prvním distančním sezením a v dalších sezeních se snižovaly, avšak u některých participantů přetrvaly po celé období distančních kontaktů. Dále se před prvním distančním sezením objevila *obava z nedostatečného pochopení terapeutem* kvůli omezené neverbální komunikaci a obava z toho, že distanční komunikace bude *odcizená*. Tyto obavy se participantkám nepotvrdily. Obecně prožívali participanté první distanční kontakt jako zvlášť a nový, byli z něj mírně nervózní a museli si na něj zvyknout. Všichni participanté se však v průběhu několika distančních sezení dobře adaptovali a došlo u nich ke *zlepšení v čase* jak v nervozitě, tak ve snížení obav.

„A pak při dalším kontaktu už to bylo daleko více v pohodě. Nejhorší to bylo poprvé po té technické stránce.“ (P3_žena, 41 let)

Jedna participantka naopak uvedla, že z distančního kontaktu neměla žádné obavy a její očekávání z toho, že bude kontakt odlišný, se nepotvrdilo. Důvodem pro absenci obav by u této participantky mohla být jednak důvěra v psychoterapeutku, jednak skutečnost, že participantka měla ze svého bývalého zaměstnání velkou zkušenost s využíváním počítače, ačkoliv ne přímo s komunikací prostřednictvím videohovoru.

Překvapivým zjištěním dále bylo, že většina participantů (n=8) neměla žádné nebo téměř žádné *obavy ze zabezpečení* a možného zneužití informací. Některé participanty tato možnost ani nenapadla, případně pokud je napadla, tak ji nepovažovali za významnou. Důležitým faktorem zde byl pravděpodobně vliv psychoterapeutického vztahu. U všech participantů se jednalo o pokračující psychoterapii, svého psychoterapeuta znali

a důvěřovali mu. Z toho důvodu považovali distanční kontakt za bezpečný. Jeden participant, který měl mimo jiné také paranoidní obtíže, rizika vyplývající ze zabezpečení distanční komunikace zpočátku vnímal jako výrazné, avšak jeho obavy se podařilo rozptýlit ujištěním ze strany psychoterapeuta.

„Tak panu doktorovi věřím, ten se o mne stará, takže vlastně řekněme, že mne přesvědčil a dal mne své slovo, že to vlastně nikdo nenahrává a nikdo nás neodposlouchává.“ (P7_muž, 34 let)

Sociální aspekty

V průběhu pandemie covidu-19 měli někteří participant (n=3) zkušenost se **sociální izolací** z důvodu karantény při vlastním onemocnění covidem nebo onemocnění svých blízkých. Všichni participant pak v určité míře omezili sociální kontakty z důvodu obecných vládních nařízení a doporučení. Zejména participant vyšší věkové kategorie (n=2) nebo s rizikovým zdravotním stavem (n=1) výrazně omezili své sociální kontakty z důvodu strachu z nákazy. Sociální izolace byla prožívána převážně negativně a vedla ke zvýšené **potřebě sociálního kontaktu**. Distanční psychoterapie tak byla pro participanty důležitá také jako forma lidského kontaktu. V jednom případě participantka uvedla, že sociální izolace měla vliv na zhoršení duševních obtíží.

„Celou tu dobu od začátku covidu jsem omezila veškeré kontakty. My jsme vlastně s manželem zůstali sami dva, což se nepříjemně projevilo na mém psychickém stavu.“ (P9_žena, 72 let)

Jedna další participantka strávila nějaký čas v sociální izolaci kvůli úrazu a pracovní neschopnosti, prožitky a potřebu sociálního kontaktu však vyjádřila obdobně, jako by šlo o omezení v důsledku pandemie. Kromě potřeby sociálního kontaktu měla také potřebu určitých mentálních nároků, které jí psychoterapeutický kontakt poskytoval ve větší míře, než běžný sociální kontakt s kamarády.

Potřeba sociálního kontaktu se mohla pravděpodobně promítnout i do realizace výzkumných interview, které probíhaly v březnu a dubnu 2021, kdy v České republice stále platil nouzový stav a s ním související opatření. Kupříkladu jedna z participantek uvedla jako motivaci k účasti ve výzkumu mimo jiné možnost si s někým popovídat.

Technické aspekty

Podstatnou součástí distanční psychoterapie jsou otázky související s technikou. V první řadě se jedná o **technické vybavení**, které je nutnou podmínkou její realizace. Adekvátní technické vybavení do velké míry rozhoduje o tom, zda participant přistoupí na variantu distanční psychoterapie a jakou zvolí její formu (videohovor, telefon). V případě videohovoru všichni participanté (n=5) využívali notebook nebo počítač, které jim pro distanční kontakt vyhovovaly. Představa zprostředkování videohovoru prostřednictvím chytrého telefonu byla dvěma participantkami hodnocena jako nevyhovující (n=2) z důvodu nepohodlí při delším držení telefonu, malého obrazu a případně obtíží s jeho ovládním, které uvedla participantka vyššího věku.

„Chytrý telefon tak ten mám, ale neumím ovládat, vrátila jsem se ke klasickému tlačítkovému, takže asi bych se musela naučit a je to pro mne příliš malá obrazovka, mne spíše vyhovuje větší obraz.“ (P7_žena, 72 let)

Další dvě participantky však hodnotily možnost videohovoru prostřednictvím chytrého telefonu neutrálně a jedna participantka uvažovala o jeho využití v budoucnu, jelikož nebyla zcela spokojená s telefonickou psychoterapií a doma neměla dostatečné soukromí pro využití počítače k videohovoru. Jako další podstatnou součást technického vybavení pro realizaci videohovoru uváděly participantky (n=4) kvalitní internetové připojení. Narušení videohovoru v důsledku problémů s internetovým připojením vnímaly participantky negativně, jedna participantka zdůraznila potřebu soustředění se a plynulosti hovoru pro psychoterapii. U dvou participantů pak byla absence technického vybavení (notebooku, počítače) v domácnosti jedním z důvodů pro volbu telefonického rozhovoru.

Kromě technického vybavení byla pro realizaci videohovoru potřebná určitá **technická zdatnost**, která souvisela zejména z **předchozími zkušenostmi** participantů. Všichni participanté měli zkušenost s využíváním počítače nebo notebooku pro osobní nebo pracovní účely, předchozí zkušenost přímo s realizací videohovoru uvedlo 6 participantů. Přesto některé participantky (n=2) subjektivně vnímaly svou technickou zdatnost jako slabší a realizace videohovoru pro ně byla spojená s obavami ohledně technických obtíží a jejich řešení. V tomto ohledu pro ně byla důležitá pomoc blízkého člena domácnosti.

„Takže by se určitě mohlo stát, že když by se tam něco cokoliv dělo, tak bych si s tím nedokázala sama poradit. Ale teď mám tady doma dva vysokoškoláky, kteří

se také připravujou, oba dělají diplomku, takže to bylo zažehnané, oni by mne určitě poradili.“ (P2_žena, 55 let)

Technické obtíže během realizace videohovoru nebo telefonního hovoru nebyly příliš časté nebo zásadně ovlivňující psychoterapii. V jednom případě technické obtíže neumožnily videohovor a první distanční kontakt proběhl telefonicky. Následně se podařilo obtíže vyřešit a další kontakty proběhly jako videohovor. Dále se u participantů objevily potíže s připojením k internetu, občasné zaseknutí obrazu, případně počáteční obtíže s ovládáním kamery či mikrofону. Jako nejvíce rušivé vnímali participanti (n=3) vypadávání internetu. Dále jedna participantka uvedla jako rušivý vliv nepříjemnou barvu obrazu v důsledku osvětlení v místnosti.

Psychoterapeutické aspekty

Významným tématem je **subjektivní význam psychoterapie**. Všichni participanti vnímali pozitivní vliv psychoterapie na své duševní zdraví již v době před pandemií covidu-19 a pro některé participanty byl psychoterapeutický kontakt obzvlášť důležitou podporou i v období pandemie. Z toho důvodu všichni participanti možnost distanční psychoterapie ocenili. Čtyři participantky výrazněji pociťovaly **potřebu kontinuity psychoterapie**, jedna z participantek uvedla možný negativní vliv na svůj psychický stav při jejím narušení.

„Moc mne to potěšilo, že jsem mohla tu terapii absolvovat, protože zatím ještě delší období pro mne není... když bych vynechala terapii, tak to pociťuju hodně negativně, nějaké delší období.“ (P2_žena, 55 let)

Neméně důležitý vliv měl kvalitní **psychoterapeutický vztah**. Všichni participanti pociťovali ke svému psychoterapeutovi důvěru, což bylo hlavním důvodem, proč většina z nich neměla obavy ze zabezpečení distanční komunikace anebo se je v úvodních sezeních podařilo rozptýlit. Většina participantů (n=6) vyjádřila také sympatie či náklonnost k osobnosti svého psychoterapeuta, což mohlo přispět k jejich ochotě a vůli realizovat kontakt distančně. Jedna participantka byla natolik spokojená se svou současnou psychoterapeutkou, že by i v budoucnu preferovala distanční psychoterapii s ní než osobní kontakt s jiným psychoterapeutem.

Podstatným aspektem byla **fáze psychoterapie**. Jak jsme již zmínili výše, pro všechny participanty se jednalo o **pokračující psychoterapii** a před prvním distančním sezením již měli navázaný dobrý psychoterapeutický vztah, což většina z nich (n=8) vnímala

jako důležitou okolnost pro rozhodnutí zvolit distanční formu psychoterapie. Čtyři klienti uvedli, že **prvokontakt** by volili pouze v osobní formě, a to z důvodu příjemnější osobní komunikace, možnosti pro seznámení se a navázání důvěry. U klienta s obsedantně-kompulzivní poruchou a sociální fobií se objevil specifický důvod pro volbu formy prvního psychotherapeutického kontaktu, který souvisel s jeho duševními obtížemi. Tento klient měl obtíže s navazováním sociálních kontaktů a strach z komunikace s cizími lidmi, v těchto situacích potřeboval i při osobní komunikaci zpočátku podporu člena rodiny. Nebylo pro něj tedy představitelné, že by měl sám realizovat první kontakt s psychotherapeutem distančně. Pozitivní postoj k prvokontaktu distanční formou však vyjádřily dvě participantky. Jedna z nich měla úzkostné obtíže a popsala zkušenost, že začátky psychoterapie v osobní formě pro ni byly velmi náročné z hlediska toho zvyknout si na psychotherapeutickou práci, umět se někomu otevřít apod. Uvedla zajímavý postřeh, že první kontakt distanční formou by možná vnímala jako méně závazný a mohla by se cítit jistěji a otevřeněji. Nyní po delší zkušenosti s psychoterapií však již preferuje osobní formu.

„Možná bych se tam necítila tak zavázaná tím, že musím přijít znovu a možná by se mi o některých věcech i lépe mluvilo... Nebo že bych si takto mohla nějakým způsobem tu psycholožku takhle jako ořápnat, jestli mi to bude sedět nebo ne.“ (P3_žena, 41 let)

Další participantka s úzkostně-depresivními obtížemi nebyla zcela spokojená se svým dosavadním pokrokem v psychoterapii a v době našeho rozhovoru měla v plánu realizovat první kontakt prostřednictvím videohovoru s jinou terapeutkou (mimo zdravotnictví). Z distančního prvokontaktu neměla žádné obavy.

Co se týče **obsahu psychoterapie**, většina (n=6) participantů nevnímala téměř žádný rozdíl oproti psychoterapii v osobní formě. Osm participantů uvedlo, že neměli problém mluvit o jakémkoliv tématu distančně. Zde bychom mohli opět uvažovat o souvislosti s psychotherapeutickým vztahem, který k otevřené komunikaci mohl výrazně přispívat. U jedné participantky, která vyjádřila jisté omezení v komunikaci, se tento problém týkal nedostatku soukromí v domácím prostředí. Z obavy, aby ji neslyšel někdo ze členů domácnosti, neřekla při psychoterapii úplně všechno. Jeden participant uvedl, že distanční psychoterapii vnímal jako méně **náročnou**, a to z toho důvodu, že v telefonickém hovoru s psychotherapeutem řešili méně obtížná témata a celkově vnímal psychotherapeuta jako méně přísného a méně důrazného než v osobní terapii. Vybavil si situaci, kdy při distanční

psychoterapii narazili na vážnější téma, jehož plné řešení nepovažoval psychoterapeut za vhodné v telefonickém kontaktu, a proto se k němu později vrátili při osobním sezení. Dvě participantky dále uvedly subjektivní pocit, že v distanční psychoterapii nešly tolik do hloubky, podle jedné z participantek to však mohlo souviset s jejím pórazovým stavem, kdy se necítila na náročnější psychoterapii. Další z participantek popsala také obtíže s **vyjádřením emocí**, zejména smutku spojeného s pláčem, přes videohovor. Tyto obtíže mohly mít vliv na její vnímání, že psychoterapie nejde tolik do hloubky. Jednalo se o participantku s hraniční poruchou osobnosti a bipolárně-afektivní poruchou.

„Svěřit jsem se mohla s tématy, ale spíše ty emoce tam chyběly.“

(P4_žena, 35 let)

Jiná participantka, která zažila intenzivní pláč během psychoterapie prostřednictvím telefonního hovoru, naopak nevnímala rozdíl oproti osobní psychoterapii a nebyl pro ni problém plakat. Tato participantka navštěvovala psychoterapii z důvodu podpory při zvládnání onkologického onemocnění. Ostatní participanté rozdíl ve vyjádření emocí neuvedli.

„A tyhle věci mám, jestli sedí paní doktorka proti mně, nebo jestli je přes telefon, tak ty emoce ze mne vyjdou úplně stejně, ať brečím a sedím proti ní nebo když sedím v tomto křesle“. (P5_žena, 56 let)

Participantka, která měla obtíže s vyjádřením emocí prostřednictvím videohovoru dále uvedla jako náročné **soustředit se** během distanční psychoterapie a chyběly jí techniky **práce s tělem**, na které byla zvyklá v rámci osobní terapie. Jednalo se kupříkladu o využití zátežové deky, plyšového zvířete, cvičení na uklidnění a stabilizaci, případně domluvený dotyk psychoterapeutky.

Významným tématem dále byla oblast **neverbální komunikace**, ve které participanté vnímali největší rozdíly oproti osobní psychoterapii. Všichni participanté, kteří si zvolili kontakt prostřednictvím videohovoru (n=6) uvedli, že pro ně byl důležitý vizuální obraz psychoterapeuta. Vizuální kontakt jim poskytoval informace o mimice psychoterapeuta, částečně o jeho gestikulaci či řeči těla a ujištění, že se jim psychoterapeut opravdu věnuje. Omezení neverbální komunikace z důvodu stabilního obrazu, který zachycuje pouze hlavu a vrchní část těla vnímaly některé participantky (n=3) mírně negativně. Jedna z participantek měla zpočátku obavy, že na kameře nebude její neverbální chování zřetelné

a psychoterapeutka jí tak nebude dostatečně rozumět, proto se sama snažila gestikulovat v rámci obrazu. Její obavy se však nepotvrdily a pochopení od psychoterapeutky vnímala stejně dobré, jako v osobní formě psychoterapie. Pravděpodobně zde mohlo mít vliv, že se jednalo o pokračující terapii a psychoterapeutka klientku a její způsob komunikace znala již z předchozí doby. Jako výhodu komunikace prostřednictvím videohovoru však uvedla jedna participantka, že se jí dařilo více se soustředit na mimiku psychoterapeuta a lépe odezírala. Potřeba neverbální komunikace byla pro participanty (n=6) hlavním důvodem, proč zvolili kontakt prostřednictvím videohovoru, telefonický kontakt by pro ně nebyl dostatečně uspokojivý a volili by jej pouze v případě nouze.

„Takže určitě je to lepší než nic a rozhodně pro mne byla lepší ta psychoterapie po Skypu, než ta telefonická... Tam mi přeci jen chyběl nějak ten vizuální obraz toho člověka na druhé straně.“ (P3_žena, 41 let)

Jedna z participantek, která absolvovala psychoterapii prostřednictvím telefonu, nebyla s touto formou kvůli absenci neverbální komunikace spokojená a do budoucna by volila videohovor. Na druhou stranu další participantka, která si rovněž zvolila telefonickou formu psychoterapie, absenci vizuálního kontaktu nevnímala nijak zvlášť negativně a argumentovala tím, že si psychoterapeutku dokázala živě představit. Opět zde narážíme na důležitý vliv psychoterapeutického vztahu, který byl navázán již před přechodem na distanční formu psychoterapie.

Důležitým aspektem neverbální komunikace byl pro participantky (n=3) z různých důvodů oční kontakt. Jedna participantka vnímala obtíže s navázáním a udržetím dobrého očního kontaktu z technických důvodů, jelikož pro správný dojem očního kontaktu je potřeba, aby se člověk díval do webkamery, a ne na obraz druhého člověka. Další participantka měla v rámci osobní psychoterapie s psychoterapeutkou domluvu, že nemusí udržovat oční kontakt a může se místo něj dívat do boku nebo do země. V rámci videohovoru přes počítač bylo uvedené specifické opatření těžké uplatnit a pro participantku to znamenalo významný rozdíl v prožívání během psychoterapie. Poslední participantka negativně vnímala absenci očního kontaktu při komunikaci přes telefon.

Co se týče **verbální komunikace**, participanty měli v některých případech (n=4) zkušenost s horší plynulostí a porozuměním řeči v důsledku sekání obrazu při videohovoru, zkresleného zvuku nebo skočení si do řeči. Plynulost rozhovoru při psychoterapii byla přitom vnímána jako podstatná.

Příprava na sezení

V rámci přípravy na sezení měla zásadní vliv možnost **soukromí**. Většina participantů (n=7) uvedla soukromí jako důležitou podmínku psychoterapie. Všem participantům se podařilo zajistit si prostředí tak, aby mohli distanční kontakt realizovat. Pro některé z nich však byly podmínky částečně *nevyhovující*. Kupříkladu dvě participantky realizovaly videohovor s psychoterapeutem v průchozí místnosti, kde se v jejich domě nachází počítač. Jedna z participantek to vnímala jako omezení, protože měla obavu, aby rodina neslyšela obsah psychoterapie. Druhá participantka uvedla, že jí průchozí místnost vyhovuje a cítí se v ní bezpečně. Nicméně během našeho rozhovoru kolem ní prošel manžel a chvíli zůstal ve vedlejší místnosti. Po jeho odchodu participantka komentovala, že nyní může mluvit otevřeněji. Další participantka měla obavu z toho, že její rozhovor bude slyšet další osoba v domácnosti, i když měla možnost být v uzavřené místnosti. Volila tak raději možnost dojet do kanceláře, kde mohla být sama. Jedna participantka neměla možnost zajistit si doma dostatečné soukromí, a proto realizovala telefonní hovor s psychoterapeutem z venkovního prostředí nebo z auta. *Vyhovující podmínky* participantů popsali, pokud měli možnost být v uzavřené místnosti, měli klid a pocit, že je nikdo neslyší. Řada participantů by nemožnost zajistit si dostatečné soukromí vnímala jako překážku pro realizaci distanční psychoterapie.

„Kdyby se mi nepodařilo zajistit tohle soukromí na své straně, tak bych v žádném případě do toho video rozhovoru nešel.“ (P8_muž, 66 let)

Dále je pro některé participanty (n=3) příprava na psychoterapeutické sezení spojená s **aktivizací a sebepěčí**. Nejvýrazněji je tomu tak v případě osobní formy psychoterapie, která znamená pro participanty vyššího věku nebo sociálně izolované jedince také společenskou událost. Dvěma participantkám zaleželo na tom, aby se pěkně oblékly a učesaly před osobním kontaktem s psychoterapeutkou. Tři participantů ocenili možnost odjet na chvíli z domova a změnit tak prostředí. Pokud za psychoterapeutem dojížděli do většího města, často návštěvu spojili s dalšími aktivitami jako kupříkladu nákupy nebo návštěva cukrárny. Tento pro ně příjemný aspekt v distanční psychoterapii odpadl, nároky a jejich aktivitu a sebepěči byly mnohem menší, jelikož jim stačilo zůstat v domácím oblečení a nemuseli nikam cestovat.

„Ano, to je asi ten největší rozdíl, že toho člověka v takovém psychickém stavu, když se mi nechce nikam jít, s nikým moc komunikovat, tak, že mne k tomu dotlačí... protože nikam jinač člověk nevyjde.“ (P5_žena, 56 let)

Zároveň však někteří participanti (n=3) možnost zůstat v domácím prostředí oceňovali jako větší **komfort** právě z důvodu, že mohou zůstat domácím oblečením, udělat si vlastní čaj nebo si sednout na své oblíbené místo. Někteří participanti (n=4) dále vnímali jako výhodu, že díky distanční psychoterapii nemusejí **cestovat**. Jednalo se zejména o participanty, kteří cestovali na větší vzdálenost a cesta pro ně znamenala časové omezení. Jedna z participantek také ocenila možnost udržet kontakt se současnou psychoterapeutkou i v případě, že by se odstěhovala nebo cestovala do zahraničí. Participant s obsedantně-kompulzivní poruchou a sociální fobií pak kvůli svým duševním obtížím potíval výraznou úlevu, že nemusí absolvovat cestu na psychoterapii. Dvě participantky však zmínily rituál cesty jako podstatný pro ujasnění myšlenek a přípravu na psychoterapii.

„Ta chuže mne pomáhá nějakým způsobem si ujasnit, co teda bude důležité v tom našem hovoru pro mne... Co vlastně chci, co mne nejvíce bolí, pálí na řešení.“

Připravu na sezení **prožívali** participanti u distanční a osobní formy psychoterapie odlišně. Čas před osobní formou psychoterapie byl pro participanty (n=5) spojený s větším **klidem** a ujasněním myšlenek, zatímco před distanční psychoterapií prostřednictvím videohovoru zažívali spíše **nervozitu** a neklid, které vyvolávaly obavy z technického nastavení a technických obtíží. Dále pro ně příprava na distanční psychoterapii byla náročnější na **přípravu prostředí**, jelikož si museli zajistit soukromí, záleželo jim na úklidu pokoje a na tom, co bude vidět na videokameře.

Ne ve všech případech proběhla jasná **domluva s terapeutem** na tom, kdo komu zavolá a jakým způsobem si dají vědět, že jsou na hovor připravení. Jedna participantka zmínila, že by v této oblasti ocenila konkrétnější domluvu.

Rušivé vlivy

Participanti se většinou před distanční psychoterapií snažili o eliminaci rušivých vlivů. Domluvili se kupříkladu se členy rodiny, aby je v době psychoterapie nerušili nebo jim nevolali, snažili se vypnout si na počítači všechny aplikace a upozornění, které by je během videohovoru mohly rušit a jedna participantka si nastavila automatické sms, které upozorní volající osoby, že momentálně není dostupná. Přesto participanti rušivé vlivy během distanční terapie vnímali, a to celkově ve vyšší míře než při osobní terapii. Rušivé pro ně bylo zejména vědomí toho, že jim někdo může během terapie zavolat nebo že si všimnou nějakého příchozího upozornění na počítači. Jedna participantka uvedla, že v rámci

videohovoru má potřebu sledovat na monitoru čas, což je pro ni při psychoterapii rušivé. V osobní terapii jí je naopak velmi příjemné, že **hlídání času** má na starosti psychoterapeut a ona jej vůbec nevnímá. Další rušivé vlivy souvisely s nedostatečným soukromím, kdy měly participantky (n=2) obavu z toho, že je může slyšet někdo z rodiny, případně se stalo, že i přes předchozí domluvu vešel někdo z rodiny omylem do místnosti. Ve dvou případech byla rušivým vlivem také **domácí zvířata**, ať už štěkající psi ve vedlejší místnosti nebo kočka, která přišla za participantkou v otevřené místnosti, což se stalo i během našeho interview.

Rušivé dále byly technické obtíže, které jsme již popsali výše. Ačkoliv drobné technické obtíže zažili téměř všichni participanti, pro nikoho to nebyla zásadní překážka pro realizaci distanční psychoterapie a její pozitivní hodnocení. Jedna participantka také uvedla, že se jí naopak dařilo lépe soustředit při videohovoru než při osobní terapii, kde je pro ni v prostředí více rušivých vlivů.

„Nerozptyluje mne prostředí, protože vidím tvář toho terapeuta a musím se více soustředit. Při té návštěvě s tou fyzickou přítomností, tam je více těch rozptylujících momentů... ať je to pohled z okna nebo pohled na boty paní doktorky.“
(P9_žena, 72 let)

Specifickým rušivým vlivem při videohovoru bylo **vnímání vlastního obrazu**. Všichni participanti měli během videohovoru na Skypu nastaveno zobrazení picture-in-picture, což znamená, že během hovoru vidí jednak osobu, se kterou komunikují, jednak náhled sebe samého. Třem participantkám byl náhled na sebe sama nepříjemný, dvěma z nich dokonce intenzivně. U jedné participantky to přímo souviselo s obtížemi v sebepřijetí, které řešila v rámci psychoterapie. Participantky to řešily tím, že se na sebe při videohovoru snažily nedívat, což se jim většinou dařilo. Zároveň si nebyly jisté technickým nastavením, zda je možné sebeobraz při videohovoru vypnout. Pro další dva participanty nebylo vnímání vlastního obrazu nijak zvlášť významné a rovněž se na sebe při hovoru nedívali, pouze pro kontrolu, zda jsou v obrazu dobře vidět. Poslední participantka vnímala náhled na sebe jako rušivý z toho důvodu, že měla potřebu sledovat vlastní gesta a vzhled. Rovněž se snažila sama na sebe nedívat, což se jí dařilo až s postupem času.

9.2 Odpovědi na výzkumné otázky

V této části odpovíme na výzkumné otázky, které jsme stanovili na začátku výzkumu.

1. Jak participanti prožívali nutnost náhlého přechodu do distanční formy psychoterapie vlivem pandemické situace?

První výzkumná otázka se skládá ze dvou podotázek, které jsou podstatné pro plné porozumění situaci.

a) Jak participanti prožívali pandemickou situaci obecně?

Většina participantů prožívala pandemii covidu-19 jako náročné období, které bylo spojené se strachem z nákazy, nejistotou ohledně vývoje situace a sociální izolací. Strach z nákazy zažívali participanti v různé míře, nejvíce intenzivní byl u těch participantů, kteří měli rizikový zdravotní stav, pokud sami prodělali závažný průběh covidu či jiného (kupříkladu plicního) onemocnění a pokud ve svém okolí zaznamenali vážné následky covidu. Vyšší intenzita strachu se projevovala také u participantů vyššího věku. U některých participantů pandemická situace umocňovala duševní obtíže, jednalo se kupříkladu o klientku s hraniční poruchou osobnosti a BAP, dále o klientku s úzkostně-depresivními obtížemi, která byla zároveň v práci ve vedoucím postavení a během pandemie tak zažívala zvýšené nároky. Naopak pro klienta s obsedantně-kompulzivní poruchou a sociální fobií nebylo obtížné se opatřením v důsledku pandemické situace přizpůsobit. Dalo by se tedy říct, že povaha duševních obtíží participantů souvisela s jejich specifickým vnímáním pandemické situace.

Sociální izolaci v důsledku vládních opatření nebo karantény vnímali participanti spíše negativně, v jednom případě byl popsán i negativní vliv izolace na duševní stav participantky. Zejména participanti vyššího věku v důsledku strachu z nákazy výrazně omezili své sociální styky a zažívali zvýšenou potřebu sociálního kontaktu, který jim mohla poskytnout také distanční psychoterapie.

b) Jak prožívali nutnost přechodu na distanční formu?

Nutnost přechodu na distanční formu participanti prožívali veskrze pozitivně, včetně klienta s obsedantně-kompulzivní poruchou a sociální fobií, pro kterého jsou většinou změny náročné. Všichni participanti uvedli, že jsou za možnost distanční psychoterapie vděční, a to zejména z výše uvedených obav spojených s pandemickou situací. Dále bylo pro participanty důležité zachovat kontinuitu psychoterapie, jelikož vnímali její pozitivní vliv na své duševní zdraví a rovněž jim pomáhala zvládat stres z náročné pandemické

situace. V době zvýšené sociální izolace pro ně psychoterapie byla mimo jiné příjemným sociálním kontaktem, ocenili možnost si s někým popovídat a sdílet. Ze začátku se u participantů objevovaly obavy z technických obtíží a nastavení, zejména pokud neměli předcházející zkušenost s prací on-line nebo vnímali svou technickou zdatnost jako slabou. Dále se objevila také obava z nedostatečného pochopení terapeutem kvůli omezené neverbální komunikaci a obava z odcizené komunikace, které se participantkám nepotvrdily. První distanční kontakt popsala většina participantů jako zvláštní a novou situaci, avšak v rámci několika sezení se rychle adaptovali a jejich nervozita i obavy ustoupily. Výjimkou byla jedna participantka, která obavy ani nervozitu před prvním distančním kontaktem nezažívala. Překvapivě se u většiny participantů nevyskytly žádné obavy ze zabezpečení distančního kontaktu. Velký vliv zde měl fakt, že se jednalo o pokračující psychoterapii, participant svému psychoterapeutovi tedy již znali a důvěřovali mu. U participanta s paranoidními obtížemi se zpočátku obavy ohledně zabezpečení distanční komunikace objevily, ale podařilo se je rozptýlit informacemi a ujištěním o zabezpečení ze strany psychoterapeuta, kterému klient také důvěřoval.

2. Jaké faktory byly pro participanty významné při rozhodování, zda zvolí distanční nebo osobní formu psychoterapie?

Zásadním faktorem pro rozhodnutí absolvovat distanční psychoterapii, byl pro participanty subjektivní význam psychoterapie. Jak bylo již zmíněno výše, všichni participant vnímali pozitivní vliv psychoterapie na své duševní zdraví a někteří by přerušení kontinuity psychoterapie vnímali negativně. Během sociální izolace v důsledku pandemie pak distanční psychoterapie měla pro participanty význam i jako sociální kontakt. Zejména u starších lidí se však význam psychoterapie jako sociálního kontaktu objevil i pro osobní formu mimo pandemii covid. Uváděli, že osobní návštěvu psychoterapeuta považují za společenskou událost, která je donutí vyjít ven z domu, pěkně se obléct a učesat, těší se na osobní kontakt. Pokud za psychoterapeutem dojíždí do jiného města, cestu často spojí kupříkladu s nákupem nebo návštěvou cukrárny. Z toho důvodu by osobní kontakt většinou preferovali, avšak kvůli pandemické situaci byli za distanční kontakt vděční.

Souvisejícím faktorem při volbě formy terapie byla kvalita psychoterapeutického vztahu. Všichni participant měli ke svému psychoterapeutovi pozitivní vztah a důvěřovali mu. Pro většinu participantů bylo důležité, že se jednalo o pokračující terapii a že svého psychoterapeuta již znali. Prvokontakt by většina participantů volila pouze v osobní formě, pokud by se nejednalo o stav nouze. Zajímavý postřeh však přinesla jedna participantka

s úzkostnými obtíži, která by naopak ocenila prvokontakt v distanční formě, jelikož začátky psychoterapie pro ni byly obtížné a distanční kontakt by zpočátku vnímala jako méně znejišťující.

Při volbě formy terapie byly dále významné překážky pro osobní terapii, které souvisely zejména s pandemickou situací a objevovaly se jak na straně terapeuta, tak na straně pacienta a ve formě vnějších překážek. Na straně terapeuta se jednalo o nařízenou karanténu z důvodu covidu, vnější překážkou byl nařízený lockdown. Na straně pacienta byla překážkou rovněž karanténa nebo reskonvalescence po úrazu a operaci. Vliv mělo také již zmíněné prožívání pandemické situace, řada participantů měla strach z nákazy covidem, a uvítala možnost absolvovat psychoterapii z domova, aby nemuseli cestovat a vystavovat se riziku nákazy.

Dalším důležitým faktorem při rozhodování o volbě distanční terapie byla možnost soukromí, kterou většina participantů vnímala jako nutnou podmínku psychoterapie. U některých participantů nebyly podmínky ideální, videohovor vedli z průchozí místnosti nebo telefonovali z auta. Za ideální podmínky považovali klienti možnost být v uzavřené místnosti, mít klid a vědomí, že nikdo ze členů domácnosti hovor neuslyší.

3. Pro který způsob (telefonní, audiovizuální či jiný) distanční psychoterapie se participantů rozhodli a z jakých důvodů?

Většina participantů uvedla, že psychoterapeut jim dal možnost výběru mezi realizací distanční psychoterapie přes telefon nebo videohovor, a to prostřednictvím různých aplikací (Skype, Zoom, Google Meet, Microsoft Teams). Pět participantů si zvolilo videohovor, všichni přes aplikaci Skype. Nejčastěji zmiňovaným důvodem pro volbu videohovoru byla potřeba neverbální komunikace. Participantů zmiňovali potřebu vidět reakce psychoterapeuta, navázat oční kontakt a komunikace jim přišla více osobní a lidská než přes telefon. Telefon by volili pouze v nezbytně nutném případě. Vliv měla také předchozí zkušenost participantů s komunikací prostřednictvím videohovoru. Participantů se již s touto formou kontaktu setkali kupříkladu v rámci pracovní supervize, školení, zájmových činností nebo pro komunikaci na dálku s rodinou a přáteli. Všichni participantů měli s aplikací Skype předchozí zkušenost a vyhovovalo jim její využití pro psychoterapii.

Tři participantů zvolili distanční psychoterapii přes telefon, a to z různých důvodů. U jednoho participantů se jednalo o nedostatek technického vybavení, jelikož měli doma k dispozici pouze jeden notebook s webkamerou, na kterém přes den pracoval jiný člen rodiny. Participant byl ovšem s výběrem telefonu spokojen. Další participantka uvedla, že jí

na výběru nezáleželo a když první kontakt proběhl telefonicky, u této formy již zůstala. Participantka byla spokojená a neměla potřebu formu měnit. Bylo pro ni důležité, že s psychoterapeutkou již měla navázaný psychoterapeutický vztah a během telefonického hovoru si ji uměla živě představit. Třetí participantka neměla doma ani v práci dostatek soukromí pro realizaci videohovoru, což bylo důvodem volby telefonu. Telefonní hovor s psychoterapeutem vedla většinou z auta. Participantka si během našeho rozhovoru uvědomila, že pro ni tato forma nebyla vyhovující z důvodu potřeby neverbální komunikace a rozhodla se v budoucnu usilovat o zajištění podmínek pro videohovor.

4. Vnímají pacienti nějaké rozdíly oproti psychoterapii v osobním kontaktu? Pokud ano, jaké?

První kategorií rozdílů mezi distanční a osobní terapií je příprava před sezením. Příprava na osobní terapii je spojená s větší aktivizací a sebepéčí, participanti věnují větší úsilí úpravě svého zevnějšku a vypravení se z domu. Tento faktor je významný zejména pro starší nebo sociálně izolované participanty, pro které psychoterapie plní i funkci sociálního kontaktu. Někteří participanti cestu na psychoterapii vnímají jako určité časové omezení, zejména pokud cestují větší vzdáleností. Dvě participantky však zmínily rituál cesty jako podstatný pro ujasnění myšlenek a přípravu na psychoterapii. Příprava na osobní terapii tak pro některé participanty byla spojena s větším klidem než příprava na distanční psychoterapii, zejména ve formě videohovoru. Před distančním sezením byli více nervózní a měli obavu ze správnosti technického nastavení a z možných technických obtíží. Dále si participanti museli zajistit soukromí, věnovali pozornost úklidu pokoje a tomu, co bude vidět na webkameře. Někteří participanti ocenili v rámci distanční terapie větší komfort.

Další kategorií rozdílů jsou rušivé vlivy, které v průběhu distanční psychoterapie participanti vnímali ve větší míře než v osobní formě psychoterapie. Rušivé pro ně bylo zejména vědomí toho, že jim někdo může během terapie zavolat nebo že si všimnou nějakého příchozího upozornění na počítači. Další rušivé vlivy byly spojené s hlídáním času v distanční psychoterapii, nedostatečným soukromím nebo domácími zvířaty, rušivé byly také technické obtíže a vnímání vlastního obrazu při videohovoru.

Co se týče samotného obsahu a průběhu psychoterapie, participanti nevnímali výrazné rozdíly oproti osobní formě. Většina participantů neměla obtíže hovořit o jakémkoliv tématu distančně, pokud se tento problém objevil, byl spojený s nedostatkem soukromí. Ojedinele se vyskytly obtíže s vyjádřením emocí při kontaktu prostřednictvím videohovoru, obtíže se soustředěním, absence technik práce s tělem a subjektivní pocit, že

psychoterapie nešla tolik do hloubky. V jednom případě byla také psychoterapie prostřednictvím telefonního hovoru vnímána jako méně náročná z hlediska volby témat a přístupu psychoterapeuta.

Významné rozdíly však většina participantů vnímala v oblasti neverbální komunikace. Participantů uváděli, že neverbální signály terapeuta vnímají v osobní psychoterapii intenzivněji a jsou pro ně důležitými informacemi. V rámci distanční komunikace se objevila obava z nedostatečného pochopení ze strany terapeutky kvůli omezenému obrazu při videohovoru, která se nepotvrdila. Potřeba neverbální komunikace byla také u většiny participantů hlavním důvodem preference videohovoru před telefonem. Specifickým aspektem neverbální komunikace byl oční kontakt, který byl v některých případech u videohovoru vnímán jako nedostačný nebo participantce chyběl při telefonním kontaktu.

5. Jaké participantů vnímají výhody, nevýhody a rizika?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku vychází z velké míry z odpovědi na předcházející otázky, zejména z vnímaných rozdílů mezi osobní a distanční psychoterapií. Někteří participantů totiž vnímali rozdíly buď jako výhodu nebo nevýhodu, popřípadě obojí. Shrňme tedy názory participantů v návaznosti na dříve uvedené kategorie.

Při přípravě na osobní terapii vnímají někteří participantů jako výhodu aktivizaci a sebeděči, tedy, že osobní kontakt je nutí k úpravě zevnějšku, vypravení se z domu a dělá jim dobře změna prostředí. Osobní sezení s psychoterapeutem vnímají jako společenskou událost, zatímco při distančním sezení na svůj zevnějšek tolik nedbají, zejména v případě telefonního hovoru. Oproti tomu někteří participantů oceňují komfort, který jim distanční kontakt poskytuje a výhodou pro ně je právě možnost zůstat doma ve svém prostředí a domácím oblečení. Velká výhoda distanční psychoterapie byla spatřována v možnosti zůstat doma v případě překážek pro osobní terapii, jako je nemoc participanta či psychoterapeuta, nařízená karanténa nebo vnější překážka v podobně lockdownu. Jako výhoda byla rovněž vnímána úspora času za cestování na psychoterapii a možnost lépe si uspořádat svůj časový harmonogram. Participant s OCD a sociální fobií vnímal jako výhodu nemuset na terapii cestovat z toho důvodu, že se tak vyhnul situacím, které jsou pro něj v rámci jeho poruchy nepřijemné a náročné. Pro další participantku bylo úlevné zjištění, že distanční kontakt je funkční variantou psychoterapie, který může využít kupříkladu při cestování v zahraničí. Rovněž vnímala jako výhodu možnost realizovat psychoterapii s psychoterapeutem, který jí osobně vyhovuje, ale nachází se ve větší geografické

vzdálenosti a nebylo by pro ni možné cestovat za ním osobně. Dvě participantky pak vnímaly naopak jako nevýhodu ztrátu rituály cesty.

Hlavní nevýhodou distanční psychoterapie byla pro většinu participantů nutnost technického nastavení a obavy z technických obtíží, zejména pokud svou technickou zdatnost vnímali jako slabou. Další nevýhodou byla náročnější příprava před distančním sezením, v některých případech nedostatek soukromí a větší výskyt rušivých vlivů. V důsledku slabého internetového připojení občas docházelo k sekání nebo vypadávání obrazu a zhoršené kvalitě zvuku, což mělo vliv na horší porozumění řeči a plynulost hovoru s psychoterapeutem. Další výraznou nevýhodou pak byla omezená neverbální komunikace. Většina participantů stále preferovala osobní kontakt z toho důvodu, že jim poskytuje větší množství neverbálních signálů a vnímají jej jako lidštější a příjemnější. Ojediněle pak byla nevýhoda distanční psychoterapie spatřována v obtížích ve vyjádření emocí a absenci technik práce s tělem.

Většina participantů dále ve svém případě nevnímala žádná zásadní rizika distančního kontaktu. Pouze jeden participant měl před zahájením distanční psychoterapie obavu ze zabezpečení a možného úniku informací. Jednalo se o participanta s paranoidními obtížemi a jeho obavy se podařilo postupně rozptýlit ujištěním ze strany psychoterapeuta, ke kterému měl důvěru. Další participant vnímali možný únik informací jako obecné riziko, ale ve svém konkrétním případě takovou obavu nezažili. Na absenci obav ze zneužití informací měl vliv zejména dobrý psychoterapeutický vztah a fakt, že se jednalo o pokračující terapii. Jedna participantka uvedla, že pokud by se jednalo o prvokontakt, potřebovala by větší ujištění o zabezpečení informací. Vyhovující by byl kupříkladu informační email před samotným sezením, ve kterém by bylo vysvětleno, jakým způsobem je zabezpečení zajištěno. Další participantka zdůraznila potřebu kontinuity psychoterapie, která pro ni byla důležitější než možnost zneužití informací. Dvě participantky také vyjádřily názor, že v jejich situaci by jim případný únik informací nemohl ani nijak uškodit. Několik participantů uvedlo, že nad možnými riziky vůbec neuvažovali až do našeho výzkumného interview. V obecné rovině pak zmínili ještě rizika vyplývající z nevhodných podmínek soukromí a možnost odposlechu dalším člověkem v místnosti, který je mimo kameru. Celkově se objevovala nejistota a neznalost v oblasti technologických rizik.

6. Jak participanté obecně hodnotí zkušenost s distanční psychoterapií?

U všech participantů se v různé míře objevilo pozitivní hodnocení distanční psychoterapie. Všichni participanté byli vděční, že tato možnost existovala a mohli ji využít

v době pandemické situace, kdy kvůli vládním opatřením nebo zdravotním rizikům nebylo možné setkat se s psychoterapeutem osobně. Výrazně pozitivně hodnotil distanční psychoterapii participant s OCD a sociální fobií, pro kterého možnost absolvovat terapii z domova znamenala úlevu od nepříjemných stavů a obtíží, které v důsledku svého duševního onemocnění zažívá při cestování. Tento participant by v ideálním případě preferoval distanční formu psychoterapie i v budoucnu, případně projevil zájem o kombinovanou formu, kdy by bylo možné docházet za psychoterapeutem osobně pouze jednou za čas. Kombinovanou formu by uvítala i další participantka v případě, že by se kupříkladu stěhovala a nemusela by tak měnit vyhovujícího psychoterapeuta a také participantka cestující za psychoterapeutem na velkou vzdálenost, což pro ni bylo časově náročné. Většina participantů by dále preferovala osobní formu psychoterapie, a to zejména z toho důvodu, že osobní kontakt vnímají jako příjemnější, lidštější a bohatší na neverbální komunikaci. Distanční forma psychoterapie je však podle nich dobrá náhrada osobní formy v situacích, kde se objeví překážky pro osobní terapii. Byli by ochotní ji znovu využít v případě nemoci své nebo psychoterapeuta, případně při cestování do zahraničí. Obsahově v distanční psychoterapii nevnímali téměř žádný rozdíl. Ačkoliv celkově více nevýhod uváděli participant v souvislosti s distanční psychoterapií, nebyly pro ně natolik výrazné, aby ovlivnily jejich pozitivní hodnocení psychoterapie a ocenění možnosti, že je tato forma možná. Nejméně pozitivní hodnocení distanční psychoterapie uvedla participantka, pro kterou bylo komplikované zajistit si vhodné podmínky pro videohovor a zároveň byla z osobní terapie zvyklá na uplatnění technik práce s tělem. I tato participantka však pozitivně hodnotila možnost absolvovat psychoterapii alespoň touto formou, když to nebylo jinak možné. Mezi několika participanty se dále objevil zájem o další distanční služby, tedy kupříkladu distanční kontakt s lékařem a psychiatrem.

10 DISKUSE

Nejprve se budeme věnovat diskusi nad dosaženými výsledky. Cílem výzkumu bylo především prozkoumat zkušenosti klientů s distanční psychoterapií realizovanou v období pandemie covidu-19, nalézt v jejich zkušenostech podobnosti a rozdíly, dále pak zjistit, jaké faktory na straně klienta měly vliv na jejich volbu formy psychoterapie, jak nutnost přechodu na distanční formu prožívali a popsat hlavní rozdíly, které vnímají mezi distanční a osobní formou psychoterapie.

Zjištění, že většina klientů zažívala během pandemie covidu-19 strach z nákazy, není vzhledem k obecné zkušenosti příliš překvapivé. Zajímavým zjištěním však bylo, že u některých klientek (úzkostně-depresivní obtíže, hraniční porucha osobnosti a BAP) došlo vlivem náročnosti pandemické situace k subjektivnímu zhoršení duševních obtíží, případně intenzivnějšímu vnímání pandemické situace. V důsledku toho pro ně byly psychoterapie a další podpůrné služby v období pandemie obzvláště důležité. Uvedené zjištění je ve shodě s tvrzením de Siqueira Rotenberg et al. (2020), že klienti s již přítomnou úzkostnou poruchou a klienti s BAP jsou jednou z ohrožených cílových skupin během pandemické situace a je potřeba s nimi udržovat distanční kontakt. Nicméně vzhledem k tomu, že ostatní klienti zhoršení duševních obtíží neuvodli, můžeme uvažovat nad tím, že kromě samotné duševní poruchy a její závažnosti měla na zhoršení duševních obtíží klientů vliv kombinace pandemické situace spolu s dalšími faktory, jako je pracovní vytížení, životní styl či sociální opora. Klient s OCD naopak snášel pandemickou situaci relativně dobře, jelikož kvůli svým duševním obtížím pro něj situace neznamenal výraznější změnu v jeho životním stylu. Pro porovnání této zkušenosti s jinými klienty s OCD bohužel nemáme v současnosti dostatek výzkumných dat.

Strach z nákazy byl také jedním z hlavních faktorů, které přispívaly k ochotě klientů přejít na distanční formu psychoterapie. Dalšími faktory byly psychotherapeutický vztah a skutečnost, že se jednalo o pokračující psychoterapii. Náš výzkum je jedním z prvních výzkumů, které se věnují pohledu klientů na distanční psychoterapii během pandemické situace. Předchozí výzkumy, které zkoumaly zkušenost klientů (Bourne, 2018; Edirippulige, 2013; Jenkins-Guarnieri et al., 2015; Petersen et al., 2020) byly realizovány v období před pandemickou situací a faktor krizové situace a strachu z nákazy zde nebyl přítomen. Jedná se tudíž o odlišnou situaci, jelikož naši klienti neměli během určitého období na výběr

mezi distanční a osobní formou psychoterapie, ale volili mezi distanční psychoterapií a žádnou psychoterapií. Zachování kontinuity psychoterapie tak bylo pro některé klienty zásadní, i když za obvyklých okolností by většina z nich preferovala osobní formu.

Dále je potřeba okomentovat skutečnost, že většina dosavadních výzkumů, které se zaměřovaly na účinnost distanční psychoterapie, pracovní alianci a spokojenost klientů s psychoterapií (Bouchard et al., 2004; Germain et al., 2009; Stubbings et al., 2013), byla realizována již od prvního sezení distanční formou. Klienti se tedy s psychoterapeutem předem neznali a k navázání psychoterapeutického vztahu došlo až v průběhu distančního kontaktu. Je zajímavé, že i za těchto okolností většina studií prokázala vysokou pracovní alianci a spokojenost s distanční psychoterapií. V našem výzkumu bylo pro většinu klientů zásadní, že svého psychoterapeuta znali již z předchozího období a měli k němu důvěru. Zde můžeme uvažovat nad vlivem několika okolností. Za prvé, distanční psychoterapie v České republice je čerstvou záležitostí, která začala být realizována v souvislosti s pandemií covidu-19. V některých jiných zemích (USA, Austrálie, Kanada) je s ní větší dosavadní zkušenost a je tedy v širším povědomí lidí, kteří k ní mohou mít větší důvěru. Důležité je také zmínit, že zdravotní pojišťovny v České republice stanovují jako podmínku distanční psychoterapie, že se musí jednat o pokračující psychoterapii. Prvokontakt prostřednictvím distanční formy tedy není legislativně ani možný (Česká lékařská komora, 26. října 2020). Další okolností, která mohla mít vliv na zjištění odlišného vnímání potřeby psychoterapeutického vztahu u klientů, je odlišný design výzkumu. Náš výzkum se zaměřoval retrospektivně na zkušenost klientů s psychoterapií, která se odehrála v jejich reálném životním kontextu a samotná psychoterapie nebyla nijak spojena s výzkumem. Výše uvedené studie však hodnotily zkušenost klientů prospektivně, tedy klienti byli do psychoterapie nově nabíráni za účelem realizace vědecké studie a klienti si byli této skutečnosti vědomi. Je pravděpodobné, že zde mohla být přítomná odlišná motivace k účasti ve výzkumu a tato motivace mohla mít vliv na spokojenost klientů s distanční psychoterapií a jejich pracovní alianci. V každém případě nám uvedené studie poskytují pozitivní předpoklad, že pro určité klienty nemusí být problém začít s distanční psychoterapií i bez předchozí znalosti psychoterapeuta. Zajímavým faktem také je, že mimo oblast zdravotnictví je realizace terapie a poradenství prostřednictvím videokonference či telefonu poměrně běžná, a to již od prvního setkání. Zkušenosti klientů z této oblasti či jejich porovnání s distanční psychoterapií ve zdravotnictví však nejsou příliš výzkumně doloženy. V kvalitativním výzkumu Bourneho (2008) s pěti participantkami, které absolvovaly distanční terapii mimo kontext zdravotnictví, se rovněž objevilo téma znalosti terapeuta před

zahájením distanční psychoterapie jako podstatné, ačkoliv nemuselo jít přímo o předchozí fázi terapie, ale znalost terapeuta kupříkladu z pracovního nebo výcvikového prostředí.

Obavy z distančního kontaktu zažívali naši participanti nejčastěji v souvislosti s technickým nastavením a možnými technickými obtíži během videohovoru. Také v kvalitativní studii Bourneho (2008) měly participantky zpočátku obavy z možného narušení sezení vlivem technologie, ale v rámci několika sezení tyto obavy ustoupily. Jednalo se o participantky ve věku 64 – 72 let, které se cítily kompetentní ve využívání technologií. Mohli bychom zde uvažovat nad vlivem věku na přítomnost obav spojených s technologií, avšak v naší studii se obavy z technologických obtíží objevily v různých věkových kategoriích, a naopak u dvou nejstarších participantů (66 let a 72 let) se neobjevily vůbec. Usuzujeme tak, že obavy souvisí spíše s předchozími zkušenostmi s využíváním technologií a vnímanou vlastní technickou zdatností, které mohou, ale nemusí být nutně ovlivněny věkem. Obě studie však zachycují zkušenost poměrně malého počet participantů, tato zjištění tedy nemůžeme zobecnit a musíme vzít v úvahu potenciální zkreslení dané výběrem výzkumného souboru. Zajímavé je dále srovnání s kvantitativní studií Petersena et al. (2020), kteří zkoumali pohled na distanční psychoterapii z pohledu klientů/univerzitních studentů (n=270) a jejich psychoterapeutů (n=46). Také u studentů se objevovaly alespoň mírné obavy z technologických rizik, avšak tyto obavy byly významně nižší než u jejich psychoterapeutů. Je však nutné podotknout, že tato studie zkoumala obecný postoj k distanční psychoterapii, studenti a psychoterapeuti tedy nemuseli mít s distanční psychoterapií přímou zkušenost, což mohlo mít na jejich postoj vliv.

Studie Petersena et al. (2020) odhalila i další zajímavé rozdíly ve vnímání distanční psychoterapie mezi klienty a psychoterapeuty. Klienti kupříkladu vyjádřili méně obav ohledně zabezpečení distanční komunikace, narušení terapeutického vztahu a vlivu na pohodlí. Naše výzkumná zjištění jsou s těmito výsledky v souladu, jelikož téměř všichni naši participanti nevyjádřili žádnou obavu ze zabezpečení informací, což souviselo zejména s dobrým terapeutickým vztahem. Zde vnímáme určité riziko potenciálního zneužití klientů, pokud by realizovali terapii s nedůvěryhodnou osobou. Můžeme zde zdůraznit význam odborných pokynů pro realizaci distančních psychologických služeb APA (2013), které se specificky věnují důvěrnosti a zabezpečení informací. Zodpovědnost za zabezpečení je převážně na straně psychoterapeuta, který by si měl být vědom technologických rizik, obeznámit s nimi klienta a případně se domluvit na společném postupu.

Obava z narušení terapeutického vztahu se u klientů také neobjevila, ani klienti neměli zkušenost s narušením terapeutického vztahu v průběhu psychoterapie. Naopak

u psychoterapeutů je obava z narušení terapeutického vztahu v distanční psychoterapii velmi častá (Connolly et al., 2020; Kocsis & Yellowlees, 2018; Roesler, 2017). Záleží při tom na jejich psychoterapeutické orientaci, nejčastěji je tato obava spojená s psychoanalýzou a psychodynamickými směry, pro které je vztah hlavním terapeutickým faktorem (Roesler, 2017). Výsledky našeho výzkumu v omezené míře naznačují, že distanční kontakt nemusí být překážkou pro terapeutický vztah ani v psychodynamických směrech, alespoň ze subjektivního pohledu klientů. Dva klienti podstoupili psychodynamickou terapii distančně a u pěti participantek se jednalo o gestalt psychoterapii, kterou řadíme také mezi dynamické směry. Rovněž ve studii Edirippulige et al. (2013) byly v distanční psychoterapii zastoupeny různé směry (psychoanalýza, psychodrama, gestalt terapie, KBT a existenciální terapie) a spokojenost klientů (n=23) s psychoterapií byla hodnocena jako vysoká. Výzkum mezi psychoanalyticky orientovanými psychoterapeuty během pandemie covidu-19 ukázal, že většina z nich vnímala psychoterapeutický vztah během distanční psychoterapie jako stejně silný ve srovnání s osobní formou psychoterapie (Békés et al., 2020). Účinnost distanční psychoterapie pak byla metaanalýzou Fernandez et al. (2020) hodnocena jako signifikantní napříč psychoterapeutickými přístupy, ačkoliv nejlepší výsledky vykazovalo využití KBT.

Řada našich dílčích zjištění koresponduje s poznatky uváděnými v literatuře. Zachování kontinuity psychoterapie a zvýšenou potřebu psychologické podpory při pandemické situaci zdůraznili také Poletti et al. (2020). Jako výhodu distanční psychoterapie uváděli naši participanti mimo jiné, že nemusí cestovat velkou vzdáleností a úlevu od duševních obtíží, které je provázejí během cesty (kupříkladu sociální úzkost), což uvádějí jako výhody také další autoři (Lindsay et al., 2017; Reimer-Reiss, 2000; Vybíral, & Vondráčková, 2012). Naši participanti uváděli jako výraznou nevýhodu distanční psychoterapie omezení neverbální komunikace a v některých případech horší oční kontakt, což jsou oblasti, kterým je v literatuře věnována poměrně velká pozornost a jsou formulována specifická doporučení pro jejich řešení (Agar, 2020; Ernest, 2020, Weinberg & Rolnick, 2020). Rovněž jsme se setkali s případem participantky, která omezený vizuální obraz během videohovoru vnímala pozitivně, jelikož tvář psychoterapeutky vnímala detailněji a mohla lépe odezírat. Podobnou zkušenost z praxe popisuje také Rolnick (2020). Témata technického vybavení, technické zdatnosti a nutnosti zajištění soukromí, která se ve zkušenosti našich participantů ukázala jako podstatná, jsou obecně součástí odborných doporučení ohledně realizace distančních psychologických služeb (APA, 2013; Ernest, 2020) a jejich absence bývá považována za kontraindikaci pro realizaci distančního kontaktu (Shore & Lu, 2015). IPA (nedat.) dále upozorňuje na pravděpodobnost většího výskyt

rušivých vlivů v distanční psychoterapii, což se ve zkušenosti našich participantů potvrdilo. Ve výzkumu Békés et al. (2020), který zkoumal zkušenost s distanční psychoterapií z pohledu psychoanalyticky orientovaných psychoterapeutů, byl vyšší výskyt rušivých vlivů v distanční psychoterapii zaznamenán také v jejich zkušenosti. V našem výzkumu jsme navíc jednotlivé rušivé vlivy popsali. Dále jsme zjistili významný vliv psychoterapeutického vztahu, což koresponduje s obecnými psychoterapeutickými poznatky o jeho významu jako základním terapeutickým faktorem (Martin et al., 2000; Vymětal, 2010).

Zajímavými tématy, která se objevila v našem výzkumu a v jiných výzkumech či literatuře nejsou prozatím příliš reflektovaná, je subjektivní vnímání osobní formy psychoterapie některými klienty (zejména vyššího věku) jako společenské události, kdy věnují zvláštní pozornost úpravě svého zevnějšku a je to pro ně příležitost změnit na chvíli prostředí domova. Tento pozitivní aspekt pro ně v distanční psychoterapii z velké části odpadá. Dále se objevilo téma cesty na osobní psychoterapeutické sezení, která některým participantkám poskytovala prostor pro ujasnění myšlenek a přípravu na psychoterapii. Prožívání participantů bylo spojeno s větším klidem před osobním sezením. Tyto aspekty by mohly být dále prozkoumány a případně navrženy postupy, které by byly v distanční formě adekvátní náhradou. V samotném obsahu psychoterapie nevnímali naši participanté výrazné rozdíly. Bohužel není v současnosti dostatek kvalitativních výzkumů, se kterými bychom tuto zkušenost mohli porovnat. Účinnost a spokojenost participantů bývají kvantitativně hodnoceny jako srovnatelné s osobní psychoterapií. Z výzkumu z pohledu psychoanalyticky orientovaných psychoterapeutů víme, že vnímali kupříkladu obtíže se na klienta napojit, obtíže udržet profesionální hranice, rozdíly v oblastech přenosu a protipřenosu, terapeutického procesu a intenzity sezení (Békés et al., 2020; Jesser et al., 2021). Je otázkou, nakolik tyto specifické aspekty vnímají také klienti. V několika případech byla u našich participantů zaznamenána menší hloubka a intenzita sezení. Jedna participantka pak vnímala specificky obtíže v udržení kontaktu prostřednictvím videohovoru a vyjádření emocí. Tato participantka uvedla jako své poměrně závažné duševní obtíže hraniční poruchu osobnosti a BAP. Je možné, že její specifické obtíže v distančním kontaktu souvisely s typem duševního onemocnění. Jak se domnívají Kocsis a Yellowlees (2018), distanční psychoterapie může být u jedinců s poruchami osobnosti náročná a mohou mít obtíže vnímat psychoterapeuta jako „přítomného“.

Limity výzkumu

V našem výzkumu mohlo potenciálně dojít ke zkreslení vlivem výběru výzkumného souboru, který proběhl metodou prostého záměrného výběru. Oslovení psychoterapeuti byli z naší strany vybírání na základě jejich spolupráce s projektem TL04000033 Možnosti on-line psychosociální péče pro situace omezeného přímého kontaktu (TA ČR) a vědomí o tom, že realizovali distanční psychoterapii. Nemáme však informace o tom, jestli oslovili všechny své klienty nebo pouze některé a podle jakých kritérií je případně vybírali. Je možné, že psychoterapeuti mohli kupříkladu oslovit pouze ty klienty, u kterých věděli o jejich pozitivním postoji k distanční psychoterapii nebo měli jinou specifickou charakteristiku. Velmi dobrý terapeutický vztah, který jsme zjistili u všech našich participantů, pak mohl ovlivnit motivaci klientů zúčastnit se našeho výzkumu. Potenciálně tak v našem souboru mohli chybět klienti, kteří terapeutický vztah nepocítují tolik pozitivně a mohli by tedy jinak vnímat okolnosti distanční terapie, které pro naše participanty významně souvisely s terapeutickým vztahem (přechod na distanční psychoterapii, obavy ze zabezpečení). Dále pak fakt, že samotná výzkumná interview byla realizována distanční formou, mohla od účasti na výzkumu odradit jedince, pro které tato forma komunikace není vyhovující. Vzhledem k tomu, že interview byla realizována v březnu a dubnu 2021, kdy v České republice probíhal lockdown, však nebylo z praktického ani etického hlediska možné nabídnout klientům osobní setkání.

Jako další limit našeho výzkumu můžeme vnímat nízkou homogenitu výzkumného souboru. Ačkoliv nám zastoupení různých věkových kategorií umožnilo v omezené míře porovnat jednotlivé zkušenosti z hlediska věku, vzhledem k nízkému počtu participantů nemůžeme tato zjištění zobecnit. Dále pak klienti zastupovali široké spektrum duševních poruch. Naše data nám poskytla zajímavá zjištění ohledně potenciálních rozdílů ve vnímání pandemické situace a distanční psychoterapie na základě duševních obtíží klientů, z nízkého počtu participantů však nemůžeme usuzovat, že se jedná o charakteristiky typické pro většinu klientů s daným typem obtíží. Opět vzhledem k náročnosti období, během kterého probíhala interview, nebylo možné zajistit více homogenní skupinu klientů. Psychoterapeuti byli v této době velice zatížení, byli jsme vděční za jejich ochotu ke spolupráci a nebylo představitelů po nich navíc požadovat oslovení specifické skupiny klientů.

V neposlední řadě je důležité zmínit, že problém zobecnitelnosti výsledků na širší populaci obecně vyplývá z povahy kvalitativního výzkumu. Věříme tak, že naše zjištění mohou být dobrou inspirací pro další výzkum, ať již kvalitativní nebo kvantitativní.

Náměty na další výzkum

V prvé řadě bychom v dalším výzkumu doporučili zaměřit se na více homogenní cílovou skupinu klientů. Vhodné by bylo prozkoumat zkušenost s distanční psychoterapií u klientů určitého věku s určitou duševní poruchou. Na základě našeho výzkumu se jeví jako zajímavé skupiny klienti s úzkostně-depresivními obtíži, hraniční poruchou osobnosti, BAP, OCD a sociální fobií. Mezi těmito klienty jsme našli určité rozdíly ve vnímání pandemické situace i distanční psychoterapie a dalším výzkumem s větším počtem participantů by bylo vhodné tato zjištění ověřit a upřesnit. Klienti s poruchami osobnosti a BAP nebyli pro využití distanční psychoterapie zatím téměř vůbec zkoumáni (Kocsis & Yellowlees, 2018; Thomas et al., 2021). Z hlediska věku by bylo možné zaměřit se jak na období mladší, střední i pozdní dospělosti a stáří. Zajímavé by pak bylo porovnání mezi jednotlivými věkovými kategoriemi. Specifickou věkovou kategorií jsou dále děti a adolescenti, kterým jsme se v naší práci nevěnovali a je možné předpokládat, že distanční psychoterapie v jejich případě bude mít svá specifika, na které by se rovněž mohl výzkum zaměřit.

Náš výzkum probíhal za specifických okolností pandemie covidu-19 v České republice a tato skutečnost ovlivnila zkušenost našich participantů. Je pravděpodobné, že budoucí výzkumy budou probíhat za jiných okolností. V současnosti pandemie covidu-19 v České republice ustoupila, vládní opatření jsou minimální a strach z nákazy již není ve společnosti tak intenzivní. Myslíme si, že zaměřit další výzkum retrospektivně na zkušenost jedinců s distanční psychoterapií během pandemie covidu-19, by vzhledem k časovému odstupu již nebylo v tuto chvíli příliš plodné. Mohlo by však být velice přínosné realizovat po vzoru zahraničních studií větší kvantitativní výzkumy prospektivního charakteru, které by ověřovaly účinnost konkrétního druhu psychoterapie u klientů s konkrétní duševní poruchou, případně se zaměřily také na jejich zkušenost, spokojenost a další faktory. Vzhledem k tomu, že většina dosavadních vědeckých studií o distanční psychoterapii byla zaměřena na kognitivně-behaviorální terapii, bylo by také velice přínosné prozkoumat distanční formu psychoterapie u dalších psychoterapeutických směrů. Naše výzkumná zjištění naznačují, že i klienti dynamicky orientovaných směrů jsou s distanční formou psychoterapie spokojeni.

Ačkoliv pandemie covidu-19 v současnosti ustoupila, není vyloučeno, že v budoucnu mohou ve společnosti nastat další krizové situace, které budou vyžadovat distanční psychoterapeutický kontakt. Považujeme tedy za potřebné výzkumně se věnovat výše uvedeným skutečnostem, aby mohla být v případě potřeby zajištěna kvalitní psychologická a psychoterapeutická péče. Zároveň řada klientů uvedla, že by ocenila distanční kontakt i za

jiných okolností, kupříkladu v nemoci nebo při cestování do zahraničí. Pandemie covidu-19 tedy v tomto směru poskytla určitý podnět pro vývoj a širší uplatnění našeho oboru.

11 ZÁVĚRY

Výzkum nám umožnil poznat zkušenost devíti participantů s duševními obtížemi, kteří absolvovali psychoterapii prostřednictvím videohovoru nebo telefonního hovoru během pandemie onemocnění covid-19. V této kapitole představíme hlavní výzkumné výsledky.

- Většina participantů prožívala během pandemie covidu-19 strach z nákazy a nejistotu ohledně vývoje situace. Tento faktor měl významný vliv na pozitivní hodnocení možnosti distanční psychoterapie a ochotu tuto formu vyzkoušet.
- U participantů se objevily rozdíly v intenzitě prožívání pandemické situace, které souvisely s jejich duševními obtížemi. Intenzivněji pandemii prožívaly participantky s úzkostně-depresivními obtížemi, hraniční poruchou osobnosti a BAP. Naopak participant s OCD neprožíval pandemii výrazně negativněji oproti svému běžnému fungování.
- Participantů vnímali jako podstatné zachování kontinuity psychoterapie během pandemie. Psychoterapii vnímali jako účinnou léčbu svých duševních obtížemi a během pandemie jim navíc poskytovala podporu v náročném situaci a sociální kontakt.
- Nejčastější obavy participantů se týkaly technického nastavení a technických obtížemi během distančního kontaktu a nejvíce intenzivní byly během prvních distančních sezení. Obava ze zabezpečení informací se u participantů objevila pouze ojediněle. Celkově klienti nevnímali mnoho rizik spojených s distanční psychoterapií.
- Na volbu distanční psychoterapie a její formy měly dále podstatný vliv technické vybavení participanta a možnost soukromí.
- Hlavní rozdíly mezi distanční a osobní formou psychoterapie participantů vnímali v přípravě před sezení, neverbální komunikaci a rušivých vlivech během psychoterapie. V obsahu psychoterapie klienti nevnímali téměř žádné rozdíly. Ojediněle byl zaznamenán rozdíl v hloubce a náročnosti psychoterapie, vyjádření emocí a využití technik práce s tělem.
- Většina participantů by nadále preferovala osobní formu psychoterapie, avšak distanční formu považovali za dobrou náhradu v případech, kdy osobní kontakt není možný. Variantu distanční psychoterapie hodnotili pozitivně a byli za ni vděční. Participant s OCD a sociální fobií by jako jediný nadále preferoval distanční formu.

12 SOUHRN

V důsledku pandemie onemocnění covid-19 vznikla zvýšená potřeba realizovat psychoterapii a další psychologické služby na dálku prostřednictvím videohovoru nebo telefonu. V České republice nebyla dosud klinická zkušenost s využitím distanční formy psychoterapie, zatímco v některých zahraničních zemích je distanční forma psychoterapie hojně zkoumána nebo je využívána u určitých cílových skupin obyvatelstva. Cílem této magisterské diplomové práce bylo představit dosavadní poznatky o distanční psychoterapii a zmapovat zkušenost klientů s distanční formou psychoterapie během pandemie covidu-19 v České republice.

Teoretická část práce je rozdělena do pěti kapitol. První kapitola se zabývá vymezením pojmu psychoterapie, zasazením psychoterapie do kontextu distančních zdravotnických služeb a vymezením psychoterapie prostřednictvím videohovoru a telefonního hovoru. Ve druhé kapitole představujeme obecné poznatky o distanční psychoterapii a jejích výhodách, nevýhodách, rizicích a kontraindikacích. Samostatná podkapitola je věnována terapeutické alianci a terapeutickému vztahu, jelikož se jedná o jednu z nejvíce diskutovaných oblastí v rámci distanční psychoterapie. Mnoho psychoterapeutů má obavy z narušení terapeutického vztahu při distanční komunikaci, zatímco u klientů se tyto obavy objevují v menší míře. Ve třetí kapitole se zaměřujeme na distanční psychoterapii z hlediska dvou psychoterapeutických směrů (psychoanalýzy a KBT), které se prozatím distanční psychoterapii věnovaly teoreticky nebo výzkumně nejvíce. Čtvrtá kapitola uvádí poznatky ohledně účinnosti distanční psychoterapie u jednotlivých duševních poruch. Většina uvedených výzkumů se týká využití přístupu KBT, jelikož v rámci ostatních přístupů nebylo prozatím realizováno mnoho studií. Samostatné podkapitoly jsou věnovány využití distanční psychoterapie u poruch nálady, neurotických poruch a poruch osobnosti a chování u dospělých. Na uvedené poruchy jsme se zaměřili z toho důvodu, že participanti našeho výzkumu měli duševní obtíže spadající do těchto diagnostických kategorií. Poslední kapitola je věnována dosavadním výzkumům zkušenosti s distanční psychoterapií z pohledu klientů. Většina dosavadních studií je kvantitativního charakteru a dokládá poměrně vysokou spojenost klientů s distanční psychoterapií v porovnání s osobní formou psychoterapie a vysokou pracovní alianci.

Nemáme však informace o tom, jaké faktory přispívají ke spokojenosti klientů a na základě čeho preferují jednotlivé formy psychoterapie.

Výzkumná část práce si kladla za cíl prozkoumat, jaké byly zkušenosti klientů s distanční psychoterapií během pandemie covidu-19 a nalézt mezi nimi podobnosti a rozdíly. Zajímalo nás, jaké faktory na straně klienta měly vliv na volbu formy psychoterapie a jaké klienti vnímali mezi distanční a osobní formou psychoterapie rozdíly. Dále jsme si kladli za cíl prozkoumat, jak klienti prožívali náhlý přechod do distanční formy psychoterapie vlivem pandemické situace.

Na základě výzkumných cílů jsme stanovili následující hlavní výzkumné otázky:

1. Jak participanti prožívali nutnost náhlého přechodu do distanční formy psychoterapie vlivem pandemické situace?
 - a. Jak prožívali pandemickou situaci obecně?
 - b. Jak prožívali nutnost přechodu na distanční formu?
2. Jaké faktory byly pro participanty významné při rozhodování, zda zvolí distanční nebo osobní formu psychoterapie?
3. Pro který způsob (telefonní, audiovizuální či jiný) distanční psychoterapie se participanti rozhodli a z jakých důvodů?
4. Vnímají participanti nějaké rozdíly oproti psychoterapii v osobním kontaktu? Pokud ano, jaké?
5. Jaké vnímají výhody, nevýhody a rizika?
6. Jak klienti obecně hodnotí zkušenost s on-line psychoterapií?

Výzkum byl realizován s využitím kvalitativního přístupu a designu případové studie. Výběr výzkumného souboru probíhal metodou prostého záměrného výběru. Oslovili jsme konkrétní psychoterapeuty s prosbou o spolupráci, kteří následně nabídli účast ve výzkumu svým klientům. Výzkumný soubor tvořilo 9 participantů (7 žen, 2 muži) ve věku 25 – 75 let. Mezi duševními obtížemi participantů byly zastoupeny zejména úzkostně-depresivní obtíže, psychosomatické obtíže, hraniční porucha osobnosti v kombinaci s BAP, OCD v kombinaci se sociální fobií a duševní obtíže spojené se zvládáním onkologického onemocnění.

Data byla získána metodou polostrukturovaného interview a pro analýzu dat jsme využili metodu tematické analýzy. Kódování dat a jejich slučování do témat, podtémat a tematických okruhů proběhlo v programu ATLAS.ti. Analýzou dat bylo stanoveno 5 hlavních tematických okruhů: obavy participantů, sociální aspekty, technické aspekty, psychoterapeutické aspekty, příprava na sezení a rušivé vlivy. V rámci těchto okruhů jsme

nalezli celkem 25 hlavních témat a 19 podtémat. Na jejich základě jsme následně odpověděli na výzkumné otázky.

Většina participantů prožívala pandemii covid-19 jako náročné období, které bylo spojené se strachem z nákazy, nejistotou ohledně vývoje situace a sociální izolací. V některých případech prožívání pandemické situace umocnilo duševní obtíže, jednalo se o klientku s úzkostně-depresivními obtíži a klientku s hraniční poruchou osobnosti a BAP. Klient s OCD zvládal nároky spojené s pandemickou situací bez zhoršení obtíží. Na základě nalezených rozdílů usuzujeme, že povaha duševního onemocnění souvisela u našich participantů s odlišným prožíváním pandemické situace.

Přechod na distanční formu psychoterapie prožívala většina participantů pozitivně. Byli za tuto alternativní formu vděční zejména kvůli okolnostem pandemické situace a strachu z nákazy covidem. Bylo pro ně důležité zachovat kontinuitu psychoterapie, jelikož vnímali její pozitivní vliv na své duševní zdraví, během pandemie jim pomáhala zvládat stres z náročné situace a poskytovala jim potřebný sociální kontakt. Nejčastěji se obavy participantů se týkaly technického nastavení a technických obtíží během distančního kontaktu a nejvíce intenzivní byly během prvních distančních sezení. Obava ze zabezpečení informací se u participantů objevila pouze ojediněle. Celkově klienti nevnímali mnoho rizik spojených s distanční psychoterapií.

Při rozhodování o volbě distanční psychoterapie měl zásadní úlohu subjektivní význam psychoterapie pro participanta, dále kvalita psychoterapeutického vztahu, možnost zajištění soukromí pro distanční kontakt a překážky pro realizaci osobní formy psychoterapie, které souvisely zejména s pandemickou situací. Na volbu mezi formami distanční psychoterapie (videohovor, telefon) měla vliv zejména potřeba neverbální komunikace, technické vybavení participanta a opět možnost soukromí.

Hlavní rozdíly mezi distanční a osobní formou psychoterapie participanté vnímali v přípravě před sezením, neverbální komunikaci a rušivých vlivech během psychoterapie. V obsahu psychoterapie klienti nevnímali téměř žádné rozdíly. Ojediněle byl zaznamenán rozdíl v hloubce a náročnosti psychoterapie, vyjádření emocí a využití technik práce s tělem. Uvedené rozdíly hodnotili participanté jako výhody či nevýhody v závislosti na jedinečném kontextu své životní situace.

Většina participantů by nadále preferovala osobní formu psychoterapie, avšak distanční formu považovali za dobrou náhradu v případech, kdy osobní kontakt není možný. Variantu distanční psychoterapie hodnotili pozitivně a byli za ni vděční. Výjimkou byl participant s OCD a sociální fobií, který by i nadále preferoval distanční formu. Ve výzkumu

mohlo dojít k potenciálnímu zkreslení vlivem výběru výzkumného souboru, jelikož nevíme, podle jakých kritérií psychoterapeuti oslovili své klienty s nabídkou účasti ve výzkumu. Dalším omezením je nízká homogenita souboru z hlediska věku a typu duševních obtíží. V dalším výzkumu by bylo vhodné zaměřit se konkrétně na skupinu klientů podobného věku se stejným typem duševního onemocnění.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

Agar, G. (2020). The Clinic Offers No Advantage over the Screen, for Relationship is Everything: Video Psychotherapy and its Dynamics. In Weinberg, H., & Rolnick, A. (Eds.), *Theory and practice of online therapy: internet-delivered interventions for individuals, groups, families, and organizations* (66 - 78). Routledge, Taylor & Francis Group.

Alavi, N., & Omrani, M. (2019). *Online Cognitive Behavioral Therapy: An e-Mental Health Approach to Depression and Anxiety*. Švýcarsko: Springer

American Psychological Association. (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Získáno 20. března 2022 z <https://www.apa.org/ethics/code>

American Psychological Association. (31. března 2011). *Reimbursement for telehealth services*. Získáno 28. prosince 2021 z <https://www.apaservices.org/practice/update/2011/03-31/reimbursement>

American Psychological Association. (31. července 2013). *Guidelines for the practice of telepsychology*. Získáno 17. února 2022 z <http://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>

Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 70–78. doi:10.1016/j.janxdis.2018.01.001

APA Dictionary of Psychology. (nedat.). Holding Environment. Získáno 20. února 2022 z <https://dictionary.apa.org/holding-environment>

Australian Government Department of Health. (7. prosince 2021). *Better Access initiative*. Získáno 28. prosince 2021 z https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/better-access-initiative?utm_source=health.gov.au&utm_medium=callout-auto-custom&utm_campaign=digital_transformation

- Bashshur, R. L., Shannon, G. W., Bashshur, N., & Yellowlees, P. M. (2016). The empirical evidence for telemedicine interventions in mental disorders. *Telemedicine and e-Health*, 22(2), 87–113. doi:10.1089/tmj.2015.0206
- Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Portál.
- Beck, J. S. (2018). *Kognitivně behaviorální terapie: základy a něco navíc*. Praha: Triton.
- Békés, V., Aafjes, van D. K., Prout, T. A., & Hoffman, L. (2020). Stretching the Analytic Frame: Analytic Therapists' Experiences with Remote Therapy During COVID-19. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 68(3), 437–446. <https://doi.org/10.1177/0003065120939298>
- Berryhill, M. B., Culmer, N., Williams, N., Halli-Tierney, A., Betancourt, A., Roberts, H., & King, M. (2019a). Videoconferencing Psychotherapy and Depression: A Systematic Review. *Telemedicine and e-Health*, 25(6), 435–446. doi:10.1089/tmj.2018.0058
- Berryhill, M. B., Halli-Tierney, A., Culmer, N., Williams, N., Betancourt, A., King, M., & Ruggles, H. (2019b). Videoconferencing psychological therapy and anxiety: a systematic review. *FAMILY PRACTICE*, 36(1), 53–63. doi:10.1093/fampra/cmz072
- Bouchard, S., Fournier, T., Renaud, P., Lapierre, J., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., & Rivard, V. (2004). Delivering Cognitive-Behavior Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia in Videoconference. *Telemedicine Journal and E-Health*, 10(1), 13–25. doi.org/10.1089/153056204773644535
- Bourne, J.S. (2018). *The experience of videoconferencing and face-to face counselling from an older client's perspective: an Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) study*. (Diplomová práce). Získáno 11. března 2022 z <https://pure.roehampton.ac.uk/portal/en/studentTheses/the-experience-of-videoconferencing-and-face-to-face-counselling->
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlof, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic

disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18. doi:10.1080/16506073.2017.1401115

Centers for Medicare & Medicaid Services. (17. března 2020). *President Trump Expands Telehealth Benefits for Medicare Beneficiaries During COVID-19 Outbreak*. Získáno 29. prosince 2021 z <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/president-trump-expands-telehealth-benefits-medicare-beneficiaries-during-covid-19-outbreak>

Classen, B., Tudor, K., du Preez, E., Day, E., Ioane, J., & Rodgers, B. (2021). An Integrative Review of Contemporary Perspectives on Videoconference-Based Therapy—Prioritising Indigenous and Ethnic Minority Populations in the Global South. *Journal of Technology in Behavioral Science: Official Journal of the Coalition for Technology in Behavioral Science*, 6(3), 545. doi:10.1007/s41347-021-00209-3

Connolly, S. L., Miller, C. J., Lindsay, J. A., & Bauer, M. S. (2020). A systematic review of providers' attitudes toward telemental health via videoconferencing. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 27(2). doi:10.1111/cpsp.12311

Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches* (2. vydání). USA: Sage Publications.

Česká lékařská komora. (26. října 2020). *Vykazování distančního kontaktu s pacientem*. Získáno 10. srpna 2021 z [https://www.lkcr.cz/informace-262.html?do\[loadData\]=1&itemKey=cz_100128](https://www.lkcr.cz/informace-262.html?do[loadData]=1&itemKey=cz_100128)

de Siqueira Rotenberg, L., Nascimento, C., Cohab Khafif, T., Silva Dias, R., & Lafer, B. (2020). Psychological therapies and psychoeducational recommendations for bipolar disorder treatment during COVID-19 pandemic. *Bipolar Disorders*, 22(6), 644–646. doi:10.1111/bdi.12981

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

Edirippulige, S., Levandovskaya, M., & Prishutova, A. (2013). A qualitative study of the use of Skype for psychotherapy consultations in the Ukraine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 19(7), 376–378. doi:10.1177/1357633x13506523

Ernest, B. (2020). Jak Na Psychoterapii Online: Praktický Průvodce Pro Psychoterapeuty. *Psychoterapie*, 14(1), 55–62. Získáno 10. února z <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e5h&AN=143640988&lang=cs&site=eds-live&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593>

Fernandez, E., Woldgabreal, Y., Day, A., Pham, T., Gleich, B., & Aboujaoude, E. (2021). Live psychotherapy by video versus in-person: A meta-analysis of efficacy and its relationship to types and targets of treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1-15. doi:10.1002/cpp.2594

Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The Relationship in Counseling and Psychotherapy: Components, Consequences, and Theoretical Antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13(2), 155–243. doi:10.1177/0011000085132001

Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the Psychotherapy Relationship: Their Interaction and Unfolding During Treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296–306. doi:10.1037/0022-0167.41.3.296

Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Drouin, M., & Guay, S. (2009). Effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy Administered by Videoconference for Posttraumatic Stress Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(1), 42–53. doi.org:10.1080/16506070802473494

Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M.-S. (2010). Assessment of the Therapeutic Alliance in Face-to-Face or Videoconference Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 29–35. doi:10.1089/cyber.2009.0139

Glueckauf, R. L., Wang, Y., Maheu, M. M., Drude, K. P., Wells, B. A., Gustafson, D. J., & Nelson, E.-L. (2018). Survey of psychologists' telebehavioral health practices: Technology use, ethical issues, and training needs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(3), 205–219. doi.org/10.1037/pro0000188

Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání). Praha: Portál.

Humer, E., Haid, B., Schimboeck, W., Reisinger, A., Gasser, M., Eichberger-Heckmann, H., Stippl, P., Pieh, C., & Probst, T. (2021). Provision of Psychotherapy One Year after the Beginning of the COVID-19 Pandemic in Austria. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(11), 5843. doi:10.3390/ijerph18115843

Humer, E., Stippl, P., Pieh, C., Schimböck, W., & Probst, T. (2020). Psychotherapy via the Internet: What Programs Do Psychotherapists Use, How Well-Informed Do They Feel, and What Are Their Wishes for Continuous Education? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(21). doi:10.3390/ijerph17218182

International Psychoanalytic Association. (nedat.). *Practice Note on the Use of Telephone and/or VoIP Technologies in Analysis*. Získáno 16. prosince 2021 z https://www.ipa.world/IPA/en/IPA1/Procedural_Code/Practice_Notes/ON_THE_USE_OF_SKYPE_TELEPHONE_OR_OTHER_VOIP_TECHNOLOGIES_IN_ANALYSIS.aspx

Jenkins-Guarnieri, M. A., Pruitt, L. D., Luxton, D. D., & Johnson, K. (2015). Patient Perceptions of Telemental Health: Systematic Review of Direct Comparisons to In-Person Psychotherapeutic Treatments. *Telemedicine and e-Health*, *21*(8), 652–660. doi:10.1089/tmj.2014.0165

Jesser, A., Muckenhuber, J., Lunglmayr, B., Dale, R., & Humer, E. (2021). Provision of Psychodynamic Psychotherapy in Austria during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, *18*(17), 9046. doi:10.3390/ijerph18179046

Juhos, C., & Mészáros, J. (2019). Psychoanalytic psychotherapy and its supervision via videoconference: experience, questions and dilemmas. *American Journal of Psychoanalysis*, *79*(4), 555–576. doi:10.1057/s11231-019-09220-3

Kazdin, A. E., & Rabbitt, S. M. (2013). Novel Models for Delivering Mental Health Services and Reducing the Burdens of Mental Illness. *Clinical Psychological Science*, *1*(2), 170–191. doi:10.1177/2167702612463566

Knott, V., Habota, T., & Mallan, K. (2020). Attitudes of Australian psychologists towards the delivery of therapy via video conferencing technology. *Australian Psychologist*, *55*(6), 606–617. doi:10.1111/ap.12464

- Kocsis, B. J., & Yellowlees, P. (2018). Telepsychotherapy and the Therapeutic Relationship: Principles, Advantages, and Case Examples. *Telemedicine and e-Health*, 24(5), 329–334. doi:10.1089/tmj.2017.0088
- Korecka, N., Rabenstein, R., Pieh, C., Stippl, P., Barke, A., Doering, B., Gossmann, K., Humer, E., & Probst, T. (2020). Psychotherapy by Telephone or Internet in Austria and Germany Which CBT Psychotherapists Rate It more Comparable to Face-to-Face Psychotherapy in Personal Contact and Have more Positive Actual Experiences Compared to Previous Expectations? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7756. doi:10.3390/ijerph17217756
- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie* (7. vydání). Praha: Portál.
- Lindsay, J. A., Hudson, S., Martin, L., Hogan, J. B., Nessim, M., Graves, L., Gabriele, J., & White, D. (2017). Implementing Video to Home to Increase Access to Evidence-Based Psychotherapy for Rural Veterans. *Journal of Technology in Behavioral Science*, 2(3-4), 140–148. doi:10.1007/s41347-017-0032-4
- Mahmoud, H., Naal, H., & Cerda, S. (2021). Planning and Implementing Telepsychiatry in a Community Mental Health Setting: A Case Study Report. *Community Mental Health Journal*, 57(1), 35. doi:10.1007/s10597-020-00709-1
- Marchand, A., Beaulieu-Prévost, D., Guay, S., Drouin, M. S., Germain, V., & Bouchard, S. (2011). Relative efficacy of cognitive-behavioral therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder: A six-month follow-up. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 20(3), 304–321. doi:10.1080/10926771.2011.562479
- Martin, D. J., & Garske, J. P. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68(3), 438. doi:10.1037/0022-006X.68.3.438
- Matsumoto, K., Hamatani, S., Nagai, K., Sutoh, C., Nakagawa, A., & Shimizu, E. (2020). Long-Term Effectiveness and Cost-Effectiveness of Videoconference-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder, and Social Anxiety Disorder in Japan: One-Year Follow-Up of a Single-Arm Trial. *JMIR MENTAL HEALTH*, 7(4), e171571. doi:10.2196/17157

Matsumoto, K., Sutoh, C., Asano, K., Seki, Y., Urao, Y., Yokoo, M., Takanashi, R., Yoshida, T., Tanaka, M., Noguchi, R., Nagata, S., Oshiro, K., Numata, N., Hirose, M., Yoshimura, K., Nagai, K., Sato, Y., Kishimoto, T., Nakagawa, A., & Shimizu, E. (2018). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy With Real-Time Therapist Support via Videoconference for Patients With Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder, and Social Anxiety Disorder: Pilot Single-Arm Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(12), e12091. doi:10.2196/12091

Merchant, J. (2016). The use of Skype in analysis and training: A research and literature review. *Journal of Analytical Psychology*, 61(3), 309–328. doi:10.1111/1468-5922.12224

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

Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Crow, S., Lancaster, K., Simonich, H., Swan-Kremeier, L., Lysne, C., & Cook Myers, T. (2008). A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour Research and Therapy*, 46(5), 581–592. doi:10.1016/j.brat.2008.02.004

Mora, L., Nevid, J., & Chaplin, W. (2008). Psychologist treatment recommendations for Internet-based therapeutic interventions. *Computers in Human Behavior*, 24(6), 3052–3062. doi:10.1016/j.chb.2008.05.011

Nagy, L. A., Heath, Ch., & Dougherty, K. (březen, 2020). *Recommendations for Psychoanalysts Regarding the Use of Videoconferencing in their Practice*. Získáno 16. prosince 2021 z https://www.ipa.world/IPA/en/News/corona_remote_sessions.aspx

Norwood, C., Moghaddam, N. G., Sabin-Farrell, R., & Malins, S. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25(6), 797–808. doi:10.1002/cpp.2315

Odgen, P., & Goldstein, B. (2020). Sensorimotor Psychotherapy from a Distance: Engaging the Body, Creating Presence, and Building Relationship in Videoconferencing. In Weinberg, H., & Rolnick, A. (Eds.), *Theory and practice of online therapy: internet-delivered*

interventions for individuals, groups, families, and organizations (47 - 65). Routledge, Taylor & Francis Group.

Perle, J. G., Langsam, L. C., Randel, A., Lutchman, S., Levine, A. B., Odland, A. P., Nierenberg, B., & Marker, C. D. (2012). Attitudes Toward Psychological Telehealth: Current and Future Clinical Psychologists' Opinions of Internet-Based Interventions. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 100–113. <https://doi.org/10.1002/jclp.21912>

Petersen, D., Salazar, B., & Kertz, S. J. (2020). Therapist and Treatment-Seeking Students' Perceptions of Telemental Health. *Journal of Technology in Behavioral Science: Official Journal of the Coalition for Technology in Behavioral Science*, 5(2), 113–120. doi:10.1007/s41347-019-00116-8

Plháková, A. (2020). *Dějiny psychologie* (2., přepracované a doplněné vydání). Grada.

Poletti, B., Tagini, S., Silani, V., Brugnera, A., Pievani, L., Compare, A., Parolin, L., & Ferrucci, R. (2020). Telepsychotherapy: a leaflet for psychotherapists in the age of COVID-19. A review of the evidence. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-16. doi:10.1080/09515070.2020.1769557

Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál.

Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (2007). *Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch*. Praha/Kroměříž: Triton.

Prezidium Asociace klinických psychologů České republiky. (25. února 2021). *Doporučení k poskytování klinicko – psychologické péče v době pandemie nemoci COVID-19*. Získáno 10. srpna 2021 z <https://www.akpcr.cz/koronavirus>

Probst, T., Haid, B., Schimbock, W., Reisinger, A., Gasser, M., Eichberger-Heckmann, H., Stippl, P., Jesser, A., Humer, E., Korecka, N., & Pieh, C. (2021). Therapeutic interventions in in-person and remote psychotherapy: Survey with psychotherapists and patients experiencing in-person and remote psychotherapy during COVID-19. *Clinical Psychology & Psychology*, 28 (4), 988 – 1000. doi:10.1002/cpp.2553

- Rees, C. S., & Stone, S. (2005). Therapeutic Alliance in Face-to-Face Versus Videoconferenced Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 649–653.
- Reimer-Reiss, M. L. (2000). Utilizing distance technology for mental health counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(3), 189–203.
- Roesler, C. (2017). Tele-analysis: the use of media technology in psychotherapy and its impact on the therapeutic relationship. *Journal of Analytical Psychology*, 62(3), 372–394. doi.org/10.1111/1468-5922.12317F
- Rolnick, A. (2020). Introduction to the General Consideration Section: Principles of Internet-based Treatment. In Weinberg, H., & Rolnick, A. (Eds.), *Theory and practice of online therapy: internet-delivered interventions for individuals, groups, families, and organizations* (13 – 22). Routledge, Taylor & Francis Group.
- Rolnick, A., & Hellman, S. (2020). Practical Considerations for Online Couple and Family Therapy. In Weinberg, H., & Rolnick, A. (Eds.), *Theory and practice of online therapy: internet-delivered interventions for individuals, groups, families, and organizations* (154 - 157). Routledge, Taylor & Francis Group.
- Rozental, A., Carlbring, P., Boettcher, J., Andersson, G., & Schmidt, B. (2015). Negative Effects of Internet Interventions: A Qualitative Content Analysis of Patients' Experiences with Treatments Delivered Online. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(3), 223–236. doi.org/10.1080/16506073.2015.1008033
- Ruwaard, J., Schrieken, B., Schrijver, M., Broeksteeg, J., Dekker, J., Vermeulen, H., & Lange, A. (2009). Standardized web - based cognitive behavioural therapy of mild to moderate depression: A randomized controlled trial with a long - term follow - up. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 206-221. doi:10.1080/16506070802408086.908748225
- Saul, L. J. (1951). A Note on the Telephone as a Technical Aid. *The Psychoanalytic Quarterly*, 20(2), 287–290. doi:10.1080/21674086.1951.11925845

Services Australia. (11. prosince 2021). *Mental health care and Medicare*. Získáno 28. prosince 2021 z <https://www.servicesaustralia.gov.au/mental-health-care-and-medicare?context=60092>

Shore, P., & Lu, M. (2015). Patient Safety Planning and Emergency Management. In Tuerk, P. W., & Shore, P. (Eds.). *Clinical Videoconferencing in Telehealth* (167-202). Springer.

Sluková, P. Z., Jochmannová, L., Gergely, O., Palová, K., Petrová, E., Rumlerová, T., Charvát, M. & Valentová, I. (2022). *Metodika videokonferenčního kontaktu pro oblast sociálních služeb*. Univerzita Palackého Olomouc.

Smoktunowicz, E., Barak, A., Andersson, G., Banos, R. M., Berger, T., Botella, C., Dear, B. F., Donker, T., Ebert, D. D., Hadjistavropoulos, H., Hodgins, D. C., Kaldou, V., Mohr, D. C., Nordgreen, T., Powers, M. B., Riper, H., Ritterband, L. M., Rozental, A., Schueller, S. M., Titov, N., Weise, C., & Carlbring, P. (2020). Consensus statement on the problem of terminology in psychological interventions using the internet or digital components. *Internet Interventions*, 21. doi:10.1016/j.invent.2020.100331

Středa, L., & Hána, K. (2016). *EHealth a telemedicína: učebnice pro vysoké školy*. Grada Publishing.

Stubbings, D. R., Rees, C. S., Roberts, L. D., & Kane, R. T. (2013). Comparing in-person to videoconference-based cognitive behavioral therapy for mood and anxiety disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(11). doi:10.2196/jmir.2564

Suler, J. (2002). The online disinhibition effect. In *The Psychology of Cyberspace*. Získáno 21. února 2022 z <http://truecenterpublishing.com/psycyber/disinhibit.html>.

Suler, J. R. (2000). Psychotherapy in Cyberspace: A 5-Dimensional Model of Online and Computer-Mediated Psychotherapy. *CyberPsychology & Behavior*, 3(2), 151–159. doi:10.1089/109493100315996

TA ČR, Starfos (nedat.). Options for online psychosocial care in situations requiring limited direct social contact. Získáno 21. září 2021 z <https://starfos.tacr.cz/en/project/TL04000033#project-main>

- Telec, I. (2017). Psychoterapie a právo. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, 7 (2), 16 – 28.
- Thomas, N., McDonald, C., de Boer, K., Brand, R. M., Nedeljkovic, M., & Seabrook, L. (2021). Review of the current empirical literature on using videoconferencing to deliver individual psychotherapies to adults with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. doi:10.1111/papt.12332
- Tuerk, P. W., & Shore, P. (Eds.). (2015). *Clinical Videoconferencing in Telehealth*. Švýcarsko: Springer
- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR. (12. dubna 2020). *Opatření č. 13-1 VoZP ČR v souvislosti s vývojem epidemie COVID-19*. Získáno 10. srpna 2021 z <https://www.vozp.cz/covid-seznam-vykonu-distancnich-konzultaci>
- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. (22. října 2020). *Organizační opatření VZP ČR č. 42/2020 v souvislosti s onemocněním COVID-19 způsobeným virem SARS-CoV-2*. Získáno 9. srpna 2021 z <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/covid-19>
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Portál.
- Vybíral, Z., & Vondráčková, P. (2012). Co vyplývá z výzkumu účinnosti online psychoterapie? *Československá Psychologie*, 56(6), 545-557. Získáno 10. dubna 2021 z <https://search.proquest.com/scholarly-journals/co-vyplývá-z-výzkumu-účinnosti-online/docview/1297475855/se-2?accountid=16730>
- Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie* (3., aktualiz. a dopl. vyd). Praha: Grada Publishing.
- Weinberg, H., & Rolnick, A. (Eds.). (2020). *Theory and practice of online therapy: internet-delivered interventions for individuals, groups, families, and organizations*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Whitten, P., & Kuwahara, E. (2004). A multi-phase telepsychiatry programme in Michigan: organizational factors affecting utilization and user perceptions. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 10(5), 254–261.

World Health Organization. (1998). *A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO Group Consultation on Health Telematics*, 11-16 December, Geneva, 1997. Získáno 9. února 2022 z https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63857/WHO_DGO_98.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Charakteristika výzkumného souboru

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt magisterské diplomové práce

Příloha č. 2: Informační leták pro zájemce k účasti ve výzkumu

Příloha č. 3: Schéma polostrukturovaného interview

Příloha č. 4: Výsledek tematické analýzy: významné tematické okruhy

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Specifické aspekty distanční psychoterapie z pohledu klientů

Autor práce: Bc. et Bc. Eva Petrová

Vedoucí práce: PhDr. Leona Jochmannová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 97 stran, 182 031 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 95

Abstrakt (800–1200 zn.):

Cílem této diplomové práce bylo prozkoumat zkušenosti klientů s distanční psychoterapií prostřednictvím videohovoru a telefonního hovoru během pandemie covidu-19. Zajímalo nás, jak klienti prožívali přechod na distanční formu psychoterapie, jaké faktory na straně klienta měly vliv na volbu formy psychoterapie a jaké klienti vnímali mezi distanční a osobní formou psychoterapie rozdíly. Teoretická část seznamuje s problematikou distanční psychoterapie, jejím využitím v rámci vybraných psychoterapeutických směrů, účinností u vybraných duševních poruch a dosavadními poznatky o zkušenosti z pohledu klientů. Výzkumná část byla realizována s využitím kvalitativního přístupu a designu případové studie. Výzkumný soubor tvořilo 9 participantů s duševním onemocněním, kteří měli zkušenost s distanční psychoterapií během pandemie covidu-19. Data byla získána metodou polostrukturovaného interview. Tematickou analýzou jsme identifikovali 6 základních tematických okruhů: obavy participantů, sociální aspekty, technické aspekty, psychoterapeutické aspekty, příprava na sezení a rušivé vlivy. V rámci těchto okruhů bylo nalezeno 25 témat a 19 podtémat, na jejichž základě odpovídáme na výzkumné otázky.

Klíčová slova: distanční psychoterapie, videokonference, psychoterapie prostřednictvím telefonu, zkušenost klientů, covid-19

ABSTRACT OF THESIS

Title: Specific Aspects of Remote Psychotherapy From the Perspective of Clients

Author: Bc. et Bc. Eva Petrová

Supervisor: PhDr. Leona Jochmannová, Ph.D.

Number of pages and characters:

Number of appendices: 4

Number of references: 97 pages, 182 031 characters

Abstract (800–1200 characters):

The aim of this thesis was to explore the experience of clients with remote psychotherapy through a videoconferencing or telephone call during the covid-19 pandemic. We were interested in how the clients experienced the transition to the remote psychotherapy, what factors on the client's side influenced the choice of the form of psychotherapy and what differences clients perceived between the remote and personal form of psychotherapy. The theoretical part introduces the issue of distance psychotherapy, its use within selected psychotherapeutic approaches, effectiveness in selected mental disorders and existing knowledge about the experience from the perspective of clients. The research part was implemented using a qualitative approach and case study design. The research group consisted of 9 participants with mental illness who experienced remote psychotherapy during the covid-19 pandemic. Data were obtained by a semi-structured interview. Through thematic analysis, we identified 5 basic thematic areas: participants' concerns, social aspects, technical aspects, psychotherapeutic aspects, preparation for session and disruptive influences. Within these areas, 25 topics and 19 sub-topics were found, based on which we answer research questions.

Key words: remote psychotherapy, videoconferencing, telephone-administered psychotherapy, client experience, covid-19

MAPOVÁNÍ ZKUŠENOSTÍ S ON-LINE PSYCHOTERAPIÍ

Vážená paní, vážený pane,

rádi bychom Vás ve spolupráci s Vaším psychoterapeutem poprosili o spolupráci a pomoc při zmapování prvních zkušeností s psychoterapií, realizované skrze on-line prostředí (distanční kontakt). V České republice budou postupně nastavovány možnosti, aby se tato forma podpory stala nedílnou součástí kontaktu s klienty v případech, že z různých důvodů nebude možné setkání tváří v tvář. Z tohoto důvodu jsou pro nás všechny tyto nové zkušenosti ze strany klientů velmi významné. Byli bychom velmi vděční, pokud byste byl/a ochoten/a s námi sdílet svoje subjektivní zkušenosti a názory.

Předem dohodnutým způsobem komunikace (kde není nutné využít obraz), bychom se Vás rádi v **anonymním** rozhovoru dotázali na témata, která souvisejí s distanční formou psychoterapie, avšak netýkají se jejího obsahu, ani podrobných důvodů, se kterými jste v péči Vašeho psychoterapeuta. Pokud byste nějaké okolnosti chtěli sdělit sami, bylo by to dobrovolné. Naším cílem je chránit maximálně Vaše soukromí, a přitom získat jedinečné a originální zkušenosti, vyplývající z této formy kontaktu. Co by to konkrétně znamenalo?

- Budete kontaktováni Bc. et Bc. Evou Petrovou buď telefonicky nebo emailem, podle toho, jakému kontaktu dáte přednost.
- Dohodnete si spolu formu rozhovoru tak, aby Vám co nejlépe vyhovoval. Délka trvání max. 1 – 1,5 hod.
- Budete dotazováni na Vaše zkušenosti s on-line (či jinou) formou distanční psychoterapie. Otázky budou otevřené, tak, abyste k nim mohl/a sdělit, co uznáte za vhodné. **Pokud na některá témata nebudete chtít odpovídat, budeme to respektovat.** Pokud byste si předem přáli znát tématické okruhy, zašleme Vám je emailem.
- Rozhovor se bude týkat Vaší osobní zkušenosti, postojů, názorů a potřeb v souvislosti s on-line formou psychoterapie. Jsou pro nás cenné jakékoliv Vaše zkušenosti, ať už pozitivní, negativní, krátkodobé, dlouhodobé...
- Rozhovor bude zaznamenán na záznamník, přepsán v anonymní podobě a poté bude nahrávka smazána.
- Pro bližší informace a přihlášení se do výzkumu kontaktujte prosím: Bc. et Bc. Evu Petrovou: email: eva.petrova01@upol.cz

tel:

Velmi si vážíme Vaší ochoty podělit se s námi o Vaše zkušenosti a budeme se těšit na spolupráci.

Za výzkumný tým,

Bc. et Bc. Eva Petrová

Katedra psychologie
Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

Osnova rozhovoru

Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Ústní souhlas se zařazením do výzkumné studie zahrnující stručné představení realizátora, cílů výzkumu, pravidel zacházení s daty, práv účastníka výzkumu, anonymity atd. Stačí nám pouze audio nahrávka, ze které bude pořízen anonymizovaný přepis, a poté se smaže. Všechna data budou bezpečně uchovávána a pracovat s nimi bude pouze úzký tým výzkumníků.

Osobní údaje

Pohlaví (rod):

Věk:

Vzdělání: *není povinné*

Typ potíží: *není povinné*

OBSAH ROZHOVORU:

Míra zkušenosti s on-line (nebo jinou distanční) péčí

Kolik distančních kontaktů jste celkem absolvoval/a?

O jaký typ kontaktů či výkonů šlo?

- Videohovor/telefon/email/...
- V rámci poradenství či krizové intervence?
- V rámci terapie či psychoterapie?
- V rámci diagnostiky či vyšetření
- Jiné, jaké? (*např. skupinová práce, práce s rodinami, s páry...*)
- jeden psychoterapeut nebo více služeb?
- prvokontakt nebo pokračující terapie?

Úvodní část

Jak celkově hodnotíte psychoterapii na dálku?

Co hlavního si z této zkušenosti odnášíte?

Můžete nějak shrnout, co pro vás distanční psychoterapie znamená a jak se k ní stavíte?

Jaké jsou podle vás rozdíly mezi prací tváří v tvář a distanční formou?

Bylo pro vás na této zkušenosti něco pozitivního, vnímal/a jste nějaké výhody?
(*Volné shrnutí zkušenosti. Mělo by jít o méně strukturovanou část rozhovoru.*)

Hlavní výzvy a problémy

Vnímal/a jste nějaké nevýhody distančního kontaktu, co podle Vás nefungovalo optimálně?

Prožíval/a jste něco negativně?

Lišil se nějak distanční kontakt s psychoterapeutem od osobní formy?

Bylo něco, co jste oproti kontaktu tváří v tvář dělal/a, říkal/a jinak?

Bylo něco, co byste potřeboval/a, aby bylo jinak? (*ideálně s konkrétními příklady*)

Napadají vás nějaká etická omezení či problémy? (*například ochrana a zabezpečení soukromí či důvěrnosti*)

nepovinná otázka: Je něco, o čem pro Vás bylo obtížné mluvit, svěřit se online? Z jakého důvodu?

Reakce na novou situaci

Jak jste reagoval/a na tuto změnu/novou situaci?

Jaké jste měl/a zpočátku pocity a postoje k distanční péči? Měl/a jste nějaké obavy?

Technická stránka věci

Jaké technické prostředky jste při distanční péči využíval/a? (*vlastní či pracovní*)

Jaký hardware a software či jaké aplikace se vám osvědčily?

Pro jaké jejich funkce jste si je oblíbil/a?

Jaké minimální technické zázemí je podle vás potřeba?

Jak jste vnímal/a určitá specifika v rámci online terapie (např. člověk vidí na kameře i sám sebe)?

Osobní zhodnocení zkušenosti

Jaké to pro Vás bylo pracovat s psychoterapeutem distančně?

Jak jste tuto spíše neobvyklou situaci prožíval/a?

Co Vám při distanční práci nejvíce chybělo z toho, na co jste normálně zvyklý/á?

Měl/a jste možnost diskutovat a sdílet s někým své pocity a zkušenosti z této formy péče (blízcí lidé...)?

Co Vám pomohlo cítit se v kontaktu bezpečně?

Je něco, co by Vám pomohlo se cítit v daném kontaktu stabilněji či bezpečněji?

Jakou zkušenost si přenášíte z první vlny na jaře do těch dalších? Vnímáte nějaký rozdíl v současné situaci oproti situaci na jaře?

Závěrečná doporučení a zhodnocení – rekapitulace

Co byste na závěr hlavně doporučil/a ostatním v podobné situaci?

Je ještě něco, co byste chtěl/a zmínit, na co jsem se neptal/a co je podle vás důležité?

Poděkování za rozhovor.

Výsledek tematické analýzy: významné tematické okruhy

- **Obavy participantů**
 - Strach z nákazy covidem
 - Náročnost pandemické situace
 - Obavy z distanční komunikace
 - Obava z nedostatečného pochopení terapeutem
 - Obava z odcizené komunikace
 - Obava z technických obtíží
 - Obava ze zabezpečení
- **Sociální aspekty**
 - Sociální izolace
 - Potřeba sociálního kontaktu
- **Technické aspekty**
 - Technické vybavení
 - Technické nastavení
 - Technická zdatnost
 - Technické obtíže
- **Psychoterapeutické aspekty**
 - Subjektivní význam psychoterapie
 - Potřeba kontinuity psychoterapie
 - Psychoterapeutický vztah
 - Fáze psychoterapie
 - Pokračující terapie
 - Prvokontakt
 - První distanční kontakt
 - Obsah psychoterapie
 - Náročnost psychoterapie
 - Vyjádření emocí
 - Práce s tělem
 - Komunikace
 - Verbální komunikace
 - Neverbální komunikace
 - Otevřenost v komunikaci
- **Příprava na sezení**
 - Soukromí
 - Potřeba soukromí
 - Soukromí – vhodné podmínky
 - Soukromí – nevhodné podmínky
 - Aktivizace, sebekpěče
 - Komfort

- Cesta na psychoterapii
- Prožívání před sezením
 - Klid
 - Nervozita
- Příprava prostředí
- Domluva s terapeutem
- **Rušivé vlivy**
 - Hlídaní času
 - Domáci zvířata
 - Soukromí – nevhodné podmínky
 - Technické obtíže
 - Vnímání vlastního obrazu