

NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY PSYCHOTERAPIE

Adverse effects of psychotherapy

Lucia Polakovská^a, Zbyněk Vybíral^a

^aKatedra psychologie Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno, CZ;
e-mail: polakovská.lucia@gmail.com; vybiral@fss.muni.cz

Psychoterapie. 12 (2), 115–131; ISSN 1802-3983

Tato studie vznikla za podpory specifického vysokoškolského výzkumu, projekt č. MUNI/A/1024/2016, kterou poskytlo MŠMT.

ABSTRAKT

Kvalitativní explorativní studie zkoumala některé nežádoucí účinky psychoterapie v ČR. Vzorek tvořilo osm respondentů se zkušenostmi z psychoterapie, data byla získána z rozhovorů. Tematickou analýzou jsme identifikovali sedm hlavních témat: negativní efekty vznikající „vrtáním se v sobě“, přenechání zodpovědnosti na terapeutovi / posílení pasivity klienta, negativní reakce vyvolané terapeutem, terapie negativně zasahuje do pracovní/školní oblasti, do vztahů a každodenního života, zkušenost s terapií odrazuje od dalších sezení nebo terapií, terapie nevede ke zlepšení a terapie přispívá k negativnímu sebeobrazu. Výzkum ukázal, že v průběhu psychoterapie se objevují různě vnímané negativní dopady a že je potřeba jejich výskytu a porozumění věnovat pozornost.

Klíčová slova: psychoterapie, negativní účinky, závislost, terapeut, deteriorace

ABSTRACT

This qualitative explorative study is focused on the topic of adverse effects of psy-

chotherapy. The aim was to explore the negative effects in Czech Republic. Individual interviews were conducted with eight participants in order to get the research data. The use of thematic analysis led to identification of seven main themes, which reflect the clients' experience with negative effects: negative effects emerge from intense self-observation; leaving responsibility to therapist reinforces client's passivity; therapist elicits negative reactions in client; therapy causes difficulties at work/school, in social relationships and in everyday life; psychotherapy experience results in rejection of further treatment; therapy does not lead to improvement, and therapy contributes to building a negative self-image. The results of the study indicate that the different negative effects are needed be taken very seriously, and as a topic of further research.

Key words: psychotherapy, negative effects, dependence, therapist, deterioration

ÚVOD

Není pochyb o tom, že psychoterapie funguje a že může mít blahodárné účinky na duševní zdraví člověka (Lambert & Ogles, 2004). Méně pozornosti se dosud věnovalo negativním účinkům psychoterapie. Americká psychologická asociace (2002) ve svých

„Criteria for Evaluating Treatment Guidelines“ zformulovala, že je potřeba zkoumat i vedlejší nebo negativní výsledky, jestliže souvisejí s léčbou. Výzkumníci se proto dnes věnují také zhoršení stavu pacientů, jejich poškození nebo dalším negativním dopadům terapie (Crawford et al., 2016; Vaughan et al., 2014; Barlow, 2010; Hannan et al., 2005; Hatfield et al., 2009). Přičemž zpravidla odlišují mj. mezi krátkodobými nepříjemnými zkušenostmi a prožitky, jež jsou často s psychologickou léčbou spojeny, a přetrvávajícím nežádoucím dopadem psychoterapie (Crawford et al., 2016). K dispozici dnes máme řadu studií, které se zaměřily na vedlejší účinky a negativní dopady specifických druhů psychoterapie, např. vyskytujících se při psychoanalýze mladých dospělých (Werbart et al., 2014) nebo v rámci pomoci poskytované na internetu (Rozenal et al., 2015). Výzkum v České republice je v začátcích; vznikla první studie věnovaná problému předčasného ukončení terapie (Blažková, 2016) a pozornost se obrací k etickým principům psychoterapie (Miovský & Danelová, 2010; Mauzer, 2012; Vybíral, 2012; Vybíral, 2017). Jakubů (2011) se zaměřil na subjektivní vnímání neúspěchu samotnými terapeuty, nebyla však dosud publikována žádná studie založená na klienty uváděných negativních dopadech psychologické léčby.

Negativní účinky po ukončené psychoterapii se týkají 5–10 % klientů (Lambert & Ogles, 2004; Mohr, 1995; Swift et al., 2010; Warren et al., 2010; Shimokawa et al., 2010; Saxon et al., 2016; Crawford et al., 2006). Ve srovnání s popisy nežádoucích účinků psychofarmakologické léčby nejsou negativní dopady psychoterapie dostatečně definované. Každý výzkum by však měl mít

operacionalizován klíčový termín „nežádoucí účinky“ (Vaughan et al., 2014).

V souladu s řadou autorů (Hatfield et al., 2009; Swift et al., 2010; Rozenal et al., 2016; Parry et al., 2016) chápeme nežádoucí účinek psychoterapie jako zřetelné zhoršení symptomů spojené s poklesem subjektivně vnímané pohody nebo vedoucí ke snížení schopnosti přiměřeně sociálně



Lucia Polakovská

Absolventka magisterského studia psychologie. Momentálně působí na Katedře psychologie FSS MU v Brně jako doktorská studentka a zároveň částečně pracuje v Centru pro výzkum psychoterapie. Mezi témata, kterým se věnuje, patří negativní efekty psychoterapie a prožitková změna klientů s psychosomatickými potížemi po podstoupení psychoterapie.

fungovat v jedné či více oblastech života, který se objeví v průběhu nebo jako následek psychoterapie. Tato „základní“ deteriorace psychického nebo psychosomatického stavu je měřitelná monitorovacími dotazníky v průběhu léčby nebo katamnesticky; spíše přehlíženy ovšem zůstávají další, často velmi individuální negativní účinky a zkušenosti (Boettcher et al., 2014).

Klasifikaci vedlejších účinků terapie-

tických intervencí je také potřeba odlišit od situací, kdy klient na léčbu nereaguje (*non-response*), od deteriorace plynoucí z progredování onemocnění, ale i od zřetelné eticky chybné či pochybné léčby (*malpractice*). V naší studii se zaměřujeme na negativní účinky vznikající v průběhu terapie, která, jak předpokládáme, byla vykonávána *bona-fide*. Stranou zůstaly postupy potenciálně škodlivé „samy o sobě“ (Lilienfeld, 2007).

Řada autorů třídí negativní účinky psychologické léčby různě (Linden, 2012; Bystedt et al., 2014; Rozental et al., 2016). Linden (2012) představil originální metodu identifikování nežádoucích účinků (*The unwanted event to adverse treatment reaction [UE-ATR] checklist*). Zdůraznil, že rozpoznání nežádoucího účinku není automaticky důkazem špatné terapie, nicméně jeho rozpoznání terapeutem a následně zvládnutí má přispět k vyšší kvalitě péče. Linden rozlišuje:

- *nežádoucí událost* – jde o jakoukoliv událost, kterou si klient nepřál;
- *reakce na terapii* – jde o reakce vynořující se v průběhu terapie; přičemž tyto reakce mohou být dvojího druhu: a) *nežádoucí reakce na terapii* v případě, kdy terapie je pravděpodobně prováděna správně; b) *reakce na pochybení*, kdy je reakce způsobená nesprávně prováděnou terapií;
- *nereagování na terapii* – jde o nežádoucí jev, protože terapie nevede ke zlepšení;
- *zhoršení onemocnění* – může, ale nemusí být nežádoucí reakcí na terapii; některá z přechodných zhoršení mohou někdy indikovat i žádoucí průběh léčby;
- *samo „riziko terapie“* – spadají sem všechny známé potenciálně škodlivé reakce; klient má právo být o rizicích terapie infor-

mován, přičemž opět zdůrazníme, že některé nežádoucí vedlejší účinky psychologické léčby jsou vlastně nevyhnutelné; nelze si myslet, že psychoterapie bude jen příjemná (Strauss et al., 2012);

- *kontraindikace* – vede vysoce pravděpodobně ke škodlivé reakci v daném individuálním případě.

Lindenově klasifikaci lze vytknout, že nenabízí jasně odlišitelné kategorie. Bystedt et al. (2014) rozdělili negativní dopady psychoterapie konkrétněji, a to na základě výpovědí terapeutů. Rozlišili:

případ, kdy léčba nemá žádný efekt, od deteriorace, samostatně vytkli závislost na psychoterapii a nežádoucí dopad na jiné oblasti života. V rámci naší studie jsme použili dotazník NEQ (Rozental et al., 2016), jejichž autoři dospěli faktorovou analýzou k šesti hlavním faktorům:

Deteriorace v psychoterapii. Jde o zhoršení zdraví nebo duševního stavu klienta, nebo objevení se nových symptomů (např. insomnie, snížení sebevědomí aj.).

Kvalita poskytované psychoterapie. Klient může vnímat psychoterapii jako nekvalitní z řady důvodů. Musíme brát v úvahu: neporozumění terapii (terapeutovi), nízkou důvěru vůči terapii/terapeutovi a nevytvoření blízkého vztahu, nenaplněná očekávání nebo malou motivaci na straně klienta. Jako nekvalitní prožívá klient takovou terapii, která mu „nesedla“. Rovněž Medau et al. (2013) zdůraznila především vztahové deficity, jež snižují kvalitu léčby.

Závislost. Pěstovat závislost na terapii nebo terapeutovi je nežádoucí. Vyšší riziko vzniku závislosti vykazují klienti se závislým osobnostním stylem, omezenou sociální podporou nebo v chronickém stavu

(Berk a Parker, 2009); větší sklon k závislosti vykazují ženy než muži (Parker et al., 2013). Ze strany terapeutů může závislost posilovat „mateřský“ přístup nebo přístup „zachránce“, podsouvající implicitně, že bez terapeuta by si klient neporadil; závislost je přitom často pro klienta nesrozumitelná, nechápe např., jak k ní mohlo v takové míře dojít.

Prožitek stigmatu. Subjektivně prožívané stigma může u klienta vést k pohledu na sebe v „negativním světle“ (Overton a Meidna, 2008). K subjektivní, k sobě vztahované stigmatizaci dochází zpravidla ve stádiích, kdy klient zvnitřňuje stereotypy ve společnosti: o duševních onemocněních, o pacientech s psychickými problémy. Přejímání předsudků může vést k výraznému snížení kvality života. Naopak ti, kteří se rozhodnou pro *coming out*, tj. s duševními problémy se svěří, prožívají stigma většinou lépe (Corrigan et al., 2010).

Zoufání si. Nežádoucí vedlejší účinky mohou souviset s tím, že si klient jasně uvědomuje své těžkosti, že se konfrontuje s obtížemi a získává na ně náhled. To může v některých případech vést ke snížení emoční pohody, až k zoufání si. Řečeno termínem z psychodynamické tradice, klient v léčbě podstupuje riziko ohrožení ega. Dalším druhem zoufání je nenaplnění naděje spojené s psychoterapií; prožitek toho, že mi terapie neprospívá (Strupp, Hadley & Gomes-Schwarz, 1977). Moritz et al. (2015) zjistili, že mezi pacienty s obsedantně kompulzivní poruchou přibližně každý pátý pacient tvrdil, že ztratil naději spojenou s psychoterapií. 60% z nich tak usoudilo proto, že se jejich stav po absolvované léčbě nezlepšil.

Pocity selhání. Posledním faktorem, kte-

rý identifikovali Rozental et al. (2016) je selhání. Má úzký vztah s faktorem předchozím. Klient, který si prožije, že psychoterapie selhala, má nižší sebevědomí, ztratí důvěru v sebe, má pocit nižší kompetence.

Příčiny negativních dopadů v psychoterapii

V této studii ponecháváme stranou nesprávné chování psychoterapeuta, které je ve zřejmém rozporu s etickými standardy (Strauss et al., 2012); této problematice se hodláme věnovat v budoucnu.

Řada autorů (viz Bystedt et al., 2014; Hersoug et al., 2010; Saxon et al., 2016) se dnes shoduje v tom, že negativní účinek psychoterapie mohou způsobit: nezkušený nebo v dané oblasti léčby nekompetentní terapeut; zhoršující se terapeutický vztah; přehlédnutí somatického onemocnění; emoční stres, který může terapie plodit; ale také řada externích faktorů jako jsou např. potíže s financováním terapie. Dosud neexistuje průkazný konsenzus nad vztahem mezi určitými osobnostními dispozicemi klientů (např. hraničně organizovaní) a negativními účinky psychoterapií; potenciální vztah se zkoumá (Mohr, 1995) a výsledky jsou doposud nejednoznačné. Saxon et al. (2016) se např. domnívají, že takovým prediktorem je vyšší věk klientů, zatímco jiní výzkumníci zjistili pravý opak (Crawford et al., 2016). Leitner et al. (2012) naznačili, že ve hře může být i aranžmá terapeut – muž a klientka – žena, které podle nich může nejsnáze vést k vedlejším účinkům terapie.

Je možné měřit nežádoucí účinky psychoterapie?

Tomu, jak měřit účinnost psychoterapie, se věnovala pozornost již v historii: (viz

Garfield, Prager & Bergin, 1971; Strupp, Hadley, 1977a). Od zaznamenávání změny terapeutem se přitom přešlo k monitorování změny klientem. Měřit negativní dopady přesto zůstává problematickou součástí výzkumů účinnosti. Shimokawa et al. (2010) např. upozornili na to, že je často obtížné odlišit, zda k negativní změně klientova stavu přispěla psychoterapie, nebo hlavní příčinou byla kupř. patogeneze onemocnění. Ve výzkumech se ukazuje, že dočasná deteriorace může být někdy funkční, jinými slovy, že např. zhoršení některých symptomů i negativní účinky terapie samotné jsou někdy očekávatelné, ale po čase odezní; dokonce právě dočasné zhoršení může vést někdy k hlubší (žádoucí) změně (srov. Dimidjian, Hollon, 2010; Rozental et al., 2015; Schmidt, Carlbring, 2015). Je tedy potřeba dlouhodobého sledování klienta, aby bylo zřejmé, zda se jednalo jen o krátkodobé zhoršení symptomů nebo o dlouhodobě přetrvávající dopad (Bystedt et al., 2014).

V praxi se terapeuti uchylují ke klinickému úsudku, kterým detekují případné zhoršení. Jejich schopnost rozpoznat deterioraci je však velmi často nedostatečná (Hannan et al. 2005); terapeuti v jednom výzkumu neuměli správně identifikovat nejenom mírné, ale ani výrazné zhoršení (šlo o zhoršení o více než 30 bodů v monitorovacím dotazníku OQ-45; viz Hatfield et al., 2009). Bez spolehlivých metod indikujících výrazné změny je klient vystaven riziku dalšího zhoršování.

Náš explorativní kvalitativní výzkum se zaměřil na zkušenosti klientů z terapie, která měla mimo jiné i vedlejší účinky. Výzkumná otázka zněla: „Jaké zkušenosti mají lidé v České republice s negativními účinky psychoterapie?“

METODA

Negativní efekty psychoterapie jsme zkoumali z pohledu klientů, což považujeme ve shodě s dalšími autory (Hardy et al., 2017; Henkelman & Paulson, 2006) za významný zdroj informací. První autorka vedla individuální polostrukturované rozhovory.

Respondenty jsme získali pomocí dotazníku *Negativní účinky psychoterapie* (NEQ; orig.: Rozental et al., 2016). Je určen těm, kdo podstupují nebo v minulosti podstoupili psychoterapii.¹ Není určen pouze pacientům, kteří u sebe zaregistrovali negativní dopady psychoterapie; dotazník může vyplnit každý klient psychoterapie. Při tvorbě překladu do češtiny jsme měli k dispozici čtyři nezávislé překlady dotazníku z angličtiny a k jejich posouzení jsme přizvali dalšího psychoterapeuta; zpětný překlad pracovní verze pak posloužil kontrole s původním zněním; po tomto kroku byla vytvořena finální česká verze NEQ. Dotazník byl šířen pomocí sítě Facebook, na řadě internetových diskusních fórech a na vývěsce Informačního systému Masarykovy univerzity. Dotazník byl inzerován krátkým textem obsahujícím základní informace. Klíčová část textu zněla následovně: „Shromažďujeme zkušenosti lidí, kteří podstoupili psychoterapii, a přesto se jejich fyzický nebo psychický stav zhoršil. Naším cílem je získat od respondentů data, která nám pomohou porozumět lépe potenciálně negativním dopadům psychoterapie.“ Vyplňován byl online. Od dubna

¹ Za psychoterapii považujeme psychoterapeutické sezení u psychologa, psychoterapeuta nebo psychiatra, tedy u odborníka s psychoterapeutickým výcvikem. Pokud šlo o návštěvy psychiatra, naší podmínkou bylo, aby kromě ambulantního vyšetření došlo i k psychoterapeutické léčbě.

do října 2017 začalo dotazník vyplňovat 372 osob, kompletně ho vyplnilo 96 osob. Respondenti měli možnost uvést kontakt pro případ následného rozhovoru; této možnosti využilo 16 osob.

Všechny respondenty, kteří byli ochotni pokračovat rozhovorem, jsme obeslali a nabídli jim možnost podrobněji promluvit



**Zbyněk
Vybíral**

Zakladatel a bývalý šéfredaktor časopisu, přednáší na Katedře psychologie FSS MU. Věnuje se výzkumu nežádoucích účinků psychoterapie. Vyučuje historii i současnost psychoterapie, dějiny psychologie, etiku v psychoterapii a poradenství. V roce 2016 vydal v Portálu knihu Jak se stát dobrým psychoterapeutem a v roce 2017 v Nové besedě knížku Co je nového v psychologii. V minulém ročníku časopisu publikoval stať „Psychoterapeuti chybují I: historický přehled“.

o zkušenostech z psychoterapie. Na naši nabídku zareagovalo 11 osob. Jednoho muže jsme vyřadili, protože na všechny položky sytící negativní dopad v NEQ odpověděl „ne“; jedna respondentka se z rozhovoru omluvila a jeden muž se v e-mailové komunikaci odmlčel. Výzkumu se tedy zúčastnilo 8 respondentů (7 žen a 1 muž) ve věku 24–47 let. Rozhovory se konaly v září až prosinci 2017. Jména jsou fiktivní a některé údaje jsou přibližné; ne všichni respondenti si byli schopni vzpomenout na děl-

ku, rok absolvování nebo druh terapie (viz tabulka č. 1).

V rozhovorech dala první autorka klientům prostor pro volné vyprávění o zkušenostech s psychoterapií. Pokud respondenti zmínili negativní dopady jak v rozhovoru, tak již v dotazníku, bylo cílem rozhovoru získat co nejdetailnější popis takové zkušenosti. V rozhovoru byly probrány také všechny odpovědi „ano“ z NEQ s tím, že respondenti byli vyzváni, aby k dané položce uvedli podrobnosti nebo byli konkrétní. Všechny rozhovory trvaly půl hodiny až hodinu. Všichni respondenti podepsali před rozhovorem informovaný souhlas; v rámci něho jsme je ujistili, že hovořit mohou jen o tom, co považují za vhodné. Protože jsme se rozhodli poskytnout ochranu i zmiňovaným psychoterapeutům, explicitně jsme respondenty požádali, aby nejmenovali terapeuty, k nimž na psychoterapii docházeli.

Rozhovory byly nahrány, přepsány a analyzovány pomocí induktivní tematické analýzy (Braun & Clarke, 2006). Analýzou rozhovorů jsme dospívali k tématům sémantickým přístupem, v rámci něhož se nehledají „skryté“ významy, ale výzkumník se soustředí na explicitní, zřejmý význam řečeného (Willig, 2014). Při analýze získaných dat jsme postupovali induktivně, aby kódy vycházely přímo z dat, ve kterých jsou témata pevně zakotvená (Braun & Clarke, 2012; Willig, 2014). V rámci analýzy jsme postupovali po jednotlivých krocích tematické analýzy (Braun & Clarke, 2006). Nejdříve jsme se podrobně obeznámili se získanými texty, podrobně a opakovaně pročítali přepisy. Následujícím krokem byla generace prvotních kódů, které probíhalo simultánně se sběrem dat. Z vytvořených kódů jsme v třetím kroku analýzy dospěli

Tabulka 1: Respondenti

Respondent	Pohlaví	Věk	Rok absolvování psychoterapie (přibližně)	Délka psychoterapie (přibližně)	Druh psychoterapie
Miriam	Ž	47	1997	9 měsíců	Kognitivně-behaviorální terapie
Ema	Ž	24	2012-2014	2 roky	
Dana	Ž	39	2016 (terapie 3)	6 měsíců (terapie 1) 6 měsíců (terapie 2) 1 rok (terapie 3)	Psychoanalýza (terapie 1, 2) Kognitivně-behaviorální terapie (terapie 3)
Nela	Ž	25	2015 – současnost (terapie 2)	14 roků (terapie 1) 2 roky (terapie 2)	Gestalt terapie (terapie 2)
Petra	Ž	26	2007-2011	4 roky	<i>Nespecifikovaná</i>
Lea	Ž	27	2008-2011	2-3 roky	Integrativní psychoterapie zaměřená na tělo
Rita	Ž	28	2016	6 měsíců	Kognitivně-behaviorální terapie
Teo	M	27	2009	5 měsíců	Kognitivně-behaviorální terapie

k prvním tématům, která jsme po následném opětovném čtení transkripce několikrát měnili. Konečný soubor témat byl podroben detailní revizi, abychom se mohli přesvědčit, že jsou jednotlivá témata dobře reprezentovaná zkušenostmi respondentů, a že vytvářejí koherentní model. Dalším krokem bylo nalezení vhodného názvu pro každé téma. Při některých názvech jsme se inspirovali pojmy, které při popisu své zkušenosti použili respondenti.

Pro zvýšení validity výstupů jsme předběžné výsledky elektronicky zaslali všem respondentům. Všichni dostali možnost zkontrolovat to, co jsme z přepisů využili, a seznámit se s naší interpretací. Pět respondentů z 8 analýzu dat odsouhlasilo, 3 se neozvali.

VÝSLEDKY

Na základě tematické analýzy rozhovorů jsme identifikovali sedm oblastí, do kterých jsme mohli „umístit“ zkušenosti klientů s negativními dopady psychoterapie (viz tab. 2).

1. *Negativně prožívané „vrtání se v sobě“*

Klienti popisovali nepříjemné pocity spojené s intenzivní introspekci v terapii slovy jako *babráání se, rýpání se v sobě, hrabání se* nebo *vrtání se*. Klientky si uvědomují, že terapie „to stokrát pročišťuje“ a že zhoršení osobní pohody je dáno tím, „že si uvědomuju věci, který jsem si třeba nechtěla uvědomovat...“ (Nela) nebo které „už jsem měla zazděný“ (Dana). Klientky doma přemýšlejí nad tím, co se „otevřelo“ v terapii

Tabulka 2: Negativní účinky psychoterapie vnímané klienty

Téma	Podtéma	Příklad
Negativní dopady vzniklé „vrtáním se“ v sobě	Prožívání nepříjemných pocitů	„často se mi stávalo, že jsem na tom potom byla ještě hůř“
	Přetrvávající nepříjemné myšlenky	„přišla jsem úplně v klidu, neměla co řešit, a odešla jsem úplně rozhozená, a další dva týdny jsem strávila přemýšlením nad spoustou věcí“
	Zhoršení osobní pohody, zhoršení fyzického nebo psychického stavu	„to není možný, že když jsem takhle dobrovolně z toho chtěla dostat, tak jsem na tom asi ještě hůř nakonec“
Přenechání zodpovědnosti na terapeutovi posiluje klientovu závislost		„neměla jsem takovou potřebu nad tím přemýšlet sama a hledat východiska sama“
Negativní reakce vyvolaná terapeutem	Negativní reakce vyvolaná terapeutovou interpretací nebo komentářem	řekl jsem jí, že jsem to nedělal, tak na mě byla... zlá, najednou přísná hrozně, a jako proč, a to musíte, a, a... opravdu to bylo nepříjemný hrozně“ „no jo, ty první vztahy – bagatelizovala to“ „občas jsem z ní měla dojem, že pokud neřeším něco, co by jí zajímalo, tak mě tak jako utřela“
	Negativní reakce vyvolaná tím, jak se terapeut chová	„napsala jsem jí esemesku a ta esemeska absolutně bez odpovědi“; pocit, že terapeutka neposlouchá; T mluví o jiných klientech
Terapie negativně zasahuje do každodenního života, vztahů, pracovní (školní) oblasti		„do rána jsem jenom ležela na posteli, a nebyla jsem schopná se hnout“; „mluvení s lidmi šlo do háje“
Zkušenost s terapií odrazuje od dalšího sezení (od pokračování v terapii)		„odradilo mě to od další práce“
Terapie nepřináší zlepšení		„nezpůsobilo to, že by zmizela ta deprese“
Terapie přispívá k vytváření negativního sebeobrazu		„problém je ve mně“

a výsledkem může být prožitek hněvu („byla jsem naštvaná, že mě otevřela nějaký šílenosti“). V terapii si klientka chtěla pomoci a nyní je jí hůř. Někteří uvádějí, že nespí tak dobře jako před terapií.

Psychoterapie vede u některých klientů k vynoření se událostí a myšlenek, na které by chtěl člověk zapomenout. Zaslouží si pozornost, kdo nepříjemné myšlenky a pocity do terapie přináší a „vrací“. Jak uvedla Lea, „znovu a znovu to nastartovávalo nějaký myšlenky a pocity lítosti a vzpomínky a tak je aktivovalo, který není nutný už furt vytahovat dokola, jo, takže v tomhle to bylo takový, že mě to furt, pořád a pořád připomínalo věci, který vím, že byly, ale vím, že už je nějak nevyřeším (...) Ale terapie mě furt pořád dokola nutila si je připomínat, přesto, že byly neřešitelný.“ (Lea)

Z přetrvávajících negativních prožitků se noří kritika psychoterapie. Taktó ji zformulovala Lea: „Nemyslím si, že to často pomáhá, takový zcitlivování neustále k těm svým bolístkám, ty jako máte vždy... Nemusí se furt dokola otevírat znovu a a furt se do nich sypat ta sůl.“ Jakoby navzdory terapii si klientka připomíná formy pomoci, které jí připadají lepší než psychoterapie: „Někdy je prostě lepší, já nevím, jít si zaběhat.“

Negativní pocity, které přetrvávají po skončení psychoterapie, mohou vyvolat dojem, že odborník nepomohl:

„Jak jsem skončila tu terapii, tak jsem si uvědomila tu svoji chybu, se kterou mi..., necítila jsem nějakou pomoc od té psycholožky, a jako by v tomhle směru jsem na tom byla hůř, předtím jako bych nepřemýšlela nad tím a nějak jsem si ten život žila, a po terapii jsem najednou přemýšlela, co

s tím budu dělat, a nevím, jak z toho ven.“ (Ema)

Řadu nepříjemných prožitků klientů v psychoterapii můžeme označit za nevyhnutelné vedlejší účinky léčebného procesu; např. z psychodynamického hlediska (a nejenom v této tradici) lze uvažovat o jejich funkčnosti či nevyhnutelnosti. Přesto tam, kde klient označí „výsledný“ psychický stav, v němž se ocitl po psychoterapii, jako „horší než před začátkem“, řadíme takové zkušenosti k negativním účinkům.

2. Upadání do závislosti na terapeutovi/terapeutce

Některé klientky vypovídaly o závislosti na psychoterapeutce. Lea závislost prožívala tak, že jí psychoterapeutka „dovolila, ... abych se sama tolik nesnažila, abych si jako by nad tím problémem umyla ruce (...) vlastně to někdo vyřeší za mě.“ Člověk se upíná k terapeutovi a naléhá, aby mu (jí) pomohl. Toto upínání může být velmi intenzivní, jak je vidět z následujícího úryvku:

„Měla jsem pocit jako...musíš mi pomoci, prostě mě musíš pomoci, musíš mě zase říct, co dál, musíš mi zase dát novou myšlenku do hlavy...“ (Rita)

3. Negativní reakce způsobená terapeutových chování (komentáři)

Klienti reagují negativně na to, co podle nich terapeut udělal špatně. Některé chování mu vyčítají. Emu zklamalo, že jí terapeutka neodpověděla na esemesku:

„A postupně jsme se dohodli na tom, že až budu něco chtít, tak ať napíšu (...) tak jsem jí napsala esemesku a ta esemeska absolutně bez odpovědi do teď...já jsem z toho byla

rozhozená, protože ona mi řekla „až bude něco, tak se ozvěte (...), byla jsem strašně zklamaná (...) a naštvalo mě to, protože když něco řeknu, tak to dodržím.“

Teovi se na terapii nechce chodit, protože neplní domácí úkoly a terapeutka to nepřijemně komentuje. Popisuje pocity zahanbení a ponížení, protože psychoterapeut na něho působí jako kontrolující učitel:

„...mně se tam nechtělo chodit, protože ona na mě byla vždycky nepřijemná (...), na jednu stranu to bylo zahanbení a na druhou stranu hněv (...) cítil jsem se zahanbený, trochu ponížený..., jako kdyby byla nějaká učitelka, a já jsem neudělal domácí úkol...“

Zevšeobecňující komentáře terapeutů prožily klientky jako bagatelizaci („no jo, ty první vztahy...“), resp. jako devalvací pocitů. Klientky byly citlivé na zevšeobecňující komentáře („on mi říkal, že to je úplná ptákovina“; Miriam). Klienti prožívají úkorně i prožitky nezájmu. Petra pak měla fantazie o tom, že by terapeutku zaujala jen tehdy, kdyby např. mluvila o sebevraždě, protože na její „blbosti“ terapeutka reaguje tak, že ji to „netankuje“ („To si potom člověk říká: Ty jo, tak já asi řeším fakt kraviny, nebo co.“) Jiná klientka popisuje prožitek viny indukovaný direktivní otázkou („Co tady vlastně ode mě chcete?“); v tu chvíli měla pocit, že se málo snaží.

Za negativní reakci považujeme ztrácení důvěry: „Zmiňovala ostatní pacienty, což byl okamžik, kdy jsem si řekla, ty jo, to je docela blbý, co když takhle mluví o mně? Tady dělá, že ji to hrozně zajímá, a potom se mi vysmívá za zády.“ Úkorně je bráno

doporučení, že by klient měl vyhledat psychiatra. Nela vypověděla, že ji ta poznámka „úplně pohltila“.

4. Terapie negativně zasahuje do každodenního života, poškozujíc ho, zhoršuje.

Rita popisuje, jak se po dobu terapie stranila lidí; už o svých problémech neříkala kamarádům (řeší si to prostě jinde) – až si uvědomila, jak se izoluje a před druhými nemluví, jak se od druhých „odřízla“. V průběhu terapie dala v práci výpověď a začínala „od nuly“.

„V podstatě tou terapií jsem se práci přestala aktivně věnovat úplně, do té doby jsem třeba [dělala] nějaký home office, když mě bylo hodně jako špatně, anebo jsem se nějak třeba držela bokem, ale pracovala jsem, a tady jsem pak už měla i odpor vůbec pracovat.“ (Rita)

Ema měla v době, kdy chodila na terapii, pocit, že nestíhá: najednou měla další povinnost. Navíc se musela stále vymlouvat, kam odchází ze školy. I Petra uvedla, že řešení „psychologických problémů“ ji zatěžovalo tak, že na školní problémy nezbyvala motivace. V psychických problémech klientovi pomáhá psychoterapie, ale v práci nebo ve škole si připadají neschopné.

5. Zkušenost s terapií odrazuje od dalšího sezení

Nežádoucím účinkem je to, že klient začíná hledat výmluvy, proč na další sezení nejít, jak se omluvit, jaký důvod najít, aby nemusel v psychoterapii pokračovat. Pod vlivem nepřijemných prožitků se mu nechce na terapii docházet. Jsou to „subjektivní“ důvody, jak si uvědomoval Teo. O subjektivním podílu na negativní reakci hovořila Petra:

„...to tak jako demotivuje, člověk ztratí chuť, nebo já, já prostě taková jsem, že se mi často stane, že prostě po jedné zkušenosti vždycky uzavřu, že jako ne.“

Klienti zažívají ztrátu smyslu psychoterapie; Dana uvedla: „Když jsem se té terapie neúčastnila, tak jsem měla jako víc, víc klidu.“ Další klientka, nespokojená s psychoterapií, uvedla:

„Možná mě to odradilo i od nějaké další práce s nějakým školitelem, že jsem si od té doby opravdu radši řešila věci samostudiem literatury a introspekcí a podobně (...), obvykle se pokládá za dobré, když vám to někdo vysvětlí a dozoruje vás, [ale] mě to tak vyplašilo, že už jsem si prostě řekla, že ne.“ (Miriam)

6. Prožitky, že terapie nevede k žádnému zlepšení (prožitky zklamání)

Klienti hovořili o tom, že se v terapii nelepšili. Někdy byli v hodnocení skeptičtí až radikálně.

„Uvědomila jsem si, že to je úplně k ničemu, mám velké problémy, které si myslím, že řeším tím, že chodím na tu terapii, a oni se vůbec neřešily,“ uvedla Nela. Uvádí, že si nic neodnášela ze sezení. Ano, je s to připustit, že to byla také její chyba. Terapie jí však připadala jako „popovídání s babičkou“. Sítilo přesvědčení, že terapii ztrácí čas.

Pocit vyjádřený totožnými slovy „k ničemu to nevede“ uvedly Rita, Petra a Lea; Miriam terapie „nic nedala“, Dana uvedla, že terapie pro ni „neměla konkrétní přínos“, že vše bylo „úplně bez efektu“, proto psychoterapii sama ukončila.

Uvedla, že v jejím případě skupinová psychoterapie nebyla správně indikovaná:

„Já jsem od toho čekala zlepšení psychického stavu, což toto nezpůsobilo, k nějakým traumatům jsme se dobrali, ale vlastně to nezpůsobilo ten efekt, že by zmizela ta deprese, já (...) ty léky beru doted' na tu depresi. [O terapii:] tam ty přínosy nebyly podle mě vůbec žádné, protože to byla skupinová terapie, na můj případ podle mě asi vůbec to nemělo jako žádný efekt.“ (Dana)

Miriam nebyla spokojená s průběhem psychoterapie:

„Ta psychoterapie mi nakonec ani nic nedala, protože pokud já tam jenom něco vyprávím (...) a je to bez zpětné vazby, tak to nemá vůbec v podstatě žádný smysl.“

Psychoterapie, kterou klient prožívá tak, že „k ničemu nevede“, může vést např. k uzavření klienta do sebe, k tomu, že hledá sám v sobě, co dělá při psychoterapii špatně.

„Uvědomila jsem si, že to nikam moc nevede, že se vůbec neposouvá, to, kvůli čemu jsem tam šla, že naopak se v tom jako by zapouzdřuju (...) To byl takový úplně obrat, kdy jsem si uvědomila, že tohle nechci dělat, protože to k ničemu není.“ (Lea).

Klienti hodnotí psychoterapii také s odstupem, a jsou někdy příkří:

„Když už jsem to pak zhodnotila po dvou letech, když jsem skončila, tak jsem si to pak jako rekapitulovala, jak jsem byla na začátku a jak jsem teď, a tam nebyl žádný jako posun (...) necítila jsem nějakou pomoc od té psychologičky.“ (Lea)

7. Posilování negativního sebeobrazu jakožto negativní účinek psychoterapie

Klientka si říká, že musí být něco špatného na ní, když právě jí terapie nepomůže („když ostatním pomůže, třeba já jsem divná“ uvedla Ema. Ukazuje se, že je časté klientovo hledání chyby v sobě („připadala jsem si neschopná“). Petra uvedla:

„...asi je problém ve mně, že to neříkám dostatečně jako jasně a že nemám dostatečný vyjadřovací schopnosti.“

Výhrada Miriam zněla následovně: „Jediný negativní efekt byl v tom, že byly snižovány moje kompetence, tak nějak opravdu jsem si připadala jako blbec.“ Také Petra se trápila pochybnostmi, jestli není chyba v ní; „terapeutům [jsem] říkala, že... mi to moc nic nedává, že úplně nevím, jestli je to jako mnou, jestli je někde chyba ve mně, nebo co.“

Negativní sebeobraz doprovázelo v jednom případě sebelitování: „Byla jsem v takovém skoro až sebelitostivém stavu,“ popsala negativní účinky psychoterapie Lea.

DISKUSE

Jak ukazují výpovědi respondentů této naší studie, nežádoucí účinky psychoterapie jsou úzce spojeny s prožíváním nepříjemných emocí. V rámci psychoterapie dochází k **intenzivnímu emočnímu prožívání** a psychoterapeut má citlivě klienta doprovázet i „určit“ přiměřený čas pro práci s intenzivními emocemi. Carrier a Greenberg (2010) jsou toho názoru, že vyjadřování silných emocí klientem by nemělo optimálně překročit jednu čtvrtinu sezení, jinak může terapie přispívat ke zhoršování psychického stavu. Bystedt a jeho tým (2014), který

zkoumal negativní účinky psychoterapie z pohledu terapeutů, formuloval **prožitky dyskomfortu**, jež mohou vést ke krátkodobým negativním dopadům. Klienti, kteří nejsou připraveni na „nával“ emocí, častěji ukončují psychoterapii. V našem souboru si některé klientky uvědomovaly, že nebyly připraveny otevírat nová témata, ani na intenzivní prožitky, které s tím souvisejí. Na druhou stranu je třeba připomenout, že někteří klienti, kteří v terapii prožijí pláč, hněv, úzkost, nemusejí terapii hodnotit negativně nebo jako neúčinnou. Ladwig et al. (2014) zjistili, že negativní hodnocení terapie je často nezávislé na úspěšnosti nebo neúspěšnosti léčení symptomů.

Dalším problémem je prožitek **role pasivního klienta**, resp. identifikace s touto rolí. Pokud terapeut závislost posiluje nebo ji nekoriguje, ohrožuje to žádoucí změnu klienta v psychoterapii označovanou někdy jako fáze aktivity (*action*) – viz např. Norcross, Krebs a Prochaska (2010). V této fázi psychoterapeutického procesu má docházet k převzetí zodpovědnosti a k aktivnímu modifikování toho, jak se klient chová. Řada klientů se do fáze vlastní aktivity nedostane a pasivitu zažívá negativně. Může to být často problém nedostatečně dlouhých nebo předčasně ukončených, ale také dlouhodobých, málo strukturovaných terapií; srov. Levenson, 2017.

Při reflexi negativních dopadů psychoterapie klienti v našem souboru vnímali jako **klíčový faktor terapeuta**, resp. terapeutku. Je nutné brát v potaz, že klienti mohou být výjimečně citliví na znevažující komentáře a na subjektivně „odečítaný“ projev nezájmu. Miriam kvůli nevhodné poznámce ukončila terapii. Slovní komentáře terapeuta mohou být zdrojem stresu.

Osobnost terapeuta je součástí léčby a nežádoucí vedlejší účinky mohou vycházet z jeho, po staru řečeno *protipřenosové* části osobnosti (Gregurek, 2009; Vybíral, 2017).

Řada výpovědí nás přivádí k dnes vzdvihovanému faktoru „matchingu“ – toho, jestli a jak dobře si klient s terapeutem „sednou“. Např. styl práce, který je direktivnější a „přísnější“, nemusí každému vyhovovat; Teo se cítil jako žák vztahující se k učitelce. Nilsson et al. (2007) uvádějí výpověď klienta, který sezení v kognitivně behaviorální terapii (dále KBT) přirovnával k vyučovací hodině. Také Ladwig et al. (2014) nebo Hardy et al. (2017) obracejí pozornost k tomu, že klientům KBT nemusejí vyhovovat všechny intervence. Klienti psychodynamických terapií si zase někdy stěžují na to, že terapeut s nimi stále rozebírá minulost. Intervence, které si klient nepřeje, identifikovali Hardy a jeho tým (2017) jako jeden z rizikových faktorů vzniku nežádoucích účinků psychoterapie.

Negativní dopad nevhodného terapeutova komentáře zařadili autoři dotazníku INEP do kategorie **nesprávná terapeutická praxe** (*therapeutic malpractice*) (Ladwig et al., 2014). Vhodnost či nevhodnost poznámky nebo interpretace je samozřejmě sporná; je triviální připomínat, že terapeut ji může mít promyšlenou a že může věřit v to, že nejenže poznámkou neublíží, ale naopak pomůže; klient ji může naopak vnímat jako devalvující.

Většina klientů v našem souboru nabyla dojmu, že terapie není účinná. V Rozen-talové (2016) dotazníku schází položka, která by zachytila klientův dojem, že nebylo dosaženo žádného efektu v léčbě. V jiných výzkumech se však s takovým dojmem a klientovým závěrem počítá (Bystedt et al.,

2014; Linden, 2012). Jistě je diskutabilní, jak chápat neúčinnou terapii z pohledu klientů. V každém případě se ukazuje, že klienti se na účinnost (efektivitu) zaměřují a terapii takto posuzují. Na psychoterapeuta se přece obrátili proto, aby se jejich stav zlepšil. Při analýze terapií, jež nevedly ke zlepšení, formulovali nedávno Werbart et al. (2014) kategorii „nedochází k žádnému pokroku navzdory vynaloženému úsilí“. I s touto možností je potřeba počítat: terapeut či terapeutka dělají, co dovedou, v psychoterapii vedené *bona fide*, přesto se klient nelepší. A co víc: některý klient se cítí „být na tom“ hůř. Není tomu přitom tak, že by klienti vždy nevěděli, co měl terapeut dělat. Z výzkumu Nilssona et al. (2007) víme, že si nespokojení klienti přáli důkladnější terapii, která by zašla více do hloubky. Také v našem souboru pojmenovaly Nela a Ema nespokojenost s povrchností terapie.

V průkopnické studii založené na zkušenostech klientů označil Elliot (1985) jako nápomocné ty momenty v psychoterapii, ve kterých dochází k **objasnění a vyřešení** problému. Neřešení hlavního problému vede klienty k ukončování terapie, jak ukázal také první podobný průzkum uskutečněný v ČR (Blažková, 2016). Pokud se symptomy nelepší nebo dokonce se zhoršují, proč by měl klient v terapii pokračovat, ptají se výzkumníci nad výpověďmi klientů (srov. výzkum: Simon et al., 2012).

Jak také může vypadat negativní dopad psychoterapie, ukázali Ladwig et al. (2014) na příkladu klienta, kterému se díky terapii podařilo zmírnit depresivní symptomy, ale zároveň začal mít více konfliktů s rodinou a přáteli, protože se naučil vyjadřovat své potřeby a stát si za svým. Podobnou zkušenost prožila v našem souboru Petra; Ritě

se interpersonální vztahy zhoršily, protože se začala izolovat od druhých.

Prožitky nespokojenosti s terapií vedou k poklesu motivace docházet na sezení nebo vyhledat jinou, novou terapii. Klienti zkušenost často zevšeobecní: psychoterapie je zbytečná, nikam nevede, nemá smysl na ni chodit. Ztráta přisuzovaného smyslu (Blažková, 2016) nebo dříve identifikovaná ztráta naděje spojená s psychoterapií (Strupp et al., 1977) mohou vyvolávat i prožitky **vlastního selhání**. Za potenciálně devastující můžeme označit takové **změněné vnímání sebe sama**, které se projevuje vyčítáním a sebe-obviňováním, že za neúspěšnou nebo neúčinnou terapii může sám klient. Rozental (2016) zvolil pro podobné prožitky termín **zoufání si**. Je jistě nežádoucí, aby se po psychoterapii cítil klient **méně kompetentní**.

Limity výzkumu

Limitem studie je velikost souboru. Protože lze předpokládat širokou heterogenitu zkušeností klientů, bylo by záhodno kontaktovat a vést rozhovory s větším počtem respondentů (Ritchie & Lewis, 2014). Díky použití NEQ „ve veřejném prostoru“, kdy měl možnost dotazník vyplnit kdokoli se zkušeností s psychoterapií v ČR, jsme se pokusili hledat „nežádoucí dopady“ napříč různými případy a různými psychoterapiemi. Řada výzkumníků se shoduje v tom, že je v této oblasti komplikované získávat data (srov. např.: Henkelman a Paulson, 2006). Lidé s negativní zkušeností z psychoterapie se o ní často zdráhají mluvit; naproti tomu ochotně spolupracující respondenti mohou mít různé motivace k tomu, proč o terapii, která jim, dle jejich vlastních slov, nic nedala nebo jim stav zhoršila, mluví. Limitem

je i samotný fakt retrospektivního zkoumání. Jsme si vědomi toho, že vzpomínky mohou být nejenom rekonstruovány, ale i konstruovány, a že obsahy paměti podléhají distorzím (Schacter et al., 2003).

Za limit studie považujeme i poměr žen a mužů (7:1), třebaže poměr odpovídá tomu, že přibližně 85% dotazníků vyplnily ženy. Po ukončení tematické analýzy jsme zpracování rozhovorů zaslali všem respondentům (z nich dva vyjádřili explicitní souhlas; pět nereagovalo); přínosné pro validitu výsledků by byly nové rozhovory s nimi. Jakkoliv se první autorka ptala i na jiné události (nikoliv nutně na psychoterapii), které mohly ovlivnit subjektivně prožitý negativní účinek, uvědomujeme si, že důkladnějšími rozhovory by bylo možné objevit další souvislosti.

Implikace pro praxi a další výzkum

Zatímco uživatel léků musí mít přístup ke všem důležitým údajům týkajícím se rizik (Zákon č. 378/2007 Sb.), tak i ten, kdo podstupuje psychoterapii, má mít právo vědět o vedlejších účincích. Systematické monitorování pokroku v terapii není u nás běžně rozšířeno, přestože se ví, že samotné sledování progresu může mít léčebný efekt. Naše studie ukazuje, že by terapeut měl věnovat pozornost jakýmkoliv odchylkám od očekávaného průběhu psychologické léčby, každým zklamáním a každé nespokojenosti klientů. K tomu může sloužit i širší využití NEQ (Rozental, 2016); ve sběru dat dále pokračujeme. Zůstává otázkou, zda může být užitečné – a pro klienta ve svém důsledku prospěšné – pokud by terapeut povzbuzoval klienty, aby o případných negativních zážitcích otevřeně mluvili.

Před námi je také výzkum zkušeností psychoterapeutů a jejich pohledů na momenty, kdy se terapie nedaří nebo se nezdařila. Uvědomujeme si, že podnikáme první pokusy směřující k otevření diskuse nad nežádoucími a vedlejšími dopady psychoterapie prováděné terapeuty v České republice. Rádi bychom věřili tomu, že mimo jiné i tímto prvním pokusem povzbudíme jak klienty, tak také terapeuty, aby se do diskusí, reflexí a výzkumů zapojili. Věříme, že zabývání se „odvrácenou stranou psychoterapie“ povede k jejímu lepšímu, kvalitnějšímu poskytování.

LITERATURA

- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57(12), 1052–1059. doi:10.1037/0003-066x.57.12.1052.
- Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist*, 65(1), 13–20. doi:10.1037/a0015643.
- Berk, M., & Parker, G. (2009). The Elephant on the Couch: Side-Effects of Psychotherapy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(9), 787–794. doi:10.1080/00048670903107559.
- Blažková, A. (2016). *Předčasné ukončení terapie z pohledu klienta*. Diplomová práce, Masarykova univerzita, Brno, Czechia. Retrieved from https://is.muni.cz/auth/th/429232/fss_m_b1/Blazkova__Predcasne_ukonceni_terapie_z_pohledu_klienta.pdf.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using the matic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa.
- Bystedt, S., Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., & Carlbring, P. (2014). Clinicians' Perspectives on Negative Effects of Psychological Treatments. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(4), 319–331. doi:10.1080/16506073.2014.939593.
- Carryer, J. R., & Greenberg, L. S. (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 190–199. doi:10.1037/a0018401.
- Corrigan, P. W., Morris, S., Larson, J., Rafacz, J., Wassel, A., Michaels, P., . . . Rüsich, N. (2010). Self-stigma and coming out about one's mental illness. *Journal of Community Psychology*, 38(3), 259–275. doi:10.1002/jcop.20363.
- Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., ... & Parry, G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 260–265. doi:10.1192/bjp.bp.114.162628.
- Elliott, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32(3), 307–322. doi:10.1037/0022-0167.32.3.307.
- Garfield, S. L., Prager, R. A., & Bergin, A. E. (1971). Evaluation of outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37(3), 307–313. doi:10.1037/h0031962.
- Gregurek, R. (2009). Side effects of psychotherapy. *Psychiatria Danubina*, 21(1), 129–129. Retrieved from <http://hrcaak.srce.hr/32805>.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155–163. doi:10.1002/jclp.20108.
- Hardy, G. E., Bishop-Edwards, L., Chambers, E., Connell, J., Dent-Brown, K., Kothari, G., ... & Parry, G. D. (2017). Risk factors for negative experiences during psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 1–12. doi:10.1080/10503307.2017.1393575.
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? an investigation of therapists' ability to detect negative client chan-

- ge. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 17 (1) doi:10.1002/cpp.656.
- Henkelman, J., & Paulson, B. (2006). The client as expert: Researching hindering experiences in counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 139–150. doi: 10.1080/09515070600788303.
- Hersoug, A. G., Hřglend, P., Havik, O. E., & Monsen, J. T. (2010). Development of working alliance over the course of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 145–159. doi:10.1348/147608309x471497.
- Jakubů, J. (2011). Nezdár v psychoterapii. Jak psychoterapeuti prožívají a zvládají nezdár v psychoterapii (výsledky výzkumu). *Psychotherapie* 5 (3–4), 152–167.
- Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (2014). Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie? – Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP). *Verhaltenstherapie*, 24(4), 252–263. doi:10.1159/000367928.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, NY: Wiley.
- Leitner, A., Märtens, M., Koschier, A., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H., & Schnyder, U. (2012). Patients' Perceptions of Risky Developments During Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(2), 95–105. doi:10.1007/s10879-012-9215-.
- Levenson, H. (2017). *Brief dynamic therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. Perspectives on *Psychological Science*, 2(1), 53–70. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x.
- Limesurvey GmbH. / LimeSurvey: An Open Source survey tool /LimeSurvey GmbH, Hamburg, Germany. URL <http://www.limesurvey.org>.
- Linden, M. (2012). How to Define, Find and Classify Side Effects in Psychotherapy: From Unwanted Events to Adverse Treatment Reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(4), 286–296. doi:10.1002/cpp.1765.
- Mauer, M. (2012). Autonomie pacienta v psychoterapii z pohledu etiky. *Psychotherapie*, 6 (2), 82–91.
- Medau, I., Jox, R. J., & Reiter-Theil, S. (2013). How psychotherapists handle treatment errors – an ethical analysis. *BMC Medical Ethics*, 14(1). doi:10.1186/1472-6939-14-50.
- Miovský, M. & Danelová, E. (2010). Etické aspekty psychoterapeutické práce. In: Vybíral, Z. & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010, 744 s. ISBN 978-80-7367-682-7.
- Mohr, D. C. (1995). Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 1–27. doi:10.1111/j.1468-2850.1995.tb00022.x.
- Moritz, S., Fieker, M., Hottenrott, B., Seeralan, T., Cludius, B., Kolbeck, K., . . . Nestoriuc, Y. (2015). No pain, no gain? Adverse effects of psychotherapy in obsessive-compulsive disorder and its relationship to treatment gains. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 5, 61–66. doi:10.1016/j.jocrd.2015.02.002.
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R., & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17(5), 553–566. doi:10.1080/10503300601139988.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2010). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143–154. doi:10.1002/jclp.20758.
- Overton, S. L., & Medina, S. L. (2008). The Stigma of Mental Illness. *Journal of Counseling & Development*, 86(2), 143–151. doi: 10.1002/j.1556-6678.2008.tb00491.x.
- Parker, G., Fletcher, K., Berk, M., & Paterson, A. (2013). Development of a measure quantifying adverse psychotherapeutic ingredients: The Experiences of Therapy Questionnaire (ETQ). *Psychiatry Research*, 206(2–3), 293–301. doi:10.1016/j.psychres.2012.11.026.

- Ritchie, J., & Lewis, J. (2014). *Qualitative research practice a guide for social science students and researchers*. London: SAGE.
- Rozental A, Kottorp A, Boettcher J, Andersson G, Carlbring P. (2016). Negative Effects of Psychological Treatments: An Exploratory Factor Analysis of the Negative Effects Questionnaire for Monitoring and Reporting Adverse and Unwanted Events. *PLoS ONE 11*(6): e0157503. doi:10.1371/ journal.pone.0157503.
- Rozental, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015). Negative Effects of Internet Interventions: A Qualitative Content Analysis of Patients' Experiences with Treatments Delivered Online. *Cognitive Behaviour Therapy, 44*(3), 223–236. doi:10.1080/16506073.2015.1008033.
- Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2017). For better or worse: An individual patient data meta-analysis of deterioration among participants receiving Internet-based cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(2), 160–177. doi:10.1037/ ccp0000158.
- Saxon, D., Barkham, M., Foster, A., & Parry, G. (2016). The Contribution of Therapist Effects to Patient Dropout and Deterioration in the Psychological Therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24* (3), 575–588. doi: 10.1002/cpp.2028.
- Schacter, D. L., Chiao, J. Y., & Mitchell, J. P. (2003). The Seven Sins of Memory: Implications for Self. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1001*(1), 226–239. doi:10.1196/annals.1279.012.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(3), 298–311. doi:10.1037/a0019247.
- Simon, G. E., Imel, Z. E., Ludman, E. J., & Steinfeld, B. J. (2012). Is Dropout After a First Psychotherapy Visit Always a Bad Outcome? *Psychiatric Services, 63*(7), 705–707. doi:10.1176/appi.ps.201100309.
- Strauss, B., Linden, M., Haupt, M.-L., Kaczmarek, S. (2012). Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlenentwicklungen. *Psychotherapeut, 57*, 385–394.
- Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes. *American Psychologist, 32*, 187–196.
- Strupp, H. H., Hadley, S. W., & Gomes-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse: the problem of negative effects*. New York: Aronson.
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Heath, C. J., Herbert, G. L., & Levine, J. C. (2010). Applications of the psychotherapy phase model to clinically significant deterioration. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(2), 235–248. doi:10.1037/a0019787.
- Vaughan, B., Goldstein, M. H., Alikakos, M., Cohen, L. J., & Serby, M. J. (2014). Frequency of reporting of adverse events in randomized controlled trials of psychotherapy vs. psychopharmacotherapy. *Comprehensive Psychiatry, 55*(4), 849–855. doi:10.1016/j.comppsy.2014.01.001.
- Vybíral, Z. (2012). O etice inzerování. *Psychotherapie, 6* (2), 82–91.
- Vybíral, Z. (2017). Psychoterapeuti chybují I: historický přehled. *Psychotherapie. 11* (3), 178–189
- Warren, J. S., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A., & Burlingame, G. M. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: Community mental health versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 144–155. doi:10.1037/a0018544.
- Werbart, A., Below, C. V., Brun, J., & Gunnarsdottir, H. (2014). “Spinning ones wheels”: Nonimproved patients view their psychotherapy. *Psychotherapy Research, 25*(5), 546–564. doi:10.1080/10503307.2014.989291.
- Willig, C. (2014). *Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method*. Maidenhead: Open University Press.
- Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů: zákon o léčivech.