

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Ludmila Minářová

Specifika psychoterapeutických přístupů v léčbě deprese

The Specifics of Psychotherapeutic Approaches in the Treatment of Depression

Praha, 2019

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, Ph.D.

Ráda bych poděkovala vedoucí své práce PhDr. Kataríně Lonekové, Ph.D. za čas, který mi věnovala, za cenné rady a konstruktivní připomínky a za podporu a pozitivní přístup.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 15.5.2019

.....
Ludmila Minářová

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá specifiky vybraných psychoterapeutických přístupů v léčbě deprese. První kapitola literárně-přehledové části vymezuje diagnostiku, epidemiologii, etiologii a rizika deprese. Těžiště literárně-přehledové části spočívá v šesti kapitolách pojednávajících o jednotlivých psychoterapeutických přístupech (kognitivně-behaviorální terapie, na všímavosti založená kognitivní terapie, terapie pomocí přijetí a závazku, interpersonální terapie a humanistická terapie). U každého přístupu je uveden způsob práce s depresivním klientem, jeho empiricky prokázaná účinnost a výzkumně doložené mechanismy změny. V závěru literárně-přehledové části jsou shrnuty styčné plochy a specifika všech přístupů v léčbě deprese. Návrh výzkumu mapuje využití deseti principů změny českými psychoterapeuty kognitivně-behaviorálního, psychodynamického a humanistického směru v léčbě deprese. Jde o kvantitativně zaměřený mapující výzkum. Prvním cílem výzkumu je posoudit, zdali jsou některé principy změny využívány v léčbě deprese více než v případě jiných obtíží. Druhým cílem je porovnat využití principů změny mezi přístupy.

Klíčová slova

Psychoterapie deprese, efektivita psychoterapie, mediátory změny, mechanismy změny, principy změny

Abstract

The bachelor thesis is focused on specifics of selected psychotherapeutic approaches in the treatment of depression. The first chapter of a literary-overview section defines diagnostics, epidemiology, etiology and risks of depression. The focus of the literary-overview section lies on six chapters dealing with particular psychotherapeutic approaches (cognitive behavioural therapy, mindfulness based cognitive therapy, acceptance and commitment therapy, interpersonal therapy and humanistic therapy). For each approach, a way of working with a depressive client is described, as well as its empirically demonstrated effectiveness and evidence-based mechanisms of change. In the end of the literary-overview section there are summarized interfaces and specifics of all approaches in the treatment of depression. The research proposal is focused on mapping the use of ten change principles by Czech psychotherapists of cognitive behavioural, psychodynamic and humanistic approach in the treatment of depression. It is quantitatively oriented mapping research. Its first aim is to assess whether some change principles are used more in the treatment of depression than in case of other difficulties. The second aim is to compare the use of change principles among approaches.

Keywords

Psychotherapy of depression, effectiveness of psychotherapy, mediators of change, mechanisms of change, change principles

Obsah

Úvod	6
Literárně přehledová část.....	8
1 Deprese	8
1.1 Diagnostika	8
1.2 Epidemiologie	9
1.3 Etiologie.....	9
1.4 Negativní dopady	10
2 Psychoterapie deprese.....	10
2.1 Kognitivně-behaviorální terapie	10
2.1.1 Výzkum kognitivně-behaviorální terapie	12
2.2 Na všímavosti založená kognitivní terapie	13
2.2.1 Výzkum na všímavosti založené kognitivní terapie	15
2.3 Terapie pomocí přijetí a závazku.....	16
2.3.1 Výzkum terapie pomocí přijetí a závazku	17
2.4 Interpersonální psychoterapie	18
2.4.1 Výzkum interpersonální psychoterapie	20
2.5 Psychodynamická psychoterapie	21
2.5.1 Výzkum psychodynamické psychoterapie	23
2.6 Humanistická psychoterapie	24
2.6.1 Výzkum humanistické psychoterapie	25
3 Zhodnocení výzkumu na poli psychoterapie deprese.....	26
4 Srovnání psychoterapeutických přístupů v léčbě deprese	28
Návrh výzkumného projektu	31
5 Popis výzkumného problému, cíle výzkumu a výzkumné otázky	31
6 Design výzkumného projektu.....	33
6.1 Typ výzkumu	33

6.2	Metody získávání dat	33
6.3	Metody zpracování a analýzy dat	34
6.4	Etika výzkumu	35
7	Výzkumný soubor	35
8	Diskuse	37
8.1	Srovnání s výsledky jiných studií	37
8.2	Úskalí a limity.....	38
8.3	Uplatnění výsledků	38
8.4	Další možnosti výzkumu	39
	Závěr.....	40
	Seznam použité literatury	42
	Příloha 1.....	I

Úvod

Předložená práce se zabývá specifiky vybraných psychoterapeutických přístupů v léčbě deprese. Toto téma je mimořádně aktuální, protože deprese představuje celosvětově největší zdravotní zátěž, hodnotíme-li ji z hlediska let prožitých se zdravotním omezením (World Health Organization [WHO], 2017). V léčbě deprese jsou účinné jak biologické, tak psychologické intervence (Cuijpers, Sijbrandij et al., 2013). Přesto na dostupnou léčbu odpovídá pouze asi 62 % pacientů¹ (Cuijpers et al., 2014) a asi u 42 % z nich navíc dochází do pěti let od ukončení léčby k rekurenci onemocnění (Koppers, Peen, Niekerken, Van, & Dekker, 2011). Z těchto důvodů je zapotřebí dále zefektivňovat psychoterapeutické postupy a zvyšovat jejich dostupnost (Leichsenring & Schauenburg, 2014).

Cílem práce je porovnat vybrané psychoterapeutické směry v léčbě deprese a odpovědět na otázku, které z účinných faktorů psychoterapie popsanych v odborné literatuře jsou terapie jednotlivých směrů užívány nejčastěji. Odpověď na tuto otázku může napomoci k vytvoření komplexnější léčby deprese, která bude sdílet větší množství efektivních principů změny. Mezi dílčí cíle práce pak patří přehledně shrnout současné poznatky na poli psychoterapie deprese a představit v ČR zatím nevyužívané psychoterapeutické přístupy, ze kterých mohou terapeuti všech směrů čerpat inspiraci.

Do práce byly zahrnuty kognitivně-behaviorální terapie, na všímavosti založená kognitivní terapie (*mindfulness-based cognitive therapy*), terapie pomocí přijetí a závazku (*acceptance and commitment therapy*), interpersonální psychoterapie a humanistická psychoterapie. Účinnost těchto šesti psychoterapeutických přístupů v léčbě deprese je potvrzena četnými studiemi (Cuijpers, 2017). Kognitivně-behaviorální terapie, psychodynamická psychoterapie a humanistická psychoterapie byly vybrány jakožto představitelky tří základních směrů v psychoterapii. Na všímavosti založená kognitivní terapie a terapie pomocí přijetí a závazku patří mezi terapie „třetí vlny“ v KBT, taktéž jsou v léčbě deprese hojně využívány, byť v českých podmínkách zatím nejsou rozšířené. IPT doporučuje Světová zdravotnická organizace jako možnou terapii první volby v léčbě deprese (WHO, 2016).

¹ Využití pojmů pacient a klient je v literatuře nejednotné. Ve zdravotnickém kontextu je častěji využíván pojem pacient (z lat. *patiens* – trpící, snášející, trpělivý), v kontextu psychologie a psychoterapie častěji pojem klient (z lat. *cliens* – svěřenec) (Goldmann, 2001). V práci je v částech popisujících jednotlivé psychoterapeutické přístupy využíváno pojmu klient, v částech pojednávajících o výsledcích výzkumů pojmu pacient, čímž je zachováno převažující použití ve zdrojové literatuře.

Úvodní kapitola práce se věnuje současným poznatkům o depresi, její diagnostice, výskytu, příčinám a rizikům. Hlavní část práce obsahuje šest kapitol věnovaných jednotlivým terapeutickým přístupům. U každého přístupu je popsáno, v čem spatřuje příčiny vzniku deprese, na základě jakých teoretických východisek ji léčí, jaké používá metody a techniky, jak lze charakterizovat terapeutický vztah, případně pro jaké klienty je daný směr vhodný. Následně jsou představeny studie z posledních let zkoumající efektivitu daných přístupů v léčbě deprese a studie zaměřující se na mechanismy změny využívané v daném přístupu. Po hlavní části je do práce zařazena kapitola shrnující zejména na proces orientovaný výzkum na poli psychoterapie deprese. V závěrečné kapitole literárně-přehledové části jsou shrnuty styčné plochy a specifika přístupů v léčbě deprese. Literárně-přehledová část práce čerpá zejména ze zahraničních zdrojů z důvodu nízkého počtu výzkumů na toto téma realizovaných v ČR.

Návrh výzkumného projektu se zabývá využitím deseti vybraných principů změny v léčbě deprese terapeuty kognitivně-behaviorálního, psychodynamického a humanistického směru. Jeho cílem je zmapovat, jakých principů změny je v práci s depresivními klienty využíváno, a porovnat zastoupení využívaných principů změny mezi odlišnými psychoterapeutickými přístupy. Výzkumný projekt navazuje na studii českých vědců Řiháčka a Roubala a využívá jimi vytvořený dotazník principů změny v psychoterapii (Řihacek & Roubal, 2018).

V práci je citováno dle normy APA 2010.

Literárně přehledová část

1 Deprese

1.1 Diagnostika

Depresivní symptomatika je přítomná u většího množství psychických poruch, tato práce se však zabývá především depresí u dospělé populace, která je v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) označována kódy F32 – depresivní fáze a F33 – periodická depresivní porucha, vyjma deprese s psychotickými příznaky (F32.3, F33.3). Etiologie i způsob léčby se u ostatních diagnostických kategorií liší, a není proto vhodné je zahrnovat do jedné práce. Mezi dva hlavní příznaky depresivní fáze patří dle MKN-10 zhoršená nálada a snížená energie a aktivita. I po minimální námaze se objevuje únava. Dále nemocný může trpět sníženou schopností koncentrace, narušeným spánkem, narušenou chutí k jídlu a ztrátou libida. I u lehkých případů bývají přítomny pocity viny a beznaděje a zhoršená sebedůvěra a sebehodnocení. Zřetelná je psychomotorická retardace nebo naopak agitovanost (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [ÚZIS ČR], 2017).

Periodická depresivní porucha (F33) je charakterizována opakovanými fázemi deprese, bez přítomnosti fází manie. Jednotlivé fáze trvají v rozmezí několika týdnů až mnoha měsíců. O onemocnění v remisi mluvíme tehdy, když pacient nemá po více měsíců příznaky deprese. Při opětovném propuknutí onemocnění před dosažením remise mluvíme o relapsu, při opětovném propuknutí onemocnění po remisi o rekurenci (Beshai, Dobson, Bockting, & Quigley, 2011). Při chronickém zhoršení nálady trvajícím dva roky a déle, které ale není natolik těžké, aby bylo diagnostikováno jako periodická depresivní porucha, mluvíme o dystymii (F34.1) (ÚZIS ČR, 2017).

Světová zdravotnická organizace již vydala 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-11), která v ČR vejde v platnost 1.1.2022. Zde je ojedinelá depresivní epizoda označena kódem 6A70, rekurentní depresivní porucha kódem 6A71 a dystymická porucha kódem 6A72. Mezi depresivní poruchy je nově zařazena i smíšená depresivní a úzkostná porucha (6A73). Výčet symptomů zůstal bez větších změn. Rozdělení dle závažnosti na lehkou, středně těžkou a těžkou formu deprese zůstalo také beze změny, stejně jako charakteristiky rekurentní deprese (WHO, 2018).

V USA využívaném Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM-5) najdeme depresi pod označením velká depresivní porucha (*major depressive disorder*). Je zde charakterizována obdobnými symptomy jako v MKN-10 a ICD-11, stejné je i dělení podle závažnosti, periodicity, podle přítomnosti psychotických příznaků a podle úrovně remise. Při trvání symptomů po většinu dní nejméně dva roky mluvíme o perzistentní depresivní poruše neboli dystymii (American Psychiatric Association, 2013).

1.2 Epidemiologie

Světová zdravotnická organizace odhaduje, že celosvětově trpí depresí přibližně 322 milionů lidí, což odpovídá asi 4,4 % světové populace. K onemocnění jsou náchylnější ženy. Největší zastoupení nemocných je ve věkové skupině 55–74 let (WHO, 2017). Průměrná roční prevalence deprese v evropské populaci mezi 18 a 65 lety je 6,9 % (Wittchen et al., 2011). Celoživotní prevalence je pak asi 10,8 % (Lim et al., 2018). Podle WHO trpělo v ČR v roce 2015 depresí 525 488 osob, což odpovídá 5,2 % populace (WHO, 2017).

Ze všech pacientů trpících depresí 45 % zažije rekurenci, typicky mezi sedmi a osmi epizodami za život, a stráví tak průměrně 21 % svého života v depresivním stavu (Krujshaar et al., 2005). Mezi silné rizikové faktory pro rekurenci deprese patří zážitek týrání v dětství, zbytkové symptomy po proběhnuvší léčbě a historie rekurence. Tyto faktory mohou být použity pro určení, kdo by mohl obzvlášť profitovat z pokračující nebo profylaktické léčby (Buckman et al., 2018).

1.3 Etiologie

Podmínky, ve kterých se onemocnění u konkrétního pacienta rozvinulo, mají zásadní vliv na výběr správné léčby. Deprese je multifaktoriálně podmíněné onemocnění. Genetické predispozice mají na její propuknutí vliv asi ze 35 % (Geschwind & Flint, 2015). Dále k onemocnění přispívají environmentální faktory jako je sexuální, fyzické nebo emocionální zneužívání v dětství, nebo brzká separace od rodičů (Li, D'Arcy, & Meng, 2016). Dalšími environmentálními determinantami depresivního onemocnění je chybějící partner, negativní životní události, zdravotní obtíže, finanční nebo sociální problémy, vystavení násilí, nezaměstnanost a nižší dosažené vzdělání (Bromet et al., 2011).

1.4 Negativní dopady

Deprese má negativní dopad na dokončení vzdělání, založení a stabilitu manželství, výchovu dětí, zaměstnání a výši příjmů (Kessler, 2012). Dále je spojená s větším rizikem onemocnění cukrovkou, srdečními chorobami, mrtvicí, obezitou, rakovinou a Alzheimerovou chorobou (Penninx, Milanese, Lamers, & Vogelzang, 2013; Whooley & Wong, 2013). Je také hlavní příčinou sebevražedného jednání. V roce 2015 zemřelo na celém světě asi 788 000 osob sebevraždou. WHO odhaduje, že počet sebevražedných pokusů je asi dvacetinásobný (WHO, 2017). Mezi lety 2012 a 2016 byl průměrný roční počet sebevražd v ČR 1209 mužů a 273 žen (Český statistický úřad, 2017).

2 Psychoterapie deprese

K vymezení psychoterapie lze využít definici Prochasky a Norcross: *„Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí“* (Prochaska & Norcross, 1999, str. 16).

Psychoterapie má v léčbě deprese své nezastupitelné místo. Na základě metaanalýz se ukazuje jako srovnatelně účinná s farmakoterapií (Amick et al., 2015; Cuijpers, Sijbrandij et al., 2013). Tyto metaanalýzy ovšem nerozlišovaly mezi rozdílnými závažnostmi depresivního onemocnění. V porovnání s farmakoterapií nemá vedlejší účinky, může pomoci pacientům, kteří jsou farmakorezistentní, a snižuje riziko návratu deprese, protože se při ní pacienti učí vypořádávat s faktory vedoucími k depresi (Hollon, Shelton, & Loosen, 1991). Léčbu psychoterapií namísto léčby psychofarmaky preferuje až 75 % pacientů, a to zejména mladších pacientů a žen (McHugh, Whitton, Peckham, Welge, & Otto, 2013).

V následujících kapitolách se podrobně zaměřuji na šest psychoterapeutických přístupů využívaných v léčbě deprese. Některé z nich mají manuály vypracované speciálně pro léčbu deprese (kognitivně-behaviorální terapie, na všímavosti založená kognitivní terapie, interpersonální terapie), jiné léčí depresi pomocí obecných principů a metod svého přístupu (terapie pomocí přijetí a závazku, psychodynamická terapie, humanistická terapie).

2.1 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie (dále jen KBT) vznikla propojením dvou původně oddělených směrů na počátku 80. let 20. století a jejími tvůrci jsou Aaron T. Beck a Albert Ellis (Praško & Možný, 2010).

Jde o směr, který klade velký důraz na vědecké zkoumání efektivity terapeutické léčby. Jednotlivá sezení i celá léčba jsou jasně strukturovány. Léčba si klade konkrétní cíle, zaměřuje se na přítomné problémy, které jsou vykreslené na pozorovatelném chování, konkrétních myšlenkách a přesvědčení. Klient si osvojuje změny chování a myšlení v podmínkách svého života díky domácím cvičením. Počet sezení v KBT nepřesahuje zpravidla dvacet. Konečným cílem je samostatnost klienta (Praško & Možný, 2010).

Deprese má dle tohoto směru své kořeny v premorbidní zranitelnosti, která zahrnuje genetické faktory, prenatální a perinatální vlivy. Pokud na dítě působí v dětství nevyhovující psychosociální vlivy, rozvinou se behaviorální vzorce "naučené bezmocnosti". Ty se na kognitivní úrovni projevují jako kognitivní schémata (jádrová přesvědčení), že daný člověk za nic nestojí, je neschopný a nemá šanci v nepřátelském světě obstát. Působením stresových faktorů se může začít roztáčet tzv. bludný kruh deprese, který obsahuje depresivní uvažování, depresivní emoce, tělesné příznaky deprese a depresivní chování. Jeho složky se navzájem podporují. Po rozvinutí depresivní poruchy se spouštěčem bludného kruhu stávají i drobné každodenní události a nezvládnuté úkoly (Praško, Možný, & Šlepecký, 2007).

V počáteční fázi léčby deprese se KBT soustředí na behaviorální aktivizaci. K tomu se využívá monitorování denních aktivit a zaznamenávání nálady klientů. Terapeut dále pomáhá klientům naplánovat činnosti, které zvládnou a přinesou jim pocit uspokojení. Později se klienti učí přerušit automatické dysfunkční myšlenky, empiricky ověřují jejich platnost a v procesu kognitivní restrukturalizace je nahrazují myšlenkami rozumnějšími a zdravějšími. V další fázi začnou nahrazovat i samotná nefunkční kognitivní schémata, která jsou v jádru automatických myšlenek. V poslední fázi terapie je klient připravován na další možný průběh onemocnění a povzbuzován, aby dál využíval naučené techniky (Beck & Hindman, 2017; Dozois & Bieling, 2010).

Terapeut by měl ke klientovi zaujímat rovnocenný partnerský vztah a podněcovat ho ke spolupráci na léčbě. Pro klienty v depresi je obzvlášť důležité zažívat bezpodmínečné přijetí terapeutem. Terapeut si musí dát pozor, aby nezaujímal komplementární role podle

očekávání klienta – na agresi nereagovat protiagresí, nechovat se ochranně při závislém chování klienta nebo neustupovat nadměrným nárokům klienta. Direktivní a nedirektivní přístup je vhodné kombinovat podle fáze terapie a mentálních možností klienta. V komplikovanějších případech a zejména u klientů s poruchou osobnosti si terapeut všímá přenosu a protipřenosu ve vztahu s klientem a pracuje s ním (Praško & Možný, 2010).

2.1.1 Výzkum kognitivně-behaviorální terapie

Účinnost KBT v léčbě deprese potvrzuje množství studií a metaanalýz (Cuijpers, Cristea, Karyotaki, Reijnders, & Huibers, 2016; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). Ve srovnání s léčbou psychofarmaky se ukazuje KBT jako srovnatelně účinná (Cuijpers, Berking et al., 2013). Weitz et al. (2015) ve své studii neobjevili rozdíl v účinnosti KBT a antidepresivní medikace ani u pacientů trpících těžkou depresí. Do výzkumného vzorku byli ale zahrnuti pouze pacienti, kteří nebyli hospitalizováni a netrpěli žádnými přidruženými chorobami ani akutními sebevražednými myšlenkami.

Mezi účinností KBT a jiných psychoterapeutických směrů nebyl nalezen v jedné z metaanalýz signifikantní rozdíl (Cuijpers, Berking et al., 2013). Existují ale i studie, které ukazují na vyšší účinnost KBT v léčbě deprese ve srovnání s dalšími typy psychoterapií (Tolin, 2010). Hofmann et al. (2012) přezkoumali jedenáct metaanalýz, které srovnávaly KBT s dalšími psychologickými intervencemi, a došli k závěru, že sedm z nich ukazuje na vyšší účinnost KBT a jen jedna na vyšší účinnost psychodynamické psychoterapie.

Výzkumníci Cuijpers et al. (2016) píší, že v nedávných letech byly efekty KBT i ostatních psychoterapií často nadhodnocovány, a to minimálně ze tří důvodů, jimiž jsou publikační zkreslení, nízká kvalita jednotlivých studií a rozdíl ve volbě kontrolních skupin. Po zahrnutí nepublikovaných studií amerického Národního institutu zdraví do metaanalýzy prověřující účinek KBT v léčbě deprese klesl průměrný efekt psychoterapie o 25 % (Driessen, Hollon et al., 2015). V případě Cuijperse et al. (2016) bylo jen 17,4 % do metaanalýzy zahrnutých studií posouzeno jako vysoce kvalitních. Ukázalo se, že u pacientů na čekací listině nedochází ke spontánnímu odeznívání příznaků, které je jinak běžné, a že tedy tyto podmínky fungují jako placebo (Mohr et al., 2009).

V metaanalýze z roku 2015 Johnsen a Friberg ukazují, že se od 70. let stále snižuje účinnost KBT v léčbě deprese. To může být zapříčiněno nižší spřízněností vědců s daným přístupem, zlepšením běžné péče (*treat-as-usual*) nebo snížením pozitivního očekávání

pacientů. Cuijpers (2017) ale považuje výsledky této metaanalýzy za obtížně interpretovatelné, protože zahrnuté studie dosáhly příliš velké heterogenity (>90%).

KBT kombinovaná s farmakoterapií se ukázala jako účinná i pro léčbu pacientů trpících rezistentní depresí (Li et al., 2018). Efekt KBT trvá i po jejím ukončení. Pacienti léčení v akutní fázi deprese pomocí KBT bez následné udržovací léčby dosahovali v kontrolním měření po roce stejných výsledků jako pacienti léčení v akutní fázi psychofarmaky, jejichž léčba pokračovala i v okamžiku kontrolního měření (Cuijpers, Hollon et al., 2013).

Mezi potvrzené mechanismy změny v KBT deprese patří změna ve schopnosti řešit problémy (Dietz et al., 2014), změna v kognitivních distorzích, kognitivním vyhýbání, pozitivním náhledu (Jacobs et al., 2014) a v kognitivních a behaviorálních dovednostech (Webb, Kertz, Bigda-Peyton, & Björgvinsson, 2013). U online verze KBT patří mezi mediátory změny snížení ruminací (Smith et al., 2015), snížení dysfunkčních postojů, obav a orientace na negativní problémy (Warmerdam, van Straten, Jongasma, Twisk, & Cuijpers, 2010) a změna v úzkosti a mistrovství (*mastery*) (van der Zanden, Galindo-Garre, Curie, Kramer, & Cuijpers, 2014).

Ve studii Stice, Rohde, Seeley a Gau (2010) byl potvrzen efekt léčby na snížení depresivních symptomů, negativních kognicí a zvýšení četnosti příjemných aktivit. Při zahrnutí časového hlediska se ale ukázalo, že změna v symptomech nastala dříve než změna v předpokládaných mediátorech. Za terapeutickou změnu v KBT deprese tak nemusí být odpovědné procesy, u kterých to na základě teorie KBT předpokládáme. Na to ukazuje i studie Quilty, Dozois, Lobo, Ravindran a Bagby (2014). Ta prověřovala mediační úlohu čtrnácti teoretických konstruktů KBT v léčbě deprese. Pouze dvě z těchto čtrnácti subškál prokázaly částečný mediační účinek výsledků terapie.

2.2 Na všímavosti založená kognitivní terapie

V rámci KBT vznikaly od počátku 80. let nové přístupy, které jsou dnes souhrnně označovány jako "třetí vlna" v KBT (Šlepecký, Praško, Kotianová, & Vyskočilová, 2018). Tato práce se zabývá dvěma z nich, které jsou nejvíce využívány v léčbě deprese. Prvním z nich je na všímavosti založená kognitivní terapie (*mindfulness-based cognitive therapy*, MBCT), druhou terapií pomocí přijetí a závazku (*acceptance and commitment therapy*, ACT).

Na všímavosti založená kognitivní terapie (dále jen MBCT) byla vytvořena Zindelem Segalem, Markem Williamsem a Johnem Teasdalem na počátku 90. let 20. století. Jejich cílem bylo vyvinout udržovací terapii deprese, která by umožňovala předcházet jejímu relapsu a rekurenci. MBCT kombinuje trénink všímavosti Kabat-Zinna s kognitivní terapií (Segal & Teasdale, 2018).

Za opětovným propuknutím deprese vidí autoři přístupu běžné zhoršení nálady, které u citlivých jedinců následně vyvolá dysfunkční uvažování. Cílem terapie je naučit klienty větší všímavosti k jejich tělesným pocitům, emocím a myšlenkám. Dále k nim zaujmout neutrální nehodnotící vztah a nechat je volně odejít (Šlepecký et al., 2018). Podobně jako v KBT je zde důležitým mechanismem změna klientova postoje k jeho myšlenkám. Klient by je měl začít vnímat jako ne nutně pravdivé, a proto méně ohrožující (Hofmann & Gómez, 2017).

Terapeutický program čítá osm dvouhodinových sezení ve skupině 10–12 účastníků. Během cvičení se účastníci učí uvědomovat si přítomný okamžik. K tomu slouží různé meditační techniky, soustředění na tělo, na dech, na pohyb nebo nějakou činnost. To jim následně pomáhá čelit každé nepříjemné emoci hned, jak se objeví, a tím zastavit nastupující depresi v samém počátku. Pro vytvoření trvalých návyků mají zásadní význam domácí cvičení (Šlepecký et al., 2018).

MBCT pomáhá snižovat ruminace neboli myšlenky a chování, které obrací klientovu pozornost k jeho depresivním symptomům a jejich příčinám (Perestelo-Perez, Barraca, Peñate, Rivero-Santana, & Alvarez-Perez, 2017). To je obzvláště přínosné pro klienty trpící rezistentní depresí, neboť neúspěch předchozích léceb je může vést k stále intenzivnějšímu ulpívání na přemýšlení o příčinách jejich depresivních symptomů (Deen, Sipe, & Eisendrath, 2016).

Při použití MBCT u klientů s rezistentní depresí jsou jednotlivé meditace kratší a více se využívá nácviků všímavosti v pohybu. Patříčná pozornost se věnuje odhalování překážek pro pravidelné domácí cvičení a jejich překonávání. Negativní sebehodnocení je jasně pojmenováno jako jeden ze symptomů deprese. Proti odporu ponořit se a uvědomit si své aktuální depresivní prožívání se používají různé metafory převzaté z terapie pomocí přijetí a závazku (Deen et al., 2016).

2.2.1 Výzkum na všímavosti založené kognitivní terapie

Metaanalýza z roku 2015 potvrdila účinnost MBCT jako udržovací terapie po akutní léčbě deprese. V následujícím roce po ukončení léčby snížila riziko relapsu průměrně o 22 % (Clarke, Mayo-Wilson, Kenny, & Pilling, 2015). Zároveň ale u rekurentní deprese MBCT nenahrazuje léčbu antidepresivy. Po jejich vysazení po absolvování udržovací MBCT došlo k relapsu do 15 měsíců u 69 % pacientů, u skupiny s udržovací MBCT a antidepresivy u 46 % (Huijbers et al., 2016).

Na základě zjištění vědců Williamse et al. (2014) se zdá, že účinnost MBCT v léčbě deprese může být způsobena nespecifickými faktory terapií, protože neobjevili žádný rozdíl mezi účinkem MBCT a verze MBCT nezahrnující meditace.

Nejvíce z léčby profitovali pacienti s nejvyšším skóre depresivních symptomů na začátku udržovací léčby (Kuyken et al., 2016). Navíc se zdá, že z udržovací léčby MBCT profitují pouze pacienti, kteří již prodělali tři a více depresivních epizod. U nich se riziko relapsu snížilo o 43 %. U pacientů se dvěma a méně epizodami naopak bylo riziko relapsu nižší při běžné léčbě. U pacientů s menším počtem epizod bývá obvyklý pozdější nástup onemocnění a méně traumatizující dětství. Z toho autoři vyvozují, že pacienti se dvěma epizodami pocházejí z méně citlivé populace a netrpí tolik na nepohodu aktivované ruminace, které jsou pravděpodobně hlavní oblastí změny v MBCT (Piet & Hougaard, 2011).

S tím koresponduje zjištění z jiné studie pojednávající o mechanismech účinku MBCT (Batink et al., 2013). Ty se liší u pacientů, kteří prodělali pouze jednu nebo dvě epizody deprese, a pacientů s třemi a více prodělanými epizodami. U pacientů s jednou nebo dvěma depresivními epizodami zprostředkovala léčebný efekt především změna v kognitivních procesech, u pacientů s více prožitými epizodami to byla pouze změna v emočních procesech. Výzkumníci v této studii dále potvrdili úlohu všímavosti, snížení obav, zvýšení pozitivních a snížení negativních afektů jako mediátorů terapeutické změny v MBCT deprese.

Pacienti po absolvování MBCT nejsou již tolik náchylní věnovat pozornost pouze negativním skutečnostem, a naopak si začínají více všimnout pozitivních věcí (De Raedt et al., 2012). Dále dokáží vidět myšlenky jako ne nutně odrážející realitu a nechat se jimi méně ovlivňovat. To jim umožňuje snížit vyhýbavé chování (van der Velden et al., 2015).

V systematickém přehledu van der Velden et al. (2015) identifikovali 23 studií posuzujících mechanismy změny v MBCT, z nichž 12 potvrzuje, že změny ve všímavosti, ruminacích, obavách, soucitu se sebou, decentralizaci nebo meta-uvědomění (*meta-awareness*) souvisely, předpovídaly nebo přímo mediovaly efekt MBCT. Předběžné výsledky dále naznačují, že změna v pozornosti, specifčnosti paměti, diskrepancích v self, emoční reaktivitě a pozitivních a negativních afektech může hrát roli v procesu změny v rámci MBCT.

Na všímavosti založené intervence v léčbě deprese poskytované přes internet prokázaly v metaanalýze z roku 2016 malý signifikantní efekt oproti kontrolním skupinám (Spijkerman, Pots, & Bohlmeijer, 2016).

2.3 Terapie pomocí přijetí a závazku

Terapii pomocí přijetí a závazku (*acceptance and commitment therapy*, dále jen ACT) vytvořil v roce 1982 Steven C. Hayes. ACT v sobě spojuje prvky behaviorální terapie, existenciálních a humanistických psychoterapií a mindfulness. Jde o zážitkovou formu terapie, v níž terapeuti pracují s množstvím přirovnání a cvičení (Šlepecký et al., 2018).

V ACT existuje šest klíčových terapeutických procesů: (1) kontakt s přítomností, (2) akceptace (ve smyslu plného přijetí), (3) odstup od vlastních myšlenek (kognitivní defúze), (4) já jako kontext, (5) hodnoty a (6) angažované jednání. Naplnění těchto procesů vede k psychické flexibilitě a ke všímavému, podle vlastních hodnot prožívanému, plnohodnotnému životu (Harris, 2009).

Psychopatologie je způsobena opačnými procesy. U depresivních klientů převažuje soustředění na neuspokojivou minulost i budoucnost. Vyhýbají se prožívání smutku, úzkosti, únavy, hněvu, viny, osamělosti nebo letargie. Nastává u nich kognitivní fúze neboli ztotožnění se s myšlenkami jako "Jsem nudný.", "Za nic nestojím.", "Nedokáži obstát." Dále klienti v depresi ztrácejí kontakt se svými hodnotami. Mezi neúčinné jednání u deprese patří zneužívání alkoholu a drog, izolace, nečinnost, vyhýbání se příjemným aktivitám nebo práci, excesivní spánek nebo sledování televize (Harris, 2009).

ACT se nesnaží změnit způsob depresivního přemýšlení nebo odstranit špatnou náladu, jako spíše objevit kontexty a procesy, které brání tomu pokračovat ve smysluplném životě navzdory těmto obtížím. Velký důraz je kladen na užitečnost a efektivitu jednání.

Klientovo chování není posuzováno jako dobré nebo špatné, ale jako dlouhodobě efektivní nebo neefektivní. U každého chování je posuzována jeho forma a funkce. U chování stejné formy můžeme v nejrůznějších kontextech vysledovat rozličné funkce, které jsou tím, co nás v ACT primárně zajímá (Zettle, 2007).

Terapie postupuje od získávání odstupů od vlastních myšlenek a jejich akceptace, přes nácvik všímavosti k vlastnímu prožívání v přítomnosti a pochopení svého já v kontextu, až ke zkoumání hodnot a angažovanému jednání (Šlepecký et al., 2018). Pro léčbu rezistentní deprese je vhodné využití metafory tekutého písku, která ilustruje, že snaha vyprostit se ze sevření nemoci někdy vede k ještě těsnějšímu uvíznutí v ní. Je třeba naopak zvětšit kontakt sebe sama s nemocí, aby bylo možné z ní uniknout, tak jako člověku topícím se v tekutých píscích pomůže se položit naznak a vyplavat (Deen et al., 2016).

ACT není doporučována u klientů, jejichž primární příčinou deprese jsou nedostatky v sociálních dovednostech (Zettle, 2007). Terapeut v ACT přistupuje ke klientovi autenticky, všímavě, otevřeně, s respektem a s vědomím svých vlastních hodnot. Není v roli odborníka, který už pomyslně dosáhl vrcholu hory, na kterou v životě stoupá, ale v roli člověka, který je také na cestě, a může klientovi pomoci zahlédnout na jeho vlastní hoře to, co klient zatím nevidí (Šlepecký et al., 2018).

2.3.1 Výzkum terapie pomocí přijetí a závazku

Metaanalýza z roku 2015 zahrnovala 39 studií zkoumajících účinnost ACT v léčbě deprese, úzkostných poruch, závislostí a somatických zdravotních problémů. ACT se ukázala být efektivnější než běžná léčba a placebo a vyšší efekt byl pozorován i u měření kvality života. Při srovnání s KBT nebyl nalezen signifikantní rozdíl (A-Tjak et al., 2015).

Výzkumníci Zettle, Rains a Hayes (2011) srovnávali skupinovou kognitivní terapii (KT) se skupinovou ACT u pacientek trpících středně těžkou a těžkou depresí neužívajících zároveň žádná psychofarmaka. Pacientky v ACT skupině dosahovaly v průběhu terapie významně vyššího zlepšení v BDI skórech. Efekt byl u nich zprostředkován mechanismem kognitivní defúze. Přítomnost depresogenních myšlenek a úroveň nefunkčních postojů jako mediátory nefungovaly. To ukazuje na odlišné mechanismy změny u ACT a KT. Ve studii Forman et al. (2012) bylo také prokázáno, že ACT a KT fungují na odlišných mechanismech, protože využívání strategií zaměřených na kognitivní a afektivní změny mediovaly efekt pouze u KT, kdežto využití strategií

zaměřených na přijetí zase pouze u ACT. Sebeuposuzovaná kognitivní defúze a snížení dysfunkčního myšlení vystupovaly jako mediátory změny u obou přístupů. Mezi mechanismy změny v ACT dále patří psychická flexibilita, hodnoty a všímavost (Zettle et al., 2011).

Cílem ACT není pouze redukce symptomů, ale také pomoc pacientům žít smysluplný a aktivní život. Autoři jedné studie se zaměřili na měření konceptu vzkvétání (*flourishing*) u depresivních pacientů před a po absolvování ACT. ACT měla v této studii podobu devítitýdenní terapie založené na četbě svépomocné knihy, zážitkových cvičení, metaforách, tréningu všímavosti a dopisování s terapeutem. Vzkvétání se u pacientů s depresivní symptomatikou zvýšilo po absolvování ACT z 5 % na 28 % a toto zlepšení se udrželo také v následném měření po třech měsících (Bohlmeijer, Lamers, & Fledderus, 2015).

Při rozdělení ACT na dva moduly se ukázalo, že první dvě součásti ACT – přijetí a kognitivní defúze měly větší vliv na snížení závažnosti symptomů, součásti zaměřené na rozpoznání hodnot a aktivizaci měly větší vliv na zvýšení kvality života. Zvýšení všímavosti a snížení reaktivity se projevilo u obou modulů stejně (Villatte et al., 2016).

Studie z roku 2015 posuzovala účinky internetové ACT terapie pro pacienty trpící depresí. Terapie probíhala po sedm týdnů a obsahovala domácí cvičení a zpětnou vazbu od terapeuta. Experimentální skupina dosáhla signifikantně lepších výsledků než pacienti na čekací listině v míře depresivních symptomů, v psychické flexibilitě, v dovednostech všímavosti, ve frekvenci automatických myšlenek a jejich potlačení. Výsledky se udržely v kontrolním měření po dvanácti měsících (Lappalainen, Langrial, Oinas-Kukkonen, Tolvanen, & Lappalainen, 2015). Účinnost internetové verze ACT v léčbě deprese potvrzuje i další studie (Pots et al., 2016).

2.4 Interpersonální psychoterapie

Interpersonální psychoterapii (dále jen IPT) vyvinuli na počátku 70. let 20. století Gerald L. Klerman a Myrna M. Weissman (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2018). Své kořeny má IPT v interpersonálních přístupech Harryho Stacka Sullivana a Adolpha Meyera a je ovlivněna teorií vazby Johna Bowlbyho (Prochaska & Norcross, 1999).

V teorii deprese vychází IPT ze současných výzkumů, které ukazují na střední míru heritability deprese. Predispozice pro vznik depresivního onemocnění jsou rozvíjeny v

průběhu dětství, pokud jedinec nezíská potřebné emoční, kognitivní a behaviorální dovednosti pro fungování v blízkých vztazích. Situace stresu v prostředí, které ohrožují naše vazby na druhé, jako je smrt blízké osoby, změna sociální role nebo konflikt ve vztazích, jsou pak bezprostředními příčinami nástupu depresivních symptomů (Weissman et al., 2018).

V jádru deprese vidí tento směr tři souběžné procesy. Prvním z nich jsou děje na neurovegetativní úrovni, které jsou ovlivnitelné léky. Druhým procesem jsou sociální vazby, na jejichž ovlivnění cílí IPT. Posledním z nich je osobnost člověka, která může mít vliv na nástup deprese, ale dle tohoto přístupu není možné ji měnit ani psychoterapií, ani medikací. Snížení symptomů a dobré sociální fungování může nicméně snížit projevy negativních rysů osobnosti (Weissman et al., 2018).

V posledních dekáдах se IPT přiklonila ke komplexnímu modelu nazírání na klienta jako na jednotu biologických, psychologických, sociálních, kulturních a spirituálních podmínek. Se všemi těmito oblastmi pracuje ve své interpersonální konceptualizaci (Stuart, 2017).

Těžiště léčby spočívá ve zlepšení klientovy komunikace v blízkých vztazích, ve změně jeho očekávání od nich a ve vytvoření silnější podpůrné sítě vztahů. Je předpokládáno, že klientovy příznaky ustoupí, když bude naplněna jeho potřeba přináležení k druhým lidem (Prochaska & Norcross, 1999).

Léčba IPT se člení do tří fází a čítá obvykle mezi 12 a 16 sezeními. V první fázi terapeut pracuje na nastavení dobrého terapeutického vztahu. Klientovi přiděluje "rolí nemocného", kterou ho zbavuje pocitů viny za to, jak se cítí a chová. Depresi zasazuje do interpersonálního kontextu. S klientem společně formulují dva až tři realistické cíle, které by měly pomoci k ústupu symptomů deprese. Ve střední fázi léčby se pozornost upírá k primárním problémovým oblastem, jimiž jsou v IPT smutek nebo truchlení, změna role, interpersonální konflikty a interpersonální nedostatky. V závěru terapie se hovoří o pocitech spojených s ukončením léčby, shrnuje se dosažený pokrok, posilovány jsou klientovy nezávislé kompetence (Prochaska & Norcross, 1999; Weissman et al., 2018). Často jsou dohodnuta udržovací setkání v budoucnu. Ta přispívají k prevenci relapsu (Stuart & Robertson, 2012).

Mezi techniky, které IPT využívá, patří propojování kolísání nálady s denními událostmi týkajícími se mezilidských vztahů, analýza komunikace, rozebírání mezilidských konfliktů, řešení problémů a hraní rolí. Některé techniky IPT sdílí s KBT (Weissman et al., 2018).

Terapeutický vztah v IPT je podobný jako v KBT nebo na řešení orientované terapii. Není předmětem terapie samotné, pozornost je orientována ven na vztahy ve světě klienta. Vztah, který se mezi terapeutem a klientem objevuje, je ale využíván k pochopení klientova attachmentu, k předvídání toho, jaké obtíže se mohou v průběhu terapie objevit, na jakých aspektech léčby je třeba více pracovat nebo jak terapii dobře ukončit (Stuart, 2017).

IPT je vhodná pro klienty, kteří jsou motivovaní, mají střední nebo vyšší inteligenci, dostatečnou funkci ega, relativně jistý attachment, dobrý podpůrný sociální systém, schopnost srozumitelně mluvit o mezilidských vztazích, a jejichž symptomy souvisí se ztrátou, změnou sociální role nebo interpersonálními konflikty či nedostatky. Někteří klienti s vážnějšími poruchami osobnosti mohou více profitovat z intenzivnějších a dlouhodobějších forem terapie (Stuart, 2017).

2.4.1 Výzkum interpersonální psychoterapie

Metaanalýza z roku 2011 zahrnující 38 studií o 4 356 pacientech potvrzuje vyšší účinnost IPT v léčbě deprese ve srovnání s kontrolními skupinami. V míře účinnosti se IPT neliší od ostatních psychoterapií (Cuijpers et al., 2011).

Pacienti léčení KBT i pacienti léčení IPT dosahovali podobného stupně zlepšení také v oblastech jako je změna kognitivních přesvědčení nebo interpersonálního fungování. Zdá se, že obě tyto terapie ovlivňují i oblasti, na které se primárně nezaměřují (Lemmens et al., 2017).

Při výběru nejvhodnější psychoterapie by měl být brán zřetel na individuální preference pacientů, protože ty ovlivňují efekt zvolené léčby (van Hees, Rotter, Ellermann, & Evers, 2013). Je důležité, do jaké míry pacient důvěřuje v logičnost daného přístupu a jaké má přesvědčení o etiologii svého onemocnění. Zaměření IPT a KBT na řešení symptomů "ted' a tady" se zdá být účinné pouze pro pacienty, kteří příliš nevěří tomu, že jejich onemocnění je výrazně zakořeněno v jejich dětských zkušenostech. U pacientů s přidruženou poruchou osobnosti lépe fungovala KBT než IPT (Carter et al., 2011).

Výzkumníci v jedné studii předpovídali na základě pacientových charakteristik, zdali bude více profitovat z kognitivní terapie (KT) nebo IPT deprese. Charakteristikami pacientů, které predikovaly vyšší účinnost KT, byly somatické obtíže, paranoidní symptomy, sklon k sebeobětování, potřeba úspěchu a počet životních událostí v uplynulém roce; kognitivní problémy naopak predikovaly vyšší účinnost IPT. Pacienti s doporučeným typem léčby dosáhli signifikantně lepších výsledků. Všechny typy terapií jsou tedy průměrně stejně účinné, ale pro každého pacienta se více hodí nějaká jiná. Personalizovaná psychoterapie může v budoucnosti přispět k optimálnímu využití dostupných prostředků pro užitek co největšího množství pacientů (Huibers et al., 2015).

Mezi potvrzené mediátory změny v IPT deprese patří snížení pocíťovaného stresu, zvýšení sociální opory v rámci rodiny a přátel a zvýšení sociálního přizpůsobení (Toth et al., 2013).

IPT jako udržovací léčba deprese je u pacientů s kratší historií deprese (méně než tři epizody) účinnější než KBT nebo MBCT (Beshai, Dobson, Bockting, & Quigley, 2011). Při léčbě rekurentní deprese sloužil jako prediktor úspěchu silný terapeutický vztah mezi pacientem a terapeutem, síla vnitřní motivace pacienta ale nehrála v dosažení remise roli. U pacientů, kteří prožili méně než tři epizody deprese, byl i faktor vnitřní motivace významný (McBride et al., 2010).

Pro léčbu chronické a těžké deprese se ukazuje jako výhodné kombinovat léčbu IPT s farmakoterapií a celkově léčbu prodloužit. Důležité je také porozumět vlivu chronické deprese na fungování pacienta v sociálních vztazích a obzvláště dbát na kvalitu terapeutického vztahu, který může mít pro tyto pacienty zcela ústřední místo. Velmi důležité je zachytit na straně pacienta faktory, jako je typ attachmentu, traumatická minulost, připravenost ke změně, motivace nebo perfekcionismus, a přizpůsobit jim léčbu (Ravitz, McBride, & Maunder, 2011).

2.5 Psychodynamická psychoterapie

Psychodynamická psychoterapie (dále jen PDT) je zastřešujícím pojmem pro skupinu přístupů, které odvozují svůj původ od Freudovy psychoanalýzy a zabývají se především nevědomými procesy a jejich dynamikou (Howard, 2008).

Podle psychodynamické teorie je velká část duševního života jedince nevědomá a jeho vnitřní svět je utvářen především dětskými zkušenostmi. Primárním zdrojem

porozumění v terapeutickém procesu je klientův přenos na terapeuta a terapeutův protipřenos. Klientův odpor vůči změně je běžnou složkou terapeutického procesu. Symptomy nemoci mají vždy více funkcí a jsou ovlivňovány komplexními a často neuvědomovanými silami. Psychodynamický terapeut napomáhá klientovi v dosažení většího porozumění jeho symptomům a chování i prožívání, a tím i k větší svobodě v jeho jednání a k ústupu symptomů (Gabbard, 2017; Howard, 2008; Shedler, 2010).

Neexistuje jeden psychodynamický model deprese, protože ve vývoji tohoto směru na sebe jednotliví teoretici navazovali a model upravovali. Podle Freuda depresivní klienti prožívají ambivalentní pocity vůči svým významným druhým, za což pocítují vinu a strach, a tak raději latentní agresi vůči nim obrací proti sobě samým. Začnou se cítit nenávidění svým okolím a hledají v sobě chyby, které by mohly být příčinou jejich nepřijatelnosti. Depresi může spouštět reálná nebo představovaná ztráta objektu (Freud, 1917). Bowlby popsal jako základ depresivního prožívání narušení attachmentu, které vede k náhledu na sebe sama jako na člověka, který nezasluhuje lásku a nemá žádnou hodnotu, a náhledu na ostatní jako na nedůvěryhodné a nebezpečné (Bowlby, 1980). Současné psychodynamické teorie deprese ji popisují jako výsledek nesouladu mezi pocíťovaným stavem self a vysněným stavem self, o kterém klienti s depresí věří, že není možné ho dosáhnout (Luyten & Blatt, 2012).

Psychodynamičtí terapeuti využívají v léčbě deprese podpůrné a expresivní intervence. Mezi expresivní intervence zahrnujeme interpretaci, konfrontaci a objasnění. Interpretovány jsou klientova nevědomá přání, impulsy a obranné mechanismy (Ribeiro, Ribeiro, & von Doellinger, 2018). Dříve byl velký důraz kladen na to, aby terapeut působil zcela neutrálně, neposkytoval žádné ujistění nebo potvrzení, byl pro klienta pouze přenosovým objektem. Dnes je již zřejmé, že přirozený podpůrný vztah je podstatným terapeutickým prvkem (Howard, 2008). Oba póly intervencí byly shledány jako stejně účinné (Driessen et al., 2010).

Psychodynamická psychoterapie je vhodná pro klienty, kteří dokáží popisovat své pocity, fantazie, vztahy k ostatním lidem, zajímají se o původ svých příznaků, jsou schopní kontrolovat své impulzy a testovat realitu, chápou metafory a terapeutovy interpretace. Širší skupina klientů může profitovat ze strukturovanější PDT, ve které je pozornost více soustředěna na příznaky a dynamiku, která je za nimi (Busch, Rudden, & Shapiro, 2016).

Krátká verze PDT trvá přibližně tři až šest měsíců a soustředí se zejména na zmírnění symptomů, dlouhodobá trvá zpravidla od šesti měsíců do dvou let a jejím cílem je snížit intrapsychickou zranitelnost daného člověka, vede k hlubšímu porozumění příčinám jeho problémů a může pomoci snížit pravděpodobnost rekurence deprese (Busch et al., 2016).

2.5.1 Výzkum psychodynamické psychoterapie

Několik metaanalýz potvrdilo, že není signifikantní rozdíl v účinnosti psychodynamické psychoterapie, kognitivně behaviorální psychoterapie, interpersonální psychoterapie a podpůrné psychoterapie v léčbě deprese (Barth et al., 2013; Driessen et al., 2015). Efekt jiných terapií může být dle Shedlera (2010) způsoben částečně využíváním principů PDT. Když mluví ku příkladu kognitivně-behaviorální terapeuti o *zvyšování uvědomění si dříve implicitních myšlenek a pocitů*, z hlediska PDT může být na tento proces nahlíženo jako na *zvědomování nevědomých obsahů*.

V akutní léčbě slabé a středně těžké deprese je krátká PDT obdobně účinná jako farmakoterapie. Dlouhodobá PDT nebo psychoanalýza může být indikována při chronické depresi, často s přidruženými úzkostnými poruchami nebo poruchami osobnosti (Leichsenring & Rabung, 2008; Luyten & Blatt, 2012). Ve srovnání s krátkou PDT a na řešení orientovanou terapií se psychoanalýza ukázala jako méně účinná po prvním roce léčby, ve druhém roce dohnala svým efektem zbylé dva psychoterapeutické přístupy a ve třetím roce oba překonala (Knekt et al., 2008; Knekt et al., 2011).

Leichsenring a Schauenburg (2014) vytvořili jednotný protokol pro psychodynamickou léčbu deprese, který obsahuje sedm výzkumně podpořených léčebných komponent v procesu PDT. Těmito komponentami jsou (1) příprava pacienta na psychoterapii, (2) motivování pro léčbu, řešení ambivalence a nastavování léčebných cílů, (3) edukace a povzbuzování depresivních pacientů, (4) podpůrné intervence, (5) identifikace a práce s konflikty, přáními, objektními vztahy a obranami, které stojí za depresí, (6) kulturní senzitivita a (7) ukončení a prevence relapsu.

Mezi specifické faktory PDT patří změna v porozumění sobě samému, která se ukázala být signifikantním mediátorem změny v PDT, ale nikoli v KBT. Navýšení kompenzujících dovedností a snížení diskrepance v self-konceptu byly společnými faktory předpovídajícími efekt u PDT i KBT, byť obě terapie pracují s odlišnými technikami a principy (Gibbons et al., 2009).

Mezi potvrzené mediátory změny v PDT deprese patří vhléd a změna v obranných mechanismech (Crits-Christoph, Gibbons, & Mukherjee, 2013). Jiná studie ukazuje, že zlepšení v reflektivním fungování souvisí s výsledky PDT deprese (Bressi et al., 2017).

I u PDT deprese existují verze zprostředkované po internetu. Studie z roku 2012 ověřovala účinky takovéto desetidenní léčby. Terapie spočívala ve čtení svépomocné knihy založené na psychodynamických principech a dopisování s terapeutem. Hlavní pozornost léčby byla soustředěna na to, jak překonat neúčelné afektivní, kognitivní a behaviorální vzorce. Tato forma terapie se mnoha aspekty přibližuje KBT. Internetová PDT prokázala v této studii velký efekt ve srovnání s kontrolní skupinou, a léčebný efekt přetrval i po deseti měsících po ukončení léčby (Johansson et al., 2012).

2.6 Humanistická psychoterapie

Humanistická psychoterapie vznikla v 60. letech 20. století v Americe a jejími ranými představiteli byli Abraham Maslow, Fritz Perls a Carl Rogers. Carl Rogers s jeho na osobu zaměřenou psychoterapií je dnes považován za hlavního představitele humanistického směru (Varvatsoulis, 2015). Dle Rogerse jsou autenticita (kongruence), empatie a bezpodmínečné pozitivní přijetí nezbytnými a dostatečnými podmínkami terapeutické změny (Rogers, 1957). Výsledky metaanalýz z roku 2011 potvrdily, že empatie a pozitivní přijetí jsou středně silnými prediktory terapeutického výsledku (Elliott et al., 2011; Farber & Doolin, 2011) a kongruence/autenticita predikuje výsledek se signifikantním malým efektem (Kolden, Klein, Wang, & Austin, 2011). Velikost efektů nepůsobí příliš významně, ale při množství faktorů, které ovlivňují výsledek psychoterapie, mohou být i takto malé korelace známkou toho, že zkoumané efekty jsou ve skutečnosti významné pro výsledky terapie (McAleavey & Castonguay, 2015).

Humanistická psychoterapie nahlíží na člověka jako na celistvou bytost, zabývá se tématy jako je smysl, svoboda, hodnoty, kreativita a spiritualita, a tato témata nahlíží v osobním, mezilidském, sociálním a kulturním kontextu (Schneider & Längle, 2012). Ke každému klientu je přistupováno s respektem jako k jedinečné bytosti. Klient může být někdy vnímán jako příslušník určité diagnostické kategorie, ale nikdy na ni nemůže být redukován. V autentickém terapeutickém vztahu si může klient uvědomit své bezprostřední prožívání, vnímání, myšlení, cítění a chtění, a začít postupně svobodně jednat, růst a vytvářet smysl (Elliott, Watson, Greenberg, Timulak, & Freire, 2013).

Hlavní příčinou depresivního prožívání jsou dle humanistického přístupu v dětství utvořená přesvědčení o tom, jací musíme být a jak se musíme chovat, abychom měli hodnotu a druzí nás přijímali. Kvůli těmto přesvědčením v každodenním životě reagují depresivní jedinci automaticky s využitím naučených vzorců chování a nedokáží naplňovat svá vlastní očekávání a potřeby. Cílem humanistické terapie deprese je znovu u klientů nastartovat proces sebeaktualizace, aby si začali být vědomi svých pocitů, potřeb a možností, a dokázali pružně reagovat na překážky, se kterými se střetávají (Varvatsoulis, 2015).

2.6.1 Výzkum humanistické psychoterapie

Do metaanalýzy z roku 2013 bylo zahrnuto 27 studií o 1287 pacientech posuzujících účinky humanistické psychoterapie (deset studií posuzovalo na osobu zaměřenou terapii, devět podpůrnou terapii, osm terapií zaměřenou na emoce) v léčbě deprese. Při srovnání humanistické psychoterapie s kontrolními skupinami byl prokázán malý až středně velký efekt. Nejsilnější důkazy existují pro využití na emoce zaměřené terapie v léčbě středně těžké deprese a na osobu zaměřené terapie v léčbě poporodní deprese (Elliott et al., 2013).

Cuijpers et al. (2012) provedli metaanalýzu 31 studií, které porovnávaly účinnost nedirektivní podpůrné terapie v léčbě deprese s kontrolními skupinami, jinými psychoterapeutickými směry a farmakoterapií. Nedirektivní podpůrnou psychoterapii definovali výzkumníci jako jakoukoli nestrukturovanou psychoterapii obsahující pouze společné faktory, jejímž cílem není hledání řešení a učení novým dovednostem. Výzkumníci zjistili, že nedirektivní podpůrná psychoterapie je v léčbě deprese u dospělých pacientů efektivní. V porovnání s ostatními psychoterapeutickými přístupy vykazovala menší efektivitu, ale tento rozdíl zmizel při kontrolování vlivu spřízněnosti (*allegiance*) výzkumníků.

Ellison, Greenberg, Goldman a Angus (2009) provedli studii zaměřující se na dlouhodobé efekty na klienta a na emoce zaměřené terapie v léčbě středně těžké a těžké deprese. Účastníci byli rozděleni do dvou skupin, absolvovali 16 až 20 terapeutických setkání, a ti, kteří pozitivně odpovídali na terapii (72 % účastníků), byli sledováni po dalších 18 měsících. U skupiny na klienta orientované psychoterapie se první symptomy rekurence objevily průměrně po 53 týdnech, u skupiny na emoce zaměřené terapie až po 68 týdnech.

Díky svému zaměření na jedinečnou osobnost klienta a proces psychoterapie byli humanističtí výzkumníci průkopníky kvalitativního výzkumu v psychoterapii. Timulak a Creaner (2010) provedli metasyntézu osmi kvalitativních studií posuzujících zkušenosti změny z pohledu klientů v průběhu humanistické psychoterapie. Identifikovali jedenáct metakategorií klienty popisované změny: zdravější prožívání emocí, zážitky chápající zranitelnosti, zážitky soucitu se sebou, resilience, posílení, překonání příznaků, užívání si změny v životních okolnostech, pocit podpory, radost ze setkání s druhými lidmi, sebeuvědomění a změna pohledu na druhé lidi.

V humanistické psychoterapii byly objeveny tři klíčové mechanismy změny, které odpovídají teoretickým východiskům humanistické psychoterapie. Jsou jimi zaměření na vytvoření produktivního terapeutického vztahu, terapeutova empatie a zvýšení klientova prožívání a emočního zapojení v terapeutických setkáních (Elliott et al., 2013). Metoda dialogu dvou židlí je efektivní v řešení sebekritiky, sebeumlčování a sebezanedbávání (Shahar et al., 2012) a v léčbě deprese (Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos, & Steckley, 2003).

3 Zhodnocení výzkumu na poli psychoterapie deprese

Všechny psychoterapeutické směry zahrnuté do této práce se zdají být, na základě metaanalýzy shrnující na pět set výzkumů z posledních čtyřiceti let zabývajících se psychoterapeutickou léčbou deprese u dospělé populace, stejně účinné. Psychoterapie jsou srovnatelně účinné jako farmakoterapie, a kombinovaná léčba je efektivnější než psychoterapie nebo farmakoterapie samotná. Účinná je ve formě individuální, skupinové i svépomocné léčby. Efekty psychoterapie v léčbě deprese byly často nadhodnocovány z důvodu nízké kvality studií a publikačních zkreslení (Cuijpers, 2017). Mezi další limity dosavadního výzkumu na poli psychoterapie patří nízká externí validita randomizovaných kontrolovaných studií a nízká statistická síla zapříčiněná nedostatečným počtem účastníků studií (Mulder, Murray, & Rucklidge, 2017).

Srovnatelná účinnost výzkumně podpořených psychoterapeutických přístupů v léčbě deprese naznačuje možnou přítomnost tzv. „společných faktorů“ psychoterapií, které mohou být za terapeutickou změnu odpovědné. Laska, Gurman a Wampold (2014) mezi společné faktory řadí (1) emočně nabitou vazbu mezi terapeutem a klientem, (2) léčebné nastavení, ve kterém se terapie odehrává, (3) osobnost terapeuta, který poskytuje

psychologicky a kulturně zakotvená vysvětlení psychické nepohody klienta, (4) vysvětlení, která jsou ušitá na míru klientovi a jsou jím přijímána, (5) terapeutické procedury a rituály, které klientovi napomáhají, aby se odehrála pozitivní změna v něm a v jeho životě. Cuijpers et al. (2012) uvádějí, že nespecifické faktory mají na výsledek terapie vliv ze 49,6 %, specifické faktory ze 17,1 %, a faktory mimo terapii ze 33,3 %.

Společné a specifické faktory v psychoterapii byly diskutovány po více než půl století. Dnes se ale zdá, že tato debata není tak černobílá, jak se zprvu zdálo. Weinberger (2014) ukazuje, že rozličné přístupy úspěšně pracují jak s faktory označovanými jako společné (terapeutický vztah, očekávání, atribuce terapeutického úspěchu), tak s faktory označovanými jako specifické (expozice a mistrovství). Dosavadní výzkum na poli psychoterapie se zabýval především jejími výsledky. V rozsáhlejší uskutečňování na proces orientovaného výzkumu, který nám umožní porozumět mechanismům změny v psychoterapii, vidí autoři článku budoucnost oboru (Mulder et al., 2017).

Výzkum zaměřený na proces se zabývá třemi různými doménami: průběhem změny, moderátory změny a mediátory změny. Znalost **průběhu změny** může pomoci určit, jaké faktory měly na změnu vliv, jaké prvky zařazovat cíleně v počátku terapie a jaké až později. **Moderátory změny** (vstupní proměnné) jsou proměnné na straně klienta, terapeuta, prostředí a podmínek léčby. Identifikování moderátorů může napomoci zkvalitnění psychoterapie skrze vhodné párování – jeden typ terapeuta může být například obzvláště vhodný pro specifický typ klienta nebo jeden typ léčby může být obzvláště užitečný v řešení určitých obtíží. **Mediátory změny** (procesní proměnné) jsou kauzální proměnné, které osvětlují proč a jak daný typ léčby funguje. Tyto proměnné mohou být dány klientovým chováním, terapeutovým chováním, nebo jejich vzájemnou interakcí. Spadají sem jak společné, tak specifické faktory terapií, včetně jednotlivých terapeutických technik. Jako příklad mediátoru v psychoterapii uvádějí autoři naději (Tompkins & Swift, 2015).

Řiháček a Roubal zařazují naději mezi principy změny v psychoterapii (Rihacek & Roubal, 2018). Je zřejmé, že termíny společné faktory, principy změny, mechanismy změny a mediátory změny do značné míry splývají a jsou různými autory využívány nejednotně. Studování efektů mediátorů v psychoterapii je obtížné, protože mnoho z nich nemůžeme experimentálně manipulovat (těžko můžeme například náhodně rozdělit klienty do skupiny s vysokým a nízkým terapeutickým spojenectvím). Přesto má dle autorů právě

tato oblast výzkumu největší šanci pozitivně ovlivnit kvalitu psychoterapie nabízené klientům (Tompkins & Swift, 2015).

Lemmens, Müller, Arntz a Huibers (2016) kriticky zhodnotili výzkumy, které se zaměřovaly na identifikování mediátorů změny v různých formách psychoterapie deprese. Požadovaná kritéria (včetně využití statistické analýzy mediace) splňovalo 35 studií, které identifikovaly 39 rozličných potenciálních mechanismů změny. Dysfunkční postoje, negativní (automatické) myšlenky, ruminace, obavy a všímavost byly ve většině studií posouzeny jako slibné mediátory změny. Výsledky mediační role ostatních zkoumaných konstruktů jsou mezi studii smíšené. V případě KBT byla podpora pro předpokládané specifické mediátory nalezena v 63 % případů.

4 Srovnání psychoterapeutických přístupů v léčbě deprese

Dnes se upouští od dichotomického rozdělování terapeutických přístupů podle určitých kritérií např. na direktivní vs. nedirektivní nebo na symptomatické vs. kauzální. Přesto vidím jako užitečné zde načrtnout v jaké části spektra se v různých kritériích navržených Vybíralem a Roubalem (2010) vybrané přístupy pohybují.

Větší direktivita terapeuta je spojována se strukturovanými formami terapie, kam řadíme kognitivně-behaviorální terapii, interpersonální terapii, na všímavosti založenou kognitivní terapii a terapii pomocí přijetí a závazku. Psychodynamičtí terapeuti nechávají výběr témat i průběh terapie na klientovi, aktivní roli ale zaujímají při interpretování klientových myšlenek a prožívání. Humanistické a existenciální směry jsou typicky nedirektivní. Terapeuti v psychodynamické terapii se zaměřují více na témata z minulosti klienta a jejich cílem je, aby klient získal do problémů vhled. V kognitivně-behaviorální terapii, interpersonální terapii, na všímavosti založené kognitivní terapii a terapii pomocí přijetí a závazku je pozornost zaměřena spíše na současné obtíže klienta a na způsoby, kterými se může s aktuálními symptomy vypořádat. Pro psychodynamickou terapii, humanistické a existenciální směry je typické, že podporují vyjadřování emocí v průběhu terapie a vedou k jejich zvýrazňování, pro kognitivně-behaviorální terapii je typičtější spíše racionální náhled na ně, v kognitivní terapii založené na všímavosti a terapii pomocí přijetí a závazku pak jejich neposuzující uvědomění. Přístupy dále můžeme rozlišovat podle délky terapie nebo podle toho, zdali se zaměřují spíše na osobní procesy klienta, nebo na jeho interpersonální vztahy a interakce.

V současnosti jsou ale často tato dělení setřena. Například kognitivně behaviorální terapeut se dnes nesnaží pouze o rychlé odstranění obtěžujícího symptomu, ale zajímá se o prožitky klienta, o kontext jeho symptomů a navazuje s ním kvalitní vztah (Vybíral & Roubal, 2010).

Principy změny využívané jednotlivými psychoterapeutickými směry v léčbě deprese teoreticky shrnuje Kryl (2006). Všem směrům je vlastní podpora klienta, vybudování pevného terapeutického spojení a zprostředkování naděje. Všechny směry v léčbě deprese pracují s uvědoměním a přijetím emočního prožitku, využívají zvědomování depresivně zkresleného myšlení a stereotypních kognitivních schémat, snaží se působit na změnu klientových postojů k sobě, ke vztahům s druhými lidmi a ke světu, zvědomují rigidní a stereotypní vzorce chování a redukují sociální izolaci.

Kognitivně-behaviorální terapie využívá psychoedukace a učí novým vzorcům myšlení. Vede k novým aktivnějším způsobům chování a jednání, komunikačním a sociálním dovednostem a asertivitě (Kryl, 2006). Mezi potvrzené mechanismy změny v KBT deprese patří změna ve schopnosti řešit problémy (Dietz et al., 2014), změna v kognitivních distorzích, kognitivním vyhýbání, pozitivním náhledu (Jacobs et al., 2014), navýšení kompenzujících dovedností a snížení diskrepance v self-konceptu (Gibbons et al., 2009).

Cílem na všímavosti založené kognitivní terapie je naučit klienty neposuzující všímavosti k jejich tělesným pocitům, emocím a myšlenkám (Šlepecký et al., 2018). V MBCT patří mezi mechanismy účinku všímavost, soucit se sebou, četnost pozitivních a negativních afektů, kognitivní a emocionální citlivost (MacKenzie, Abbott, & Kocovski, 2018), snížení obav a ruminací (Batink et al., 2013) a decentralizace (van der Velden et al., 2015).

Terapie pomocí přijetí a závazku vede k získávání odstupů od vlastních myšlenek a jejich akceptaci, ke všímavosti k vlastnímu prožívání a pochopení svého já v kontextu, ke zkoumání hodnot a angažovanému jednání (Šlepecký et al., 2018). Mezi mechanismy změny v ACT patří kognitivní defúze, psychická flexibilita, hodnoty, všímavost (Zettle et al., 2011), využití strategií zaměřených na přijetí, snížení dysfunkčního myšlení a ochota účastnit se behaviorálních aktivit (Forman et al., 2012).

Interpersonální psychoterapie se zaměřuje na sociální síť klienta, zkoumá vliv mezilidských vztahů na depresi a vliv deprese na mezilidské vztahy, řeší aktuální konflikty a potíže ve vztazích. Soustředí se na zlepšování komunikačních a sociálních dovedností (Kryl, 2006). Mezi potvrzené mediátory změny v IPT deprese patří snížení pocíťovaného stresu, zvýšení sociální podpory v rámci rodiny a přátel a zvýšení sociálního přizpůsobení (Toth et al., 2013).

Psychodynamická psychoterapie pracuje s aspekty viny a studu a vrací se k narušeným vztahům v rodině. Zaměřuje se na porozumění vnitřním konfliktům a obranným mechanismům. Usiluje o zvědomění, zpracování a integraci traumatických zážitků a neodtrhlených ztrát (Kryl, 2006). Mezi mediátory změny v PDT patří změna v porozumění sobě samému, navýšení kompenzujících dovedností a snížení diskrepance v self-konceptu (Gibbons et al., 2009), vhléd a změna v obranných mechanismech (Crits-Christoph et al., 2013) a zlepšení v reflektivním fungování (Bressi et al., 2017).

Humanistické a existenciální směry povzbuzují sebeakceptaci a sebevědomí. Orientují klienta na životní smysl a žebříček hodnot, kladou důraz na svobodu a převzetí odpovědnosti za vlastní život (Kryl, 2006). Mezi mechanismy změny patří v humanistické terapii zaměření na vytvoření produktivního terapeutického vztahu, terapeutova empatie a zvýšení klientova prožívání a emočního zapojení v terapeutických setkáních (Elliott et al., 2013).

Rozdíl mezi směry nacházíme i v jejich základních filosofických východiscích. KBT vychází z pozitivistické školy a předpokládá, že lidské myšlenky a schémata jsou filtry, jimiž je možné lépe či hůře zachycovat objektivní realitu. Humanistické směry a některé terapie „třetí vlny“ v KBT ovlivněné východními filosofiemi zastávají konstruktivistické paradigma (Hayes, Villatte, Levin, & Hildebrandt, 2011).

Návrh výzkumného projektu

5 Popis výzkumného problému, cíle výzkumu a výzkumné otázky

Lemmens et al. (2016) uvádějí, že na proces orientovaný výzkum v psychoterapii deprese je stále nedostatečný. Víme mnohé o tom, do jaké míry jsou jednotlivé psychoterapeutické přístupy v léčbě deprese účinné, stále ale nemáme uspokojivé výsledky vysvětlující terapeutickou změnu. Dle stejných autorů je zapotřebí se v dalším výzkumu zaměřit na specifické i společné faktory, které mohou ovlivňovat terapeutickou změnu, a také na faktory, u kterých na základě teoretických východisek daných směrů nepředpokládáme mediační efekt, abychom ho vyloučili.

Také autoři Mulder et al. (2017) řadí mezi další cíle výzkumu na poli psychoterapie uskutečňování studií léčebných komponent, které by ozřejmily, které specifické součásti terapeutického procesu mají vliv na léčebný výsledek.

Do třetice tento návrh výzkumného projektu odpovídá na výzvu Weinbergera (2014), který ve svém komentáři popisuje, jak se pět empiricky podložených účinných faktorů uplatňuje v rozličných psychoterapeutických přístupech bez ohledu na to, zdali jsou tyto faktory považované tradičně za společné (terapeutický vztah, očekávání změny, atribuce změny) nebo specifické (konfrontace s problémy/expozice, mistrovství). Zahrnutí těchto faktorů také do přístupů, které s nimi zatím pracují nedostatečně, může dle autora zvýšit jejich efektivitu.

Cílem výzkumné části práce je zmapovat, do jaké míry využívají čeští psychoterapeuti kognitivně-behaviorálního, psychodynamického a humanistického směru vybrané principy změny ve své práci s depresivními klienty. Vzorek terapeutů omezují pouze na tyto tři přístupy z důvodu nedostupnosti terapeutů ostatních třech přístupů zahrnutých do bakalářské práce v českých podmínkách. V první části bude srovnáno, zdali se principy změny využívané v práci s depresivními klienty liší od principů využívaných v terapeutické práci obecně. Hlavním výzkumným cílem pak bude určit v jakých principech změny se při léčbě deprese jednotlivé terapeutické přístupy shodují, a jaké jsou naopak specifické pouze pro určité přístupy.

Ve svém výzkumu navazuji na práci dvou českých vědců z Masarykovy univerzity Řiháčka a Roubala. Ti ve své studii uvádějí, že přestože je na toto téma k dispozici velké

množství teoretické literatury, víme jen velmi málo o využívání principů změny terapeutů v praxi (Rihacek & Roubal, 2018). Tato znalost může tvořit cenné podklady pro další kvantitativní výzkum na poli mediátorů a mechanismů změny v psychoterapii.

Řiháček a Roubal využívají ve své studii termín *principy změny*, přestože k vytvoření svého dotazníku využívají studie, které pracují s termínem společné faktory (Grencavage & Norcross, 1990; Lampropoulos, 2001; Tschacher, Junghan, & Pfammatter, 2014). Jako důvod uvádějí to, že termín společné faktory byl kritizován za přílišnou obsáhlost, protože v sobě zahrnuje mnoho různých proměnných na straně klienta, terapeuta i procesu. Termín principy změny zavádí ve své práci Goldfried (1980). Jde o společné procesy změny, které přesahují jednotlivé teoretické orientace. Jsou abstraktnější než jednotlivé techniky, ale méně komplexní než celé teoretické orientace. Termín mediátory nebo mechanismy změny využívají autoři v případě, že jde o mediačními analýzami empiricky podložené činitele změny (Rihacek & Roubal, 2018).

Principy změny mohou být sdíleny více psychoterapeutickými směry, byť jsou v každém uskutečňovány díky odlišným technikám. Příkladem principu změny je *vhled*, který je v psychodynamické terapii dosahován pomocí terapeutových interpretací, v kognitivně-behaviorální terapii kognitivní restrukturalizací a v humanistické terapii technikou dialogu na dvou židlích. Porozumění principům změny může vést terapeuty při konceptualizaci jejich případů, může napomoci vzájemnému porozumění mezi terapeuty odlišných teoretických východisek a vědcům může posloužit k preciznějšímu zkoumání procesu změny v psychoterapii (Oddli, Nissen-Lie, & Halvorsen, 2016). Seznam konkrétních technik, kterými je dosahováno jednotlivých principů změny, je k dispozici ve studii Tschacher et al. (2014).

Výzkumné otázky:

- Liší se principy změny využívané specificky v léčbě deprese od principů změny využívaných v kognitivně-behaviorální, psychodynamické a humanistické terapii obecně pro řešení jakýchkoli obtíží?
- Jaké principy změny terapeuti kognitivně-behaviorální, psychodynamické a humanistické terapie v léčbě deprese sdílí, a které jsou využívány specificky pouze některými přístupy?

6 Design výzkumného projektu

6.1 Typ výzkumu

Ve výzkumu je využita kvantitativní strategie, konkrétně pak jde o mapující výzkum, který nepracuje s předem stanovenými výzkumnými hypotézami. Jeho cílem je zmapovat využití jednotlivých principů změny v léčbě deprese mezi českými psychoterapeuty kognitivně-behaviorálního, psychodynamického a humanistického přístupu.

6.2 Metody získávání dat

Ke změření míry využití jednotlivých principů změny použijí dotazník, který vytvořili pro svou studii Řiháček a Roubal (Rihacek & Roubal, 2018). Tento dotazník rozšiřují o část týkající se specificky terapeutické práce s depresivními klienty (viz. Příloha 1). Autoři v jeho tvorbě postupovali tak, že v prvním kroku vybrali ze studií Grenavage a Norcross (1990), Lampropoulos (2001) a Tschacher et al. (2014) všechny zmíněné principy změny, které mohou být záměrně využívány terapeuty v jejich klinické praxi. Následně odstranili opakující se principy a sloučili podobné, čímž vznikl seznam deseti principů změny. Tento seznam předložili šesti expertům v oblasti psychoterapie ze čtyř hlavních psychoterapeutických směrů s otázkou, zdali podle jejich mínění obsahuje všechny základní principy změny v terapeutickém procesu. Všichni se shodli, že ano. Tento krok měl zajistit co největší reprezentativnost vybraných principů změny pro terapeutickou práci v ČR, protože vytvoření jejich vyčerpávajícího seznamu je velmi obtížné, ne-li nemožné (Rihacek & Roubal, 2018).

První část dotazníku obsahuje demografické údaje respondentů (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, absolvované psychoterapeutické výcviky, délka psychoterapeutické praxe, pracovní vytížení, práce s depresivními klienty).

Druhá část dotazníku obsahuje deset položek týkajících se využití principů změny v psychoterapeutické práci obecně. Vybranými principy změny jsou: *porozumění problému/vhled, sebepřijetí, naděje, korektivní zkušenost, přesvědčování, rozvoj nových dovedností, mezilidská blízkost, expozice, aktivace zdrojů, vyjadřování emocí*. Tyto principy jsou operacionalizovány pomocí formulací, které vyjadřují, jak se daný princip změny projevuje v terapeutickém procesu (např. u principu porozumění problému/vhled je v dotazníku využita věta: „V posledním roce jsem se v terapeutickém procesu snažil/a

zajistit, aby klient mohl lépe porozumět svému problému nebo situaci.“) Názvy principů změny do dotazníku zahrnuty nejsou, aby se terapeuti nerozhodovali na základě svých teoretických přesvědčení. Využití každého principu je měřeno na šestibodové škále (0=nikdy, 1=zřídka, 2=občas, 3=často, 4=na většině setkání, 5=na každém setkání).

Třetí část dotazníku se zabývá využitím jednotlivých principů změny konkrétně v práci s depresivními klienty. Všech deset principů změny je formulováno stejně, jako v předchozí části, odlišná je formulace úvodní instrukce a začátku věty, který respondenti v každé položce doplňují (*„V posledním roce jsem se ve své psychotherapeutické práci s depresivním klientem snažil/a zajistit, aby...“*).

Dotazník bude mezi terapeuty distribuován v online podobě přes organizace sdružující české psychotherapeuty (Česká asociace pro psychotherapii, Česká psychotherapeutická společnost, Asociace klinických psychologů ČR apod.), organizace poskytující výcvik v kognitivně-behaviorální terapii, psychodynamické terapii a humanistické terapii, a dále přes zdravotnická zařízení, která s klienty trpícími depresí psychotherapeuticky pracují. Díky tomu bude zajištěn co největší výzkumný vzorek a zároveň nízká finanční a personální náročnost projektu. Sběr dat bude probíhat v průběhu tří měsíců, aby byl zajištěn dostatečný čas pro distribuci a vyplnění dotazníků co největším počtem psychotherapeutů.

6.3 Metody zpracování a analýzy dat

V prvním kroku bude popsán výzkumný vzorek terapeutů z hlediska zjišťovaných demografických charakteristik (pohlaví, věk, vzdělání, absolvované psychotherapeutické výcviky, délka praxe, pracovní vytížení, četnost depresivních klientů).

K vyhodnocení míry využití jednotlivých principů změny v psychotherapeutickém procesu obecně a specificky v léčbě deprese bude použita deskriptivní statistika. U každého principu změny bude uvedena mediánová a průměrná hodnota voleb všech terapeutů na škále 0-5. Na jejich základě bude možné určit pořadí principů dle míry jejich využití. Ke zhodnocení homogenity výsledků poslouží míry variability (směrodatná odchylka, rozptyl a mezikvartilové rozpětí). Pro určení, zdali se signifikantně liší principy změny využívané specificky v léčbě deprese od principů změny využívaných obecně v psychotherapeutickém procesu, bude využit párový t-test pro závislé výběry. Jde o výběry o rozsahu třiceti a více položek pro každý princip změny, takže normalita průměrů daných

výběrů by měla být zajištěna díky centrální limitní větě. Párový t-test bude proveden zvlášť pro každou skupinu terapeutů jednotlivých přístupů.

Pro porovnání míry využití principů změny mezi jednotlivými psychoterapeutickými přístupy bude využita metoda analýzy rozptylu (ANOVA). Jde o základní metodu testování hypotéz o středních hodnotách více než dvou skupin. Při využití opakovaných dvouvýběrových t-testů by se zvýšila pravděpodobnost vzniku chyby prvního druhu. Použití analýzy rozptylu jako parametrické metody je podmíněno normalitou hodnot jednotlivých výběrových souborů a srovnatelným rozptylem v jednotlivých skupinách. Normalita hodnot jednotlivých výběrových souborů bude testována pomocí Shapirova-Wilkova testu, stejný rozptyl hodnot ve všech srovnávaných skupinách pomocí F-testu. V případě nesplnění těchto předpokladů bude využita neparametrická alternativa analýzy rozptylu Kruskalův-Wallisův test. Při objevení signifikantního rozdílu mezi určitými skupinami terapeutů bude vyvozeno, v jakém terapeutickém směru je daný princip změny využíván více.

6.4 Etika výzkumu

Autory dotazníku Řiháčka a Roubala požádám o souhlas s jeho využitím pro účely výzkumu v rámci této bakalářské práce a o poskytnutí jeho původního znění v českém jazyce. Anonymita dotazovaných psychoterapeutů bude zajištěna tím, že budou bez uvedení jména a místa působení odpovídat s využitím online dotazníku. Vzhledem ke sdílení informací po internetu je samozřejmostí využití domény, která poskytuje zabezpečení dotazníků SSL protokolem, např. Survio.com nebo Formuláře Google. Zveřejněna budou pouze souhrnná data týkající se principů změny v psychoterapii deprese. Dotazník bude obsahovat informovaný souhlas se zařazením odpovědí do výzkumu.

7 Výzkumný soubor

Cílovou populaci tvoří čeští psychoterapeuti, kteří absolvovali výcvik buď v kognitivně-behaviorální terapii, nebo v psychodynamické psychoterapii, nebo v humanistické psychoterapii, vždy ale pouze jediný výcvik, aby bylo zajištěno, že ve své práci nekombinují více různých přístupů. Druhou podmínkou zařazení do výzkumu je, že v posledním roce pracovali alespoň s deseti depresivními klienty. Třetí podmínkou je vysokoškolské vzdělání ve všeobecném lékařství nebo psychologii. Pohlaví, věk, délka psychoterapeutické praxe a pracovní vyčerpání nehrají roli z hlediska zařazení do výzkumu,

tyto informace budou ale získány v rámci demografické části dotazníku a zpracovány v popisu vzorku.

Z důvodu využití metod inferenční statistiky (t-test a analýza rozptylu) by bylo žádoucí dosáhnout reprezentativního výběru z cílové populace. To ale nevidím jako reálné z několika důvodů. Pro tuto populaci neexistuje žádná opora výběru (psychoterapeuti nejsou sdruženi pod profesní komorou). Kvůli zákonu o ochraně osobních údajů není možné získat kontakty na absolventy psychoterapeutických výcviků od jejich garantů. Psychoterapeuti pracující s depresivními klienty mohou působit na postech psychiatrů, praktických lékařů, klinických psychologů i soukromých psychoterapeutů, což neumožňuje využití vícestupňového nebo skupinového výběru. Neznáme rozložení zjišťovaných vlastností v základní populaci, a proto není možné využít ani stratifikovaný nebo kvótní výběr. Z těchto důvodů volím cestu získání respondentů skrze příležitostný výběr. Výsledky tak nebudou zobecnitelné na celou populaci a budou představovat pouze úvodní sondu do problematiky, která bude vyžadovat pozdější ověření a zpřesnění. Zastoupení jednotlivých demografických vlastností respondentů bude mezi srovnávanými skupinami terapeutů porovnáno a v případě významných rozdílů diskutováno jako možný zdroj ovlivnění výsledků.

Respondenti budou oslovováni prostřednictvím organizací sdružujících české psychoterapeuty (Česká asociace pro psychoterapii, Česká psychoterapeutická společnost, Asociace klinických psychologů ČR apod.), organizací poskytujících výcvik v kognitivně-behaviorální terapii, psychodynamické terapii a humanistické terapii, a dále přes zdravotnická zařízení v Praze a krajských městech, která s klienty trpícími depresí psychoterapeuticky pracují. Výzkumný soubor by měl obsahovat alespoň 120 terapeutů, přibližně 40 od každého zkoumaného směru (ne méně než 30). Důvodem je využití t-testu v rámci zpracování dat, který v případě nedodržení podmínky normálního rozdělení základního souboru pracuje spolehlivě až s výběry čítajícími 30 a více prvků. Řiháček a Roubal ve své studii (Řihacek & Roubal, 2018) postupovali ve výběru respondentů stejným způsobem a získali odpovědi od 794 respondentů, z nichž ale pouze 373 odpovědí bylo kompletní a mohlo být zařazeno do výzkumu. Já úžeji vymezuji cílovou populaci na terapeuty, kteří absolvovali výcvik pouze v jednom z vybraných přístupů, jsou vzděláni v lékařství nebo psychologii a pracují alespoň s deseti depresivními klienty ročně. Z tohoto důvodu očekávám menší počet odpovědí, než dosáhli ve svém výzkumu oni.

8 Diskuse

8.1 Srovnání s výsledky jiných studií

Ve své práci navazují na studii výzkumníků Řiháčka a Roubala z roku 2018 (Rihacek & Roubal, 2018). Výzkumníci zde pracovali s deseti principy změny, které na základě odpovědí terapeutů za využití analýzy hlavních komponent sdružili do tří oblastí – (1) zkoumání, přijetí a porozumění zkušeností klientů, (2) podporování vlastních zdrojů klientů a (3) učení novým dovednostem a poskytování rad. Následně díky regresní analýze určili, že terapeuti kognitivně-behaviorálního směru nejvíce využívají principy sdružené pod komponentou *učení novým dovednostem a poskytování rad*, psychodynamičtí terapeuti nejvíce pracují s první komponentou neboli *zkoumáním, přijetím a porozuměním zkušeností klientů*, a humanističtí terapeuti jak s první, tak s druhou komponentou *podporování vlastních zdrojů klientů*. Mezi všemi terapeuty byly průměrně nejvíce využívány principy aktivace vlastních zdrojů klienta, přijetí sebe sama, vhléd a mezilidská blízkost. Tyto výsledky bude možné ověřit a porovnat s mírou využití jednotlivých principů specificky u depresivních klientů.

Z této studie získáváme také informace o tom, jak demografické údaje na straně terapeuta předpovídají jeho míru využití jednotlivých principů terapeutické změny. Využití komponenty *podporování vlastních zdrojů klientů* bylo častější u žen a méně zkušených terapeutů. Vyšší pracovní vytížení předpovídalo využití principů sdružených pod komponentou *zkoumání, přijetí a porozumění zkušeností klientů*. Věk ani vzdělání nebyly do regresní analýzy zahrnuty. Z těchto informací můžeme vyvodit, že nejen psychoterapeutický směr má vliv na využívané principy změny, a tedy je důležité pohlídat podobné zastoupení těchto vlastností napříč srovnávanými skupinami.

Výsledky by bylo dále zajímavé srovnat s výsledky studií zabývajících se mechanismy změny v psychoterapii deprese (Lemmens et al., 2016). Tento výzkum může odhalit, zdali jsou potvrzené mechanismy změny českými terapeuty v léčbě deprese skutečně využívány a jestli specificky v přístupech, pro který je jejich účinnost potvrzena. Převedení potvrzených mechanismů změny (jako je změna v dysfunkčních postojích, automatických myšlenkách, ruminacích, obavách a všímavosti) na principy změny, které byly zahrnuty do výzkumu, by ale bylo relativně obtížné.

Weinberger (2014) ve svém komentáři popisuje, jak se pět empiricky podložených účinných faktorů uplatňuje v rozličných psychoterapeutických přístupech. Tento výzkum by umožnil ověřit jeho teoretická stanoviska. Dále by na jeho základě bylo možné ověřit přehled principů změny využívaných v jednotlivých psychoterapeutických přístupech v léčbě deprese, který ve své práci nabízí Kryl (2006).

8.2 Úskalí a limity

Prvním limitem výzkumného návrhu je využití dotazníku, který není standardizovaný a nemusí obsahovat kompletní seznam principů změny v psychoterapii. Tento seznam byl vytvořen na základě teorie a nikoli empirických výzkumů potvrzených mediátorů změny v psychoterapii. To s sebou přináší výhodu širšího záběru, ale zároveň není jasné, zdali jsou zkoumány skutečně efektivní mediátory změny. Jde tedy spíše o prvotní výzkum, který může poskytnout informace, na které mediátory změny se dále primárně zaměřit při jejich empirickém posuzování mediační analýzou a dalšími statistickými metodami.

Položky dotazníku obsahující operacionalizaci principů změny formulovali jeho autoři Řiháček a Roubal a tato formulace nemusí dokonale postihovat projevy daných principů změny v psychoterapeutickém procesu. Principy změny jsou komplexními konstrukty a jako takové mohou být zkesleny použitím jednodimenzionálních škál. Reliabilita dotazníku by měla být posouzena na základě opakovaných měření. Kteriální validitu testu by bylo možné určit na základě porovnání výsledku testů s reálným zastoupením daného principu změny v práci terapeutů (změřeného kódováním audio nebo video nahrávek z terapeutických sezení podle stanovených kritérií manifestací jednotlivých principů změny). Terapeuti mohou mít zkeslené vnímání toho, jaké principy využívají, dané důrazy jejich teoretického zakotvení.

Kvůli nereprezentativnímu výběrovému souboru respondentů není možné výsledky výzkumu zobecnit na celou populaci českých terapeutů kognitivně-behaviorálního, psychodynamického a humanistického směru pracujících s depresivními klienty.

8.3 Uplatnění výsledků

Výsledky jsou využitelné pro další na proces orientovaný výzkum v psychoterapii deprese. Ten se může prvotně zaměřit na posouzení vlivu nejvíce zastoupených principů na výsledek terapie a určit, zdali hrají roli pouze v některých teoretických přístupech, nebo jde o účinné faktory změny napříč přístupy.

Výsledky práce poslouží také k porozumění specifikům práce s depresivními klienty. Při vysoké míře rezistence a rekurence depresivního onemocnění může být pro terapeuty jednotlivých směrů vhodné inspirovat se u ostatních psychoterapeutických přístupů a rozšířit vlastní repertoár terapeutické práce o principy změny, které jsou zatím s úspěchem využívány v jiných přístupech. Tato znalost může zvýšit flexibilitu terapeuta a jeho připravenost pracovat efektivně se širokou škálou klientů. Rozpoznání společných principů změny mezi přístupy může vést také k většímu vzájemnému porozumění mezi terapeuty rozdílných přístupů.

8.4 Další možnosti výzkumu

Další výzkum v této oblasti by se měl zaměřit na empirické ověřování jednotlivých principů změny v léčbě deprese i psychoterapeutické práci obecně s využitím mediačních analýz. Tyto výzkumy by odpovídaly na otázky: Jaké principy změny mají největší vliv na výsledek terapeutické práce, a jaký nejmenší? Jaké je třeba rozvíjet a uplatňovat ve všech terapeutických přístupech, a jaké je možné bez zhoršení výsledku opustit?

Je možné využít také experimentální srovnání dvou typů terapií, které by se lišily ve využití jediného principu změny. Tento typ výzkumu má své limity, protože u mnoha principů je obtížné je z procesu vyloučit, dále je náročné kontrolovat vliv všech ostatních proměnných, a všechny mediátory vzájemně interagují, takže nejde o samostatně pozorovatelné prvky.

Lundh (2014) píše, že důležitým úkolem pro výzkum na poli psychoterapie je identifikovat co největší množství principů změny, potvrdit jejich efektivitu, prozkoumat jejich rozličné manifestace a možné kombinace, které by mohly být účinně využívány v rozličných kontextech. Seznam 22 faktorů změny, doplněný o konkrétní techniky z různých přístupů, které vedou k jejich uplatnění, nabízí ve své studii Tschacher et al. (2014).

Užitečné by bylo také více prozkoumat důvody neúspěchu psychoterapie deprese u některých klientů. Na základě srovnání práce úspěšných a méně úspěšných terapeutů v léčbě deprese by bylo možné určit, na které terapeutické prvky je třeba klást obzvlášť důraz. Podobně by rozpoznání rozdílů mezi klienty, kterým terapie pomůže a kterým nikoli, mohlo terapeutům pomoci rozvíjet u klientů takové vlastnosti, které mají největší vliv na léčebný efekt terapie.

Závěr

Terapeutická účinnost šesti vybraných psychoterapeutických přístupů v léčbě deprese byla potvrzena četnými empirickými studiemi (Cuijpers, 2017). Na jejich základě se zdá, že všechny přístupy jsou v léčbě deprese srovnatelně účinné. To může být způsobeno tím, že ve skutečnosti jsou hlavní příčinou terapeutické změny tzv. společné faktory psychoterapií. Důvodem ale může být také nedostatečná kvalita výzkumů zaměřujících se na účinky psychoterapie (Mulder et al., 2017). Cuijpers et al. (2012) vyčíslili na základě metaanalýzy nedirektivních podpůrných terapií, že společné faktory jsou odpovědné asi za 50 % výsledku psychoterapie, za 33 % jsou odpovědné faktory mimo terapii a za 17 % specifické faktory.

Přestože víme, že všechny zmíněné psychoterapeutické přístupy jsou v léčbě deprese účinné, ne všechny jsou účinné pro všechny klienty stejně. Je proto důležité zkoumat moderátory změny a vhodně párovat klienty a terapeuty nebo přístupy a léčené obtíže (Tompkins & Swift, 2015). U udržovací psychoterapeutické léčby deprese se například ukázalo, že pro klienty, kteří prodělali pouze dvě nebo jedinou epizodu deprese, je vhodnější využití interpersonální terapie, pro klienty s rekurentní depresí naopak kognitivně-behaviorální nebo na všímavosti založená kognitivní terapie (Beshai et al., 2011; Piet & Hougaard, 2011). Ve studii Huibers et al. (2015) se ukázalo, že na základě určitých charakteristik klienta lze úspěšně odhadovat, zdali bude více profitovat z kognitivní nebo interpersonální terapie deprese. Efekt zvolené léčby ovlivňuje také přání klienta a jeho porozumění vlastní nemoci (van Hees et al., 2013). Jde o první kroky na cestě k personalizované psychoterapii, která umožní optimální využití psychoterapeutických možností a různosti přístupů.

V bakalářské práci se podařilo identifikovat empiricky potvrzené mechanismy změny u všech zahrnutých přístupů. Ty jsou přehledně shrnuty v kapitole „Srovnání psychoterapeutických přístupů v léčbě deprese“. Mezi nejslibnější mediátory změny v psychoterapii deprese patří změna v dysfunkčních postojích, negativních (automatických) myšlenkách, ruminacích, obavách a všímavosti (Lemmens et al., 2016). V několika studiích se ukázalo, že určité mechanismy změny jsou sdíleny přístupy, které ve své teorii nedeklarují jejich využití. Například obě skupiny klientů léčených buď kognitivně-behaviorální, anebo interpersonální psychoterapií dosahovaly podobného zlepšení v oblastech jako je změna kognitivních přesvědčení nebo interpersonálního fungování (Lemmens et al., 2017).

Jiné studie naopak potvrdily odlišnosti ve využívaných mechanismech změny mezi přístupy. U klientek léčených terapií pomocí přijetí a závazku nefungovala přítomnost depresogenních myšlenek a úroveň nefunkčních postojů jako mediátor změny, na rozdíl od klientek léčených pomocí kognitivní terapie (Zettle et al., 2011). Rozdílné mechanismy fungování u těchto terapeutických přístupů byly prokázány také ve studii Forman et al. (2012). Využívání strategií zaměřených na kognitivní a afektivní změny mediovaly efekt pouze u KT, kdežto využití strategií zaměřených na přijetí zase pouze u ACT. Změna v porozumění sobě samému se ukázala být mediátorem změny v psychodynamické terapii, ale nikoli v kognitivně-behaviorální terapii (Gibbons et al., 2009).

Výsledky návrhu výzkumu by přinesly bližší náhled na to, jaké principy změny jsou českými terapeuty kognitivně-behaviorálního, psychodynamického a humanistického směru využívány v léčbě deprese a zdali se tyto principy změny odlišují od principů využívaných v práci s klienty trpícími jinými obtížemi. Získaná data by dále umožnila porovnat, jaké principy změny jsou sdíleny terapeuty více různých přístupů, a které jsou specifické jen pro některé z nich. Tyto výsledky by napomohly k bližšímu porozumění procesu změny v psychoterapii deprese a mohly by posloužit jako podklad pro výzkum využívající mediační analýzy pro posouzení navržených mediátorů změny.

Seznam použité literatury

A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A Meta-Analysis of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 84(1), 30-36.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Amick, H. R., Gartlehner, G., Gaynes, B. N., Forneris, C., Asher, G. N., Morgan, L. C., et al. (2015). Comparative benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 6019(351), 1-10.

Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., et al. (2013). Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *Plos Medicine*, 10(5).

Batink, T., Peeters, F., Geschwind, N., van Os, J., Wichers, M., & Aleman, A. (2013). How Does MBCT for Depression Work? Studying Cognitive and Affective Mediation Pathways. *Plos One*, 8(8).

Beck, J. S., & Hindman, R. (2017). Cognitive Therapy. In M. J. Dewan, B. N. Steenbarger, & R. P. Grennberg, *The art and science of brief psychotherapies: A practitioner's guide* (3rd ed., 97-134). Arlington: American Psychiatric Association Publishing.

Beshai, S., Dobson, K. S., Bockting, C. L. H., & Quigley, L. (2011). Relapse and recurrence prevention in depression: Current research and future prospects. *Clinical Psychology Review*, 31(8), 1349-1360.

Bohlmeijer, E. T., Lamers, S. M. A., & Fledderus, M. (2015). Flourishing in people with depressive symptomatology increases with Acceptance and Commitment Therapy. Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. *Behaviour Research And Therapy*, 65, 101-106.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss, Sadness and Depression*. New York: Basic Books.

Bressi, C., Fronza, S., Minacapelli, E., Nocito, E. P., Dipasquale, E., Magri, L., et al. (2017). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy with Mentalization-Based Techniques in Major Depressive Disorder patients: Relationship among alexithymia, reflective functioning, and outcome variables – A Pilot study. *Psychology And Psychotherapy: Theory, Research And Practice*, 90(3), 299-313.

- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., et al. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *Bmc Medicine*, *9*(1).
- Buckman, J. E. J., Underwood, A., Clarke, K., Saunders, R., Hollon, S. D., Fearon, P., & Pilling, S. (2018). Risk factors for relapse and recurrence of depression in adults and how they operate: A four-phase systematic review and meta-synthesis. *Clinical Psychology Review*, *64*, 13-38.
- Busch, F., Rudden, M., & Shapiro, T. (2016). *Psychodynamic treatment of depression* (2nd ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Carryer, J. R., & Greenberg, L. S. (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, *78*(2), 190-199.
- Carter, J. D., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Mulder, R. T., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2011). Patient predictors of response to cognitive behaviour therapy and interpersonal psychotherapy in a randomised clinical trial for depression. *Journal Of Affective Disorders*, *128*(3), 252-261.
- Clarke, K., Mayo-Wilson, E., Kenny, J., & Pilling, S. (2015). Can non-pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, *39*, 58-70.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy process-outcome research. In M. J. Lambert, *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (298-340). New York: Wiley.
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology/psychologie Canadienne*, *58*(1), 7-19.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison with other Treatments. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, *58*(7), 376-385.
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders: A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, *15*(3), 245-258.

Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J., & Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 280-291.

Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis. *American Journal Of Psychiatry*, 168(6), 581-592.

Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Straten, A., Bockting, C., Berking, M., & Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *Bmj Open*, 3(4).

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal Of Affective Disorders*, 159, 118-126.

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*, 12(2), 137-148.

Český statistický úřad. (2017). *Sebevraždy*. Dostupné z https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj

De Raedt, R., Baert, S., Demeyer, I., Goeleven, E., Raes, A., Visser, A., et al. (2012). Changes in Attentional Processing of Emotional Information Following Mindfulness-Based Cognitive Therapy in People with a History of Depression: Towards an Open Attention for all Emotional Experiences. *Cognitive Therapy And Research*, 36(6), 612-620.

Deen, S., Sipe, W., & Eisendrath, S. J. (2016). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression. In S. J. Eisendrath (Ed.), *Mindfulness-based cognitive therapy: innovative applications* (133-144). New York, NY: Springer Science Business Media.

Dietz, L. J., Marshal, M. P., Burton, C. M., Bridge, J. A., Birmaher, B., Kolko, D., et al. (2014). Social problem solving among depressed adolescents is enhanced by structured psychotherapies. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 82(2), 202-211.

Dozois, D. J. A., & Bieling, P. J. (2010). Cognitive therapy for depression. In S. G. Hofmann, & M. A. Reinecke, *Cognitive-behavioral therapy with adults: A guide to empirically-informed assessment and intervention* (1-17). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C. M., Abbass, A. A., de Jonghe, F., & Dekker, J. J. M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*(1), 25-36.

Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J. M., Van, H. L., et al. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical Psychology Review, 42*, 1-15.

Driessen, E., Hollon, S. D., Bockting, C. L. H., Cuijpers, P., Turner, E. H., & Lu, L. (2015). Does Publication Bias Inflate the Apparent Efficacy of Psychological Treatment for Major Depressive Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis of US National Institutes of Health-Funded Trials. *Plos One, 10*(9).

Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy, 48*(1), 43-49.

Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L. S., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.) *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (495-538). New York: Wiley.

Ellison, J. A., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Angus, L. (2009). Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 77*(1), 103-112.

Farber, B. A., & Doolin, E. M. (2011). Positive regard. *Psychotherapy, 48*(1), 58-64.

Forman, E. M., Chapman, J. E., Herbert, J. D., Goetter, E. M., Yuen, E. K., & Moitra, E. (2012). Using Session-by-Session Measurement to Compare Mechanisms of Action for Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy, 43*(2), 341-354.

Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *Collected Papers, Vol. IV*, 152-170.

Gabbard, G. O. (2017). *Long-term psychodynamic psychotherapy: a basic text* (3rd ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.

Geschwind, D. H., & Flint, J. (2015). Genetics and genomics of psychiatric disease. *Science, 349*(6255), 1489-1494.

Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Wiltsey Stirman, S., Gallop, R., Goldstein, L. A., et al. (2009). Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 77*(5), 801-813.

Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist, 35*(11), 991-999.

- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Pos, A. E. (2005). Depth of emotional experience and outcome. *Psychotherapy Research, 15*(3), 248-260.
- Goldmann, P. (2001). Pojmy ve zdravotnictví s důrazem na oblast psychopatologie. In B. Baštecká, & P. Goldmann, *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice, 21*(5), 372–378.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, Aware, and Active: Contextual Approaches as an Emerging Trend in the Behavioral and Cognitive Therapies. *Annual Review Of Clinical Psychology, 7*(1), 141-168.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy And Research, 36*(5), 427-440.
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics Of North America, 40*(4), 739-749.
- Hollon, S. D., Shelton, R. C., & Loosen, P. T. (1991). Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 88.
- Howard, S. (2008). *Psychodynamická psychoterapie*. Praha: Portál.
- Huibers, M. J., Cohen, Z. D., Lemmens, L. H. J. M., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., Cuijpers, P., et al. (2015). Predicting Optimal Outcomes in Cognitive Therapy or Interpersonal Psychotherapy for Depressed Individuals Using the Personalized Advantage Index Approach. *Plos One, 10*(11), 1-16.
- Huijbers, M. J., Spinhoven, P., Spijker, J., Ruhé, H. G., van Schaik, D. J. F., van Oppen, P., et al. (2016). Discontinuation of antidepressant medication after mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: randomised controlled non-inferiority trial. *British Journal Of Psychiatry, 208*(04), 366–373.
- Jacobs, R. H., Becker, S. J., Curry, J. F., Silva, S. G., Ginsburg, G. S., Henry, D. B., & Reinecke, M. A. (2014). Increasing Positive Outlook Partially Mediates the Effect of Empirically Supported Treatments on Depression Symptoms Among Adolescents. *Journal Of Cognitive Psychotherapy, 28*(1), 3-19.

- Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A., Lindström, M., Möller, S., Petitt, E., et al. (2012). Psychodynamic Guided Self-Help for Adult Depression through the Internet: A Randomised Controlled Trial. *Plos One*, 7(5).
- Johnsen, T. J., & Friberg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(4), 747-768.
- Kessler, R. C. (2012). The Costs of Depression. *Psychiatric Clinics Of North America*, 35(1), 1-14.
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M. A., et al. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine*, 38(05), 689-703.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., Renlund, C., Haaramo, P., Härkänen, T., & Virtala, E. (2011). Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *Journal Of Affective Disorders*, 132(1-2), 37-47.
- Kolden, G. G., Klein, M. H., Wang, C. -C., & Austin, S. B. (2011). Congruence/genuineness. *Psychotherapy*, 48(1), 65-71.
- Koppers, D., Peen, J., Niekerken, S., Van, R., & Dekker, J. (2011). Prevalence and risk factors for recurrence of depression five years after short term psychodynamic therapy. *Journal Of Affective Disorders*, 134(1-3), 468-472.
- Kruijshaar, M. E., Barendregt, J., Vos, T., de Graaf, R., Spijker, J., & Andrews, G. (2005). Lifetime prevalence estimates of major depression: an indirect estimation method and a quantification of recall bias. *European Journal Of Epidemiology*, 20(1), 103-111.
- Kryl, M. (2006). Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(5), 250–255.
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., et al. (2016). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse. *Jama Psychiatry*, 73(6).
- Lampropoulos, G. K. (2001). Bridging technical eclecticism and theoretical integration: Assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 5–19.
- Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2015). Web-Based Acceptance and Commitment Therapy for Depressive Symptoms With Minimal Support. *Behavior Modification*, 39(6), 805-834.

Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy, 51*(4), 467-481.

Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. *Jama, 300*(13), 1551-1565.

Leichsenring, F., & Schauenburg, H. (2014). Empirically supported methods of short-term psychodynamic therapy in depression: Towards an evidence-based unified protocol. *Journal Of Affective Disorders, 169*, 128-143.

Lemmens, L. H. J. M., Galindo-Garre, F., Arntz, A., Peeters, F., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., & Huibers, M. J. H. (2017). Exploring mechanisms of change in cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for adult depression. *Behaviour Research And Therapy, 94*, 81-92.

Lemmens, L. H. J. M., Müller, V. N. L. S., Arntz, A., & Huibers, M. J. H. (2016). Mechanisms of change in psychotherapy for depression: An empirical update and evaluation of research aimed at identifying psychological mediators. *Clinical Psychology Review, 50*, 95-107.

Li, J. -M., Zhang, Y., Su, W. -J., Liu, L. -L., Gong, H., Peng, W., & Jiang, C. -L. (2018). Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research, 268*, 243-250.

Li, M., D'Arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine, 46*(04), 717-730.

Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports, 8*(1).

Lundh, L. -G. (2014). The Search for Common Factors in Psychotherapy: Two Theoretical Models with Different Empirical Implications. *Psychology And Behavioral Sciences, 3*(5), 131-150.

Luyten, P., & Blatt, S. J. (2012). Psychodynamic Treatment of Depression. *Psychiatric Clinics Of North America, 35*(1), 111-129.

MacKenzie, M., Abbott, K., & Kocovski, N. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy in patients with depression: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease And Treatment, 14*, 1599-1605.

- McAleavey, A. A., & Castonguay, L. G. (2015). The Process of Change in Psychotherapy: Common and Unique Factors. In O. Gelo, A. Pritz, B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome* (293-310). Vienna: Springer.
- McBride, C., Zuroff, D. C., Ravitz, P., Koestner, R., Moskowitz, D. S., Quilty, L., & Bagby, R. M. (2010). Autonomous and controlled motivation and interpersonal therapy for depression: Moderating role of recurrent depression. *British Journal Of Clinical Psychology, 49*(4), 529-545.
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient Preference for Psychological vs Pharmacologic Treatment of Psychiatric Disorders. *The Journal Of Clinical Psychiatry, 74*(6), 595-602.
- Mohr, D. C., Spring, B., Freedland, K. E., Beckner, V., Arean, P., Hollon, S. D., et al. (2009). The Selection and Design of Control Conditions for Randomized Controlled Trials of Psychological Interventions. *Psychotherapy And Psychosomatics, 78*(5), 275-284.
- Mulder, R., Murray, G., & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *Lancet Psychiatry, 4*(12), 953-962.
- Oddli, H. W., Nissen-Lie, H. A., & Halvorsen, M. S. (2016). Common therapeutic change principles as “sensitizing concepts”: A key perspective in psychotherapy integration and clinical research. *Journal Of Psychotherapy Integration, 26*(2), 160-171.
- Penninx, B. W. J. H., Milaneschi, Y., Lamers, F., & Vogelzangs, N. (2013). Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *Bmc Medicine, 11*(1).
- Perestelo-Perez, L., Barraca, J., Peñate, W., Rivero-Santana, A., & Alvarez-Perez, Y. (2017). Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Clinical And Health Psychology, 17*(3), 282-295.
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 1032-1040.
- Pots, W. T. M., Fledderus, M., Meulenbeek, P. A. M., ten Klooster, P. M., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: Randomised controlled trial. *British Journal Of Psychiatry, 208*(01), 69-77.
- Praško, J., & Možný, P. (2010). Kognitivně behaviorální terapie. In Z. Vybíral, & J. Roubal (Eds.), *Současná psychoterapie* (195-234). Praha: Portál.

- Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (2007). KBT depresivní poruchy. In J. Praško, P. Možný, & M. Šlepecký (Eds.), *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch* (264-348). Praha: Triton.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada.
- Quilty, L. C., Dozois, D. J. A., Lobo, D. S. S., Ravindran, L. N., & Bagby, R. M. (2014). Cognitive structure and processing during cognitive behavioral therapy vs. pharmacotherapy for depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7(3), 235-250.
- Ravitz, P., McBride, C., & Maunder, R. (2011). Failures in interpersonal psychotherapy (IPT): factors related to treatment resistances. *Journal Of Clinical Psychology*, 67(11), 1129-1139.
- Ribeiro, Â., Ribeiro, J. P., & von Doellinger, O. (2018). Depression and psychodynamic psychotherapy. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 40(1), 105-109.
- Rihacek, T., & Roubal, J. (2018). Common principles of psychotherapeutic change: patterns of use. *British Journal Of Guidance & Counselling*, 46, 1-11.
- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal Of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Segal, Z. V., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* (2nd ed.). New York City: Guilford Publications.
- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepsenwol, O., & Arkowitz, H. (2012). A Pilot Investigation of Emotion-Focused Two-Chair Dialogue Intervention for Self-Criticism. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(6), 496-507.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109.
- Schneider, K. J., & Längle, A. (2012). The renewal of humanism in psychotherapy: A roundtable discussion. *Psychotherapy*, 49(4), 427-429.
- Smith, P., Scott, R., Eshkevari, E., Jatta, F., Leigh, E., Harris, V., et al. (2015). Computerised CBT for depressed adolescents: Randomised controlled trial. *Behaviour Research And Therapy*, 73, 104-110.
- Spijkerman, M. P. J., Pots, W. T. M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 45, 102-114.

- Stice, E., Rohde, P., Seeley, J. R., & Gau, J. M. (2010). Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: An evaluation of three depression prevention programs. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 78*(2), 273-280.
- Stuart, S. (2017). Interpersonal Psychotherapy. In M. J. Dewan, B. N. Steenbarger, & R. P. Grennberg, *The art and science of brief psychotherapies: A practitioner's guide* (3rd ed., 219-258). Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.
- Stuart, S., & Robertson, M. (2012). *Interpersonal Psychotherapy: A Clinician's Guide* (2nd ed.). Boca Raton: CRC Press.
- Šlepecký, M., Praško, J., Kotianová, A., & Vyskočilová, J. (2018). *Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii: nové směry*. Praha: Portál.
- Timulak, L., & Creaner, M. (2010). Qualitative meta-analysis of outcomes of person centred/experiential therapies. In M. Cooper, J. C. Watson, D. Hölldampf, *Person-Centred and Experiential Psychotherapies Work* (65-90). Manchester, UK: PCCS Books.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(6), 710-720.
- Tompkins, K. A., & Swift, J. K. (2015). Psychotherapy Process and Outcome Research. In *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. Hoboken, New Jersey: John Wiley.
- Toth, S. L., Rogosch, F. A., Oshri, A., Gravener-Davis, J., Sturm, R., & Morgan-López, A. A. (2013). The efficacy of interpersonal psychotherapy for depression among economically disadvantaged mothers. *Development And Psychopathology, 25*, 1065-1078.
- Tschacher, W., Junghan, U. M., & Pfammatter, M. (2014). Towards a Taxonomy of Common Factors in Psychotherapy-Results of an Expert Survey. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 21*(1), 82-96.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2017). *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabeleární část. Aktualizované vydání k 1. 1. 2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgaard, J., et al. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review, 37*, 26-39.
- van der Zanden, R., Galindo-Garre, F., Curie, K., Kramer, J., & Cuijpers, P. (2014). Online cognitive-based intervention for depression: exploring possible circularity in mechanisms of change. *Psychological Medicine, 44*(6), 1159-1170.

van Hees, M. L. J. M., Rotter, T., Ellermann, T., & Evers, S. M. A. A. (2013). The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: a systematic review. *Bmc Psychiatry*, *13*(1).

Varvatsoulas, G. (2015). Depression as a maladaptive process: discussion of the condition according to the humanistic and existential approach. *Gesj: Education Science And Psychology*, *34*(2).

Villatte, J. L., Vilardaga, R., Villatte, M., Plumb Vilardaga, J. C., Atkins, D. C., & Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes. *Behaviour Research And Therapy*, *77*, 52-61.

Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). Dnešní psychoterapie. In Z. Vybíral & J. Roubal (Eds.), *Současná psychoterapie* (30-44). Praha: Portál.

Warmerdam, L., van Straten, A., Jongasma, J., Twisk, J., & Cuijpers, P. (2010). Online cognitive behavioral therapy and problem-solving therapy for depressive symptoms: Exploring mechanisms of change. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, *41*(1), 64-70.

Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, *71*(4), 773-781.

Webb, C. A., Kertz, S. J., Bigda-Peyton, J. S., & Björgvinsson, T. (2013). The role of pretreatment outcome expectancies and cognitive-behavioral skills in symptom improvement in an acute psychiatric setting. *Journal Of Affective Disorders*, *149*(1-3), 375-382.

Weinberger, J. (2014). Common factors are not so common and specific factors are not so specified: Toward an inclusive integration of psychotherapy research. *Psychotherapy*, *51*(4), 514-518.

Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2018). *The guide to interpersonal psychotherapy* (Updated and expanded edition). New York: Oxford University Press.

Weitz, E. S., Hollon, S. D., Twisk, J., van Straten, A., Huibers, M. J. H., David, D., et al. (2015). Baseline Depression Severity as Moderator of Depression Outcomes Between Cognitive Behavioral Therapy vs Pharmacotherapy. *Jama Psychiatry*, *72*(11), 1102-1109.

Whooley, M. A., & Wong, J. M. (2013). Depression and Cardiovascular Disorders. *Annual Review Of Clinical Psychology*, *9*(1), 327-354.

Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J. V., et al. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent

depression: a randomized dismantling trial. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 82(2), 275-286.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.

World Health Organization. (2016). *Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th Revision). Dostupné z <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>

Zettle, R. D. (2007). *ACT for depression*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Zettle, R. D., Rains, J. C., & Hayes, S. C. (2011). Processes of Change in Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Depression: A Mediation Reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior Modification*, 35(3), 265-283.

Příloha 1.

Dotazník principů změny v psychoterapii

První část – demografické údaje

1. Jste muž, nebo žena?
2. Kolik vám je let?
3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání (obor na VŠ a dosažený titul)?
4. Vypište všechny vaše dokončené psychoterapeutické výcviky.
5. Kolik let psychoterapeutické praxe máte za sebou?
6. Věnujete se psychoterapii v současné době? Jaké je vaše pracovní vytížení (počet hodin psychoterapie za týden)?
7. Pracujete psychoterapeuticky s depresivními klienty? S kolika za poslední rok?

Druhá část

U každé položky označte na škále od 0 do 5, jak často jste se v posledním roce ve své psychoterapeutické práci snažil/a zajistit dosažení daného efektu.

„V posledním roce jsem se v terapeutickém procesu snažil/a zajistit, aby...“	nikdy	zřídka	občas	často	na většině setkání	na každém setkání
...klient mohl lépe porozumět svému problému nebo situaci.“	0	1	2	3	4	5
...klient mohl lépe přijmout sám sebe takového, jaký je.“	0	1	2	3	4	5
...klient získal novou naději.“	0	1	2	3	4	5
...klient ve vztahu se mnou nebo s někým jiným získal novou zkušenost, která by mu pomohla opravit dřívější vzorce vnímání, prožívání nebo myšlení.“	0	1	2	3	4	5

„V posledním roce jsem se v terapeutickém procesu snažil/a zajistit, aby...“	nikdy	zřídka	občas	často	na většině setkání	na každém setkání
...klient přijal má doporučení.“	0	1	2	3	4	5
...se klient naučil novým dovednostem.“	0	1	2	3	4	5
...klient zažil lidskou blízkost.“	0	1	2	3	4	5
...byl klient vystaven situacím nebo pocitům, kterým se vyhýbal.“	0	1	2	3	4	5
...byl klient schopný lépe využívat své zdroje.“	0	1	2	3	4	5
...klient dokázal lépe vyjadřovat své emoce.“	0	1	2	3	4	5

Třetí část

Pozn. Pro respondenty bude ve skutečné online verzi dotazníku viditelná až po dokončení druhé části dotazníku, aby nedošlo k ovlivnění odpovědí mezi jednotlivými částmi.

V této části dotazníku se zaměřte **výhradně** na svou psychoterapeutickou práci s **depresivními klienty**.

„V posledním roce jsem se ve své psychoterapeutické práci s depresivním klientem snažil/a zajistit, aby...“	nikdy	zřídka	občas	často	na většině setkání	na každém setkání
...klient mohl lépe porozumět svému problému nebo situaci.“	0	1	2	3	4	5
...klient mohl lépe přijmout sám sebe takového, jaký je.“	0	1	2	3	4	5

„V posledním roce jsem se ve své psychoterapeutické práci s depressivním klientem snažil/a zajistit, aby...	nikdy	zřídka	občas	často	na většině setkání	na každém setkání
...klient získal novou naději.“	0	1	2	3	4	5
...klient ve vztahu se mnou nebo s někým jiným získal novou zkušenost, která by mu pomohla opravit dřívější vzorce vnímání, prožívání nebo myšlení.“	0	1	2	3	4	5
...klient přijal má doporučení.“	0	1	2	3	4	5
...se klient naučil novým dovednostem.“	0	1	2	3	4	5
...klient zažil lidskou blízkost.“	0	1	2	3	4	5
...byl klient vystaven situacím nebo pocitům, kterým se vyhýbal.“	0	1	2	3	4	5
...byl klient schopný lépe využívat své zdroje.“	0	1	2	3	4	5
...klient dokázal lépe vyjadřovat své emoce.“	0	1	2	3	4	5