

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH  
BUDĚJOVICÍCH  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE**

**Deprese a pohled na depresi z vybraných  
psychoterapeutických směrů**

**Bakalářská práce**

**České Budějovice 2011**

Vedoucí bakalářské práce:  
**PhDr. Filip Abramčuk, Ph.D.**

Vypracovala:  
**Vendula Mrázová**

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Ve Skalách dne 19. dubna 2011

.....

Vendula Mrázová

## Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucímu své bakalářské práce dr. Filipu Abramčukovi za odborné vedení a poskytnutí cenných rad a podnětů při zpracovávání mé práce.

## Anotace

Svou bakalářskou práci zaměřím na problematiku deprese a také na pohled vybraných psychoterapeutických směrů na depresi. V teoretické části se budu věnovat vymezení deprese, jejím základním typům, příznakům a léčbě deprese, přičemž se chci zaměřit na léčbu psychoterapeutickými prostředky. Ve své práci se budu věnovat základním psychoterapeutickým směrům jako je kognitivně-behaviorální terapie, dynamická psychoterapie a humanistická psychoterapie. Z těchto různých pohledů se chci podívat na problematiku deprese, na jejich modely vzniku a specifika léčby, která z toho vyplývá.

V praktické části budu kvalitativním způsobem pomocí hloubkových rozhovorů s psychoterapeuty zjišťovat, jakým způsobem se jejich zakotvenost v určitém psychoterapeutickém směru projevuje ve stylu a vedení práce s depresivními klienty (např. vnímání průběhu léčby a její účinnosti, vliv osobnosti terapeuta a jeho postojů vycházejících z teorie a zkušeností atd.).

**Klíčová slova:** deprese, psychoterapie, psychoterapeutické směry, kognitivně-behaviorální terapie, dynamická psychoterapie, humanistická psychoterapie

## Abstract

This bachelor thesis deals with depression and the way different psychotherapeutic movements treat it. The theoretical part is focused on definition of depression, classification of its basic types, symptoms and treatment with emphasis on psychotherapeutic means. There are three basic psychotherapeutic approaches described in this work, cognitive-behavioral therapy, dynamic psychotherapy and humanistic psychotherapy. Each approach is presented with regard to its standpoint towards depression, its emergence and specific medical treatment which results from individual diagnosis.

The practical part uses qualitative method by means of depth interviews with psychotherapists to find out how each method of psychotherapeutic movement is displayed in the style and in the psychotherapeutic treatment of clients suffering from depression (for example perception of treatment course and its efficiency, the influence of the therapist and his/her attitudes arising from theory and experience etc.).

**Key words:** depression, psychotherapy, psychotherapeutic schools, cognitive-behavioral therapy, dynamic psychotherapy, humanistic psychotherapy

# OBSAH

<b>I. ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>II. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>9</b>
<b>1. Co je a není deprese? .....</b>	<b>9</b>
1.1. Definice deprese .....	9
1.1.1. Výskyt deprese .....	10
1.1.2. Příznaky deprese .....	10
1.2. Typy deprese .....	11
1.3. Příčiny deprese .....	13
<b>2. Léčba deprese .....</b>	<b>13</b>
2.1. Biologické metody léčby deprese.....	14
2.2. Psychoterapie .....	15
2.2.1. Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) .....	16
2.2.2. Psychodynamický přístup.....	18
2.2.3. Humanistická psychoterapie.....	21
<b>III. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>25</b>
<b>1. Cíle výzkumu a výzkumné otázky .....</b>	<b>25</b>
<b>2. Charakteristika výzkumného souboru .....</b>	<b>26</b>
<b>3. Výzkumný design a postup při získávání dat .....</b>	<b>26</b>
<b>4. Zpracování dat .....</b>	<b>27</b>
<b>5. Výsledky .....</b>	<b>27</b>
5.1. Výzkumná otázka č. 1 .....	27
5.1.1. Kognitivně-behaviorální terapeutka .....	27
5.1.2. Humanistický psychoterapeut .....	28
5.1.3. Dynamický psychoterapeut .....	29
5.2. Výzkumná podotázka č. 1 .....	30
5.2.1. Kognitivně-behaviorální terapeutka .....	30
5.2.2. Humanistický psychoterapeut .....	31
5.2.3. Dynamický psychoterapeut .....	32
5.3. Výzkumná podotázka č. 2 .....	33
5.3.1. Kognitivně-behaviorální terapeutka .....	33

5.3.2. Humanistický psychoterapeut .....	34
5.3.3. Dynamický psychoterapeut .....	34
5.4. Výzkumná podotázka č. 3 .....	35
5.4.1. Kognitivně-behaviorální terapeutka .....	35
5.4.2. Humanistický psychoterapeut .....	36
5.4.3. Dynamický psychoterapeut .....	36
<b>6. Závěr studie .....</b>	<b>38</b>
6.1. Porovnání odpovědí na hlavní výzkumnou otázku č. 1 .....	38
6.2. Porovnání odpovědí na výzkumnou podotázku č. 1 .....	39
6.3. Porovnání odpovědí na výzkumnou podotázku č. 2 .....	40
6.4. Porovnávání odpovědí na výzkumnou podotázku č. 3 .....	41
<b>7. Diskuse .....</b>	<b>42</b>
<b>8. Závěr .....</b>	<b>43</b>
<b>9. Souhrn .....</b>	<b>45</b>
<b>IV. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>47</b>
<b>V. PŘÍLOHY .....</b>	

## I. Úvod

Ve svém okolí znám několik lidí, kteří podleli depresi, a změnila jim život. Ovlivnila také jejich rodinu a blízké. Pro lidi trpící depresí bylo těžké se uzdravit a mít zase radost ze života. Proto bylo mojí motivací zjistit, jakými způsoby se dá deprese léčit.

Rozhodla jsem se tedy věnovat se ve své bakalářské práci depresi a pohledu na ni ze tří základních psychoterapeutických směrů, tj. kognitivně-behaviorální terapii, dynamické psychoterapii a humanistické psychoterapii. Chtěla jsem zjistit jejich přednosti a cíle při léčbě deprese a následně je porovnat. Zajímalo mě, jak konkrétně jednotlivé směry pracují s depresivním klientem, jak léčba probíhá a v čem se různé přístupy odlišují. Chtěla jsem posoudit, zda se promítá osobnost psychoterapeuta do léčby s depresivním klientem a jak se projevuje zakotvení psychoterapeutů v jejich psychoterapeutickém směru.

Zjistila jsem, že dosud není k dispozici ucelený přehled toho, jak jednotlivé psychoterapeutické směry nahlízejí na léčbu deprese, a proto doufám, že má bakalářská práce bude v tomto směru přínosem. Poskytuje totiž základní popis a charakteristiku deprese. Můžete se dozvědět to, jak se deprese projevuje, jaké druhy deprese se rozlišují a jaké jsou příčiny deprese. V dalších částech přináší tato práce informace o tom, jak jednotlivé směry přistupují k léčbě depresivních klientů. Teoretická východiska jednotlivých psychoterapeutických směrů jsou doplněna klinickými případovými studiemi pro lepší představu toho, jak se tyto směry odlišují v přístupu k depresivním klientům.

Jsem si vědomá toho, že nemohu postihnout vše podrobně, protože problematika deprese je velmi široká, ale snažila jsem se podat základní informace o dané tematice.

V praktické části jsem provedla rozhovory se třemi psychoterapeuty z uvedených psychoterapeutických směrů. Tyto rozhovory jsem následně vyhodnotila kvalitativním způsobem.

Literatura, ze které jsem čerpala, je z větší části od českých autorů. Využila jsem však také deset zahraničních aktuálních vědeckých článků v angličtině, pojednávajících o depresi a její terapii, většinou z odborného časopisu *Depression and anxiety*.



## II. Teoretická část

### 1. Co je a není deprese?

Špatná nálada a chmurné představy či smutek je součástí našeho života. Patří sem stejně jako radost a štěstí. Pokud se člověk cítí nešťastně, nemusí to ještě znamenat, že má depresi. Deprese může být diagnostikována jen tehdy, je-li provázená projevy, o kterých se budu zmiňovat v dalších kapitolách. Nesmíme však smutek zaměňovat termínem deprese (Vinař, Praško, 1997).

Smutek je chápán jako běžný lidský prožitek vznikající jako reakce na vnější okolnosti. Deprese je brána jako afektivní porucha. Základ emoční poruchy je v osobnosti nemocného (Vágnerová, 2008).

Depresi v této práci není myšlen krátkodobý smutek či žal, ale termín označující skutečnou psychickou nemoc, která vyžaduje odbornou léčbu. V minulé době a bohužel i v době současné stále přetrvává laický pohled na věc, často slyšíme věty typu: „Už mám zase depku.“ atd. Jenže tím je spíše myšleno: „Jsem smutný, nic se mi nedaří.“, a tento dočasný stav v dalších dnech odezní. Zde není zapotřebí žádná léčba, smutek patří k životu stejně jako jiné emoce.

Na druhou stranu se může stát, že deprese není diagnostikovaná, protože ji lékaři nerozpoznají a chybně ji označí za jiné somatické onemocnění, přestože ve skutečnosti člověk trpí depresí. Studie Rolanda Mergla a kol. (2007) tuto tezi potvrdila na základě výzkumu 394 ambulantních pacientů, u nichž byla prokázána deprese.

Podívejme se tedy, co je opravdová deprese z psychologického pohledu.

#### 1.1. Definice deprese

Existuje mnoho pohledů na definici deprese a každý odborník ji definuje jiným způsobem. Uvedu tedy několik definic deprese:

*„Slovo deprese je latinského původu a znamená pokles, stísněnost, sklíčenost, krize, stagnace...“* (Křivohlavý, 2003, str. 22).

Hartl, Hartlová (2000, str. 105) definují depresi takto: *„Doslovně stlačenosť, hovorově též depka; chorobný smutek; duševní stav charakteristický pocíty smutku, skleslosti, vnítrního napětí, nerozhodnosti, spolu s útlumem a zpomalením duševních i tělesných procesů, ztrátou zájmů a pokleslým sebevědomím, úzkostí, apatií, sebeobviňováním a útlumem.“*

Schmidbauer (1994, str. 28) definuje depresi takto: „*tísňivá, smutná nálada; jedno z nejčastějších a nejzávažnějších duševních onemocnění.*“

Tyto různé definice shrnuje definice deprese podle DSM–IV (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association – Diagnostická a statistická příručka americké psychiatrické společnosti – čtvrtá verze)

Pro diagnostiku deprese musí klient pociťovat současně 5 z 9 uvedených symptomů:

1. pocity smutku a prázdnoty,
  2. snížený zájem o okolí a oblíbené aktivity,
  3. snížení či zvýšení chuti k jídlu, změna hmotnosti,
  4. nespavost či nadměrná spavost,
  5. zpomalenost či roztěkanost,
  6. únava nebo ztráta energie,
  7. pocity nicotnosti a obviňování sebe sama,
  8. snížená schopnost myslet a koncentrovat se, nerozhodnost,
  9. vracející se myšlenky na smrt, vracející se myšlenky či pokusy o sebevraždu
- (American Psychiatric Association, 2010).

### 1.1.1. Výskyt deprese

Prevalence deprese je odhadována na 10 – 25 % u žen a 5 – 12 % u mužů. Faktory, jako jsou vzdělání, etnikum, příjem či rodinný stav, nehrají roli (American Psychiatric Association, 2010).

Provedené studie dokazují, že ročně trpí na celém světě depresivními poruchami asi 100 milionů lidí. Depresivní porucha se často objevuje spolu s některou z forem úzkostných poruch (Anders, Skopová, 2006).

### 1.1.2. Příznaky deprese

Deprese postihuje člověka jak v duševní oblasti, tak i v tělesné oblasti. Naše psychika je úzce spojena s naším tělem. „*Biologické pochody v našem těle jsou úzce spojeny s naší psychikou a náladou. Centra v mozku, která jsou zodpovědná za prožívání nálady, jsou spojená s centry pro regulaci hormonů a vegetativního systému. Změny nálady tedy souvisí s tělesnem.*“ (Praško a kol., 2004, str. 37).

Člověk v depresi často popisuje své tělesné obtíže jako různorodé. Ať už ho trápí únava, nevykonnost, napětí či bolesti různých částí těla. „*Typický den depresivního*

*člověka někdy sestává jen ze „sezení“ a „nic nedělání“ nebo polehávání.“* (Praško a kol., 1997, str. 12).

Častými projevy bývají nechut' k jídlu či potíže se zažíváním, bušení srdce, případně tlaky v hlavě, třes nebo nechut' k sexu a u žen také poruchy menstruace. Dalším uváděným symptomem je i nespavost, která se může projevovat neschopností usnout či předčasným probouzením, časté je i probouzení během noci, např. kvůli děsivým snům. Toto vše je jasnou známkou tělesných příznaků deprese. Depresivní pacient je úzkostlivě zaměřen na své tělo a vnímá každou známku nepohody a vidí v ní vážnou či smrtelnou chorobu. Obvyklé projevy, jako je prudké bušení srdce či pohyby střev, si poté začne vykládat jako nemoc, přestože je předtím ani nevnímal (Praško a kol., 2004).

Mezi duševní příznaky deprese patří špatná nálada, tedy pocit smutku, prázdnoty, strachu. Depresivní člověk cítí úzkost a ohrožení, nervozitu. Dále depresi provází citová vyprahlost a emoční oploštělost. Myšlení člověka v depresi se také mění, vše vidí jen z negativního úhlu pohledu, může si přisuzovat vinu za věci, které nemůže ovlivnit. Typickým problémem je také nesoustředěnost a problémy s pamětí či nepozornost. Při těžkých depresích se mohou vyskytnout bludy a vidiny, myšlení se deformuje. Nejzávažnějším příznakem jsou sebevražedné úmysly a pokusy (McKenzie, 2001).

Hlavním symptomem deprese je to, že pacient prožívá depresivní náladu, která však neodpovídá skutečné životní situaci. Mezi další symptomy patří zvýšený sklon obviňovat se a následné pocity viny. Depresivnímu pacientovi se často změní psychomotorické tempo, což se projevuje zvýšenou unavitelností a omezením aktivity. V krajním případě dochází dokonce k depresivnímu stuporu, což je nehybnost a nemluvnost. Nemocný vůbec na nic nereaguje. V některých případech se deprese neprojevuje obvyklým způsobem, ale projeví se somatickými potížemi. Jde o tzv. larvované deprese (Vágnerová, 2008).

## 1.2. Typy deprese

Existuje mnoho typů deprese a jsou různé názory na jejich dělení. Uvedu některé příklady, jak se deprese dělí.

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (MKN-10, 2000) zařazuje depresivní poruchy mezi poruchy nálady (afektivní poruchy). Depresivní poruchy člení

do kontextu s manickými fázemi, jež doprovází povznesená nálada a vyšší aktivita a rovněž s bipolární afektivní poruchou. Ta je charakteristická manickou fází, ve které se střídá zvýšená energie a aktivita s depresivní fází, pro niž je příznačná skleslá nálada a pokles energie a aktivity. Mezi poruchy nálady patří i trvalé poruchy nálady, dále jiné poruchy nálady a rovněž nespecifikované poruchy nálady. V manuálu se můžeme dozvědět potřebné informace o charakteru poruchy, obvyklé délce trvání a diagnostická vodítka pro stanovení diagnózy. Podrobné rozčlenění poruch nálady dle MKN-10 naleznete v příloze č. 1.

Dříve bývala deprese dělena na psychogenní (např. reaktivní, exhaustivní, neurotická aj.) a somatogenní (např. organické, psychotické aj.). Později se od tohoto dělení ustoupilo a začaly se užívat termíny deprese mírná, středně těžká a těžká, případně psychotická (Hartl, Hartlová, 2000).

Tradiční dělení depresí podle jejich domnělých příčin rozlišuje: 1. Endogenní deprese, které vycházejí z nitra na základě nějaké dědičné dispozice. Neznamena to však, že dědičné dispozice depresi vyvolávají. 2. Neurotické deprese, jež se v psychoanalýze chápou jako agrese namířená proti vlastní osobě. Jde o člověka, který se přimkne k někomu blízkému ze strachu ze svědomí, jež mívá velmi silné. Depresi propadá při hrozící ztrátě blízkého. 3. Reaktivní deprese a deprese z vyčerpání jsou vyvolány nadměrným přetížením při zátěžové situaci, např. u matek po narození postiženého dítěte (Schmidbauer, 1994).

Kielholz (1972, in Praško, Šlepecký, 1995) klasifikuje depresivní stavy do tří kategorií: 1. somatogenní deprese (např. organická deprese), 2. endogenní deprese (např. schizoafektivní deprese) a 3. psychogenní deprese (např. neurotická deprese).

Mezi další typy deprese patří tzv. refractory depression (neústupná, odolná, přetrvávající). To znamená, že na řadu pacientů trpících depresí neúčinkuje léčba v počátku psychoterapie. Byla provedena metaanalýza, v níž bylo zjištěno, že 50 % pacientů nemělo odezvu na léčbu pomocí psychoterapie v prvních 4 – 6 týdnech při sezeních. V dalších týdnech dochází ke zlepšení, přičemž se doporučuje použití farmakoterapie (Thase, 1997).

V souvislosti s depresí bychom ještě měli věnovat pozornost tzv. anaklytické depresi. Tuto depresi popsal Spitz a míní tím první smutek v životě dítěte, kdy reaguje na odloučení od matky pláčem a později rezignací a apatií. Jsou známé případy, kdy dítě odmítalo potravu a dokonce zemřelo (Styx, 2003).

### 1.3. Příčiny deprese

Příčiny deprese mohou být různé. Podle Praška a kol. (2001) existují tři hlavní faktory, které způsobují depresi, a to faktory dědičnosti, vlivy výchovy a vlivy životních událostí. Jsou to spouštěče, které mohou a nemusí depresi nastartovat.

Genetické faktory hrají důležitou roli, v některých rodinách se deprese objevuje častěji, což může znamenat přítomnost vrozené biologické zranitelnosti. Studie jednovaječných dvojčat ukázaly, že pokud jedno z dvojčat trpí depresí, je 70% pravděpodobnost, že jí bude trpět i druhé dvojče. Dědí se určitá vloha k onemocnění depresí, tedy náchylnost k nemoci, nikoliv nemoc sama. Deprese se může rozvinout např. ztrátou důležité osoby v dětství, úmrtím či rozvodem rodičů, také předčasným oddělením od matky, týráním dítěte, přílišným rozmazlováním. Rodič se svým depresivním chováním stává vzorem chování pro své dítě. Při náhlých a zátěžových životních událostech, jako je úmrtí partnera, ztráta zaměstnání či vážné onemocnění, se může spustit deprese (Praško a kol., 2001).

Tyto vlivy životních událostí zasahují často do života každého z nás a musíme jim čelit. Někdo je překoná, ale jiný jim může podlehnout a upadnout do deprese.

### 2. Léčba deprese

Za poslední dvě desetiletí došlo ke změně pohledu na depresi. Dříve byla vnímána jako akutní nemoc, která se dá léčit psychoterapií či antidepresivy. Současný pohled vnímá depresi jako opakující se (vracející se) nemoc. U 10–20 % pacientů jde dokonce o chronickou nemoc. Studie zaměřené na primární péči pacientů zjistily, že 70 % pacientů, diagnostikovaných depresí, již mělo dvě a více zkušeností s depresí ve své minulosti, 10–20 % pacientů trpělo depresí po dobu dvou let a více (Katon a kol., 2010).

Jak již bylo uvedeno, deprese se léčí dvěma hlavními způsoby, a to biologickou léčbou, která zahrnuje především farmakoterapii, a psychoterapií. V České republice existuje mnoho psychoterapeutických směrů a každý z nich používá jiné metody. Biologická léčba a psychoterapie mají své klady i zápory a často se v praxi oba přístupy kombinují.

Ohledně léčby deprese bylo v minulosti provedeno mnoho výzkumů. V nedávné studii depresivních pacientů trpících na začátku léčby nespavostí byla srovnána léčba

pomocí kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a antidepresivní léčba prostřednictvím medikamentů (fluoxetinu) a zjistilo se, že výsledky byly podobné (Dombrowski, 2008).

Podobných výzkumů srovnávajících psychoterapii a farmakoterapii byla provedena celá řada. Některé výsledky vyznívají ve prospěch psychoterapie, jiné ve prospěch farmakoterapie.

Pim Cuijpers a kol. (2009) v metaanalýze srovnávali všechny dostupné studie zveřejněné v období let 1966 - 2007 zaměřené na léčbu deprese. Vycházeli též z databází, prostudovali cca 8000 abstraktů a 6000 článků. Ve své metaanalýze potvrdili, že kombinace psychoterapie (konkrétně kognitivně-behaviorální terapie a interpersonální psychoterapie) s farmakoterapií je účinnější než samotná terapie bez použití léčiv v krátkodobém horizontu, tj. v prvních týdnech léčby.

## 2.1. Biologické metody léčby deprese

Nejčastěji užívanou biologickou metodou léčby deprese je farmakoterapie. V současné době se však užívá také elektrokonvulzivní terapie a fototerapie.

Farmakoterapie, za pomoci tzv. antidepresiv, působí hlavně na patickou náladu. Antidepresiva mívají také desinhibující, anxiolytický a sedativní účinek. Nejúčinnější jsou u tzv. endogenních depresí, ale lze je úspěšně užívat i u jiných forem deprese (Zvolský a kol., 2001).

O podávání a dávce antidepresiv rozhoduje psychiatr (Praško, Šlepecký, 1995).

Deprese, na níž neúčinkuje léčba, je velkou a málo probádanou oblastí, která však velmi zatěžuje pacienty i zdravotnický systém. Podle dostupných studií je počáteční zvolená léčba antidepresivy neúčinná u 50-60 % pacientů s depresí (Fava, 2003, in Abbass, 2006).

Pokud na některé typy deprese neúčinkují antidepresiva, je možnost využití jiných biologických metod, jako je elektrokonvulzivní terapie či fototerapie. Elektrokonvulzivní terapie se stala významnou léčebnou metodou u některých forem deprese. Její předností je rychlá účinnost. Elektrokonvulze se vyvolá aplikací střídavého proudu, čímž dochází ke ztrátě vědomí, křečím a záškubům těla. Aplikuje se 2x až 3x týdně do celkového počtu 10 - 12. Často se také kombinuje s psychofarmaky (Zvolský a kol., 2001).

Fototerapie je účinná především u sezónních depresivních epizod v období října a listopadu. Obvykle se aplikuje umělé světlo o intenzitě 2500 – 5000 luxů 1x denně ráno po dobu 1 – 2 hodiny (Zvolský a kol., 2001).

## 2.2. Psychoterapie

Psychoterapeutických směrů existuje mnoho, a proto se pro přehlednost dělí na krátkodobou a dlouhodobou, s ohledem na specifické druhy terapie, jež jsou založené na různých teoriích. Krátkodobá terapie trvá zhruba 6 měsíců, provádí se 1x týdně asi hodinu a pracuje se při ní na aktuálních problémech klienta. Patří sem např. kognitivní terapie, která pracuje s depresivními myšlenkami a snaží se toto negativní myšlení změnit v pozitivní. Dále sem můžeme zahrnout behaviorální terapii, která se soustředí na chování depresivního člověka a snaží se jej změnit. Kombinovaná kognitivně-behaviorální terapie využívá obou předchozích prvků. Dlouhodobá terapie trvá mnohem déle než 6 měsíců, často jde i o léta léčby. Pátrá v minulosti, aby našla příčinu deprese, snaží se proniknout to hloubky. Patří sem např. psychoanalýza, podle níž jsou příčinou deprese potlačené, nevědomé problémy, které se nám vrací, protože jsme se s nimi nevypořádali. Ve výsledku potlačené problémy vyplouvají napovrch do vědomí (McKenzie, 2001).

Přestože existuje mnoho různých druhů psychoterapeutických směrů, lze je v podstatě zúžit na čtyři hlavní teoretické bloky: psychodynamické přístupy, kognitivně-behaviorální přístupy, humanisticko-existenciální přístupy, eklektické a integrativní přístupy. Psychodynamické přístupy vycházející z psychanalýzy a ty, které zdůrazňují interpersonální vztahy. Kognitivně-behaviorální přístupy, které vycházejí z teorie učení a vlivu myšlení na prožívání a chování. Humanisticko-existenciální přístupy zahrnují např. na klienta zaměřenou terapii, gestalt terapii, na emoce zaměřenou terapii, existenciální přístupy, jako je logoterapie a další. Eklektické a integrativní přístupy kombinují různé techniky z předchozích tří teoretických směrů. Můžeme se setkat i s dalšími přístupy, které je obtížné mezi tyto hlavní čtyři bloky zařadit, jde např. o postupy systemické a narativní (Timulák, 2006).

V rámci čtyř hlavních teoretických bloků existuje velké množství různých psychoterapeutických směrů, ve kterých bylo provedeno mnoho výzkumů týkajících se léčby deprese. Za posledních 30 let bylo provedeno 160 komparativních studií, které srovnávaly účinky různých psychoterapeutických směrů. Jednoznačně byla prokázána jejich účinnost při léčbě depresí. Mezi prokazatelně účinné terapie patří KBT,

behaviorální aktivační léčba, interpersonální psychoterapie, léčba řešení problémů (problem-solving treatment) a zhodnocení vlastního života (life review). (Cuijpers a kol., 2009).

Účinnost léčby deprese podmiňuje i finanční hledisko. Diane Warden a kolektiv (2009) zkoumali, jaký je vztah mezi finančním příjmem depresivních pacientů a ukončením terapie z jejich strany. Pacienti byli léčeni 14 týdnů a byli rozřazeni podle ročního příjmu do 3 skupin (méně než 20 000 dolarů, 20 000 – 40 000 dolarů, více než 40 000 dolarů). U lidí s nízkým příjmem docházelo k ukončení léčby častěji než u bohatších. Ve všech 3 skupinách ukončili terapii převážně mladí pacienti. Důvodem ukončení terapie na vlastní žádost pro všechny příjmové skupiny byly různé okolnosti. Poučením této studie je to, že nejnáchylnější k ukončení léčby jsou pacienti s nízkými příjmy a mladí pacienti. Podle dostupných studií 20–60 % depresivních pacientů ukončí léčbu z vlastní vůle. Většinou se jedná o mladé pacienty a pacienty s nižším příjmem.

### 2.2.1. Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

Kognitivně-behaviorální terapie vznikla spojením dvou původně samostatných směrů, kognitivní a behaviorální terapie, a zaměřuje se na změnu v oblasti myšlení a chování (Možný, Praško, 1999).

Během terapie dochází k uvědomění chybných způsobů chování a myšlení a následně dochází k učení se novým, vhodnějším způsobům, jak řešit své problémy (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007).

*„Behaviorální výklad si vysvětluje depresi jako nedostatek posílení nebo přemíru zraňujících zážitků, kognitivistický výklad jako dominanci negativních myšlenek, příliš sebekritického hodnocení událostí a zveličování vlastního selhání.“* (Hartl, Hartlová, 2000, str. 105).

KBT vychází z předpokladu, že depresivní pacient má narušeno myšlení. Má negativní názor na svět kolem sebe, negativní pojetí sebe sama a negativně hodnotí i svou budoucnost, je to takzvaná depresivní triáda. Myšlení depresivního pacienta je narušeno pocitem ztráty a negativním sebehodnocením (Beck, 2005).

Kognitivně-behaviorální terapie má své specifické metody pro léčbu deprese. Terapie vychází z ucelené a relevantní teorie KBT. Jedno sezení trvá cca 45–60 minut a provádí se většinou dvakrát týdně. Kognitivně-behaviorální terapie patří mezi rychlejší terapie, mají časové omezení pro akutní fázi a to 2–6 měsíců, tedy 12–20



sezení. Následující sezení slouží k podpoře a doléčení. Léčba je obvykle prováděna individuálně, ale může být i skupinová terapie deprese. Na začátku terapie si terapeut s klientem přesně naplánují schůzky a upraví program pro každého klienta individuálně. Průběžně provádí hodnocení průběhu terapie s ohledem na specifikaci problémových oblastí. Terapie mají přesnou strukturu a klient začíná se svým sdělením, tj. mluví o svém stavu. Terapeut mu dává zpětnou vazbu a snaží se ho zapojit do řešení problému. Terapeut má spíše používat otázky, aby dovedl pacienta k odpovědím (řízené objevování) než ho direktivně vést a opravovat ho. Terapeut dává najevo klientovi, že jsou si rovnocenní, klient by se tedy neměl cítit podřadně. Depresivní klienti mají často pocit, že jsou méněcenní v důsledku automatických negativních myšlenek o sobě, světě a své budoucnosti. Terapeut musí použít následující postup pro odstranění negativního myšlení: 1. identifikovat negativní myšlenku, 2. zvážit pro a proti týkající se negativního uvažování, posoudit, zda to má reálný základ či ne, 3. vyvodit racionální alternativní odpověď. Dalším důležitým úkolem terapeuta je vysvětlit pacientovi, že deprese je biopsychosociální porucha, která způsobuje to, že se člověk nedokáže vyrovnat s běžnými problémy v životě. Pro zvýšení efektivity léčby terapeut zadává domácí úkoly a na další schůzce je úkol zhodnocen (Thase, 1997).

Wong (2008) vycházel z předpokladu, že lidé s depresí trpí: 1. zkresleným (pokřiveným) vnímáním životních událostí, 2. mají negativní schémata, tj. mají zaryté pokřivené předpoklady, pravidla a hodnoty a dále 3. špatně vnímají sebe, okolní svět i svou budoucnost. To vše označujeme jako tzv. kognitivní triádu. Je tedy zřejmé, že negativní schémata a zkreslené vnímání (pokřivená kognice) prohlubují depresi. Wong provedl v Hong Kongu studii zkoumající účinnost kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Testoval vzorek 96 pacientů s depresí a podrobil je 10-ti týdenní léčbě, kdy se každá testovaná skupina účastnila 2,5 hodinového sezení. Terapeut se zaměřil na to, aby naučil pacienty změnit jejich negativní myšlenky, aby jim ukázal zájmové aktivity a také na to, aby změnil jejich negativně zaměřený obranný mechanismus a nahradil ho pozitivním. Díky KBT došlo ke zlepšení stavu pacientů hlavně v následujících oblastech: méně symptomů deprese, méně negativních emocí a více adaptačních vyrovnávajících dovedností. Procentuelně vyjádřeno 40 % pacientů dosáhlo zlepšení.

## Klinická případová studie léčby deprese kognitivně-behaviorální terapií

Chafey a kolektiv (2009) zkoumali adolescentku trpící depresí v Puerto Ricu. Dívka byla patnáctiletá a na začátku terapie jevila známky těžké deprese, měla silné sklony k sebevraždě, nízké sebevědomí a špatný přístup k sobě i ke světu. Kognitivně-behaviorální terapie představovala 16 sezení a jedno sezení terapeuta s rodiči.

Podrobný průběh jednotlivých terapeutických sezení a dílčí výsledky byly následující:

1. – 4. sezení byla zaměřená na kontrolu vlastních myšlenek, hlavně na přeměnu negativních myšlenek na pozitivní. Tvrzení: „Jsem hloupá a tlustá, nenajdu si žádné kamarády, vše bude špatné.“ změnila na větu: „Budu vypadat dobře, mám šanci najít nové kamarády, vše bude dobré.“

5. – 8. sezení byla zaměřená na zapojení do zájmových činností a stanovování cílů. Např. větu: „Nepůjdu do zájmových kroužků, protože bych se ztrapnila.“ měla nahradit větou: „Půjdu do kroužků, protože se budu cítit dobře.“

9. – 12. sezení byla zaměřená na vztahy s lidmi, sociální podporu (zejména rodičů a kamarádů) a asertivní komunikační dovednosti.

13. – 16. sezení byla nadstavbová. Sledovaná dívka po 12 sezeních stále vykazovala známky deprese, a proto jí byla dána další 4 sezení. Dívka se bála, že ji opustí otec a nikdy ho neuvidí. Terapeut jí pomohl pochopit, že některé kamarádky opustil otec, ale stále se s ním vídaly a měli se rádi. Po těchto 4 sezeních klesly příznaky deprese na minimum.

Po 6 měsících a 12 měsících přišla dívka na kontrolu a příznaky deprese téměř zmizely. Terapeut naučil dívku preventivní strategii, tj. jak se vyhnout negativnímu myšlení a naplánovat si příjemné zájmové činnosti. Také poradil rodičům, ať navštíví manželskou poradnu, aby jejich dcera netrpěla potenciálním rozvodem rodičů, protože hlavním zátěžovým faktorem (stresorem) byl konflikt rodičů.

Při terapii bylo použito hodnocení jak kvalitativní, tak kvantitativní. Původní příznaky deprese ze začátku terapie byly postupně sníženy na minimum. Pacientka získala lepší sebevědomí, lepší postoj k sobě i ke světu a hlavně neměla myšlenky na sebevraždu.

### 2.2.2. Psychodynamický přístup

Psychodynamický přístup vychází z psychoanalýzy, která se zaměřuje na odhalování nevědomého fungování. Terapeuti využívají při práci interpretaci

nevědomých konfliktů skrze volné asociace a přenos, což je přenášení nevědomých konfliktů do vztahu s terapeutem (Timulák, 2006).

Přenosem jsou míněny pacientovy pocity, které prožívá vůči terapeutovi. Tyto pocity však nepatří jemu, ale významným lidem z pacientovy osobní historie. Pomocí přenosu pacient přenáší na terapeuta pudy, pocity a obrany, které se v minulosti objevovaly ve vztahu k významným lidem. Terapeut však také může prožívat protipřenos, kdy přenáší své touhy učinit z pacientů objekty, které by ho uspokojily (Prochaska, Norcross, 1999).

Ačkoli psychodynamický přístup vychází z psychoanalýzy, odlišuje se od ní. Grande a kol. (2006, in Vybíral, Roubal, 2010) definoval rozdíly mezi psychoanalýzou a psychodynamickou terapií. Psychoanalýza probíhá min. 4x týdně, přičemž pacient leží na pohovce a terapeut sedí u jeho hlavy na křesle. Pracuje se s regresivními procesy a spontánní přenos se nepřerušuje terapeutickými technikami. Analytik je neutrální a dává důraz na analýzu snů, nezaměřuje se primárně na řešení problému. Oproti tomu psychodynamická psychoterapie probíhá 1x až 2x v týdnu, terapeut nabízí objasnění, rady, povzbuzení, příznačná je jeho snaha o úlevu ze stresu. V terapii se problémy pacienta strukturují a pracuje se s nimi.

V současné době následovníci Freuda a jeho psychoanalýzy vycházejí především z ego psychologie a teorie objektivních vztahů. Tyto přístupy můžeme shrnout pod pojem psychodynamický neboli neo-freudiánský přístup (Prochaska, Norcross, 1999).

„Gabbard (2005, in Vybíral, Roubal, 2010, str. 96 – 97) zformuloval sedm základních principů psychodynamické práce:

1. vychází z toho, že velká část psychického života je nevědomá,
2. vychází z toho, že dospělého utvářejí zážitky z dětství,
3. předpokládá, že pacientův přenos je primárním zdrojem porozumění,
4. zkoumá protipřenos – také díky jeho zkoumání se terapeut i klient dobírají porozumění tomu, co pacient vyvolává ve druhých,
5. zkoumá odpor vůči procesu (odpor je jedním z ohnisek terapie),
6. zkoumá funkce symptomů, které jsou determinovány nevědomím,
7. pomáhá pacientovi dosáhnout prožitků autentičnosti a jedinečnosti.“

Psychodynamická psychoterapie si vysvětluje depresi různými způsoby. Psychodynamické hledisko interpretuje depresi jako reakci na ztrátu (Hartl, Hartlová, 2000). Ať už jde o ztrátu milovaného člověka či ztrátu společenského postavení. Současná situace připomíná depresivnímu člověku minulé ztráty, které prožil v dětství,

konkrétně obavu ze ztráty lásky rodičů. Chování depresivního pacienta připomíná volání po lásce. Tento stav doprovází pocity vzteku vůči těm, kteří ho opouští. Lidé s depresí se obávají opuštění, a proto vytěšňují své hostilní pocity. Potlačují vztek v sobě a obviňují se. Depresivní člověk má nízké sebevědomí a pocity bezcennosti, které závisí na souhlasu a podpoře druhých. Proto upadá do deprese, když tato podpora selže (Atkinson a kol., 2003).

Dále dynamická psychoterapie deprese vychází z předpokladu, že jedinec s depresí prožívá intrapsychický konflikt, který je příčinou vzniku symptomů. Depresi lze chápat jako reakci na potlačování emocí. Psychoterapie má za úkol konfrontovat klienta s neřešením jeho konfliktu (Poněšický, 2003).

Dynamická psychoterapie věří, že deprese má své kořeny v rané ztrátě objektu, což může být například smrt matky, kdy ego ještě není schopné truchlení (Blanck, Blanck, 1992).

Psychodynamické teorie mají společné přesvědčení, že depresivní pacienti nemohou překonat současné problémy bez toho, aniž by měli vyřešeny své minulé problémy pramenící z raných vztahů z dětství (Atkinson a kol., 2003). Terapeut se snaží nalézt vnitřní napětí, konflikty a frustrace z dětství, usiluje o uvědomění a ventilaci (Křivohlavý, 2003).

Davanloo (1997, in Abbass, 2006) propracoval intenzivní krátkodobou dynamickou psychoterapii a používal jí při léčbě pacientů s depresí a poruchou osobnosti. Zaměřil se na emoční proces. Tento proces pomáhá pacientovi překonat problémy ovládání svých pocitů.

Psychodynamická psychoterapie uskutečnila řadu výzkumů. Abbass (2006) provedl studii 10 pacientů s rezistencí na léčbu deprese, tj. pacientů, kterým nepomáhala léčba. Léčil své pacienty dynamickou psychoterapií. Během této studie byly každé 4 týdny zkoumány veškeré symptomy pacientů a vztahy lékaře s pacienty. Totéž šetření bylo provedeno po ukončení léčby a ještě při následné kontrole. V průměru trvalo 13,6 sezení, než se měřené hodnoty dostaly do normálu.

### Klinická případová studie psychodynamické psychoterapie

Pan Young trpěl chronickou depresí v důsledku identifikace s depresivní matkou. Jeho otec zemřel, když mu byly 3 týdny. Následkem toho začala jeho matka trpět chronickou depresí. Obětovala se zcela svým dětem, nechodila ven, neměla žádné

přátele. Pan Young začal docházet na terapie a terapeut usoudil, že byl vychováván v neodpovídající atmosféře a nikdy neočekával nic víc. Pan Young dával přednost symbiotické stejnosti, kterou měl se svou matkou, a proto byl překvapen tím, že terapeut není depresivní. Terapeut postupně dával klientovi zpětnou vazbu o identifikaci s matkou, která ho udržovala v depresi, a teprve poté začal ztrácet tuto vazbu a tím pádem se začal uzdravovat (Blanck, Blanck, 1992).

### 2.2.3. Humanistická psychoterapie

Humanistické přístupy představují širokou paletu různých postupů, které mají společné to, že *„zdůrazňují lidskou jedinečnost, úctu k člověku, zájem o jeho každodenní starosti, kladou důraz na lidské schopnosti a celoživotní možnost osobnostního rozvoje.“* (Hartl, Hartlová, 2000, str. 612).

Pro humanistické terapie je důležitější spíše to, co jedinec prožívá v přítomnosti, nežli to, co prožil v minulosti. V tom se odlišuje od psychodynamické psychoterapie. Terapeut chování člověka neinterpretuje a nepokouší se jej měnit, což je základní rozdíl oproti behaviorální terapii. Cílem humanistické psychoterapie je zkoumání klientových myšlenek a pocitů a napomáhání v hledání jeho vlastních řešení. Terapeut tedy vede klienta a usnadňuje (tj. facilituje) postup k nalezení vlastních řešení. Rogers dával přednost termínu „facilitátor“ před termínem „terapeut“. Terapeut přeformulovává klientovy výroky, a tím mu dává najevo empatii a snaží se být vřelý a autentický (Atkinson a kol., 2003).

*„Nejrozšířenější z humanistických přístupů je terapie zaměřená na osobu nebo také na člověka (person-centered approach - PCA) vycházející z práce C. Rogerse.“* (Timulák, 2006, str. 26).

Mezi další humanistické přístupy se také řadí existenciální psychoterapie, do níž řadíme např. logoterapii Viktora Frankla, a gestalt terapie (Cain a kol., 2006). Ve své práci se však budu věnovat terapii zaměřené na osobu.

Rogersovký přístup aneb přístup zaměřený na člověka je psychoterapeutický humanistický směr, který založil Carl Ransom Rogers. Tento přístup se prosadil i přes medicínsky dominující psychoanalytickou terapii a behaviorismus převládající v první polovině 20. století (Nykl, 2004).

*„Na klienta zaměřený směr je stále se rozvíjející forma mezilidského vztahu, která podporuje růst a změnu. Vychází z následující základní hypotézy: Každému*

*člověku je vlastní potenciál růstu, který může být ve vztahu k jedné osobě (např. terapeutovi) aktivován. Předpokladem je, že tato osoba zažívá a zároveň sděluje klientovi své vlastní reálné bytí, svoji vlastní emocionální náklonnost a nanejvýš senzibilní nehodnotící porozumění.*“ (Rogers 1985, in Nykl, 2004, str.19).

Základem rogersovské psychoterapie je psychoterapeutický vztah, který je podmínkou změny člověka a následné léčby (Vymětal, 1996).

Podle Rogersova přístupu se terapeut snaží určit aktuální stav pacienta, projevuje mu empatii, nepodmínečný přístup a kongruenci (Mosher a kol., 2008).

Během individuální terapie se klient s terapeutem postupně sbližují, terapeut dává najevo akceptaci, empatii a autenticitu. Terapie je členěna do pěti fází dle Swildense (1998, in Vymětal, 1996). V úvodní fázi dojde k navázání kontaktu, k informování a motivování klienta. Ve druhé fázi se terapeut zaměří na klientovy symptomy a zdravotní stav. Ve třetí fázi se řeší klientovy konflikty a problémy. Ve čtvrté fázi hledají společně význam poruchy zdraví v životě klienta. V poslední fázi je terapie ukončena.

Humanistická psychoterapie nemá přesně vypracovaný postup pro terapii deprese. Vždy přistupuje k depresivním klientům individuálně a záleží na jednotlivých terapeutických školách, jaký zvolí postup při léčbě deprese. Humanističtí terapeuti pracují s klientem dle svých teoretických i praktických poznatků (Roubal, 2008).

U depresivních klientů, kteří nedokážou snadno vyjádřit své pocity slovy, nebo nejsou motivováni k tomu, aby o svých pocitech hovořili, není humanistická psychoterapie vhodná, protože klade důraz na ústní projev, zejména na prodiskutování celého problému. U těchto klientů je tedy lepší použít jiné přístupy, zejména ty direktivnější (Atkinson a kol., 2003).

Představitelé humanistických přístupů často kritizují manualizování terapií, vidí v nich malou zaměřenost přístupu na člověka, protože manualizováním se stírají rozdíly mezi individuálními osobnostmi (Timuľák, 2005).

Vzhledem k tomu, že humanistická psychoterapie nemá vypracovaný přesný postup pro léčbu deprese, není možné uvést ucelenou metodiku pro léčbu deprese.

## Klinická případová studie humanistické psychoterapie

James K. Mosher a kolektiv (2008) provedli studii pacienta jménem Bill, který trpěl chronickou depresí. Jednalo se o 29letého nezaměstnaného umělce, jehož matka

trpěla depresí, když byl Bill ještě dítětem. Při použití Rogersovské terapie zaměřené na člověka byly identifikovány průvodní jevy deprese, a to vnitřní hlasy v Billově hlavě, jež byly velmi kritické a neustále mu našeptávaly, že je k ničemu, že je neúspěšný a že ho nikdo z okolí nemá rád. Tento našeptávač může přimět pacienty až k sebevraždě.

Terapeut pomáhal Billovi během 16 sezení porozumět svým emocím. Naváděl ho větami typu: „Cítíte smutek a bezmoc?“ Projevoval pochopení a ukazoval, že Billa poslouchá. Např.: „Ano, chápu.“ „Správně.“

V níže uvedených příkladech ze sezení poznáme, jaký vývoj měla Billova deprese a jak se postupně naučil chápat své pocity. Pokrok a zlepšení jsou patrné.

Sezení 2 ukázalo, že Bill skrýval své emoce, neboť ho rodiče kárali za to, že projevuje smutek nebo se cítí špatně.

Bill: „Doma jsem cítil něco špatného, když jsem se cítil špatně.“

Terapeut: „Cítil jste, že vám není dovoleno cítit se špatně. Že to prostě nesmíte dát znát.“

Sezení 4 prokázalo Billovo poznání, že slova a skutky lidí mohou způsobovat bolest.

Bill: „Myslím, že jsem vůči poznámkám okolí lhostejný, no vlastně ne. Měl bych se více zamýšlet nad skutečným významem slov a činů.“

Sezení 6 dokladovalo to, že Bill cítil pocit viny za to, že není úspěšný.

Bill: „Cítím se velmi provinile za to, že jsem nedokázal naplnit své představy o kariéře.“

Sezení 8 dále pracovalo s Billovými emocemi.

Bill: „Vždy jsem se vyhýbal konfliktům, i když jsem se cítil špatně.“

Sezení 15 byla přínosné v tom, že si Bill uvědomil příčiny své deprese.

Bill: „Když se mě někdo před pár týdny zeptal na mou kariéru a na můj život, bral jsem to jako pochybu nebo kritiku mého jednání. Vysvětloval jsem si to tak, že mi nevěří a berou mě jako neschopného samostatného života. To mi přivedilo velkou depresi. Nyní si uvědomuji, že to tak nebylo.“

Sezení 16 vyvrcholilo v to, že se Bill smířil s minulostí bez pocitu viny.

Bill: „Když jsem si připravoval reference na konkurz, trochu jsem pochyboval, jestli to má cenu, jestli mě neodmítnou, ale pak jsem si řekl, že není třeba se trápit. Klidně půjdu na další konkurz.“

Terapeut dokázal pomocí Rogersova modelu rozpoznat příčiny Billovy deprese. Jeho vnitřní hlasy ho stále udržovaly v depresi. Říkaly mu: „Jsi neúspěšný, neměl jsi studovat uměleckou školu atd.“

Bill v sobě dusil emoce a smutek a na základě toho si vybudoval svého „obhájce“, který mu pomohl vyrovnat se s kritikou rodiny a okolí. Svůj smutek a frustrace ventiloval svou nenávistí institucí a okolí.



### III. Praktická část

V praktické části bych ráda navázala na teoretickou část a nadále zkoumala, jak vybrané psychotherapeutické směry přistupují k depresi.

Praktická část mé bakalářské práce představuje kvalitativní sondu, která jde do hloubky a mohla by předcházet případnému intenzivnějšímu výzkumu dané problematiky. Ve svém výzkumu jsem preferovala kvalitativní přístup před kvantitativním přístupem.

#### 1. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Mým cílem je především mapování postojů vybraných psychotherapeutů k depresi vzhledem k jejich teoretické orientaci, tedy zakotvení psychotherapeutů v jejich psychotherapeutickém směru vzhledem k přístupu k depresivnímu klientovi.

Mým cílem tedy není zobecňování zkoumaných dat na širší vzorky psychotherapeutů či studie celých psychotherapeutických směrů.

Hlavní výzkumná otázka:

1. Jakým způsobem se projevuje zakotvenost v určitém psychotherapeutickém směru ve stylu a vedení práce s depresivními klienty?

Podotázky:

1. Jak vnímají psychotherapeuti průběh léčby a její účinnost?
2. Jak se projevuje osobnost a postoje terapeuta při práci s depresivními klienty?
3. Jaká je provázanost teoretických znalostí a praktických zkušeností terapeutů při práci s depresivními klienty?

## 2. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří 3 respondenti. Z toho dva muži a jedna žena. Jeden respondent je kognitivně-behaviorální terapeut, jeden humanistický psychoterapeut a jeden respondent je dynamický psychoterapeut.

Psychoterapeuty jsem vybírala podle několika kritérií. Záleželo mi na tom, aby měli jen jeden psychoterapeutický výcvik a to buď kognitivně-behaviorální, humanistický či psychodynamický. Základním předpokladem byla také zkušenost psychoterapeutů s depresivními klienty, a to nejméně s deseti klienty s depresí za rok. Chtěla jsem také, aby tito psychoterapeuti měli praxi alespoň 5 let.

Musím přiznat, že nebylo lehké takové respondenty najít a požádat je o spolupráci na výzkumu. Zpočátku jsem rozesílala e-maily s popisem toho, o co mi jde a s prosbou o rozhovor. Zjistila jsem však, že na tyto e-maily jsem většinou nedostala odpověď. Zvolila jsem tedy telefonní spojení, abych měla ihned zpětnou vazbu. Často jsem se dozvěděla, že nevyhovují mým kritériím – tedy např. neměli zkušenost s depresivními klienty či měli jiný psychoterapeutický výcvik, než ten, který jsem potřebovala. Dalším důvodem odmítání při telefonickém kontaktu s psychoterapeuty byl nedostatek času psychoterapeutů, jejich pracovní vytížení a zaneprázdnění.

Nakonec se mi povedlo uskutečnit jeden rozhovor s psychoterapeutem v Českých Budějovicích a další dva rozhovory jsem provedla v Praze. První rozhovor proběhl začátkem listopadu 2010, další rozhovory v lednu a únoru 2011.

## 3. Výzkumný design a postup při získávání dat

Jako výzkumný design jsem zvolila mnohonásobnou případovou studii, kvůli jejím výhodám, které jsou následující:

Případová studie je velmi podrobné zkoumání případu a porozumění jednomu nebo několika málu případům. Zkoumání se provádí vždy v reálném kontextu v přirozeném prostředí. Zachycuje unikátní vlastnosti, faktory a okolnosti zkoumaných problémů a velmi často jsou tyto jedinečné vlastnosti klíčem k porozumění celé situace (Švaříček, Šedřová a kol., 2007).

Metodou výzkumu je hloubkový polostrukturovaný rozhovor. V rámci polostrukturovaného rozhovoru jsem měla 26 připravených otázek, které uvádím v příloze č. 2. V samotném rozhovoru jsem však položila další, více doplňující a objasňující otázky dle konkrétních témat. Rozhovor obvykle trval 60 minut.

Rozhovor jsem nahrávala na diktafon a poté ho doslovně přepisovala. Přepsaná data jsem následně vyhodnotila metodou otevřeného kódování.

Metoda otevřeného kódování je operace, při které dochází k rozebrání údajů, kdy je text rozbit na různě dlouhé jednotky (např. slovo, věta, odstavec) a těmto jednotkám jsou přidělena jména (kód). Kód je slovo nebo krátká fráze, která vystihuje jednotlivou část textu a odlišuje je od ostatních (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007).

Kódy jsem dále kategorizovala dle jejich podobnosti a vnitřní souvislosti. Tím vznikl jakýsi hierarchický systém, protože jednotlivé kódy byly seřazeny a sloučeny do různých kategorií.

Nadstavbu otevřeného kódování jsem provedla technikou „vyložení karet“, což bude tzv. příběhem, převyprávěním jednotlivých kategorií (viz Zpracování dat a výsledků).

#### 4. Zpracování dat

Na základě vertikálního zpracování kódů uvedených v příloze č. 3 následuje převyprávění jednotlivých kategorií dle jednotlivých výzkumných otázek pro každý psychotherapeutický směr individuálně.

V příloze č. 3 jsou uvedeny jednotlivé kódy členěné do kategorií. Kategorie kódů jsou barevnou plochou zvýrazněné dle výzkumných otázek a podle barvy písma jsou odlišeny kódy jednotlivých psychotherapeutických směrů, černě je napsána kognitivně-behaviorální terapeutka, červeně humanistický psychotherapeut a modře dynamický psychotherapeut. Z velkého množství kódů byly vybrány k převyprávění pouze stěžejní a významné kódy, které byly dle mého uvážení nejpodstatnější.

#### 5. Výsledky

##### 5.1. Výzkumná otázka č. 1

Jakým způsobem se projevuje zakotvenost v určitém psychotherapeutickém směru ve stylu a vedení práce s depresivními klienty?

##### 5.1.1. Kognitivně-behaviorální terapeutka

Kódy kognitivně-behaviorální terapeutky: Odkaz na autoritu – 3x; Nabídka služeb – 4x; Odkaz k psychotherapeutickému směru – 1x; Platba za terapii – 6x; Intenzivní počátek

terapie – 5x; Důraz na efektivitu práce – 6x; Individuální přístup ke klientovi, ne univerzální – 6x; Vliv učení-naučené vzorce chování – 3x; Nedělání pohlavní diference – 2x; Rychlost terapie – 1x

Terapeutka se během rozhovoru 3x odkazovala na autoritu a také na svůj terapeutický směr, který následně srovnávala s jinými směry, konkrétně s psychoanalýzou. Mnohokrát se zmiňovala o tom, že vždy na začátku dělá nabídku služeb klientovi a zdůrazňovala to, že klienti za terapii platí, což oceňovala z důvodu motivovanosti klientů. *„Víte, já mám tu výhodu, oproti smluvním vztahům u klinických psychologů, že ke mně přichází vysloveně motivovaní klienti. Tím, jak je to na cash, tak je tady trošku jiná vazba a oni jsou víc motivovaní.“*

Psychoterapeutka zdůrazňuje důležitost intenzivního počátku terapie a klade důraz na efektivitu práce. Je pro ni důležitý individuální přístup ke klientovi, ne univerzální. *„Ta terapie je ušitá přímo jemu na míru“* (myšleno každému klientovi).

Několikrát se v rozhovoru zmínila o determinaci učení a vzorcích chování, které si konstruuje už děti v předškolním věku, a ty si potom přenášejí do dospělosti, což podmiňuje vypořádávání se s problémy, zátěží a traumaty.

Terapeutka při práci nedělá rozdíly mezi muži a ženami a oceňuje rychlost kognitivně-behaviorální terapie.

### 5.1.2. Humanistický psychoterapeut

Kódy humanistického psychoterapeuta: Odkaz k psychoterapeutickému směru – 6x; Individuální přístup ke klientovi, ne univerzální – 2x; Nedělání pohlavní diference – 1x; Dlouhodobá práce s depresivními klienty – 2x; Stejný přístup ke všem typům deprese – 1x; Neditivní přístup – 2x; Odkaz na emoce – 12x; Důraz na psychoterapeutický vztah – 4x

Humanistický psychoterapeut v průběhu rozhovoru 6x odkazuje ke svému psychoterapeutickému směru. Zdůrazňuje přednosti PCA jako je např. to, že se nesoustředí na problém, ale na člověka. Také podotýká, že se jeho osobnost odráží v jeho psychoterapeutickém směru. *„Myslím, že moje osobnost souvisí s tím, jaký jsem si vybral psychoterapeutický směr, je to vlastně propojený nějak dohromady. Ten způsob práce a to, jaké jsem, se v té práci odráží.“*

Humanistický terapeut zastává individuální přístup ke klientovi a nerozlišuje klienty dle pohlaví. Je přesvědčen o tom, že práce je specifická s každým člověkem. Zmiňuje se o tom, že práce s depresivními klienty je celkem dlouhodobá. Obvykle se s klientem schází 1x týdně a to měsíce až roky.

Humanistický přístup terapeut hodnotí jako nedirektivní a klade důraz na psychoterapeutický vztah, který je pro něj základem terapie. „*Pro mě je základem psychoterapeutické práce psychoterapeutický vztah. Takže pracuju na tom vztahu a s tím vztahem.*“

Během rozhovoru s psychoterapeutem se objevilo nejvíce kódů v souvislosti s emocemi. Ty hrají pro terapeuta důležitou roli. Terapeut často říká, že je důležité uvolňování emocí, přičemž to uvolnění může změnit i samotnou depresi. Klade důraz na pojmenování emocí, prožívání emocí a na to, aby byl v terapii pro emoce prostor.

### 5.1.3. Dynamický psychoterapeut

Kódy psychodynamického psychoterapeuta: Odkaz na autoritu – 1x; Odkaz k psychoterapeutickému směru – 6x; Individuální přístup ke klientovi, ne univerzální – 5x; Vliv učení-naučené vzorce chování – 2x; Nedělání pohlavní diferenciacie – 1x; Dlouhodobá práce s depresivními klienty – 3x; Odkaz na emoce – 3x; Odkaz k minulosti – 2x; Kritika jiných terapeutických vztahů – 1x; Jednotná instrukce pro všechny klienty – 1x; Délka léčby nezávislá na diagnóze – 1x; Symboly – 2x

Psychodynamický terapeut v našem rozhovoru často hovořil o svém psychoterapeutickém směru. Mluvil o jeho přednostech oproti jiným psychoterapeutickým směrům. Také dodává, že čím je starší, tím je spokojenější s tím, jaký si vybral psychoterapeutický směr. „*...A ty jiný směry, kdybych si měl vybírat, tak mi přijdou, že jsou nějaký vždycky zaměřený nějakým dílčím způsobem. Ten systém psychoanalýzy je podle mě velice komplexní, celistvej.*“

Zdůrazňoval, stejně jako předchozí terapeuti, důležitost individuálního přístupu ke klientovi, přizpůsobení se mu. S tím souvisí také to, že nedělá rozdíl v přístupu podle pohlaví, ale přizpůsobuje se individuálnímu klientovi.

Terapeut hovořil o tom, že psychoanalýza je dlouhodobá, ale o délce terapie nerozhoduje diagnóza. Jeho nejdelší terapeutický případ trval asi 11 let, ale průměrně je nejčastější délka terapie 2 roky.

Terapeut oceňuje uvolňování emocí, a to především těch negativních, a podle toho pozná, že léčba funguje. Terapeut také zdůrazňuje symboliku.

Dále klade důraz na minulé prožitky, ale je to spíše v závislosti na tom, jaká témata klient vnese do terapie. *„Ono se říká, že psychoanalýza loví v minulosti, ale žádná archeologie to není, je to analýza bezprostředního. To, co je nyní a zde. Do té minulosti se vracíme, protože některé problémy v přítomnosti jsou řešeny neblbě, ale podle starých konceptů, který jsou zastaralý. To ty lidi musí pochopit, že v přítomnosti se nelze chovat podle starých návodů.“*

Psychodynamický přístup se odráží také v tom, že terapeut používá vždy stejnou instrukci pro všechny klienty. *„Tady na tom kanapi leží, já mu sedím u hlavy a naslouchám. Instrukce je většinou jednoduchá, pokaždé stejná. Řeknu tomu člověku, řikejte, co vás napadá.“*

Výše uvedené odpovědi na hlavní výzkumnou otázku prokazovaly zakotvenost psychoterapeutů ve stylu a vedení práce s depresivním klientem v jejich psychoterapeutickém směru. Nyní se zaměřím na výzkumné podotázky, které vycházejí z teze hlavní výzkumné otázky.

## 5.2. Výzkumná podotázka č. 1

Jak vnímají psychoterapeuti průběh léčby a její účinnost?

### 5.2.1. Kognitivně-behaviorální terapeutka

Kódy kognitivně-behaviorální terapeutky: Častost, aktuálnost depresivních klientů 1x; Důležitost symptomatologie 5x; Jednotlivé znaky deprese 1x; Příčiny depresí 2x; Diagnostika deprese 3x; Ovlivnění deprese vnějšími vlivy 1x; Spouštěče deprese 1x; Negativní dopady deprese 1x; Odkaz k farmakoterapii 1x; Analýza problému 3x; Důraz na strukturovanost problému 1x; Kognitivní analýza 3x; Behaviorální analýza 3x; Samoléčba klienta 1x; Anamnéza klienta 1x; Relaps 1x; Progres v terapii 1x; Různorodá délka terapie-jednoho sezení 1x

Terapeutka potvrdila, že lidé s depresí jsou jejími velmi častými klienty. Uvedla, že mívá asi tak 30-40 klientů s depresí za rok. V průběhu rozhovoru se několikrát stalo, že nemluvila za sebe, ale za svůj psychoterapeutický směr. Např. *„Víte, pro nás je spíš*

*důležitá ta symptomatologie, než etiologie.*“ Důležitost symptomatologie potvrdila v průběhu rozhovoru ještě 4x.

Popisovala jednotlivé znaky a příčiny deprese, spouštěče deprese. Terapeutka sama diagnostikuje depresi, využívá při tom Beckův dotazník.

Terapeutka připouští, že některé druhy deprese se těžko léčí bez medikace, a že to bez ní v některých případech nejde. Dává velký důraz na strukturovanost problému, kdy provádí kognitivní a behaviorální analýzu v rámci psychologického vyšetření. V průběhu vyšetření se ptá na to, jak klient problém řešil, či zda se o řešení pokusil. Také provádí anamnézu klienta, zajímá ji tedy historie, aktuální stav a vývoj onemocnění. Co se týče délky terapie, většinou trvá jedno sezení hodinu nebo hodinu a půl. Délka je tedy různorodá, závisí na individuálních případech.

Terapeutka přiznává, že se někdy klienti vrací s opakovanou depresí, ale stává se to výjimečně.

### 5.2.2. Humanistický psychoterapeut

Kódy humanistického psychoterapeuta: Častost, aktuálnost depresivních klientů – 3x; Důležitost symptomatologie – 2x; Jednotlivé znaky deprese – 2x; Příčiny depresí – 6x; Diagnostika deprese – 2x; Odkaz k farmakoterapii – 2x; Relaps – 2x; Různorodá délka terapie – 1x; Klient si uvědomuje svou depresi – 1x; Terapeut nediagnostikuje – 2x; Klientova představa deprese – 1x; Depresivní projev-působení klienta – 1x; Biologické faktory-deprese – 1x; Typy deprese – 2x; Řešení deprese je v klientovi – 1x; Terapeut provádí psychologické vyšetření – 1x; Standardní délka jednoho sezení – 1x; Závislost délky terapie na hloubce deprese – 1x; Možnost skupinové terapie pro depresivní klienty – 1x; Kombinace farmakoterapie a psychoterapie – 1x; Nevyužití specifických technik – 1x; Terapeutická práce stejná pro všechny klienty – 1x; Hlubková analýza klienta – 1x

Terapeut potvrdil, že jsou depresivní klienti jeho častými klienty. Velmi pečlivě rozebírá příčiny deprese a zdůrazňuje jejich různorodost. Co se týká typů deprese, nerozlišuje je při práci. *„Některý lidi se dají typicky zařadit do jednotlivých škatulek. Ale proto, že bych s nima pracoval nějak jinak, to nerozlišuju.“*

Humanistický psychoterapeut se dívá na farmakoterapii jako na užitečnou pomoc, ale má i své výhrady, a proto je pro kombinaci farmakoterapie a psychoterapie.

*„Zastávám ten názor, že farmakoterapie pomůže zvládnout symptomy, ale neřeší příčiny.“*

Terapeut přímo depresi nediagnostikuje, klienti většinou přicházejí na terapii s diagnózou. *„Diagnóza je pro mě podstatná z hlediska pojišťovny, ne úplně kvůli mojí práci.“* Terapeut rozlišuje typy deprese, ale nerozlišuje je při práci tak, že by s různými typy deprese pracoval jinak.

Doba terapie s depresivním klientem je u našeho humanistického psychoterapeuta velmi různorodá, závisí na hloubce deprese, někdy stačí několik sezení, nejdelší případy trvaly roky, přičemž délka jednoho sezení trvá dle terapeuta standardně 50 minut.

Terapeut nevyužívá při léčbě depresivních klientů žádné specifické techniky a práce s depresivními klienty se nijak zvlášť neliší od práce s jinými klienty s různými problémy.

Terapeutovi se stalo 1x, že se vrátil klient s opakovanou depresí, jde tedy o velmi výjimečný případ.

### 5.2.3. Dynamický psychoterapeut

Kódy psychodynamického psychoterapeuta: Častost, aktuálnost depresivních klientů – 1x; Důležitost symptomatologie – 1x; Jednotlivé znaky deprese – 1x; Příčiny deprese – 1x; Diagnostika deprese – 2x; Odkaz k farmakoterapii – 2x; Relaps – 1x; Progres v terapii – 2x; Typy deprese – 2x; Standardní délka jednoho sezení – 1x; Závislost délky terapie na hloubce deprese – 1x; Strach depresivních klientů z reality – 3x; Ztráta-příčina deprese – 3x; Potlačování-depresi – 3x; Výskyt deprese s jinými poruchami – 1x; Determinace negativních emocí – 2x; Agrese vůči sobě – 1x; Frekvence terapií-individuální – 1x; Práce s nevědomými představami klienta – 1x; Terapeut v projekcích klienta v různých podobách – 5x; Volné asociace – 2x; Protipřenos-prevence proti přenosu – 1x; Důraz na slova – 2x

Terapeut vidí depresi jako častý a aktuální problém u svých klientů. Popisuje znaky deprese podobně jako předchozí terapeuti. Jako typický znak deprese však oproti předchozím terapeutům uvádí strach depresivních klientů z reality.

Co se týká příčin deprese, psychoterapeut vidí jako největší příčinu ztrátu a také potlačování emocí depresivního klienta, a to především agresi, kterou obrací proti sobě.



Psychodynamický terapeut hovoří o farmakoterapii v souvislosti s tím, že na některé hluboké deprese nestačí se svou psychoterapií a odkazuje tedy spíše k psychiatrům.

Klienti se někdy vrací na terapii, protože si uvědomují, že je něco nad jejich síly, ale terapeut se domnívá, že se nevrací se skutečnou depresí.

Délka jednoho sezení trvá přibližně 45-50 minut, a to nejméně 2x týdně a ideálně 4x týdně. Doba terapie je závislá na hloubce deprese.

V průběhu terapie se pracuje s nevědomými představami klienta, s volnými asociacemi a s projekcemi terapeuta v různých podobách. Terapeut se dále snaží předejít protipřenosu a klade důraz na slova a slovní projev.

### 5.3. Výzkumná podotázka č. 2

Jak se projevuje osobnost a postoje terapeuta při práci s depresivními klienty?

#### 5.3.1. Kognitivně-behaviorální terapeutka

Kódy kognitivně-behaviorální terapeutky: První dojem – 1x; Důraz na rozhovor – 2x; Adekvátní reakce terapeuta na klientovy problémy – 2x; Odkaz na kolegy – 1x; Obrana terapeuta, nepříznivá zkušenost – 1x; Nekritický přístup ke klientovi – 1x; Zaměření na klienta-jeho blaho – 3x; Vytvoření důvěryhodného a bezpečného prostředí – 1x; Příklad nesprávného terapeutického vedení – 1x; Důraz na úsměv – 1x; Přirozenost v kontaktu s klientem – 1x; Zdravý odstup – 1x; Nedostatek času na sebe, supervizi – 1x; Užití selského, zdravého rozumu – 1x

Terapeutka hovořila o tom, že klade důraz na rozhovor a na zaměření na klienta a jeho blaho. Její největší cíl je, aby byl klient šťastný, spokojený. „...*aby odcházel a usmíval se...*“

Terapeutka se snaží klientovi přizpůsobit a adekvátně reagovat na jeho problémy. Nikdy nekritizuje a nesoudí klienta, ale chce mu pomoci. Terapeutka se vždy snaží vytvořit důvěryhodné a bezpečné prostředí a dbá na přirozenost, i když opětovně zdůrazňuje přizpůsobení se klientovi. „*Chce to přirozenost, naprostou přirozenost. Samozřejmě reagujete jinak s člověkem, který má vysoké postavení a je velmi kultivovaný a vzdělaný a jinak se budete bavit s teenagerem, který má výchovné problémy a jeho slovník je naprosto odlišný od toho předchozího typu.*“

Je pro ni důležitá srdečnost, otevřenost a úsměv. „*Úsměv je hrozně důležitý v kontaktu s klientem.*“

### 5.3.2. Humanistický psychoterapeut

Kódy humanistického psychoterapeuta: Důraz na rozhovor – 3x; Zaměření na klienta-jeho blaho – 1x; Vytvoření důvěryhodného a bezpečného prostředí – 1x; Nedostatek času na sebe, supervizi – 1x; Dávat víc energie do terapie s depresivním klientem – 4x; Pochopení klienta terapeutem – 1x; Hranice mezi terapeutem a klientem – 1x; Terapeut si uvědomuje své chyby, přijímá kritiku – 3x; Kvalita osobnosti terapeuta – 7x; Terapeut přijímá klienta jaký je-dobrý – 2x; Důraz na optimismus terapeuta – 1x; Supervize a jiné relaxační techniky-ano – 2x; Důležitost zpětné vazby od kolegů – 1x

Terapeut klade důraz na rozhovor a je zaměřený na klienta a jeho blaho. Je pro něj klíčová důvěra, snaží se tedy o bezpečné prostředí. Terapeut zjistil, že je důležité dávat víc energie do terapie s depresivními klienty, protože tito klienti mívají málo energie ke změně.

Terapeut je připraven na přijetí kritiky ze strany klienta, uvědomuje si, že má své chyby, což je projevem zralosti jeho osobnosti. Další rysy jeho osobnosti dokládá i následující citace, kdy odpovídal na otázku, které jeho kvality mu pomáhají při léčbě depresivních klientů. „*Myslím, že by to byla trpělivost, schopnost vcítit se do toho člověka, dát mu prostor, aby prožil to, co se v něm odehrává. Přijmout ho takového, jaký je. Osobně při léčbě deprese mi pomáhá můj bytostný optimismus. Netopit se v tom smutku, v těch problémech spolu s tím člověkem.*“

Terapeut pravidelně dochází na supervizi, i když připouští, že by často potřeboval supervizi aktuálně po terapeutickém sezení, a to nejde. Snaží se alespoň odreagovat tím, že se v průběhu 10 minut mezi terapeutickými sezeními dojde projít před budovu anebo si jde promluvit s kolegy.

### 5.3.3. Dynamický psychoterapeut

Kódy dynamického psychoterapeuta: Důraz na rozhovor – 2x; Vytvoření důvěryhodného a bezpečného prostředí – 2x; Příklad nesprávného terapeutického vedení – 1x; Nedostatek času na sebe, supervizi – 1x; Užití selského, zdravého rozumu – 2x; Hranice mezi terapeutem a klientem – 1x; Kvalita osobnosti terapeuta – 5x;

Důležitost zpětné vazby od kolegů – 1x; Promítnutí terapeutovy osobnosti do terapie – 4x; Důraz na naslouchání (empatie) – 2x; Terapeut facilituje situaci – 1x; Profesionální nadhled – 4x; Terapeut si neklade cíle – 2x; Motivy terapeuta k terapii – 4x; Zájem a zvědavost – 1x

Terapeut zmiňuje důležitost profesionálního nadhledu, naučil se oprostít od problémů klienta a vytvořil si hranice. *„Vždycky po té terapii na ten jeho život zapomenou a zase se k tomu vrátím, až když ten člověk přijde.“* Terapeut při rozhovoru připouští, že se jeho osobnost promítá do práce s depresivním klientem svým profesionálním přístupem.

Velmi zdůrazňuje důležitost toho, že by měl mít každý terapeut vlastní důvod, proč terapii dělá. Také si myslí, že pro práci terapeuta je důležitá zvědavost a zájem, který on má. Terapeut si neklade při práci cíle. *„Cíle žádné. Protože cíle, ty jsou jenom moje. A že bych ještě těm lidem zatěžoval život tím, že bych na ně kladl nějaký svoje cíle... Kdybych si ty cíle dával, tak by to znamenalo, že mi záleží na tom, aby se něco stalo. Ale mě nezáleží, tak to nedělám. Jeden cíl je, aby si ty lidi porozuměli, ale to neurčuju já.“*

Pro psychodynamického terapeuta je základem práce rozhovor. *„Především vycházím z rozhovoru...“*

#### 5.4. Výzkumná podotázka č. 3

Jaká je provázanost teoretických znalostí a praktických zkušeností terapeutů při práci s depresivními klienty?

##### 5.4.1. Kognitivně-behaviorální terapeutka

Kódy kognitivně-behaviorální terapeutky: Odkaz na teorii – 4x; Odkaz na výcvik – 1x; Odkaz na literaturu – 2x; Nedostatečné vzdělání z VŠ – 1x; Důležitost praxe – 2x

Terapeutka se v průběhu rozhovoru opírala o své teoretické znalosti. Ať už ty, které načerpala při studiu psychologie nebo z psychoterapeutického výcviku. *„Jak nám vždycky říkali ve výcviku...“* I když připouští, že vysoká škola ji nenaučila vše. *„Když bych měla říct, co mě naučila škola na veřejce, tak to by bylo asi hodně málo, to se naučíte až v životě.“* Terapeutka si uvědomuje, že jí nejvíc dala praxe.

Je přesvědčena, že má více zkušeností a zkušenější postup při práci s depresivními klienty.

Během rozhovoru mi také doporučovala literaturu, ze které čerpá ve své praxi. *„A spoustu krásných věcí napsal Praško, toho určitě znáte... Když si přečtete jeho knížky, tak vám to do praktického života dá hrozně moc.“*

#### 5.4.2. Humanistický psychoterapeut

Kódy humanistického psychoterapeuta: Odkaz na teorii – 1x; Důležitost praxe – 3x; Působení terapeuta ve zdravotnictví – 1x; Podřízenost vyšším instancím – 2x; Závislost na kvalifikaci terapeuta – 1x; Předání klienta kolegům-při nekompetenci – 2x

Terapeut při své praxi vychází z teoretických znalostí získaných ve škole, což ale pro praktické použití není postačující. Daleko důležitější jsou specifické teoretické znalosti, které se naučil v psychoterapeutickém výcviku, přičemž teoretické znalosti z výcviku nejsou dominantní, převažují praktické a didaktické dovednosti. Terapeut ve své psychoterapeutické praxi preferuje praktickou aplikaci teorie získanou především ve výcviku, základem jeho přístupu je praxe. *„Pro mě je nejdůležitější asi ta část teorie, kterou jsem se naučil v rámci výcviku, která je spojená přímo s PCA. Není to nějak moc teorie, spíš je tam hodně praktickéjch věcí, spíš je to praktickéj a didaktickéj kurz. Nějaký teoretický základní údaje, to je to, z čeho čerpat. Vychází z toho, co jsme se učili ve škole.“*

Terapeut si uvědomuje, že praktickými zkušenostmi získal větší sebedůvěru a uvolnění.

#### 5.4.3. Dynamický psychoterapeut

Kódy dynamického psychoterapeuta: Odkaz na teorii – 5x; Odkaz na literaturu – 1x; Nedostatečné vzdělání z VŠ – 2x; Důležitost praxe – 4x; Seberozvoj a vzdělávání terapeuta – 3x; Předání klienta kolegům-při nekompetenci – 2x

Terapeut se během rozhovoru hodně odkazuje na teorii, často mluví o teoriích Freuda. Vidí teorii jako důležitou. *„Ta teorie má co do sebe. Je to nosná struktura, na který se všechno odehrává.“*

Přesahem teorie je pro něj práce s člověkem, tedy praxe. „*Já myslím, že se nejvíc naučíte od živých lidí... tam je nějaká teorie, nějaká literatura, tam se to zastaví, ta knížka končí nějakou tečkou a tím živým člověkem ten příběh pokračuje.*“

Terapeut se stále snaží o seberozvoj a o prohloubení poznatků.

Terapeut se také zmínil o tom, že vysoká škola ho nepřipravila dostatečně, ale přesto ji vnímá jako významnou a užitečnou pro získání teoretických znalostí, přičemž především až díky praxi se postupně proměnil v terapeuta a naučil se porozumět klientům. „*Psychologii jsem zapomněl a stal jsem se psychoanalytikem... mě to přijde, že jsem se tam učil nějakou abecedu, ale porozumět to člověku nepomůže.*“

## 6. Závěr studie

Z horizontálního členění jednotlivých kódů v příloze č. 3 dle zvýraznění výzkumných otázek barevnou plochou a odlišnou barvou písma podle jednotlivých psychoterapeutů jsou patrné shody a rozdíly v odpovědích psychoterapeutů na výzkumné otázky.

### 6.1. Porovnání odpovědí na hlavní výzkumnou otázku č. 1

Jakým způsobem se projevuje zakotvenost v určitém psychoterapeutickém směru ve stylu a vedení práce s depresivními klienty? Srovnání zakotvenosti jednotlivých psychoterapeutů ve stylu a vedení práce na základě rozboru stěžejních kódů z rozhovorů.

Jednotliví psychoterapeuti se v některých kódech shodovali a v jiných zase odlišovali, což je způsobeno specifičností jejich psychoterapeutického směru. Nejprve budou popsány shodné rysy všech psychoterapeutických směrů a následně budou postupně popsány odlišnosti každého jednotlivého směru vůči ostatním směrům.

Významným společným rysem pro všechny tři terapeuty je to, že se v průběhu rozhovoru odkazovali ke svému psychoterapeutickému směru. Zdůrazňovali přednosti svého směru či ho srovnávali s jinými směry. Mezi další společné rysy patří jednoznačně individuální přístup ke klientům a nerozlišování práce s depresivními klienty dle pohlaví.

Styl práce u kognitivně-behaviorální terapeutky oproti druhým psychoterapeutům byl odlišný především v tom, že mnohokrát zmiňovala nabídku služeb klientovi a zdůrazňovala to, že klienti za terapii platí, což oceňovala z důvodu větší motivovanosti klientů. Kognitivně-behaviorální terapeutka hovořila o tom, že začátek terapie je velmi intenzivní a celkově je terapie rychlá, terapeutka rovněž klade důraz na efektivitu práce. Oproti tomu humanistický terapeut a psychodynamický terapeut tvrdí, že práce s depresivními klienty je dlouhodobá.

Základní odlišností humanistického psychoterapeuta od druhých dvou směrů je jeho nedirektivní přístup a důraz na psychoterapeutický vztah. Humanistický psychoterapeut také klade důraz na emoce, které podle něj hrají důležitou roli v terapii.

Dynamický psychoterapeut souhlasí s humanistickým psychoterapeutem v tom, že emoce jsou v terapii velmi důležité a oceňuje jejich uvolňování. Dynamický

psychoterapeut se od ostatních dvou terapeutů odlišuje i tím, že odkazuje k minulosti, kdy klade důraz na minulé prožitky a symboly. Také se odlišuje od druhých psychoterapeutů důrazem na to, že terapie probíhá vždy stejným způsobem za užití vždy stejné instrukce.

## 6.2. Porovnání odpovědí na výzkumnou podotázku č. 1

Jak vnímají psychoterapeuti průběh léčby a její účinnost? Srovnání psychoterapeutů z jednotlivých psychoterapeutických směrů dle vnímání průběhu léčby deprese a její účinnosti na základě rozboru významných kódů z rozhovorů.

Ke společným rysům typickým pro všechny psychoterapeuty patří jednoznačně to, že potvrzují častost a aktuálnost depresivních klientů, terapeuti vidí depresi jako častý a aktuální problém u svých klientů. Shodují se také v tom, že se případ, kdy se klient vrací s opakovanou depresí, stává výjimečně. Dynamický psychoterapeut je přesvědčen o tom, že když se klient vrátí, nejde už o skutečnou depresi. Všichni tři popisují podobně znaky deprese, přičemž dynamický psychoterapeut uvádí navíc oproti druhým psychoterapeutům strach depresivních klientů z reality. Příčiny deprese vidí všichni tři psychoterapeuti podobně, dynamický psychoterapeut uvádí jako hlavní příčinu ztrátu.

Mezi jednotlivými psychoterapeuty se při kódování rozhovorů projevují podstatné rozdíly v jejich výpovědích. Následně budou popsány pouze ty nejdůležitější rozdílnosti ve vnímání průběhu léčby a její účinnosti.

Kognitivně-behaviorální terapeutka na rozdíl od druhých psychoterapeutů dává důraz na diagnostikování deprese, které provádí ona sama, kdežto dynamický psychoterapeut také diagnostikuje depresi, ale neklade na ni takový důraz, a humanistický psychoterapeut nediaagnostikuje depresi vůbec.

Rozdílný přístup psychoterapeutů se projevuje také v pohledu na farmakoterapii. Kognitivně-behaviorální terapeutka farmakoterapii uznává, humanistický psychoterapeut ji sice také uznává, ale má proti ní i výhrady, zastává názor, že farmakoterapie neřeší příčiny, pouze pomáhá zvládnout symptomy. A dynamický psychoterapeut hovoří o farmakoterapii pouze v souvislosti s tím, že na hluboké depresi nestačí svou psychoterapii a odkazuje tedy spíše k psychiatrům.

Kromě farmakoterapie se jednotliví psychoterapeuti výrazně názorově liší ve vnímání průběhu léčby a její účinnosti dle jejich psychoterapeutického zaměření. Kognitivně-behaviorální terapeutka se odlišuje v léčebném postupu deprese v tom, že klade velký důraz na strukturovanost problému, v rámci něhož provádí kognitivní a behaviorální analýzu a anamnézu klienta. Humanistický psychoterapeut nevyužívá při léčbě depresivních klientů žádné specifické techniky a práce s depresivními klienty se zásadně neliší od práce s jinými klienty s různými problémy. Dynamický psychoterapeut v průběhu terapie pracuje s nevědomými představami klienta, s volnými asociacemi a projekcemi.

### 6.3. Porovnání odpovědí na výzkumnou podotázku č. 2

Jak se projevuje osobnost a postoje terapeuta při práci s depresivními klienty? Srovnání psychoterapeutů z jednotlivých psychoterapeutických směrů dle projevení jejich osobnosti a postojů při práci s depresivními klienty na základě důležitých kódů z rozhovorů.

Všichni tři psychoterapeuti v odpovědi na otázky shodně kladou důraz na rozhovor a vytvoření důvěryhodného a bezpečného prostředí.

Ve větší míře se však projevují odlišnosti v osobnostech a postojích psychoterapeutů s ohledem na jejich psychoterapeutické zaměření.

Kognitivně-behaviorální terapeutka a dynamický psychoterapeut uvádějí společně nedostatek času na supervizi, na supervizi nedochází, s tím, že dynamický psychoterapeut supervizi provádí a poskytuje jiným terapeutům. Humanistický psychoterapeut na supervizi dochází, ale často by ji potřeboval přímo po aktuálním sezení, ale to většinou není možné.

Kognitivně-behaviorální terapeutka a humanistický psychoterapeut mají společný cíl zaměření na klienta a jeho blaho, oproti tomu dynamický psychoterapeut si neklade žádné cíle.

Zcela specifická je u kognitivně-behaviorální terapeutky snaha přizpůsobit se klientovi a adekvátně reagovat na jeho problémy. Nikdy klienta nekritizuje a nesoudí a zdůrazňuje přirozenost, srdečnost, otevřenost a úsměv.

Humanistický psychoterapeut uvádí signifikantní rozdíl oproti druhým terapeutům v tom, že se snaží dávat do terapie s depresivními klienty víc energie.



V léčbě depresivních klientů mu pomáhá jeho bytostný optimismus a další kvality jeho osobnosti jako je trpělivost, empatie, dávání prostoru pro emoce.

Dynamický psychoterapeut naopak klade důraz na profesionalitu, vytvoření si hranic. Je pro něj důležité mít správný motiv pro provádění terapie a zájem a zvědavost.

#### 6.4. Porovnávání odpovědí na výzkumnou podotázku č. 3

Jaká je provázanost teoretických znalostí a praktických zkušeností terapeutů při práci s depresivními klienty? Srovnání psychoterapeutů z jednotlivých psychoterapeutických směrů dle provázanosti teoretických znalostí a praktických zkušeností terapeutů při práci s depresivními klienty na základě rozboru hlavních kódů z rozhovorů.

V tomto ohledu se psychoterapeuti většinou shodují, neprojevují se signifikantní rozdíly v pohledu na důležitost teoretických znalostí a praktických zkušeností.

Kognitivně-behaviorální terapeutka se v průběhu rozhovoru o teorii opírá, ale připouští, že nejvíc jí stejně dala praxe.

Humanistický psychoterapeut vychází z teoretických znalostí získaných ve škole, hlavně v psychoterapeutickém výcviku, a zdůrazňuje především praktické a didaktické dovednosti, které se během výcviku naučil.

Dynamický psychoterapeut nejvíce odkazuje na teorii, teorie je pro něj nosnou strukturou, ale také připouští, že nejdůležitější je stejně praxe.

## 7. Diskuse

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala velmi široké téma deprese. Na problematiku deprese se můžeme dívat z různých úhlů pohledu, existuje mnoho typů deprese, příčiny deprese jsou různorodé a příznaky velmi individuální. Deprese se může léčit řadou různých způsobů, existuje mnoho přístupů k terapii deprese, a to jak biologickými, tak psychoterapeutickými metodami. Vzhledem k těmto okolnostem by bylo přínosné rozpracovat problematiku deprese daleko hlouběji a z širších úhlů pohledu, a to jak v teoretické, tak především v praktické části.

Jsem si vědoma toho, že jsem v teoretické části zdaleka neobsáhla celou problematiku deprese. Snažila jsem se však podat základní, stěžejní informace pro uvedení do problematiky. Zřejmě by bylo vhodné rozšířit kapitoly o léčbě deprese, konkrétně pohled na depresi z různých psychoterapeutických směrů. Pro další rozpracování práce by jistě bylo přínosné věnovat se hlouběji depresi jako takové a především léčbě deprese jak biologickými, tak psychoterapeutickými metodami.

V praktické části by bylo rovněž přínosné rozšířit výzkumný vzorek. Uvědomuji si nedostatečnost výzkumného souboru respondentů, ale kvůli složitému kontaktování psychoterapeutů jsem nezískala širší soubor respondentů. Při získávání terapeutů ke spolupráci se neosvědčil email a problematičtější byl i telefonní kontakt. Rovněž mé nároky na psychoterapeuty kvůli kritériím výběru do vzorku byly důvodem neúspěšného kontaktu s psychoterapeuty. Další příčinou odmítnutí spolupráce bylo také časové vytížení psychoterapeutů.

Pro prohloubení pohledu na problematiku by bylo jistě přínosné mít víc respondentů ze zmiňovaných tří psychoterapeutických směrů, které jsem si vybrala. Výsledky je možné vnímat pouze omezeně ve smyslu předběžné sondy. Rozšíření o další psychoterapeuty z vybraných psychoterapeutických směrů by mohlo ukázat větší diferenciaci v problematice.

Kvalitu práce by mohl zlepšit také výběr respondentů z široké palety dalších psychoterapeutických směrů zabývajících se léčbou deprese.

Co se týká výsledků, jsem si vědomá toho, že by něco šlo interpretovat jiným způsobem, než tak, jak jsem výsledky interpretovala já. To jistě souvisí s tím, že jsem si vybrala kvalitativní výzkum, ve kterém závisí na tom, kdo výzkum provádí a interpretuje.

I při vědomí těchto nedostatků jsem se snažila vysvětlit depresi a pohled na depresi co nejkvalitněji a do hloubky zpracovat pohledy na problematiku deprese ze zvolených psychoterapeutických směrů.

## 8. Závěr

V teoretické části jsem se zabývala problematikou deprese, konkrétně definicí deprese, výskytem, příznaky, typy a příčinami deprese. Následně jsem se věnovala léčbě deprese biologickými metodami, ale hlavně psychoterapeutickými metodami, psychoterapii jsem preferovala. Vybrala jsem si tři psychoterapeutické směry, a to kognitivně-behaviorální terapii, humanistickou psychoterapii a dynamickou psychoterapii. Z těchto různých pohledů jsem se zaměřila na základní charakteristiky jednotlivých směrů, na jejich pohled na problematiku deprese a specifika metod léčby u každého z uvedených psychoterapeutických směrů. Pro ucelení problematiky deprese jsem každý z uvedených psychoterapeutických směrů doplnila krátkými klinickými případovými studii.

Na teoretickou část jsem navázala praktickou částí, ve které jsem chtěla porovnat přístup a léčbu zkoumaných psychoterapeutů z vybraných psychoterapeutických směrů k depresivním klientům. Proto jsem realizovala hloubkový polostrukturovaný rozhovor se třemi zvolenými zástupci z vybraných psychoterapeutických směrů a následně ho vyhodnotila metodou otevřeného kódování. Poté jsem provedla kategorizaci kódů tím, že jsem vytvořila přehlednou tabulku, v níž jsou zřejmé kódované odpovědi dle výzkumných otázek a přiřazenosti k jednotlivým psychoterapeutickým směrům. Pro celkové zpracování výsledků jsem využila techniku „vyložení karet“, kterou vznikly výsledky rozhovoru každého psychoterapeuta. V závěru studie jsem porovnávala přístup a specifika jednotlivých psychoterapeutů, čímž jsem odpověděla na výzkumné otázky. V hlavní výzkumné otázce i ve výzkumných podotázkách č. 1 a č. 2 se ukázalo, že se v některých ohledech jednotliví psychoterapeuti shodovali, ale většinou se spíše odlišovali. Stalo se, že někdy odpověděli dva psychoterapeuti stejně a třetí se lišil. Ve většině případů došlo k odlišnostem v odpovědích na otázky vzhledem k jejich psychoterapeutickému zaměření. Nejméně rozdílů se projevilo v odpovědích na výzkumnou podotázku č. 3. Zde dospěli všichni tři psychoterapeuti k podobným odpovědím.

Výše uvedenými postupy došlo k prolnutí teoretické a praktické části, kdy si čtenář může teoretické znalosti doplnit praktickými zkušenostmi psychoterapeutů a dospět k ucelenějšímu pohledu na depresi a její léčbu různými psychoterapeutickými směry.

## 9. Souhrn

Bakalářská práce na téma Deprese a pohled na depresi z pohledu tří psychoterapeutických směrů obsahuje teoretickou část, zaměřenou na problematiku deprese a její léčbu, a dále obsahuje praktickou část, která je zaměřená na léčbu deprese z vybraných psychoterapeutických směrů.

Deprese je termín označující skutečnou psychickou nemoc, která je charakteristická pocity smutku a skleslosti. Deprese se projevuje jak fyzickými, tak i psychickými symptomy. Tělesné příznaky jsou různorodé, patří sem zejména únava a potíže s jídlom a spánkem. Mezi psychické příznaky řadíme hlavně špatnou náladu, smutek a prázdnotu. Rozlišují se různé typy deprese dle různých autorů a pohledů. Příčiny deprese mohou být také různé, jednou z hlavním uváděných příčin je např. ztráta blízké osoby.

Deprese se léčí dvěma hlavními způsoby, a to biologickou léčbou a psychoterapií. Mezi biologické metody patří především farmakoterapie a dále také elektrokonvulzivní terapie a fototerapie. Co se týče psychoterapie, existuje mnoho psychoterapeutických směrů, které se léčbě deprese věnují a každý z těchto směrů vychází z jiného teoretického základu. Proto se můžou v léčbě deprese různé psychoterapeutické směry lišit.

Mezi nejhlavnější psychoterapeutické směry, kterým se věnuje tato bakalářská práce, patří kognitivně-behaviorální terapie, dynamická psychoterapie a humanistická psychoterapie. Kognitivně-behaviorální terapie vychází z předpokladu, že depresivní klient má narušené myšlení, tudíž se snaží o změnu jeho negativního myšlení, a tím chce ovlivnit i chování člověka v depresi. Dynamická psychoterapie si vysvětluje depresi jako reakci na ztrátu, proto se vrací do minulosti klienta, aby došlo k uvědomění a ventilaci. Humanistická psychoterapie přistupuje ke klientovi velmi individuálně, zdůrazňuje jeho jedinečnost a podporuje růst klienta. Základem je psychoterapeutický vztah, který je podmínkou změny a následné léčby.

V praktické části je bakalářská práce zaměřena na léčbu deprese ze zmíněných psychoterapeutických směrů. Zabývá se zjištěním, jakým způsobem se v léčbě depresivních klientů projevuje zakotvenost psychoterapeutů v jejich psychoterapeutickém směru. Z výsledků hloubkových polostrukturovaných rozhovorů se třemi psychoterapeuty je zřejmé, že se vybrané psychoterapeutické směry liší v přístupu a léčbě depresivních klientů, kdy se do léčby deprese promítá specifický

přístup psychoterapeuta s ohledem na jeho zakotvenost v určitém psychoterapeutickém směru.

#### IV. Seznam použité literatury

1. Abbass, A. (2006). Intensive short-term dynamic psychotherapy of treatment-resistant depression: A pilot study. *Depression and anxiety*, 23, 449-452.
2. American Psychiatric Association. (2010). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM – IV – TR). Arlington: Author.
3. Anders, M., & Skopová, J. (2006). *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. Praha: Galén.
4. Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
5. Beck, A. (2005). *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál.
6. Blanck, G., & Blanck, R. (1992). *Ego-psychologie: Teorie a praxe*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
7. Cain, D. J., & Seeman, J. (Eds.). (2006). *Humanistická psychoterapie. Příručka pro výzkum a praxi – 1. díl*. Praha: Triton.
8. Cuijpers, P., Straten, A., Warmerdam, L., & Anderson, G. (2009). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta analysis. *Depression and anxiety* 26, 279-288.
9. Dombrowski, A., Cyranowski, J., Mulsant, B., Houck, P., Buysse, D., Andreescu, C. a kol. (2008). Which symptoms predict recurrence of depression in women treated with maintenance interpersonal psychotherapy? *Depression and anxiety* 25, 1060-1066.
10. Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

11. Chafey, M., Bernal, G., & Rosseolló, J. (2009). Clinical case study: CBT for depression in a Puerto Rican adolescent: Challenges and variability in treatment response. *Depression and anxiety* 26, 98-103.
12. Katon, W., Unützer, J., & Russo, J. (2010). Major depression: The importance of clinical characteristics and treatment response to prognosis. *Depression and anxiety* 27, 19-26.
13. Kielholz, P. (1972). *Depressive illness*. Bern: Huber. in Praško, J., & Šlepecký, M. (1995). *Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch. Manuál pro terapeutu*. Praha: Psychiatrické centrum.
14. Křivohlavý, J. (2003). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada.
15. McKenzie, K. (2001). *Deprese*. Praha: Grada.
16. Mergl, R., Seidscheck, I., Allgaier, A., Möller, H., Hegerl, U., & Henkel, V. (2007). Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. *Depression and anxiety* 24, 185-195.
17. Mosher, J. K., Goldsmith, J. Z., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (2008). Assimilation of Two Critic Voices in a Person-Centered Therapy for Depression. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 7(1), 1-19.
18. Možný, P., & Praško, J. (1999). *Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton.
19. Nykl, L. (2004). *Pozvání do Rogersovské psychologie. Přístup zaměřený na člověka*. Brno: Barrister & Principal.
20. Poněšický, J. (2003). *Úvod do moderní psychoanalýzy*. Praha: Triton.
21. Praško, J., & Šlepecký, M. (1995). *Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch. Manuál pro terapeutu*. Praha: Psychiatrické centrum.



22. Praško, J., Kyralová, I., Minaříková, V., & Prašková, H. (1997). *Co je to deprese a jak se léčí?* Praha: Psychiatrické centrum.
23. Praško, J., Pašková, B., & Prašková, H. (2001). *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí.* Praha: Psychiatrické centrum.
24. Praško, J., Pašková B., Prašková, J., & Záleský, R. (2004). *Nadměrné obavy o zdraví.* Praha: Portál.
25. Praško, J., Možný P., Šlepecký, M. a kol. (2007). *Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch.* Praha: Triton.
26. Prochaska, J., & Norcross, J. (1999). *Psychoterapeutické systémy. Průřez teoriemi.* Praha: Grada.
27. Rogers, C. (1985). *Therapeut und Klient.* Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag. in Nykl, L. (2004). *Pozvání do Rogersovské psychologie. Přístup zaměřený na člověka.* Brno: Barrister & Principal.
28. Roubal, J. (2008). Fenomén bludného kruhu deprese z pohledu pěti psychoterapeutických směrů. *Československá psychologie*, 52(6), 615-624.
29. Styx, P. (2003). *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi.* Brno: Computer Press.
30. Světová zdravotnická organizace. (2000). *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize.: Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka.* Praha: Psychiatrické centrum.
31. Swildens, H. (1988). *Procesgerichte Gesprekstherapie.* Amersfoort: Acco. in Vymětal, J. (1996). *Rogersovská psychoterapie.* Praha: Český spisovatel.

32. Švaříček, R., Šedřová, K. a kol. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
33. Thase, M. (1997). Psychotherapy of refractory depressions. *Depression and anxiety* 5, 190-201.
34. Timuřák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton.
35. Timuřák, L. (2006). *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru*. Praha: Portál.
36. Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
37. Vinař, O., & Praško, J. (1997). *Deprese není slabost! Deprese je nemoc, která se dá léčit*. Praha: Psychiatrické centrum.
38. Vybíral, Z., & Roubal, J.(Eds.) (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
39. Vymětal, J. (1996). *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel.
40. Warden, D., Rush, J., Wisniewski, S., Lesser, I., Thase, M., Balasubramani a kol. (2009). Income and attrition in the treatment of depression. *Depression and anxiety* 26, 622-633.
41. Wong, D. (2008). Cognitive behavioral treatment groups for people with chronic depression in Hong Kong: A randomized wait-list control design. *Depression and anxiety* 25, 142-148.
42. Zvolský, P., Dufková, D., Faltus, F., Hynek, K., Janotová, D., & Jiráček, R. (2001). *Obečná psychiatrie*. Praha: Karolinum.

## V. Přílohy

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Členění typů deprese dle MKN-10

Příloha č. 2: Otázky psychoterapeutům:

Příloha č. 3: Tabulka kódů

Příloha č. 1: Členění typů deprese dle MKN-10

### **F30 – F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)**

#### **F30 Manická fáze**

F30.0 Hypomanie

F30.1 Mánie bez psychotických příznaků

F30.2 Mánie s psychotickými příznaky

F30.8 Jiné manické fáze

F30.9 Manická fáze nespecifikovaná

#### **F31 Bipolární afektivní porucha**

F31.0 Bipolární afektivní porucha, současná fáze hypomanická

F31.1 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická bez psychotických příznaků

F31.2 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými příznaky

F31.3 Bipolární afektivní porucha, současná fáze středně těžké nebo mírné deprese

.30 Bez somatických příznaků

.31 Se somatickými příznaky

F31.4 Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese bez psychotických příznaků

F31.5 Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese s psychotickými příznaky

F31.6 Bipolární afektivní porucha, současná fáze smíšená

F31.7 Bipolární afektivní porucha, současně v remisi

F31.8 Jiné bipolární afektivní poruchy

F31.9 Bipolární afektivní porucha nespecifikovaná

### **F32 Depresivní fáze**

F32.0 Mírná depresivní fáze

.00 Bez somatických příznaků

.01 Se somatickými příznaky

F32.1 Středně těžká depresivní fáze

.10 Bez somatických příznaků

.11 Se somatickými příznaky

F32.2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků

F32.3 Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky

F32.8 Jiné depresivní fáze

F32.9 Depresivní fáze nespecifikovaná

### **F33 Periodická (rekurentní) depresivní porucha**

F33.0 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze mírná

.00 Bez somatických příznaků

.01 Se somatickými příznaky

F33.1 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze středně těžká

.10 Bez somatických příznaků

.11 Se somatickými příznaky

F33.2 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze těžká bez somatických příznaků

F33.3 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze těžká s psychotickými příznaky

F33.4 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současně v remisi

F33.8 Jiné periodické (rekurentní) depresivní poruchy

F33.9 Periodická (rekurentní) depresivní porucha nespecifikovaná

### **F34 Trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy)**

F34.0 Cyklotymie

F34.1 Dystymie

F34.8 Jiné trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy)

F34.9 Trvalá porucha nálady (afektivní porucha) nespecifikovaná

**F38 Jiné poruchy nálady (afektivní poruchy)**

F38.0 Jiné jediné poruchy nálady (afektivní poruchy)

.00 Smíšená afektivní epizoda

F38.1 Jiné periodické (rekurentní) poruchy nálady (afektivní poruchy)

.10 Krátká periodická (rekurentní) depresivní porucha

F38.8 Jiné specifikované poruchy nálady (afektivní poruchy)

**F39 Nespecifikovaná porucha nálady (afektivní porucha)**

(MKN-10, 2000, str. 116-117)

## Příloha č. 2: Otázky psychoterapeutům:

### Obecná data

- Pohlaví:
  - psychoterapeutický směr:
  - počet let praxe:
  - vzdělání:
  - soukromý psycholog/či v jakém zařízení pracuje:
  - počet klientů s depresí za rok:
  - kraj:
1. Jsou depresivní pacienti Vašimi častými klienty? Kdy jste měla naposledy klienta s depresí?
  2. Jaké jsou pozorovatelné znaky deprese? Podle čeho poznáte, že je klient v depresi?
  3. Vycházíte z nějakých standardizovaných testů při diagnostikování deprese?
  4. Co je podle Vás největší příčinou deprese?
  5. Jaké typy deprese jste léčil/a? Rozlišujete typy deprese?
  6. Jak dlouho trvá jedno sezení?
  7. Jak často se obvykle scházíte?
  8. Pracujete vždy s jedním klientem nebo máte i skupinové terapie při léčbě deprese?
  9. Jak vnímáte vliv rodiny?
  10. Když si představíte práci s depresivní ženou a s depresivním mužem, má to nějaká svá specifika v tom přístupu k nim? Vidíte v tom nějaký rozdíl?
  11. Co považujete za svou přednost oproti jiné léčbě (např. farmakoterapie)? Máte nějaké své techniky, inovace?
  12. Proč jste si vybral/a právě tento psychoterapeutický směr? Co vás na něm lákalo?
  13. Zkuste mi prosím popsat, jak ta léčba deprese probíhá. Ráda bych si to představila.
  14. Jaké metody při léčbě deprese uplatňujete?
  15. Podle čeho poznáte, že léčba funguje?
  16. Jak dlouho obvykle léčba trvá? Jaký jste měla nejdelší a jaký nejkratší případ?
  17. Stává se vám, že se klienti vrací s opakovanou depresí?
  18. Jak to berete, když se takhle vrací??
  19. Jaký je váš největší cíl při práci s klientem?
  20. Máte pocit, že se Vaše osobnost promítá do práce s depresivním klientem?

21. A které Vaše kvality Vám pomáhají při léčbě?
22. Co děláte v případech, když je léčba náročná?
23. Myslíte si, že je důležité čerpat při práci s depresivním pacientem z teorie, kterou jste načerpala při studiu psychologie?
24. Na co z té teorie si při léčbě vzpomenete?
25. A je něco, co vám v té teorii chybělo a získala jste to až tou praxí?
26. Vnímáte nějaký rozdíl, jak jste pracovala těsně po výcviku nebo těsně po škole a tím jak pracujete teď?

### Příloha č. 3: Tabulky kódů

Názvy kódů jsou vyhodnoceny z doslovně přepsaného rozhovoru, zobrazeny v tabulkách a uspořádány do kategorií podle výzkumných otázek. Počet výskytu kódů vyjadřuje, jaká byla četnost jednotlivého kódu u příslušného psychoterapeuta. Díky uspořádání jednotlivých tabulek lze zároveň porovnat u příslušného názvu kódů četnost výskytu kódů od všech terapeutů ze tří psychoterapeutických směrů.

Barevnou plochou jsou odlišené tabulky dle výzkumných otázek. Oranžová tabulka je pro hlavní výzkumnou otázku, žlutá tabulka je pro 2. výzkumnou podotázku, růžová tabulka je pro 3. výzkumnou podotázku a modrá tabulka je pro 4. výzkumnou podotázku. Barva písma rozlišuje kódy tří psychoterapeutů, černá je pro kognitivně-behaviorální terapeutku, červená pro humanistického psychoterapeuta a modrá pro dynamického psychoterapeuta.

Hlavní výzkumná otázka č. 1.: Jakým způsobem se projevuje zakotvenost v určitém psychoterapeutickém směru ve stylu a vedení práce s depresivními klienty?

NÁZVY KÓDŮ	POČET VÝSKYTU KÓDŮ		
Odkaz na autoritu	3		1
Nabídka služeb	4		
Odkaz k psychoterapeutickému směru	1	6	6
Platba za terapii	6		
Intenzivní počátek terapie	5		
Důraz na efektivitu práce	6		
Individuální přístup ke klientovi, ne univerzální	6	2	5
Vliv učení-naučené vzorce chování	3		2
Neděláním pohlavní diference	2	1	1
Rychlost terapie	1		
Dlouhodobá práce s depresivními klienty		2	3
Stejný přístup ke všem typům deprese		1	
Nedirektivní přístup		2	
Odkaz na emoce		12	3
Důraz na psychoterapeutický vztah		4	
Odkaz k minulosti			2
Kritika jiných směrů			1
Jednotná instrukce pro všechny klienty			1
Délka léčby nezávislá na diagnóze			1
Symbole			2



Výzkumná podotázka č. 1.: Jak vnímají psychoterapeuti průběh léčby a její účinnost?

NÁZVY KÓDŮ	POČET VÝSKYTU KÓDŮ		
Častost, aktuálnost depresivních klientů	1	3	1
Důležitost symptomatologie	5	2	1
Jednotlivé znaky deprese	1	2	1
Příčiny depresí	2	6	1
Diagnostika deprese	3	2	2
Ovlivnění deprese vnějšími vlivy	1		
Spouštěče deprese	1		
Negativní dopady deprese	1		
Odkaz k farmakoterapii	1	2	2
Analýza problému	3		
Důraz na strukturovanost problémů	1		
Kognitivní analýza	3		
Behaviorální analýza	3		
Samoléčba klienta	1		
Anamnéza klienta	1		
Relaps	1	2	1
Progres v terapii	1		2
Různorodá délka terapie-jednoho sezení	1	1	
Klient si uvědomuje svou depresi		1	
Terapeut nediodnostikuje		2	
Klientova představa deprese		1	
Depresivní projev-působení klienta		1	
Biologické faktory-deprese		1	
Typy deprese		2	2
Řešení deprese v klientovi		1	
Terapeut provádí psychologické vyšetření		1	
Standardní délka jednoho sezení		1	1
Závislost délky terapie na hloubce deprese		1	1
Možnost skupinové terapie pro depr. klienty		1	
Kombinace farmakoterapie a psychoterapie		1	
Nevyužití specifických technik		1	
Terapeutická práce stejná pro všechny klienty		1	
Hloubková analýza klienta		1	
Strach depresivních klientů z reality			3
Ztráta-příčina deprese			3
Potlačování-deprese			3
Výskyt deprese s jinými poruchami			1
Determinace negativních emocí			2
Agrese vůči sobě			1
Frekvence terapií-individuální			1
Práce s nevědomými představami klienta			1
Terapeut v projekcích klienta v různých podobách			5
Volné asociace			2
Protipřenos-prevence proti přenosu			1
důraz na slova			2

Výzkumná podotázka č. 2.: Jak se projevuje osobnost a postoje terapeuta při práci s depresivními klienty?

NÁZVY KÓDŮ	POČET VÝSKYTU KÓDŮ		
První dojem	1		
Důraz na rozhovor	2	3	2
Adekvátní reakce terapeuta na klientovy problémy	2		
Odkaz na kolegy	1		
Obrana terapeuta, nepříznivá zkušenost	1		
Nekritický přístup ke klientovi	1		
Zaměření na klienta-jeho blaho	3	1	
Vytvoření důvěryhodného a bezpečného prostředí	1	1	2
Příklad nesprávného terapeutického vedení	1		1
Důraz na úsměv	1		
Přirozenost v kontaktu s klientem	1		
Zdravý odstup	1		
Nedostatek času na sebe, supervizi	1	1	1
Užití selského, zdravého rozumu	1		2
Dávat více energie do psychoterapie s DK		4	
Pochopení klienta terapeutem		1	
Hranice mezi terapeutem a klientem		1	1
Terapeut si uvědomuje své chyby, přijímá kritiku		3	
Kvalita osobnosti terapeuta		7	5
Terapeut přijímá klienta jaký je-dobrá		2	
Důraz na optimismus terapeuta		1	
Supervize a jiné relaxační techniky-ano		2	
Důležitost zpětné vazby od kolegů		1	1
Promítnutí terapeutovy osobnosti do terapie			4
Důraz na naslouchání (empatie)			2
Terapeut facilituje situaci			1
Profesionální nadhled			4
Terapeut si neklade cíle			2
Motivy terapeuta k terapii			4
Zájem a zvědavost			1

Výzkumná podotázka č. 3.: Jaká je provázanost teoretických znalostí a praktických zkušeností terapeutů při práci s depresivními klienty?

NÁZVY KÓDŮ	POČET VÝSKYTU KÓDŮ		
Odkaz na teorii	4	1	5
Odkaz na výcvik	1		
Odkaz na literaturu	2		1
Nedostatečné vzdělání z VŠ	1		2
Důležitost praxe	2	3	4
Seberozvoj a vzdělávání terapeuta			3
Působení terapeuta ve zdravotnictví		1	
Podřízenost vyšším instancím		2	
Závislost na kvalifikaci terapeuta		1	
Předání klienta kolegům-při nekompetenci		2	2