

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

CANISTERAPIE A JEJÍ VYUŽITÍ U PACIENTŮ
S DEPRESIVNÍ PORUCHOU

CANISTHERAPY AND ITS USE IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE
DISORDER



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Barbora Dusbabová**
Vedoucí práce: **PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.**

Olomouc
2025

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 5 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 7 |
| 1 CANISTERAPIE..... | 8 |
| 1.1 DEFINICE | 8 |
| 1.2 LEGISLATIVNÍ VÝVOJ CANISTERAPIE V ČESKÉ REPUBLICE..... | 8 |
| 1.3 CANISTERAPEUTICKÝ TÝM..... | 10 |
| 1.3.1 Pes | 10 |
| 1.3.2 Canisterapeut | 10 |
| 1.4 ZPŮSOBY PROVÁDĚNÍ CANISTERAPIE | 11 |
| 1.4.1 Animal Assisted Activities (AAA) | 12 |
| 1.4.2 Animal Assisted Therapy (AAT)..... | 12 |
| 1.4.3 Animal Assisted Education (AAE)..... | 12 |
| 1.4.4 Animal Assisted Crisis Response (AACR) | 13 |
| 1.5 FORMY CANISTERAPIE | 13 |
| 1.5.1 Canisterapie jako součást výuky | 14 |
| 1.5.2 Canisterapie v zařízeních sociální péče | 15 |
| 1.5.3 Canisterapie ve zdravotnických zařízeních | 15 |
| 1.5.4 Canisterapie v domácím prostředí | 16 |
| 1.5.5 Canisterapie ve zvláštních prostorech..... | 16 |
| 1.6 MOŽNOSTI UŽITÍ CANISTERAPIE | 17 |
| 1.6.1 Poruchy autistického spektra (PAS)..... | 17 |
| 1.6.2 Úzkosti a deprese | 18 |
| 1.6.3 Schizofrenie..... | 19 |
| 1.6.4 Krizová intervence | 20 |
| 1.6.5 Prosociální chování..... | 20 |
| 1.7 ORGANIZACE A SDRUŽENÍ ZABÝVAJÍCÍ SE CANISTERAPIÍ V ČESKÉ REPUBLICE..... | 21 |
| 1.7.1 Pomocné tlapky | 21 |
| 1.7.2 Helppees | 22 |
| 1.7.3 Hafík | 22 |
| 1.7.4 Aura Canis | 22 |
| 2 DEPRESE..... | 24 |
| 2.1 DEFINICE | 24 |
| 2.2 KLINICKÝ OBRAZ DEPRESE..... | 25 |
| 2.3 DĚLENÍ DEPRESE A JEJÍ KLASIFIKACE DLE MKN-10..... | 26 |
| 2.3.1 Bipolární afektivní porucha (F31) | 27 |
| 2.3.2 Depresivní fáze/epizoda (F32)..... | 28 |
| 2.3.3 Periodická (rekurentní) depresivní porucha (F33)..... | 29 |
| 2.3.4 Perzistentní (trvalé) afektivní poruchy (F34) | 30 |
| 2.4 VZNIK A VÝVOJ DEPRESE | 31 |
| 2.4.1 Genetické faktory | 31 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 2.4.2 | <i>Biologické a biochemické faktory</i> | 32 |
| 2.4.3 | <i>Osobnost a individuální faktory</i> | 33 |
| 2.4.4 | <i>Výchova, rodinné prostředí a mezilidské vztahy</i> | 34 |
| 2.4.5 | <i>Životní styl</i> | 35 |
| 2.4.6 | <i>Životní události a stres</i> | 36 |
| 2.5 | DIAGNOSTIKA DEPRESE | 37 |
| 2.6 | LÉČBA DEPRESE | 38 |
| 2.6.1 | <i>Biologická léčba</i> | 38 |
| 2.6.1.1 | Farmakoterapie | 38 |
| 2.6.1.2 | Nefarmakologická léčba | 39 |
| 2.6.2 | <i>Psychologická léčba</i> | 39 |
| | PRAKTICKÁ ČÁST | 42 |
| 3 | METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU | 43 |
| 3.1 | VÝZKUMNÝ PROBLÉM, VÝZKUMNÉ CÍLE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 43 |
| 3.2 | PRŮBĚH STUDIE A METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT | 44 |
| 3.2.1 | <i>Polostrukturované interview</i> | 45 |
| 3.2.2 | <i>Ohnisková skupina</i> | 46 |
| 3.2.3 | <i>Pozorování</i> | 46 |
| 3.3 | ETIKA | 48 |
| 3.4 | VÝZKUMNÝ SOUBOR | 48 |
| 3.5 | METODY ANALÝZY DAT | 50 |
| 4 | VÝSLEDKY | 51 |
| 4.1 | PRŮBĚH CANISTERAPIE NA PSYCHIATRICKÉ KLINICE | 51 |
| 4.2 | VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 52 |
| 5 | DISKUSE | 65 |
| 6 | ZÁVĚR | 73 |
| | SOUHRN | 75 |
| | SEZNAM LITERATURY | 78 |
| | PŘÍLOHY | 94 |

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu magisterské diplomové práce PhDr. Martinu Dolejšovi, Ph.D. za jeho cenné rady, doporučení a odborný dohled. Také za vstřícnost, laskavost a rychlost, s jakou odpovídal na mé dotazy týkající se diplomové práce. Poděkování patří také všem respondentům, kteří si vyhradili čas k účasti v naší výzkumné studii, a poskytli nám veliké množství podnětných informací. Srdečné poděkování patří nejen canisterapeutce, která naší studii věnovala spoustu času, předala nám významné poznatky ze své praxe a zapůjčila odbornou literaturu, ale také canisterapeutickému pejskovi, který nám předvedl, jak jeho práce probíhá.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „*Canisterapie a její využití u pacientů s depresivní poruchou*“ vypracovala samostatně, pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 20. 2. 2025

Podpis:

ÚVOD

Tématem naší diplomové práce je canisterapie a její vliv na pacienty s diagnostikovanou depresivní poruchou, kteří jsou hospitalizováni na psychiatrické klinice. Existuje řada výzkumných studií, které se zabývají výzkumem vlivu canisterapie na pacienty s depresivní symptomatikou (Ambrosi et al., 2019; Barker et al., 2003; Rossetti & King, 2010; Souter & Miller, 2007 aj.) Většina těchto studií však staví svá zjištění na kvantitativních výzkumných metodách, kterými jsou různé škály a inventáře. Náš výzkumný projekt se od dřívějších studií odlišuje svým kvalitativním designem, a tím umožňuje přesnější dokreslení celé sledované problematiky.

Myslíme si, že podpůrné terapeutické metody, do nichž se řadí právě canisterapie, by měly mít v léčebném procesu psychických poruch své významné postavení, avšak často bývají ve zdravotnickém systému přehlíženy. Proto je jedním z našich cílů přiblížit canisterapii na psychiatrické klinice odborníkům i laické veřejnosti, a motivovat tak další zařízení k jejímu užívání. Jelikož canisterapie může působit na řadu psychických aspektů a výzkum všech těchto vlivů by přesahoval možnosti a rozsah naší práce, zúžili jsme zaměření našeho výzkumného projektu pouze na problematiku deprese. Zaměříme se tedy na konkrétní specifika a efekt canisterapie při práci s pacienty s diagnostikovanou depresivní poruchou. Získáme a popíšeme hlubší vhled do spolupráce canisterapeuta s takto specifickou skupinou pacientů, a zmapujeme především pozitivní a negativní aspekty, které canisterapie těmto pacientům přináší. Názory na canisterapii získáme od samotných pacientů, zdravotnického personálu a canisterapeutky. Tímto postupem docílíme triangulace zdrojů dat.

V teoretické části naší práce si nejprve definujeme canisterapii a představíme její legislativní ukotvení. Dále se budeme zabývat způsoby provádění canisterapie, rozlišíme si její formy, uvedeme si možnosti jejího užití a zmíníme příklady sdružení, které se canisterapií v České republice zabývají. Ve druhé kapitole teoretické části se budeme věnovat depresi, kterou si opět nejprve definujeme a popíšeme si její klinický obraz. Následně se seznámíme s dělením depresivní poruchy dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), popíšeme si možnosti vzniku a vývoje deprese, způsoby její diagnostiky a také léčby.

Jak jsme již zmínili, praktická část diplomové práce bude obsahovat výzkum realizovaný se třemi skupinami respondentů – pacienti, zdravotnický personál a canisterapeutka. Podrobněji si představíme výzkumný problém, cíle výzkumu, a zformulujeme výzkumné otázky. Vymezíme náš výběrový soubor, popíšeme průběh studie a způsoby získávání dat. K získávání dat použijeme pozorování, polostrukturované interview a ohniskovou

skupinu, čímž docílíme triangulace metod získávání dat. Následně objasníme metody analýzy získaných dat a odprezentujeme výsledky našeho výzkumu. Jednotlivá zjištění nakonec rozebereme v diskusi a propojíme s informacemi z teoretické části a již realizovanými výzkumnými projekty.

Věříme, že přečtením naší odborné práce získáte nový pohled na sledované téma a podpoříte tím rozvoj a osvětu canisterapie v České republice.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CANISTERAPIE

1.1 DEFINICE

Canisterapie je podpůrnou formou psychoterapie a řadíme ji do zooterapie. Vedle canisterapie je součástí zooterapie například také felinoterapie (kočky), delfinoterapie (delfini), hipoterapie (koně), ornitoterapie (ptáci), caviaterapie (morčata), insektoterapie (hmyz) apod. Pojmem zooterapie rozumíme pozitivní až léčebné působení zvířete na člověka. Zvíře je v tomto případě v roli koterapeuta neboli prostředníka mezi terapeutem a klientem. Z toho vyplývá, že se jedná o práci v týmu (Nerandžič, 2003; Tvrdá, 2020; Velemínský, 2007).

Dle Mojžíšové et al. (2000) je zooterapie neboli zvířaty podporovaná terapie souhrnným termínem pro rehabilitační techniky a metody psychosociální podpory zdraví, které jsou založeny na využití vzájemné pozitivní interakce člověka a zvířete. Tvrdá (2020) definuje zooterapii jako obor speciálního vedení zvířete a soubor úkonů a dovedností terapeuta s cílem využít pozitivního vlivu zvířat na bio-psycho-socio-spirituální složky člověka.

Canisterapie je pak metodou pozitivního působení speciálně cvičeného psa či feny na zdraví člověka. Tomu ostatně napovídá již samotný pojem canisterapie, který je složeninou dvou slov: *canis* (latinsky pes) a *terapie* (řecky léčba). Autorkou tohoto termínu se stala v roce 1993 Jiřina Lacinová (Velemínský, 2007).

Kalinová (2006) považuje canisterapii za metodu rehabilitace, která slouží k podpoře lidského zdraví v jeho bio-psycho-sociálním pojetí, a při které se využívá interakce mezi člověkem a psem.

Galajdová (1999) definuje canisterapii jako způsob terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka. V pojetí Galajdové je zdraví pojímáno dle definice WHO jako stav psychické, fyzické a sociální pohody.

Canisterapie je dle Tvrdé (2020) mezioborovou disciplínou a podpůrnou formou rehabilitace, která zahrnuje prvky sociální terapie, rozvoje komunikace, aktivizace apod., a to vše prostřednictvím speciálně připraveného psa, vedeného kompetentní osobou.

1.2 LEGISLATIVNÍ VÝVOJ CANISTERAPIE V ČESKÉ REPUBLICĚ

V Národní soustavě povolání, zřizované Ministerstvem práce a sociálních věcí v ČR (2017), profese canisterapeuta neexistuje. Jedním z důvodů může být fakt, že v České republice aktuálně nenajdeme žádnou organizaci, která by canisterapeuty zaštiťovala. V minulosti se však objevilo několik snah o její založení.

V 90. letech 20. století začala praktikovat intervence za pomoci psa organizace Filia v Brně. Jak jsme již zmínili, v roce 1993 zavedla Jiřina Lacinová pojem *canisterapie*, který je užíván dodnes (Velemínský, 2007). Významným posunem v oblasti rozvoje canisterapie v České republice byl vznik Asociace zastánců odpovědného vztahu k malým zvířatům (AOVZ) v roce 1995. Jejím cílem bylo šířit a prohlubovat poznatky o pozitivních efektech vzájemných interakcí lidí a zvířat, informovat o těchto benefitech veřejnost a podporovat výzkumné projekty v této oblasti. Prostřednictvím AOVZ se Česká republika stala členem světové asociace IAHAIO (International Association of Human-Animal Interaction Organizations), což bylo velkým krokem vpřed. I přes svou vynikající a významnou práci však AOVZ zanikla a doposud její záměr, cíl a poslání žádná ze současných organizací nenahradila (Bicková, 2020; Šoltéssová & Bosá, 2016).

V roce 1997 založily v České republice Lenka a Zdenka Galajdovy Canisterapeutickou společnost, a také publikovaly základní monografie v tomto oboru. Canisterapeutická společnost stanovila první systém udělování canisterapeutických atestů a zavedla návštěvní program (způsob provádění canisterapie, který si představíme v následujících kapitolách). Galajdovy se také aktivně snažily o zvýšení informovanosti laické i odborné veřejnosti o problematice canisterapie. V roce 2001 ale bohužel společnost svou činnost ukončila (Bicková, 2020; Velemínský, 2007).

Dalším mezníkem v legislativním vývoji canisterapie byl rok 2003, kdy Jiřina Lacinová založila Canisterapeutickou asociaci, jejímž cílem bylo mimo jiné sjednotit podmínky pro praktikování canisterapie. Tato organizace však v blízkých letech také zanikla, a od té doby nebyla v České republice založena žádná instituce podobného charakteru (Klech, 2014; Velemínský, 2007).

V současné době existuje několik organizací, které se zabývají výchovou a výcvikem canisterapeutických psů, pořádáním canisterapeutických zkoušek a sdružováním canisterapeutů. Tyto organizace působí v dobrovolnické i terapeutické oblasti a v rámci akreditovaných programů vysílají canisterapeutické týmy tam, kde je jich potřeba. Některé z těchto organizací si představíme v následujících kapitolách. Bohužel však i přes jejich velké snahy panuje nyní v podmínkách praktikování canisterapie velká roztržitost a nejednotnost, a v přípravě i testování canisterapeutických týmů se naskýtá spousta nejasností. Dokud nebudou stanoveny jednotné podmínky pro realizaci této metody v praxi, zohledňující vzdělání odborníků, přípravu zvířat a přezkušování canisterapeutických týmů, nepodaří se canisterapii začlenit do právního řádu (Bicková, 2020; Stančíková & Šabatová, 2012).

1.3 CANISTERAPEUTICKÝ TÝM

S pojmem canisterapeutický tým se v naší práci budeme setkávat často, a proto bychom si měli tento termín vymezit. Do canisterapeutického týmu patří speciálně vycvičený **pes a canisterapeut**. Mezi těmito dvěma subjekty musí existovat úzké spojení, respekt a bezpečná vazba. Jedině tak bude jejich spolupráce fungovat a bude možné předávat benefity této kooperace druhým lidem. Pes musí svému canisterapeutovi důvěřovat a dobře ho znát. Canisterapeut by měl vnímat veškeré signály, které mu pes vysílá, měl by být všímavý vůči jeho potřebám a fungovat jako jakýsi jeho ochránce (Fine, 2000; Kalinová & Mojžíšová, 2002).

1.3.1 Pes

Pro možnost praktikování canisterapie je samozřejmostí správný výběr psa, dostatečný výcvik a následný úspěch u canisterapeutických zkoušek. Při výběru psa vhodného ke canisterapii se posuzují jeho povahové a charakterové vlastnosti, fyzická i psychická kondice, prostředí, ze kterého pochází apod. Psa je potřeba vycvičit nejen k ovladatelnosti a poslušnosti, ale také k socializaci mezi skupinou jiných psů i lidí. Pes by měl být zvyklý pohybovat se ve vnitřních i venkovních prostorech, na interakci s větší skupinou lidí, a také na náhlý hluk, pohyb a nečekané situace. Dále se učí speciálními trikům a pohybům, které usnadňují následnou spolupráci a kontakt s klientem. Interakce s lidmi by psovi měla přinášet radost a uspokojení, a měl by vědět, že v případě krizové situace či přetížení (ke kterému by však nemělo dojít), se může vždy obrátit na svého pána, který je jeho jistotou a oporou (Fine, 2000; Velemínský, 2007).

Výchovu a výcvik psa provádí proškolení odborníci, častokrát pod záštitou nějaké organizace, která se na chov a výcvik canisterapeutických psů zaměřuje. Těmito organizacím se budeme věnovat v jedné z následujících kapitol. Sám canisterapeut může i nemusí být u výcviku psa přítomen. Následné canisterapeutické zkoušky se však již týkají celého canisterapeutického týmu a měl by u nich být přítomen pes i canisterapeut, jelikož je nutné zhodnotit mimo jiné také proces párování obou členů týmu (Bicková, 2020).

1.3.2 Canisterapeut

Canisterapeutem může být odborník, tedy osoba, která má profesionální zdravotnickou, sociální či pedagogickou přípravu pro práci s klientem, či dobrovolník, který splňuje podmínky pro výkon činnosti. Je tedy proškolen a seznámen se základními principy canisterapie, její náplní a metodikou, ale také právy a povinnostmi, které jsou dány smlouvou

o praktikování canisterapie. Smlouva bývá většinou uzavírána mezi vysílající organizací a cílovou organizací, popř. mezi odborníkem a cílovou organizací. Odborní canisterapeuti se využívají především při praktikování Animal Assisted Therapy (AAT, viz následující kapitola), kdy je potřeba sestavit indikaci, plán a cíl terapie, a zhodnotit její výsledky. Dobrovolníci se podílí především na vymýšlení a realizaci programu pro klienty. Oba subjekty spolu mohou vzájemně spolupracovat a doplňovat se, kdy se například dobrovolník může věnovat spíše vedení psa a odborník komunikaci s pacientem (Fine, 2000; Tvrdá, 2020; Velemínský, 2007).

Vedle teoretických a praktických znalostí je ve výkonu canisterapie důležitá také motivace samotného canisterapeuta k výkonu své profese, a jeho schopnost kooperovat se zvířaty i lidmi. Je důležité, aby měl kladný vztah ke zvířatům i lidem, byl empatický, všímavý, pozorný, zodpovědný a flexibilní. Při canisterapii může nastat spousta nečekaných situací, ve kterých je třeba rychle reagovat a adaptovat se na změnu podmínek. Canisterapeut by měl dbát na zdraví a bezpečí klienta i svého psa. Pes by nikdy neměl být vystaven situaci, která by mu způsobila jakoukoli psychickou či fyzickou újmu (Bicková, 2020; Kalinová & Mojžíšová, 2002; Velemínský, 2007).

Při výkonu canisterapie je důležitá také práce pod supervizí, která umožňuje canisterapeutickému týmu získat reflexi k obsahu i procesu vlastní práce, a dále tak rozvíjet osobní i profesní dovednosti. Supervize podává canisterapeutickému týmu zpětnou vazbu a seznamuje ho s pohledem dalšího odborníka. To vše slouží k prevenci syndromu vyhoření a zlepšení kvality i efektivity samotné práce (Bicková, 2020).

Jak jsme si uvedli, hlavními členy canisterapeutického týmu jsou pes a jeho psovod/canisterapeut. Spolupráce však může být rozšířena také o další odborníky, dle specifík konkrétní situace, zařízení a potřeb klienta. Může se jednat například o fyzioterapeuta, logopeda, zdravotníka, psychologa, psychiatra, pedagoga, ale také např. rodiče či opatrovníka daného klienta.

1.4 ZPŮSOBY PROVÁDĚNÍ CANISTERAPIE

K ujasnění a upřesnění způsobů, jakými se canisterapie provádí, nám pomůže rozdělení canisterapie (popř. zooterapie) na několik podskupin. Nutno však podotknout, že v praxi se aktivity prováděné v jednotlivých typech canisterapie často vzájemně překrývají.

1.4.1 Animal Assisted Activities (AAA)

První typ canisterapie označujeme jako Animal Assisted Activities (AAA, aktivity za pomoci zvířat). Tyto aktivity za pomoci psa cílí na zlepšení kvality života klienta. Jedná se například o odbourávání stresu, zlepšování komunikace, pohyblivosti, motivace apod. Hlavním cílem je zde obecná aktivizace klienta a zlepšení jeho nálady. Tento druh canisterapie je nejčastěji praktikován v centrech sociálních služeb (domovy pro seniory, stacionáře, ...) či ve školských zařízeních (dětské domovy, diagnostické ústavy, ...). Ve zdravotnických zařízeních jsou AAA méně časté. Při provádění AAA ostatně ani není podmínkou, aby terapeut znal klientovu anamnézu a diagnózu (Delta Society, 1996; Galajdová & Galajdová, 2011; Tvrdá, 2020; Velemínský, 2007).

1.4.2 Animal Assisted Therapy (AAT)

Druhým typem canisterapie je Animal Assisted Therapy (AAT, terapie za pomoci zvířat). Kontakt klienta se psem je zde veden tak, aby podporoval zlepšení lidského tělesného, sociálního, emocionálního či kognitivního fungování. Pes tedy působí jako silný motivační prvek. Terapeut je obeznámen s anamnézou, diagnózou a cíli celkové léčby klienta. Na základě toho stanoví individuální cíle canisterapie tak, aby podporovaly rozvoj konkrétních fyzických, sociálních, emocionálních nebo kognitivních funkcí klienta. Hlavním záměrem je podpora procesu léčby nebo rehabilitace. Nejčastějšími klienty AAT jsou osoby s tělesným, mentálním nebo kombinovaným postižením, nemocní lidé či jedinci v rekonvalescenci, kteří potřebují podpurnou léčbu psychických či fyzických poruch, nemocí a stavů (Delta Society, 1996; Galajdová & Galajdová, 2011; Stančíková & Šabatová, 2012; Tvrdá, 2020; Velemínský, 2007).

1.4.3 Animal Assisted Education (AAE)

Třetí druh canisterapie se nazývá Animal Assisted Education (AAE, vzdělávání za pomoci zvířat). Kontakt člověka se psem je zaměřený na rozšíření nebo zlepšení výchovy, vzdělávání či sociálních dovedností klienta. Hlavním cílem je přirozené zvýšení motivace ke vzdělávání a osobnímu rozvoji, a to buď ve skupině či individuálně, např. u klientů se specifickými poruchami učení, výchovnými problémy apod. Při tomto typu canisterapie je zapotřebí spolupráce také s pedagogickými pracovníky a je nezbytná znalost diagnózy klienta (Galajdová & Galajdová, 2011; Tvrdá, 2020; Velemínský, 2007).

1.4.4 Animal Assisted Crisis Response (AACR)

Posledním způsobem výkonu canisterapie, který si zde podrobněji představíme, je Animal Assisted Crisis Response (AACR, krizová intervence za pomoci zvířat). Jedná se o přirozený kontakt psa a člověka, který se ocitl v krizové situaci. Důraz je kladen na odbourávání stresu a celkové zlepšení psychického i fyzického stavu klienta. AACR reaguje na aktuální potřeby klienta s cílem podpory procesu stabilizace. Klientelu tvoří například oběti katastrof, násilí, havárií a nehod s trvalými tělesnými či psychickými důsledky, ale také pracovníci záchranných týmů (Eaton-Stull & Flynn, 2015; Stančíková & Šabatová, 2012; Velemínský, 2007).

V literatuře lze najít rozlišení osobní AACR a AACR v rámci integrovaného záchranného systému. Jak již z názvů vypovídá, v první variantě se jedná o individuální intervenci. Speciálně vycvičený pes zde působí pozitivně při zmírňování následků prožité krize (motivuje klienta k aktivitě, překonání osamění apod.). Ve druhé variantě jsou canisterapeut a pes součástí celého krizového týmu např. v situacích hromadného neštěstí a katastrof. Pes je využíván při poskytování krizové intervence klientovi v akutním stavu, dle kritérií a postupů poskytování krizové intervence. V obou případech je nutná znalost anamnézy a diagnózy daných jedinců se zaměřením na konkrétní aktuální stav (Stančíková & Šabatová, 2012; Tvrdá, 2020).

Výše uvedené způsoby provádění canisterapie patří k těm nejzákladnějším. Pokud byste však chtěli pátrat hlouběji, stojí za zmínku ještě například **Animal Assisted Intervention** (AAI) či **Animal Assisted Coaching** (AAC).

1.5 FORMY CANISTERAPIE

V této kapitole si rozlišíme formy, ve kterých může canisterapie probíhat. Za nejzákladnější rozdělení způsobů průběhu canisterapie můžeme považovat dělení na individuální a skupinovou formu.

Individuální canisterapie zahrnuje setkání canisterapeutického týmu s jedním klientem. Výhodou je možnost přizpůsobení programu konkrétním potřebám daného klienta a snížení rušivých vlivů okolí. Nevýhodou je časová náročnost a možná vnímaná nespravedlnost při navštěvování pouze některých klientů daného zařízení (Tvrdá, 2020; Velemínský, 2007).

Skupinová canisterapie, jak už z názvu napovídá, představuje setkání canisterapeutického týmu se skupinou osob. Mezi klienty a psem (popř. psy) probíhá vzájemná

interakce, která by měla být řízena jednou osobou. Důležité je zvolit správný poměr klientů a psů, dohlížet na zapojení všech zúčastněných do kontaktu a společných činností, a vhodná koordinace aktivit. Výhodou je uspokojení více klientů v zařízení, a v případě vyššího počtu psů také možnost výběru nejsympatičtějšího psa pro daného klienta. Nevýhodou je naopak snížená možnost naplnění individuálních potřeb a cílů jednotlivých klientů (Tvrdá, 2020; Velemínský, 2007).

Canisterapii dále můžeme rozdělit dle toho, jakou formou jsou klienti navštěvováni. V České republice je jedním z nejrozšířenějších způsobů tzv. **návštěvní program**, kdy setkání canisterapeutického týmu s klientem probíhá v pravidelných intervalech na předem sjednaném místě. Většinou se jedná o návštěvy 1-2x týdně, při kterých dochází canisterapeutický tým za klientem do zařízení sociálních služeb, školských či zdravotnických zařízení. Canisterapeutický tým však může docházet za klientem také přímo do domácnosti, či návštěvní řád funguje opačně – tedy klient navštěvuje canisterapeutického psa v jeho zázemí či v nějakých předem určených společných prostorech. Může se využívat individuální i skupinové formy canisterapie, vždy s ohledem na potřeby klienta. Canisterapie tak může sloužit k cílům vzdělávacím, výchovným, volnočasovým, terapeutickým, aktivizačním, sociálním aj. (Tvrdá, 2020; Velemínský, 2007).

1.5.1 Canisterapie jako součást výuky

Výuka může být s canisterapií propojena nejen ve speciálních školách, ale také ve školách s tradičním či alternativním vzděláváním žáků. Nejčastěji však canisterapii využíváme u žáků a žákyň se specifickými vzdělávacími potřebami, jako jsou např. žáci či žákyně se zrakovým či sluchovým postižením, nebo děti se specifickými poruchami učení. Canisterapie bývá využívána také při výuce dětí s poruchami autistického spektra (Martin & Farnum, 2002; Velemínský, 2007). V každé variantě má canisterapie svá specifika a zaměřuje se na konkrétní cíle a potřeby daných jedinců. Nejčastěji jsou zde využívány formy AAA, AAT či přímo AAE. Při zapojení canisterapie do výuky ve třídách spolupracuje canisterapeut mimo jiné s pedagogem dané třídy. Ten může canisterapeutovi sdělit informace z interního dění třídy ve dnech, kdy canisterapeut není přítomen, a napomoci tak k přesnějšímu formování cílů canisterapie (Galajdová & Galajdová, 2011; Velemínský, 2007).

Canisterapie ve školní třídě může vést k lepší socializaci a zvyšovat interakce mezi žáky a žákyňmi. Pes nehodnotí děti na základě jejich vzhledu či schopností, neškatulkuje je, a přistupuje ke každému rovnocenně. Tento aspekt může napomoci například v situacích

ostrakismu některých jedinců či jako prevence šikany (Nimer & Lundahl, 2007; Velemínský, 2007). Pes slouží také jako spojenec a prostředník a dává dětem podnět ke sblížení a komunikaci (Bernstein et al., 2000; Kovács et al., 2004; Prothmann et al., 2006).

Dalším z významných přínosů canisterapie ve škole je emoční prožitek dítěte. Děti mohou díky přítomnosti psa snadněji vnímat emoce a pocity druhých a učit se empatii. Pes zároveň slouží jako stálý kamarád, vytvářející pocit bezpodmínečného přijetí. Co se týče praktické výuky, může být pes zapojen do aktivit počítání, čtení, kreslení, a zvyšovat tak motivaci žáků k provádění daných vzdělávacích aktivit (Galajdová & Galajdová, 2011; Velemínský, 2007).

1.5.2 Canisterapie v zařízeních sociální péče

Mezi zařízení sociální péče patří například domovy pro seniory, dětské domovy, školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, chráněná bydlení, stacionáře, psychiatrické léčebny aj. Základem konání canisterapie v takových zařízeních je opět dojednání podmínek a pravidel. Canisterapeutický tým spolupracuje s klienty i s personálem zařízení, přičemž každý by měl znát svou roli v procesu. Je nutné se domluvit na časové dotaci, na formě canisterapie (skupinová/individuální), na způsobech canisterapie (nejčastěji AAA/AAT), vymežit prostory, ve kterých se bude canisterapie konat apod. V zařízeních sociálních služeb je často velké množství klientů, a je tak potřeba brát zřetel na nepřetížení psa, znát dobře jeho hranice a možnosti. Zároveň je nutné identifikovat klienty, pro které canisterapie není vhodná a vyskytuje se u nich nějaká kontraindikace (alergie, strach ze psů, agrese aj.).

Při správném průběhu přináší canisterapie do těchto zařízení radostnou aktivitu, zpestření, možnost navázání nových vztahů a kontaktů, prostor pro aktivizaci apod. (Galajdová & Galajdová, 2011; Velemínský, 2007).

1.5.3 Canisterapie ve zdravotnických zařízeních

Pod pojmem zdravotnické zařízení si můžeme představit přímo nemocniční prostředí, a to např. psychiatrické kliniky, geriatrické kliniky, onkologická oddělení, oddělení léčebné rehabilitace, anebo léčebny dlouhodobě nemocných. Canisterapeut v tomto případě spolupracuje nejen s pacienty, ale také s personálem zařízení. Měl by ale být zároveň samostatnou jednotkou, jelikož personál zařízení je zatížen dalšími a často náhlými událostmi, jako je například změna stavu některého z pacientů apod.

Ve zdravotnickém zařízení mohou být rušivým aspektem návštěvy přicházející za pacienty. Situaci lze však uchopit i z druhé strany, a zapojit příbuzné a kamarády pacientů do procesu terapie. Může to vytvořit pocit možnosti pomoci dotyčnému, vzhledem k tomu, že blízké osoby daného pacienta se obvykle cítí bezmocně. Sám pacient z toho může těžit zvýšenou motivací k provádění canisterapie a příjemným pocitem společně vykonávané činnosti s lidmi, které má rád (Velemínský, 2007).

1.5.4 Canisterapie v domácím prostředí

V případě, že canisterapeutický tým dochází za klientem domů, je dobré, aby canisterapeut navštívil klientovu domácnost nejprve sám. Ujistí se tak, že je v domácích prostorech možnost canisterapii provádět (prostředí, osvětlení, přístupnost, vybavení apod.) a vyjasní si předem podmínky a pravidla canisterapie. Také se domluví s klientem na intenzitě jejich setkávání, a hlavně na konkrétní zakázce a cílech terapie. Je dobré, aby canisterapeut znal anamnézu a diagnózu klienta, jelikož na základě toho bude schopen přesnějšího porozumění klientovým potřebám. Při domácí variantě canisterapie musí být canisterapeut opravdu znalý a zdatný, jelikož většinou nedochází ke spolupráci s dalšími odborníky. Nic však nebrání tomu, aby spolu s canisterapeutem navštěvoval domácnost například také fyzioterapeut, psycholog či pracovník sociálních služeb (Galajdová & Galajdová, 2011; Velemínský, 2007).

1.5.5 Canisterapie ve zvláštních prostorech

Canisterapeutický tým může docházet také například do dětských kluboven a kroužků, neziskových organizací, psychiatrických léčeben či komunit apod. V těchto případech je nutné, aby byly předem jasně stanoveny podmínky a pravidla canisterapie, čas a prostor vyhrazený k návštěvám canisterapeutického týmu. Je také nutné znát skladbu skupiny jedinců, do které canisterapeutický tým dochází, a tomu přizpůsobit aktivity, které s klienty budou prováděny.

Canisterapie může být prováděna jednorázově, opakovaně či pobytovou formou. Dále může být součástí dětských táborů, ozdravných kurzů a pobytů, krizové intervence, či probíhat stálou rezidentní formou u daného klienta (Velemínský, 2007).

1.6 MOŽNOSTI UŽITÍ CANISTERAPIE

Využití pozitivních efektů canisterapie je opravdu široké. Canisterapie může být nápomocná ve zdravotnických zařízeních při léčbě tělesných (poruchy zraku a sluchu, poruchy hybnosti, epilepsie, ...) i duševních (schizofrenie, poruchy autistického spektra, deprese a úzkosti, ...) onemocnění, při poúrazové rehabilitaci, paliativní péči, krizové intervenci, ale například i ve školství při zlepšování třídního klimatu, či v sociálních zařízeních, jako jsou domovy pro seniory či dětské domovy. V procesu terapie představuje pes přirozenou tendenci k vytváření vztahů, a mezi klientem a psem tak vzniká pouto. Samotná vřelá atmosféra a bezpodmínečné přijetí canisterapeutickým psem může být pro klienta přínosné, a může napomoci také k přijetí dalších intervencí, které jsou klientovi nabízeny terapeutickým personálem (Galajdová & Galajdová, 2011; Nimer & Lundahl, 2007). Je však důležité mít na paměti, že reakce člověka na psa je velice individuální, a stejně tak reakce psa na konkrétního člověka. Daný pes si nemusí rozumět s konkrétním jedincem, či v horším případě konkrétní jedinec nemusí celkově dobře snášet psy. Je tak potřeba vždy uzpůsobit terapii individuálním požadavkům klienta (Galajdová & Galajdová, 2011).

V následujících odstavcích si stručně zmíníme příklady konkrétních případů a studií, které se využitím canisterapie a jejich pozitivních efektů zabývají. Jak jsme si však již uvedli, možností využití canisterapie je nespočet, a proto jsme zde vybrali pouze některé kategorie, týkající se duševního zdraví, jelikož naše diplomová práce je vedena podobným směrem. Vzhledem k tomu, že většina následujících podkapitol se týká psychických onemocnění, je zde často operováno s pojmem AAT, jelikož tento způsob provádění canisterapie je ve zdravotnických zařízeních nejčastější. Neznamená to však, že ostatní metody canisterapie jsou méně účinné, avšak užívají se spíše v ne klinických odvětvích.

1.6.1 Poruchy autistického spektra (PAS)

Martin & Farnum (2002) uvádí, že děti s pervazivními vývojovými poruchami jsou za přítomnosti canisterapeutického psa více hravé, lépe se soustředí a jsou schopny si důkladněji uvědomovat své sociální prostředí. Dochází také ke zlepšení sociální interakce a komunikace, a to nejen u dětí, ale i u dospělých (Berry et al., 2013; Gabriels et al., 2015; O'Haire, 2013; Wijker et al., 2019). Osobám s poruchami autistického spektra může být terapeutický pes bližší než terapeut právě z toho důvodu, že komunikace s ním probíhá na neverbální úrovni. Ve srovnání s konverzací s terapeutem, která zahrnuje mimo jiné i metakognitivní a introspektivní aspekty, představuje neverbální interakce se psem daleko méně stresu (Verheggen et al., 2017).

Dalším pozitivním přínosem canisterapie u osob s poruchou autistického spektra je snížení fyziologické stresové reakce, a to v podobě nižší produkce kortizolu za přítomnosti psa (O’Haire, 2013; Tabares et al., 2012; Viau et al., 2010). Wijker et al. (2019) dodávají, že canisterapie se prokázala být nápomocnou také při léčbě agorafobie čili chorobného strachu z otevřených prostor, prostranství či davů. Agorafobie může jít ruku v ruce se stresem – úbytek stresu navozený canisterapií může způsobovat snížení agorafobie a strachu v sociálním prostředí, zatímco snížená agorafobie může redukovat stres (Vreeburg et al., 2010; Wijker et al., 2019). Lze předpokládat, že úbytek stresu bude mít za následek také snížení depresivních symptomů (Vreeburg et al., 2010).

1.6.2 Úzkosti a deprese

Psi mohou sloužit také jako katalyzátoři emocí. Interakce se psem může zlepšit člověku náladu a vyvolat úsměv na tváři. Barker et al. (2003) ve své studii postulují, že psychiatricky léčení pacienti, kteří byli vystaveni AAT, se naučili lépe zvládat vztek, snížily se jim depresivní a úzkostné symptomy a stres. Se stejnými výsledky přichází také Virués-Ortega et al. (2012), který mimo jiné odhalil pozitivní efekt také u pacientů s demencí.

Souter & Miller (2007) provedli meta analýzu pěti studií (Brickel, 1984; McVarish, 1994; Panzer-Koplow, 2000; Struckus, 1989; Wall, 1994) a došli k závěru, že AAT má pozitivní efekt na depresivní symptomy. V těchto studiích byly pretest-posttest použity následující škály měření depresivních symptomů: Zung Self-Rating Depression Scale (Zung, 1995), Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961), Beck Depression Inventory II (Beck et al., 1996), Geriatric Depression Scale (Yesavage et al., 1983) a NIMH Mood Scales – Elderly Depressed Factor (Raskin & Crook, 1988).

Se stejnými výsledky přichází také studie Ambrosi et al. (2019), která po intervenci AAT udává snížení depresivních symptomů měřených pomocí Geriatric Depression Scale (Yesavage et al., 1983) pretest-posttest. Autoři dále uvádí, že pes působil jako facilitátor sociálních interakcí a měl pozitivní efekt na komunikaci mezi pacienty i canisterapeutem. Totéž tvrdí Simpkins (2015), Kalinová (2006) či Vojtková (2012), která dodává, že canisterapie vedla ke zlepšení nálady a snížení pocitů osamělosti také u klientů v centru pro seniory.

Rossetti & King (2010) se zabývali efektivitou canisterapie u psychiatricky léčených pacientů, a došli k závěru, že canisterapie má pozitivní efekt na široké spektrum psychologických a sociálních aspektů, včetně redukce vzteku, úzkosti, deprese a stresu, a navýšení socializace.

Vliv canisterapie na depresivní symptomatiku budeme dále zkoumat v naší diplomové práci. Na rozdíl od většiny studií, které jsou kvantitativního rázu, však využijeme design kvalitativní, který nám umožní hlubšího vhledu do dané problematiky.

1.6.3 Schizofrenie

Kovács et al. (2006) přichází se zjištěním, že AAT může napomoci ke zlepšení neverbální komunikace u pacientů s chronickou schizofrenií. Vzhledem k tomu, že neverbální komunikace hraje důležitou roli v interpersonálním kontaktu, její zlepšení pravděpodobně přinese pozitivní efekt do každodenních sociálních interakcí schizofrenního jedince. To ostatně dokazuje studie Villalta-Gil et al. (2009), která deklaruje zlepšení objektivního i subjektivního hodnocení sociálního kontaktu schizofrenních pacientů. Pacienti vnímali výrazně lepší kvalitu života, související se sociálními vztahy, a zlepšily se jim také objektivní schopnosti sociálního kontaktu. Canisterapeutický pes s pacientem jednak přímo interaguje, a za druhé svou přítomností mění sociální chování mezi lidmi (Messent, 1985). Prospěch u schizofrenních pacientů je tedy způsoben nejen přímým kontaktem se psem, ale také ze soustředění pozornosti ostatních lidí.

AAT se dále prokazuje jako účinný způsob snižování úzkosti u psychotických pacientů (Barker & Dawson, 1998). Nathans-Barel et al. (2005) uvádí, že u pacientů se schizofrenií bylo po 10týdenním období AAT dosaženo zlepšení motivace, hédonismu a způsobů využívání volného času v porovnání s pacienty, kteří AAT nepodstoupili.

Barak et al. (2001) ve své studii postulují, že schizofreničtí pacienti, kteří podstoupili 12měsíční AAT, vykazují zlepšení v socializaci a denních aktivitách. AAT zároveň pozitivně ovlivnila jejich well-being. Kovács et al. (2004) dodávají, že po 9 měsících AAT došlo u schizofrenních pacientů ke zvýšení nezávislosti v celkovém životním fungování a sebeobsluze.

Villalta-Gil et al. (2009) uvádí, že při porovnání schizofrenních pacientů, kteří podstoupili AAT, s těmi, kteří AAT nepodstoupili, vykazuje první skupina pacientů zlepšení v oblastech týkajících se sociálního kontaktu a snížení závažnosti negativních symptomů schizofrenie. Podobné výsledky týkající se zlepšení negativních příznaků demonstrují ve svých studiích například také Mayol-Pou (2002), Barak et al. (2001), Kovács et al. (2004) či Nathans-Barel et al. (2005). Zlepšení negativních příznaků schizofrenie za pomoci AAT je pozoruhodné, jelikož nás upozorňuje na nutnost brát v potaz psychosociální intervence při snižování závažnosti negativních symptomů schizofrenie. Ostatně farmakologická léčba je

považována za účinnější spíše u pozitivních symptomů (Feldman et al., 2003; Miller, 2004; Rueter et al., 2004).

1.6.4 Krizová intervence

Jak jsme již zmínili, canisterapii lze využít při krizové intervenci v podobě AACR. Beetz et al. (2012) provedli metaanalýzu 69 studií a potvrdili příznivý vliv interakce se zvířaty na fyziologické změny u člověka ve stresové situaci. Zjistilo se, že kontakt se psy zklidňuje srdeční tep, který je běžně při stresových situacích zrychlený (Barker et al., 2010; Morrison, 2007). Interakce se zvířaty snižuje také hladinu stresového hormonu kortizolu (Barker et al., 2010; Kaminski et al., 2002; Odendaal, 2000) a krevní tlak (Barker et al., 2010; Odendaal, 2000).

Následky, které s sebou krize přináší, však nejsou pouze tělesného rázu. K nejčastějším emočním reakcím člověka na zátěžové situace patří strach a úzkost (National Center for PTSD, 2010). Ukázalo se, že interakce člověka se zvířetem snižuje pocity úzkosti a napětí, pomáhá člověku zrelaxovat a zlepšuje náladu (Hoffman et al., 2009; Jaspersen, 2010; Sockalingam et al., 2008). Přítomní psi totiž vytvářejí pocity bezpečí, ujištění, přijetí a bezpodmínečné lásky. Pozitivní efekt AACR se potvrdil například při hurikánu Katrina v roce 2005 (Chandler, 2008) či při teroristických útocích 11. září 2001 ve Spojených státech amerických (Greenbaum, 2006). Canisterapeutický tým dochází také na Filozofickou fakultu Univerzity Karlovy v Praze v důsledku střelby v prosinci roku 2023.

AACR má blahý dopad také na sociální sféru jedince, a to v podobě navýšení interakcí s okolím a snížení izolace, která bývá častým následkem krizových situací (Beetz et al., 2012; Bua, 2013; Wells, 2009).

Jak tedy výše zmíněná fakta naznačují, využití AACR může být užitečné nejen při vyrovnávání se s krátkodobými následky krize, ale může působit také jako dlouhodobější prevence duševního zdraví například při posttraumatické stresové poruše (PTSD). Pozitivní efekt přináší také při vyrovnávání se se stresem u hospitalizovaných dětí (Tsai et al., 2010).

1.6.5 Prosociální chování

Nakonec ještě krátce zmíníme vliv canisterapie na prosociální chování, který je z výše uvedených informací patrný. Marr et al. (2000) došli ve své studii k výsledkům, které dokazují větší socializaci, radost a potěšení z prováděných aktivit u pacientů, kteří absolvovali canisterapii oproti pacientům v kontrolní skupině bez terapie. Existuje opravdu velké množství

studií, které proklamují, že pacienti absolvující AAT vykazují značné zlepšení komunikačních, interakčních a socializačních schopností, nehledě na to, v jakém jsou věku a s jakou diagnózou přichází (Bernstein et al., 2000; Kovács et al., 2004; Prothmann et al., 2006; Richeson, 2003).

Pozitivní efekty však nepřináší canisterapie pouze pacientům, ale také personálu. Canisterapie může zlepšit vztah mezi pacienty a zdravotníky, a vylepšit celkovou atmosféru v zařízení (Rossetti et al., 2008). Tato informace může být přínosná právě v naší výzkumné práci, jelikož zkoumáme canisterapii jak z pohledu pacientů, tak z pohledu zdravotnického personálu a canisterapeutky.

1.7 ORGANIZACE A SDRUŽENÍ ZABÝVAJÍCÍ SE CANISTERAPIÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Jak jsme již zmiňovali v kapitole o legislativě, v České republice neexistují žádné jednotné směrnice ani oficiální instituce pro vzdělání canisterapeutů a výcvik canisterapeutických psů. Bylo však založeno několik společenství, které se snaží o zaštitění svých členů a s tím související garanci kvality prováděné canisterapie. V této kapitole se zaměříme na organizace a sdružení fungující v České republice, které se zabývají výchovou a výcvikem canisterapeutických psů, vzděláváním canisterapeutů, pořádáním canisterapeutických zkoušek, sdružováním canisterapeutů a šířením informací o této problematice. Tato sdružení také vytvářejí podmínky dalšího vzdělávání (semináře, supervize apod.), koordinují činnost jednotlivých týmů a smluvně ošetřují vztah s cílovými organizacemi, ve kterých canisterapii poskytují.

1.7.1 Pomocné tlapky

Společnost Pomocné tlapky byla založena v roce 2001, a zabývá se chovem, předvýchovou a výcvikem asistenčních psů. Takto vycvičené psy společnost dále zdarma předává do dlouhodobého užívání např. tělesně postiženým lidem, osobám s kombinovaným onemocněním, dětem s ADHD či PAS.

Již od samotného vzniku společnosti, tedy od roku 2001, poskytují Pomocné tlapky také canisterapeutické služby pro jednotlivce i organizace. Nejčastěji se jedná o návštěvu rodin či zařízení. V současné době vysílá organizace do praxe více než 70 canisterapeutických týmů po celé České republice. Součástí canisterapeutických týmů jsou dobrovolníci i odborní terapeuti, kteří vodí psy do domovů důchodců, dětských domovů, sanatorií, hospiců, ústavů pro tělesně či mentálně postižené apod. Zde provádí nějaký ze způsobů praktikování

canisterapie – AAA/AAT/AAE, a zaměřují se tak např. na rozvoj citových, rozumových a pohybových schopností či nácvik relaxace (Pomocné tlapy, n.d.).

1.7.2 Helpes

Od roku 2001 pomáhá organizace Helpes osobám s různými druhy handicapů s dosažením integrace, soběstačnosti a samostatnosti, a to prostřednictvím speciálně vycvičených psů. Kdokoli tak může požádat o asistenčního psa, a organizace ve spolupráci s dalšími odborníky následně posoudí míru potřeby a vhodnosti asistenčního psa k danému klientovi, a postará se o párovací proces.

Jednou ze služeb, které tato společnost nabízí, je také kurz společenské výchovy psů, kde se dle slov organizace učí majitelé psů porozumět svým čtyřnohým mazlíčkům. Výtěžek z těchto kurzů je určen ve prospěch osob se zdravotním postižením.

Další službou organizace je právě příprava canisterapeutických psů. Helpes se spolu s Klubem speciálního výcviku ČKS podílí na testování budoucích canisterapeutických týmů. Dochází nejen k testování psa, ale také k posouzení vhodnosti jeho majitele/psovoda k provádění canisterapie (Helpes, n.d.).

1.7.3 Hafík

Hafík je od roku 2001 výcvikovým canisterapeutickým sdružením. Zaměřuje se na výuku a testování dobrovolníků, výcvik canisterapeutických týmů a praktikování odborné canisterapie. V roce 2008 se stal Hafík akreditovaným dobrovolnickým centrem v úseku dlouhodobé dobrovolnické služby, a jako první v České republice mohl vysílat dobrovolníky s jejich otestovanými terapeutickými psy. Hafík je také členem světové asociace IAHAIO.

Hlavním posláním je podpora osob se zdravotním postižením či jiným znevýhodněním, seniorů, osob z odlišného sociokulturního prostředí apod. Otestovaní dobrovolníci tak dochází do zařízení sociálních služeb, školských zařízení a zdravotnických zařízení po celé České republice, a provádí zde canisterapii formou návštěvního programu, jednorázových akcí, pobytových akcí či integračních táborů (Výcvikové canisterapeutické sdružení Hafík, n.d.).

1.7.4 Aura Canis

Spolek Aura Canis se zaměřuje na pomoc zejména sociálně či zdravotně znevýhodněným osobám, ke zlepšení kvality jejich života prostřednictvím zooterapie a

expresivních terapií (muzikoterapie, arteterapie, ...). Snaží se také podporovat, rozvíjet a popularizovat zooterapii, a vzdělávat veřejnost v tomto oboru.

Spolek vysílá zooterapeutické týmy do školských, sociálních a zdravotnických zařízení, ale také k rodinám osob se zdravotním postižením či sociálním znevýhodněním. Vychovává děti a mládež k zodpovědnému vztahu ke zvířatům, a pořádá přednášky a vzdělávací kurzy v oblasti zooterapie. Nabízí konzultace při výcviku canisterapeutických psů a přípravě canisterapeutů, a to samé v rámci felinoterapie (kočky). Dále také pořádá zkoušky psovodů a psů pro canisterapeutickou činnost.

Cílem spolku je šíření osvěty a informování veřejnosti o zooterapii, spolupráce s dalšími odborníky (pedagogy, psychology, fyzioterapeuty, ...) a využívání zooterapie ke zlepšení bio-psycho-sociálního stavu osob (Aura Canis, n.d.).

Bližší informace o jednotlivých společenstvích lze nalézt na jejich webových stránkách. Výše zmíněné organizace jsou pouze výběrem z těch nejznámějších. Po celé České republice existuje však řada dalších spolků, které se problematikou canisterapie zabývají. Pro příklad můžeme uvést Canisterapeutické sdružení Jižní Morava (<https://www.canis-sdruzeni.cz>), spolek Canisterapie, z.s. (<https://www.canisterapeuti.cz/slideshow/vitejte/>), Léčivé tlapky, z.s. (<https://www.lecivetlapky.cz>), Duhová cesta, z.s. (<https://duhovacesta.cz>) či Nadační fond CANISTERAPIE (<http://www.nf-canisterapie.cz/index.html>).

V této kapitole jsme si definovali canisterapii jako podpůrnou terapeutickou metodu využívající pozitivního až léčivého působení psa či feny na člověka. Vymezili jsme si její legislativní rámec v České republice a zjistili, že pozice canisterapeuta se pro nedostatek jednotných směrnic v Národní soustavě povolání MPSV ČR (2017) nevyskytuje. Dále jsme si specifikovali složení canisterapeutického týmu a přiblížili úkoly, které jednotlivým členům náleží. Rozdělili jsme si canisterapii na několik typů, mezi něž patří AAA, AAT, AAE, AACR, AAI a AAC. Jednotlivé způsoby provádění canisterapie jsme si dále specifikovali a následně uvedli příklady zařízení, ve kterých se canisterapie může praktikovat, včetně konkrétních organizací, které se výcvikem canisterapeutických psů zabývají. Dále jsme představili široké spektrum možností využití canisterapie, mezi které mimo jiné patří také práce canisterapeutického týmu s pacienty s depresivní poruchou. Toto téma budeme dále podrobněji zkoumat v praktické části naší diplomové práce. Ještě předtím si ale pojďme definovat a specifikovat, jak se přesně deprese projevuje, jak ji můžeme dělit, co jí předchází a jaké jsou možnosti její léčby.

2 DEPRESE

2.1 DEFINICE

Samotný pojem deprese je odvozen od latinského slovesa *deprimere*, kde „*de*“ znamená dovnitř a „*primere*“ znamená tlačit. Volný překlad by tedy mohl být stlačenost. Českými synonymy pro termín deprese jsou například pojmy stísněnost, sklíčenost, ochablost či otupělost (Křivohlavý, 2013). V dnešní společnosti je slovem deprese často označován stav krátkodobě zhoršené nálady a slabě změněného duševního rozpoložení. Ve skutečnosti se ale jedná o dlouhodobě patologicky skleslou náladu, provázenou sníženou aktivitou, nedostatkem energie a ztrátou motivace, vedoucí ke snížení kvality života (Anders et al., 2005; Kovařík, 2002; McKenzie, 2001).

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2023) se depresivní porucha vyznačuje depresivní náladou nebo ztrátou potěšení či zájmů po delší časový úsek. Ovlivňuje veškeré aspekty života jedince včetně mezilidských vztahů.

Deprese je afektivní poruchou psychiky neboli poruchou nálady. Do této kategorie poruch řadíme také mánii a bipolární poruchu. Afektivní poruchy neovlivňují pouze náladu, ale zasahují do všech oblastí lidského bytí. Jejich projevy tak spatřujeme v prožívání i chování jedince. Základním znakem deprese je depresivní nálada charakterizovaná smutkem, ztrátou zájmů a motivace po dobu alespoň dvou týdnů (Orel et al., 2020).

Topinková (2005) definuje depresi jako patologický afekt s převahou smutné nálady, který ovlivňuje vnímání, poznávání, myšlení a emoční zkušenost.

Hartl & Hartlová (2000) označují pojmem deprese duševní stav charakteristický pocity smutku, skleslosti, vnitřním napětím, nerozhodností, zpomalením duševních i fyzických procesů, ztrátou zájmů, pokleslým sebevědomím, úzkostí, apatií a sebeobviňováním.

Praško et al. (2015) dodává, že se nejedná pouze o špatnou náladu, ale o nemoc celého organismu, která do značné míry omezuje život člověka.

VandenBos (2013) považuje depresi za kolísavost nálady mezi neštěstím a nespokojeností až po extrémní pocity beznaděje a zoufalství.

Všechny uvedené definice se shodují v tom, že deprese je jakási dlouhotrvající bolest, která negativně ovlivňuje člověka v jeho bio-psycho-socio-spirituální rovině a zabraňuje mu v životě běžně fungovat. Vzhledem k tomu, že deprese se může projevovat prostřednictvím širokého spektra symptomů, představíme si nyní klinický obraz deprese.

2.2 KLINICKÝ OBRAZ DEPRESE

Příznaky deprese bývají celostní, tedy psychického, somatického, behaviorálního i sociálního rázu. Jednotlivé symptomy se mohou vzájemně prolínat a překrývat, přičemž u každého jedince se mohou projevovat v různé míře, a některé mohou úplně chybět (Orel et al., 2020; Praško et al., 2015).

Základním znakem deprese je **depresivní nálada**, kterou si můžeme představit jako ztrátu radosti (anhedonie), zájmů a motivace, provázenou smutkem. Depresivní nálada je nejintenzivnější zpravidla v ranních hodinách, přičemž tento stav označujeme jako ranní pesima (Anders, 2005; Orel et al., 2020).

Člověk trpící depresí ztrácí vnitřní energii, s čímž se pojí snížení výkonnosti a rychlosti, a to i v činnostech, které jedinec do té doby velice dobře ovládal. Myšlenky člověka v depresivní fázi jsou pesimistické, dominují pocity provinění, bezcennosti, nedostatečné sebeúcty a sebedůvěry. Jedinec trpící depresí vidí svou budoucnost černě a beznadějně. Tyto myšlenky se kupí a vedou k pocitu bezvýchodnosti, v nejhorším případě až k suicidálním myšlenkám, tendencím a pokusům. Sebevražda pro tyto jedince často představuje jediný možný konec utrpení. Riziko sebevražděného jednání roste v závislosti na hloubce deprese. Jakékoli suicidální myšlenky, tendence či pokusy jsou indikací k hospitalizaci (Orel et al., 2020; Pidrman et al., 2003; WHO, 2023).

Deprese ovlivňuje také **psychomotorický výkon**. Psychomotorické tempo bývá pomalejší, hovoříme o tzv. inhibici. Snižuje se schopnost koncentrace, prodlužuje se reakční čas a zvyšuje se nerozhodnost jedince. Projev, řeč a výrazovost jedince v depresivní fázi bývá pomalejší, tišší a obsahově chudší. Postoj jedince je sevřený, mimika snižená (hypomimie), gesta nevýrazná, a může dojít i k slzám. Někdy však jedinec nemá energii už ani k pláči. Opačným a méně častým projevem narušení psychomotorického výkonu může být agitovanost, projevující se neklidem až hyperaktivitou (Anders, 2005; Orel et al., 2020; WHO, 2023).

K symptomům deprese se většinou přidávají také **tělesné příznaky**. Typické jsou změny stravovacích návyků. Častější je snížení chuti k jídlu a následný úbytek hmotnosti, avšak v některých případech dochází k opačnému pólu, a to k přejídání a zajídání smutku.

Narušen je také spánek, a to nejčastěji v podobě obtížného usínání a předčasného buzení. Hovoříme o hyposomnii (nespavosti). V některých případech však může docházet naopak k hypersomnii (nadměrné spavosti). K dalším možným **psychosomatickým potížím** jedince v depresivní fázi patří tlak na hrudi, bolesti celého těla, trávící potíže, kožní problémy, kardiovaskulární potíže, ztuhlost nebo třes končetin, nadměrné pocení či snížení sexuální touhy

(Anders, 2005; Hosák et al., 2015; McKenzie, 2001; Pidrman et al., 2003). V tomto kontextu si zmiňme pojem *larvovaná (maskovaná) deprese*. Jedná se o stav, kdy jsou psychické projevy deprese překryty různorodými tělesnými obtížemi. Tento případ deprese způsobuje potíže při diagnostice, jelikož vzhledem k tělesným problémům se daný jedinec obrací na somatické lékaře, kteří ovšem nenalézají příčiny a řešení těchto potíží (Orel et al., 2020).

Neměli bychom opomenout vliv deprese na **mezilidské vztahy**. S tím souvisí také problémy ve škole, práci či rodině. Zhoršená není pouze pracovní výkonnost, jak jsme si již zmínili, ale právě také interpersonální vztahy. Depresivní člověk je většinou skleslý a málomluvný nebo naopak mluví nadměrně se snahou vypovídat se ze svých problémů. To může působit na druhé jako časté stěžování si. Typická bývá také podrážděnost a hádavost dotyčného. Jedinec pak radši odsune ostatní lidi na druhou kolej a začne se zaobírat negativními myšlenkami. Člověk trpící depresí se často od lidí izoluje, ztrácí chuť k socializaci, má pocit, že druhým nerozumí a oni nerozumí jemu, a v mezilidském kontaktu nenachází potěšení (Akhtar, 2015; Hosák et al., 2015; Praško et al. 2015; Vágnerová, 2008).

Součástí těžké depresivní fáze mohou být psychotické symptomy – bludy (poruchy myšlení) a halucinace (poruchy vnímání). Komorbidní poruchou deprese je úzkost (McKenzie, 2001; Orel et al., 2020; Pidrman et al., 2003).

2.3 DĚLENÍ DEPRESE A JEJÍ KLASIFIKACE DLE MKN-10

Dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) patří deprese do tzv. **afektivních poruch** (poruch nálady) s kódovým označením **F30-39**. Afektivní poruchy jsou charakteristické patologicky změněnou náladou, která ovlivňuje veškeré životní fungování jedince – aktivitu, racionalitu, výkonnost, motivaci, pozornost, motoriku, vztahovost a další psychické i somatické funkce. Projevy afektivních poruch lze tedy spatřovat v prožívání i chování nemocného člověka (Jopková, 2016; MKN-10, 2023; Orel et al., 2020).

První diagnostickou jednotkou afektivních poruch je **mánie – manická fáze či manická epizoda** (F30), vyznačující se patologicky zvýšenou náladou. Následuje kategorie F31, popisující **bipolární afektivní poruchu**, při které dochází ke střídání manických a depresivních epizod. V případě, že se u jedince vyskytují pouze depresivní symptomy, hovoříme o **unipolárním průběhu** deprese. Kategorie F32 líčí **depresi – depresivní fázi/epizodu**, která je charakteristická svým jediným výskytem, který se nemusí už nikdy vrátit. Pokud se však deprese opakuje, hovoříme o **periodické (rekurentní) depresivní poruše** (F33). Následuje diagnostická jednotka F34, která zahrnuje **perzistentní (trvalé) poruchy**

nálady (afektivní poruchy). Sem řadíme cyklothymii a dysthymii. Kategorie F38 se věnuje **jiným afektivním poruchám**, které nesplňují zařazení do předchozích skupin vzhledem ke své závažnosti či délce trvání. Poslední diagnostickou jednotkou poruch nálady je **neurčená (nespecifikovaná) afektivní porucha** (F39), která by měla být považována spíše za okrajovou diagnózu v případech, kdy opravdu není možné psychopatologický stav blíže charakterizovat a přesněji diagnostikovat (Jopková, 2016; McKenzie, 2001; MKN-10, 2023; Orel et al., 2020). Depresi popisují především kategorie F31, F32, F33 a F34, a proto si tyto diagnostické jednotky nyní blíže specifikujeme a představíme.

2.3.1 Bipolární afektivní porucha (F31)

Při bipolární afektivní poruše (BAP) se s různou měrou a v různém poměru střídají manické (hypomanické) a depresivní (subdepresivní) fáze/epizody. Deprese mívá většinou pozvolný start a běžně se objevuje s prodromálními příznaky (únava, ztráta zájmů, nerozhodnost, poruchy spánku apod.). Mánie se naproti tomu zpravidla rozvíjí prudce a náhle bez jakýchkoli prodromů (Orel et al., 2020; Praško et al., 2015).

Bipolární afektivní porucha se dle MKN-10 dále člení na několik diagnostických jednotek, posuzovaných na základě aktuálně probíhající fáze/epizody. Podmínkou je alespoň jedna afektivní fáze/epizoda v minulosti. Kategorie F31 zahrnuje následující podkategorie:

- bipolární afektivní porucha, současná fáze/epizoda **hypomanická** (F31.0);
- bipolární afektivní porucha, současná fáze/epizoda **manická bez psychotických symptomů** (F31.1);
- bipolární afektivní porucha, současná fáze/epizoda **manická s psychotickými symptomy** (F31.2);
- bipolární afektivní porucha, současná fáze/epizoda **lehké nebo střední deprese** (F31.3);
- bipolární afektivní porucha, současná fáze/epizoda **těžké deprese bez psychotických symptomů** (F31.4);
- bipolární afektivní porucha, současná fáze/epizoda **těžké deprese s psychotickými symptomy** (F31.5);
- bipolární afektivní porucha, současná fáze/epizoda **smíšená** (F31.6);
- bipolární afektivní porucha, v současné době **v remisi** (F31.7);
- **jiné** bipolární afektivní poruchy (F31.8);
- bipolární afektivní porucha **nespecifikovaná** (F31.9).

Manická fáze se projevuje nadnesenou náladou, vyšší mírou energie a výkonosti, a nadměrnou výřečností. Typické je rychlé a ukvapené rozhodování, plánování cílů bez jejich realizace, lehkomyšlnost a nezodpovědnost. Často se také snižuje potřeba spánku. Nemocný jedinec může mít tendence k nesmyslnému utrácení peněz, častému střídání zaměstnání, promiskuitnímu chování apod. Pokud se dané symptomy nevyskytují v dostatečně velké míře či intenzitě, hovoříme o **hypománii** (Jopková, 2016; MKN-10, 2023; Orel et al., 2020).

Depresivní fáze je naopak charakteristická dlouhodobým poklesem nálady a energie. Objevují se pocity beznaděje, snižuje se výkonnost a psychomotorické tempo, dochází k úbytku sebevědomí aj. Časté jsou také problémy se spánkem a příjmem potravy. Mírnější formu deprese klasifikujeme jako **subdepresi**.

Smíšená fáze se vyznačuje kombinací všech fází či extrémně rychlým střídáním jednotlivých fází (v rámci několika hodin).

Poslední dvě kategorie (F31.8 a F31.9) jsou vyhrazeny pro atypický a nespecifikovaný průběh BAP (Hosák et al., 2015; Orel et al., 2020; Praško et al., 2015).

2.3.2 Depresivní fáze/epizoda (F32)

V řadě případů se můžeme setkat s výskytem jediné epizody deprese, jejíž příznaky se nemusí nikdy opakovat. Pro takový průběh deprese se dle MKN-10 užívá název depresivní fáze/epizoda. Depresivní fáze/epizoda je dále členěna na několik diagnostických podkategorií:

- **lehká (mírná) depresivní fáze/epizoda (F32.0),**
 - bez somatických příznaků (F32.00),
 - se somatickými příznaky (F32.01);
- **středně těžká depresivní fáze/epizoda (F32.1),**
 - bez somatických příznaků (F32.10),
 - se somatickými příznaky (F32.11);
- **těžká depresivní fáze/epizoda bez psychotických příznaků (F32.2);**
- **těžká depresivní fáze/epizoda s psychotickými příznaky (F32.3),**
 - těžká depresivní fáze/epizoda s psychotickými příznaky odpovídajícími náladě (F32.30),
 - těžká depresivní fáze/epizoda s psychotickými příznaky neodpovídajícími náladě (F32.31);
- **jiné depresivní fáze (F32.8);**
- **depresivní fáze nespecifikovaná (F32.9).**

V **lehké depresivní fázi** má jedinec zhoršenou náladu, pomalejší psychomotorické tempo, mohou se objevovat pocity viny a uzavírání se do sebe. Nemocný však většinou zvládá každodenní činnosti a zpravidla postačuje ambulantní léčba (MKN-10, 2023; Orel et al., 2020).

Středně těžká fáze deprese je intenzivnější formou lehké depresivní fáze, přičemž každodenní činnosti již představují pro jedince značný problém. Přidružují se také somatické potíže jako jsou poruchy spánku a chuti k jídlu. Mohou se objevit sebevražedné myšlenky – v takové situaci je nutná hospitalizace. V ostatních případech většinou postačuje léčba formou stacionáře (Jopková, 2016; Praško et al., 2015).

Těžká fáze bez psychotických příznaků je charakteristická nekonečnými pocity sklíčenosti. Nemocný cítí bezmoc a beznaděj, ztrácí sebevědomí a mívá negativní myšlenky, které ho zaměstnávají natolik, že není schopen vykonávat běžné denní činnosti. Objevuje se extrémní vyčerpání a ztráta energie, která jedinci může bránit např. vstát z postele. Psychomotorický útlum se projevuje mimo jiné v myšlení, mluvení i pohybu. Tuto fázi běžně provázejí psychosomatické příznaky. K efektivní léčbě bývá nutná hospitalizace (Anders, 2005; Laňková & Raboch, 2013; Praško et al., 2015).

Těžká fáze s psychotickými příznaky je považována za nejzávažnější. Nemocný zažívá hlubokou beznaděj, sklíčenost, ztrátu smyslu a vlastní bezcennost. Ztrácí motivaci k jakékoli činnosti a sebevražda se zdá být jediným východiskem. V této depresivní fázi se běžně objevují bludy a halucinace, které mohou a nemusí odpovídat náladě. Pokud psychotické příznaky korespondují s náladou (např. bludy provinění, méněcennosti či odsuzující hlasy), stanovujeme diagnózu F32.30. V případě, že se psychotické příznaky s náladou neshodují, hovoříme o diagnóze F32.31 (Orel et al., 2020; Praško et al., 2015).

2.3.3 Periodická (rekurentní) depresivní porucha (F33)

Periodická neboli rekurentní depresivní porucha je charakteristická střídáním depresivní fáze s obdobím remise. Deprese se tak po bezpříznakových fázích neustále vrací, přičemž pauza mezi jednotlivými depresivními epizodami může trvat měsíce i roky.

Stejně jako předchozí diagnostická jednotka je periodická depresivní porucha členěna na několik kategorií, a dle aktuální symptomatiky tak rozlišujeme tyto kategorie:

- periodická depresivní porucha, současná fáze/epizoda **lehká** (F33.0),
 - bez somatických příznaků (F33.00),
 - se somatickými příznaky (F33.01);
- periodická depresivní porucha, současná fáze/epizoda **středně těžká** (F33.1),

- bez somatických příznaků (F33.10),
- se somatickými příznaky (F33.11);
- periodická depresivní porucha, současná fáze/epizoda **těžká bez psychotických symptomů** (F33.2);
- periodická depresivní porucha, současná fáze/epizoda **těžká s psychotickými symptomy** (F33.3);
- periodická depresivní porucha, v současné době **v remisi** (F33.4);
- **jiné** periodické depresivní poruchy (F33.8);
- periodická depresivní porucha **nespecifikovaná** (F33.9).

V souvislosti s rekurentní depresivní poruchou je vhodné zmínit tzv. **sezónní depresi**. Jedná se o depresivní epizodu, jejíž opakování je vázáno na roční období. Objevuje se většinou na podzim a odchází s příchodem jara. Typický je úbytek energie, vyčerpání, rychlá unavitelnost a zvýšená spavost. Přidává se také nadměrná chuť k jídlu, zhoršení nálady a snížení schopnosti koncentrace. K léčbě této poruchy se nejčastěji užívá fototerapie neboli léčba světlem (Dušek & Večeřová Procházková, 2015; Praško et al., 2015).

2.3.4 Perzistentní (trvalé) afektivní poruchy (F34)

Při perzistentních poruchách nálady nedosahuje změna nálady hloubek deprese a výšek mánie. Pro tyto poruchy je však typická vytrvalost a dlouhodobost potíží, které trvají nejméně 2 roky, začínají často již v dětství či adolescenci, a v některých případech mohou přetrvávat po většinu života nemocného. Symptomy trvalých afektivních poruch nejsou tak intenzivní jako u jiných poruch nálady, avšak převážně jejich kolísání přináší do života jedince řadu problémů (Anders, 2005; Orel et al., 2020).

V rámci perzistentních poruch nálady rozlišujeme čtyři diagnostické jednotky – cyklothymii (F34.0), dysthymii (F34.1), jiné perzistentní afektivní poruchy (F34.8) a perzistentní afektivní poruchu nespecifikovanou (F34.9).

Cyklothymie (F34.0) je charakteristická střídáním období subdeprese (lehký pokles nálady) a hypománie (mírná elace nálady). Mezi těmito fázemi se objevuje i období normálního rozpoložení. Kolísání nálad při této poruše většinou není vázáno na objektivní životní události. Je nutné počítat s rizikem přechodu cyklothymie do bipolární afektivní poruchy (Dušek & Večeřová Procházková, 2015; Hosák et al., 2015; Orel et al., 2020).

Dysthymie (F34.1) se vyznačuje lehkou dlouhotrvající depresí (subdepresí). Typické jsou problémy se spánkem, únava, pokles energie, podrážděnost, snížená sebedůvěra,

pesimistické uvažování, sociální izolace, ztráta zájmů apod. Nemocný většinou zvládá úkony spojené s každodenním fungováním včetně zaměstnání, avšak jeho život je tímto stavem dlouhodobě značně narušován (Hartl & Hartlová, 2000; Laňková & Raboch, 2013; Praško et al., 2015).

Diagnostické jednotky F34.8 a F34.9 jsou opět určeny pro atypický a nespecifikovaný průběh perzistentních afektivních poruch (Orel et al., 2020).

2.4 VZNIK A VÝVOJ DEPRESE

Depresi může podlehnout každý z nás, avšak někdo je tomuto riziku vystaven více, někdo méně. Vzniku deprese často předchází více než jedna příčina, a samotná náchylnost k depresi ještě neznamená, že se k ní připojí příhodné podmínky pro upadnutí do deprese (McKenzie, 2001).

Vágnerová (2008) dělí příčiny vzniku deprese do několika kategorií – dědičnost, změny fungování mozku a vnější vlivy. Praško et al. (2015) uvádí podobné dělení, a k příčinám vzniku deprese řadí dědičnost, výchovu, vliv životních událostí, biochemické pochody v mozku, psychologické vlivy, návykové látky a problémy v mezilidských vztazích. Dle Křivohlavého (2013) spočívají hlavní příčiny vzniku deprese v narušení životního stylu, tělesných obtížích, vyšší citové zranitelnosti, náročných životních událostech, v pocitu selhání či provinění, sociálně-kulturních faktorech, špatných mezilidských vztazích, v pocitu osamělosti a existenční prázdnoty, v biologických faktorech, a v nesmyslných myšlenkách či očekáváních.

Výše zmíněné informace naznačují, že existuje spousta způsobů vzniku deprese, ze kterých se vynořují hlavní příčinné kategorie. Tyto kategorie příčin vzniku deprese si v následujících odstavcích blíže představíme.

2.4.1 Genetické faktory

Geny zděděné po našich rodičích, vyskytující se v chromozomech každé buňky našeho těla, mohou ovlivnit naši náchylnost k depresím. Dědičnost má při vzniku deprese bezesporu svůj vliv, avšak stále není jasné, jakým způsobem se dané predispozice ke vzniku deprese předávají. Předpokládá se však vliv vícera genetických variací, tedy polygenní přenos vázaný na větší počet genů (McKenzie, 2001; Vágnerová, 2008).

I přes možný vliv genetických predispozic jedince na vznik deprese ale není podmínkou, že v případě, kdy se jeho rodiče léčí s depresí, se bude daný jedinec s depresí potýkat také. Nedědí se tak přímo deprese, ale pouze vyšší predispozice k rozvoji choroby. Na

vznik deprese má následně vliv řada dalších faktorů, přičemž za jeden z hlavních je považován stres (Bhowmik, 2012; Lohoff, 2011; McKenzie, 2001; Praško, 2015).

2.4.2 Biologické a biochemické faktory

Do této kategorie patří například strukturální či funkční změny mozku, jiná somatická či psychická onemocnění, anebo hormonální nerovnováha.

Změny ve struktuře mozku mohou nastat například po úrazu hlavy či po cévní mozkové příhodě, a mohou mít vliv na rozvoj depresivní symptomatiky (Mitzy et al., 2019; Price & Drevets, 2012; Schlaepfer et al., 2008). Vágnerová (2008) uvádí, že deprese se objevuje především u jedinců s poškozenou levou hemisférou.

Hormonální změny mohou vést ke značným změnám emocí. Zároveň díky změnám v centrálním nervovém systému, působením hormonů na specifické receptory nebo metabolickým změnám může dojít k poruchám hormonální regulace (Brunoni et al., 2008; de Souza Duarte et al., 2017). U nejtěžších klinických forem deprese lze spatřovat sníženou produkci neurotransmiterů (Duman & Li, 2012). Vágnerová (2008) uvádí, že se jedná především o poruchu regulace noradrenalinu, acetylcholinu, serotoninu, dopaminu a GABA. Snížená produkce těchto neurotransmiterů může pak dále ovlivňovat právě hormonální produkci a tím zvyšovat riziko vzniku deprese (Duman & Li, 2012; Krystal et al., 2002). Pro příklad si můžeme uvést serotonin, který zprostředkovává účinky estrogenů na modulaci nálady a kognitivní funkce (Amin et al., 2005; Andrews et al., 2015).

K hlavním hormonům, spojovaným se vznikem deprese, patří nejen již zmíněný estrogen, ale také progesteron, kortikotropní hormon, kortizol a hormony štítné žlázy (Berent et al., 2014; de Souza Duarte et al., 2017; Holsboer, 2000). Jednou z příčin deprese mohou být tedy například endokrinní poruchy. U těžkých klinických stavů dále spatřujeme zvýšenou produkci kortizolu (hormon kůry nadledvinek) vlivem podnětů z hypotalamu, který považujeme za ústředí významně se podílející na celkovém emocionálním stavu člověka (Bhowmik, 2012; Graeff, 2007; Mitzy et al., 2019; Praško, 2015).

Změny hormonálních hladin však bývají typické také pro určité životní fáze člověka. Jedná se především o období dospívání, těhotenství, poporodní období, klimakterium a menopauzu (Angold et al., 1999; Deecher et al., 2008; de Kruif et al., 2016; O'Hara, 1995; Stowe & Nemeroff, 1995).

Výskyt depresivní symptomatiky v poporodním období označujeme pojmem **poporodní deprese** (Abou-Saleh et al., 1998; Hendrick et al., 1998). Vyznačuje se podobnými

příznaky jako klasická depresivní epizoda, avšak častěji se zde vyskytují pocity viny a bezmoci na rozdíl od suicidálních myšlenek a tendencí, které jsou v případě poporodní deprese méně časté (Whiffen, 1992). K vyššímu riziku rozvoje depresivní symptomatiky žen v poporodním období může přispívat již zmíněná hormonální nerovnováha, ale také další přidružené faktory, jako například zdravotní komplikace dítěte i matky v průběhu těhotenství, depresivní symptomatika matky v průběhu těhotenství či osobní historie a genetické predispozice (Abou-Saleh et al., 1998; Gotlib et al., 1991; Hendrick, 1998; O'Hara et al., 1984).

Jak jsme již zmínili, ke vzniku a rozvoji deprese mohou svým účinkem na tělo a mozek přispívat také **jiná onemocnění**, jako jsou například pervazivní vývojové poruchy, porucha pozornosti s přidruženou poruchou hyperaktivity (ADHD), úzkostná porucha, Parkinsonova nemoc či schizofrenie (Bhowmik et al., 2012; McKenzie, 2001).

2.4.3 Osobnost a individuální faktory

Dalším faktorem, který má vliv na propuknutí depresivní symptomatiky u daného člověka, jsou jeho osobnostní charakteristiky. Žádný typ osobnosti člověka přímo nepředurčuje k depresím, avšak vyššímu riziku vzniku depresivních symptomů jsou dle McKenzieho (2001) vystaveni lidé s dogmatickým a obsedantním myšlením. Křivohlavý (2013) uvádí, že k depresi bývají náchylní především nadměrně citově zranitelní lidé, vyznačující se vysokou mírou empatie, etické zodpovědnosti a očekáváním od sebe sama i druhých. Pokud někdo narušuje a snižuje jejich sebehodnocení, většinou se neumí bránit a upadají do deprese. Praško et al. (2015) dodává, že ke stejnému riziku dochází také u málo asertivních jedinců, dále jedinců s nízkým sebevědomím, kteří jsou závislí na hodnocení druhých, ale také u lidí s pesimistickým pohledem na svět.

S negativním hodnocením sebe i okolí souvisí tzv. *kognitivní model deprese*, který poprvé představil Aaron T. Beck v roce 1967. Model vysvětluje vznik deprese na základě nevhodných kognitivních struktur a atribučních mechanismů jedince. Beck byl přesvědčen, že k depresím jsou mnohem více náchylní lidé, kteří o sobě přemýšlí velmi negativně. Většina z nás přemýšlí optimisticky a má tendenci dělat své chyby menší a vlastní úspěchy větší. Negativně smýšlející jedinci však mají naopak tendenci snižovat hodnotu svých úspěchů a zveličovat vlastní chyby. Lidé trpící depresí zároveň připisují negativní životní události vnitřním a stabilním příčinám, zatímco pozitivní životní události připisují vnějším a nestabilním příčinám. Dnes už víme, že ačkoli lidé v depresi tímto způsobem skutečně přemýšlí, dosud není jisté, zda takto jedinci přemýšlí i předtím, než u nich deprese propukne.

Představení kognitivního modelu deprese však přineslo užitek především při zrodu kognitivně-behaviorální terapie, která se při léčbě deprese hojně využívá, a se kterou se blíže seznámíme v kapitole o metodách léčby deprese (McKenzie, 2001; Rief & Joormann, 2019).

2.4.4 Výchova, rodinné prostředí a mezilidské vztahy

Rodina tvoří první sociální systém, se kterým se daný jedinec ve svém životě setkává. Rodinné aspekty jako je psychopatie rodičů, citové vazby, praktiky výchovy či vzorce komunikace a interakce mezi rodinnými příslušníky mohou mít vliv na rozvoj depresivní symptomatiky jedince (Garber, 2005; Jewell & Stark, 2003). Vágnerová (2008) uvádí, že z hlediska výchovy je nejrizikovějším faktorem ztráta rodiče či jiné důležité osoby v dětství. Kritické je především odloučení dítěte od matky v raném věku. Praško et al. (2012) dodává, že na rozvoj deprese má vliv také styl výchovy, přičemž nejproblematictější je výchova příliš kritická a tvrdá, nebo naopak nadměrně pečující a rozmazlující. Hraničním případem je pak samozřejmě týrání, zneužívání či zanedbávání dětí.

Sing & Lai-Kuen (2000) ve své studii postulují, že soudržné a uspořádané rodinné prostředí přispívá k pozitivnějšímu vývoji adolescentů. Jedinci s dostatečně pevnými rodinnými vztahy, kteří měli zároveň prostor k osobnímu rozvoji, vykazovali nižší míru depresivní symptomatiky a vyšší míru sebepojetí.

S podobnými závěry přichází také studie George et al. (2006), jejíž výsledky tvrdí, že deprese a problémy s chováním byly jednoznačně spojeny se specifickým rodinným prostředím. Oba shluky symptomů předpovídaly rodinné prostředí vyznačující se menší soudržností a intelektuálními/kulturními zájmy a většími konflikty. Samotná deprese dále souvisela s menší emoční expresí, nezávislostí a aktivitou, a s vyšší mírou kontroly.

Na rozvoj depresivní symptomatiky však nemají vliv pouze vztahy v rodině, ale také například vztahy partnerské, přátelské, pracovní či školní. Stoetzer et al. (2009) uvádí, že problematické mezilidské vztahy na pracovišti mohou být determinantem deprese. Praško et al. (2015) zmiňuje, že při vzniku deprese bývají často problémem neshody v partnerských vztazích či vztazích mezi rodiči a dětmi. Velký vliv na vznik nemoci mívá také sociální izolace, která s sebou přináší nejen nedostatek sociálního kontaktu, ale často také absenci blízkého člověka, kterému se jedinec s depresivními symptomy může svěřit (Křivohlavý, 2013). Mezi depresí a sociální izolací panuje reciproční vztah, tedy že sociální izolace a nedostatek sociálního kontaktu může přispívat ke vzniku deprese, a zároveň deprese s sebou často přináší právě touhu po sociální izolaci (Zlotnick et al., 2000).

2.4.5 Životní styl

Ke vzniku a rozvoji deprese může přispívat také nezdravý životní styl jedince. **Pravidelná a vyvážená strava** může působit preventivně proti depresi. Důležité je, aby jedinec přijímal dostatek všech základních živin (sacharidy, tuky, bílkoviny, minerály a vitaminy). Holford (2013) udává, že vysoká hladina homocysteinu (toxická aminokyselina v krvi), která vzniká nedostatečným zásobením těla vitaminem B, zvyšuje riziko vzniku deprese. Dále zmiňuje, že je potřeba tělo zásobit dostatečným množstvím bílkovin a uhlohydrátů a vysvětluje následující mechanismus: „*V bílkovinách obsažený tryptofan, z něhož vyrábíme serotonin, jenž nám dodává dobrou náladu, se z krve dostává do mozku za pomoci inzulinu, a pro jeho uvolnění je nezbytná konzumace uhlohydrátů*“ (Holford, 2013, s. 58).

Množství přijímaného cukru je zároveň potřeba regulovat, jelikož jeho nadbytek může negativně ovlivňovat psychické rozpoložení jedince. To samé platí například při konzumaci vysoce tučného jídla, smažených pokrmů či látky zvané kofein, která navíc ničí vitamin B, který pomáhá v boji se stresem (Grases et al., 2019; Lang et al., 2015; Maloney & Kranz, 1996).

Ke zhoršené náladě může dále vést také nedostatek chromu, zinku, hořčíku, draslíku, vápníku, ale také např. vitamínu D (Gibson-Smith et al., 2019; Kovařík, 2002; Lang et al., 2015). S nedostatkem vitamínu D souvisí i potřeba lidského těla přijímat dostatečné množství světla a slunečního svitu, jelikož nedostatek denního světla je jedním z dalších faktorů, které mají vliv na rozvoj depresivních symptomů (Dušek & Večeřová Procházková, 2015; Kurlansik & Ibay, 2012).

Dalším rizikovým faktorem vzniku deprese je **nedostatek spánku**. V dnešní moderní době, zaměřené na karierní výkony, se s tímto problémem potýká mnoho z nás. Spousta lidí pracuje přesčas, má problémy oddělit pracovní a osobní život, a tím si zvyšuje riziko vzniku syndromu vyhoření či deprese (Akhtar, 2015). Dodržování spánkové hygieny je klíčové pro regeneraci psychických i fyzických sil a správného fungování organismu, včetně hormonální produkce, která je, jak už jsme zmínili, také jedním z významných faktorů ovlivňujících vznik deprese (Dewald-Kaufmann et al., 2013; Peltz & Rogge, 2016; Rahimi et al., 2016).

Dalším rizikovým faktorem týkajícím se životního stylu, který si zde uvedeme, je **nedostatek fyzické aktivity**. Během pohybu se vyplavují endorfíny neboli hormony štěstí, které zlepšují náladu, zmírňují stres a úzkost, a odvádí pozornost od problémů člověka. Lidem, kteří se nehýbou a mají spíše sedavý způsob života, hrozí vyšší riziko, že se u nich vyskytne deprese. Fyzická aktivita je navíc propojena s kvalitou spánku, aspektem socializace a

správným fungováním metabolismu, což jsou další faktory mající vliv na vznik deprese (Akhtar, 2015; Kandola et al., 2019).

Nakonec si ještě zmiňme vliv **alkoholu a návykových látek** na rozvoj deprese. Alkohol funguje jako neurotoxin, což znamená, že likviduje nervové buňky. Příležitostné užívání alkoholu či návykových látek obvykle k rozvoji deprese velkou měrou nepřispívá. Problém však nastává, pokud se u člověka vyvine závislost na těchto látkách. Při abstinenci začne jedinec pociťovat úzkost, tenzi až depresivní ladění (Boden & Fergusson, 2011; Graham et al., 2006; Schuckit, 1994). Psychoaktivní látky fungují přes tzv. *dopaminový systém odměny*. Tento systém má každý z nás, avšak jeho reaktivita a citlivost je individuální. Jedná se o speciální síť mozkových neuronů, které spolu komunikují prostřednictvím mediátoru dopaminu. S aktivací této sítě neuronů jsou spojeny příjemné pocity, uspokojení a slast. Psychoaktivní látky umí zvýšit hladinu dopaminu s takovou rychlostí a mírou, jako běžnými aktivitami nedokážeme. Znamená to tedy, že rychle, snadno a intenzivně navodí slast. Při závislosti si ale tělo postupně na danou psychoaktivní látku zvyká, a ke slasti jí potřebuje stále více a více. Nakonec si závislý jedinec musí látku brát už jen z toho důvodu, aby se cítil normálně (Orel et al., 2020).

2.4.6 Životní události a stres

Každý z nás se ve svém životě potýká s různými mimořádnými a nečekanými událostmi a situacemi. Jakákoli změna přináší jistou míru stresu, který je však ve většině případů zvládnutelný. Pokud jsou ale změny příliš velké, bolestné či je jich mnoho najednou, mohou se stát pro člověka nezvladatelnými. Takové situace označujeme jako obtížné životní události. Jedná se většinou o vážné ztráty nebo změny v životním stylu či sociální roli (Jopková, 2016; Praško et al., 2015).

Holmes & Rahe (1967) vytvořili škálu životních událostí, ve které je seřazeno celkem 43 událostí na základě míry stresu, který způsobují. Prvních deset nejvíce stresujících událostí je řazeno a bodováno následovně: 1) úmrtí partnera/partnerky (100 bodů), 2) rozvod (73b), 3) rozchod manželů (65b), 4) výkon trestu ve vězení (63b), 5) smrt blízkého příbuzného (63b), 6) vlastní zranění či nemoc (53b), 7) sňatek (50b), 8) ztráta zaměstnání (47b), 9) smíření manželů (45b) a 10) odchod do důchodu (45b).

Je jasné, že vliv jednotlivých událostí na psychiku člověka je velice individuální a podílí se na něm mnoho dalších faktorů včetně osobnostních charakteristik jedince či jeho předchozích zkušeností (Hammen, 2015). Každý vykazujeme různou míru stresu a různé

reakce při náročných životních situacích. Pro někoho může vysokou míru stresu způsobovat např. i běžná a přirozená životní změna jako je přechod ze školy do zaměstnání, narození dítěte či odchod dětí z domu. Pro jiného to může být traumatická událost jako je znásilnění, zneužívání, dopravní nehoda či šikana. V zásadě ale platí, že stres a následné selhání zvládacích mechanismů má veliký vliv na vznik a rozvoj deprese (Kessler, 1997; Kovařík, 2002; McKenzie, 2001).

V jednotlivých podkapitolách jsme si uvedli několik rizikových faktorů, které mohou značnou měrou přispět ke vzniku a rozvoji depresivní symptomatiky. Nejedná se o kompletní výčet příčin vzniku deprese, avšak pouze o nejčastější kategorie těchto příčin. Je nutné mít na paměti, že mezi žádným z faktorů a depresivní poruchou neexistuje přímý jednoznačný vztah. To znamená, že na vzniku a rozvoji deprese se podílí několik aspektů a okolností. Většinou se tak jedná o kombinaci genetických, osobnostních a environmentálních faktorů, které jsou zahrnuty do rozvoje depresivní poruchy.

2.5 DIAGNOSTIKA DEPRESE

Při diagnostice deprese se řídíme desátou verzí Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Abychom mohli daný stav jedince označit za depresi, měly by se hlavní (popř. vedlejší) symptomy této poruchy vyskytovat alespoň po dobu 2 týdnů. Nálada tedy klesá pod normu a delší dobu se tam drží. Jak jsme si již zmínili, příznaky deprese jsou komplexní, a týkají se oblasti tělesné, duševní i sociální (Anders et al., 2005; Orel et al., 2020). K diagnostice deprese nám vedle komplexního psychiatrického vyšetření, zahrnujícího anamnestický rozhovor s pacientem (popř. také s blízkými osobami), pozorování a zhodnocení psychického i fyzického stavu dotčeného, mohou pomoci některé diagnostické metody, jako např. Beckova posuzovací stupnice deprese BDI-II (Beck et al., 1996), Hamiltonova psychiatrická stupnice pro posuzování deprese HAMD (Hamilton, 1960), Zungova sebesposuzovací stupnice deprese SDS (Zung, 1965) či Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá SDDSS (Dolejš et al., 2018). Dále lze využít pomocné vyšetřovací metody, kam patří laboratorní vyšetření (krev, moč, hormony, ...) či funkční/strukturální zobrazovací metody (Orel et al., 2020).

Je důležité odlišit primární depresi od deprese symptomatické, která vzniká následkem jiné nemoci. Ze somatických onemocnění to mohou být například poškození CNS, maligní tumory, infekce, endokrinní poruchy apod. K organickým a duševním onemocněním, které může deprese doprovázet, řadíme např. demenci, schizoafektivní poruchy, schizofrenii,

poruchy přizpůsobení či komorbidní úzkostnou poruchu. V rámci diferenciální diagnostiky musíme dále zvažovat např. negativní účinky některých léků, hormonální změny např. v období těhotenství, nedostatek některých vitaminů, specifické osobnostní rysy jedince či simulaci (Laňková & Raboch, 2013; Orel et al., 2020).

2.6 LÉČBA DEPRESE

Praško et al. (2015) uvádí, že účelem léčby deprese je především zmírnění či úplná eliminace příznaků, navrácení původní kvality života a zabránění případnému návratu nemoci. Těmto cílům se dále přizpůsobují fáze léčby, přičemž Hosák et al. (2015) rozlišuje fázi akutní, pokračovací a udržovací. Při **akutní fázi** je hlavním cílem odstranění příznaků deprese. Následuje **fáze pokračovací**, která cílí na udržení zlepšeného stavu nemocného. V **udržovací fázi** je pak záměrem zabránit návratu nemoci.

Léčba deprese je specifická – rozlišujeme jakou její fázi léčíme, zda se jedná o jedinou epizodu či rekurentní průběh, zda je pacient v akutním stavu či se jedná o prevenci apod.

K léčbě deprese se používá mnoho způsobů, přičemž mezi nejčastější z nich patří léčba biologická a psychologická. V počátečních stádiích (především u těžkých depresí) se začíná léčbou biologickou a až následně se přidává psychoterapie (Orel et al., 2020). Tyto dvě možnosti léčby deprese si nyní blíže představíme.

2.6.1 Biologická léčba

Jak jsme již zmínili, biologická léčba je první volbou při těžkých depresivních stavech. Řadíme sem farmakologické (antidepresiva) i nefarmakologické (elektrokonvulzivní terapie, transkraniální magnetická stimulace, fototerapie, ...) způsoby léčby.

2.6.1.1 Farmakoterapie

Psychofarmaka jsou léky, které působí na mozek a ovlivňují psychické funkce. Mohou mít však rovněž vliv na tělesné systémy. Jejich úkolem je chemickou cestou optimalizovat psychický stav jedince. Psychofarmaka jsou nejrozšířenější a nejčastěji používanou metodou léčby psychických poruch (Bhowmik et al., 2012; Orel et al., 2020).

K léčbě deprese běžně používáme **antidepresiva**. Tyto léky ovlivňují hladiny neuromediátorů či jejich receptory. Nejčastěji působí na serotoninergní, noradrenergní popř. dopaminergní systémy, jejichž deficit je považován za biochemickou příčinu depresivních poruch (Orel et al., 2020; Tiller, 2013). Antidepresiva dělíme do tří skupin. První skupina

ovlivňuje **zpětné vychytávání mediátorů v synapsích** (blokátory zpětného vychytávání mediátorů), druhá skupina **snižuje metabolické odbourávání mediátorů** (inhibitory monoaminoxidáz) a třetí skupina působí **přímo na receptory** (Bhowmik et al., 2012; Orel et al., 2020; Praško et al., 2015). Antidepressiva ovlivňují koncentrace a účinek mediátorů v synaptických štěrbinách dlouhodobě (měsíce až roky). Nezpůsobují závislost, a je potřeba myslet na to, že jejich účinek začne nastupovat teprve po měsíci užívání. I v situacích, kdy depresivní rozlada během této doby pomine, je stále na místě užívat antidepressiva např. dalšího půl roku, jelikož v případě předčasného vysazení hrozí znovuobjevení depresivních symptomů (relaps). Pokud by se efekt antidepressiv neobjevil po 3-4 týdnech, začíná se uvažovat o změně antidepressiv (Bhowmik et al., 2012; Hosák et al., 2015; Orel et al., 2020).

2.6.1.2 Nefarmakologická léčba

K dalším formám biologické léčby deprese patří např. elektrokonvulzivní terapie (ECT), transkraniální magnetická stimulace (TMS), stimulace bloudivého nervu či fototerapie (Bhowmik et al., 2012; Hosák et al., 2015).

Elektrokonvulzivní terapie se většinou používá u těžkých forem deprese, kdy selhává farmakologická léčba. Při ECT je člověk v celkové anestezii a myorelaxaci. Díky působení elektrického proudu na mozek se předpokládá normalizace mozkových funkcí (Bhowmik et al., 2012; Orel et al., 2020).

Při **transkraniální magnetické stimulaci** působíme přes lebku magnetickým polem a dochází ke stimulaci mozku. Na rozdíl od ECT zde člověk není v celkové anestezii.

Bloudivý nerv neboli *nervus vagus* je nejmohutnější nerv lidského těla, který vychází z mozku do dutiny hrudní a břišní, a ovlivňuje funkci vnitřních orgánů. Elektrickou stimulací vyloženě tělesného nervu lze docílit mimo jiné antidepressivních účinků na psychiku. Tento proces krásně dokazuje propojenost těla a duše a nutnost komplexního přístupu v psychologii.

Posledním způsobem nefarmakologické biologické léčby deprese, který si tu zmíníme, je **fototerapie**. Jedná se o léčbu světlem, které působí na mediátory a optimalizuje funkci neuronů. Tato forma léčby je výhodná především u sezónních depresí (Bhowmik et al., 2012; Hosák et al., 2015; Orel et al., 2020).

2.6.2 Psychologická léčba

Psychoterapie léčí duševní i tělesné poruchy a stavy psychologickými prostředky. Může se zaměřovat na chorobné příznaky (**symptomatická**), příčiny nemocí (**kauzální**) či na

podporu vnitřních zdrojů (**podpůrná**). Psychoterapie mění a zprostředkovává náhled jedince, posiluje integraci osobnosti, reorganizuje život a vztahy, a ovlivňuje mozkové okruhy. Na průběh a výsledek psychoterapie má vliv řada proměnných, jako je např. aktuální psychický stav klienta a jeho ochota spolupracovat, naladění terapeuta na klienta a techniky, které užívá, vztah mezi klientem a terapeutem, přenos a protipřenos, sociální okolí jedince apod. (Orel et al., 2020; WHO, 2023).

Dle psychoterapeutického směru se psychoterapie může zaměřovat na minulost, přítomnost či budoucnost. Dále ji můžeme rozdělit na individuální a skupinovou, uzavřenou či otevřenou, párovou, rodinnou, integrativní a eklektickou, či direktivní a nedirektivní (Anders et al., 2005; Pidrman et al., 2006; Vágnerová, 2008).

Mezi prostředky (metody) psychoterapie řadíme rozhovor, náhled, analýzu přenosu, prožití a uvědomění si pocitů, rozbor vztahových konstelací, trénink a nácvik, zpětnou vazbu, práci s tělem, ale také například relaxaci, hypnózu, imaginaci aj. (Bhowmik et al., 2012; Orel et al., 2020; Oxman & Sengupta, 2002).

K léčbě deprese se nejčastěji používá **kognitivně behaviorální terapie (KBT)**. KBT předpokládá, že jedinec ve své mysli operuje s automatickými myšlenkami, které ovlivňují jeho další rozhodování, jednání a interpretaci zkušeností. Proto začíná diagnostikou způsobů myšlení a chování jedince, a identifikací sebe podíravajících, zkreslujících a dysfunkčních vzorců myšlení a chování. Její princip tkví v naučení nových způsobů myšlení a jednání jedince, které povedou k žádoucím změnám a odstranění potíží. Snaží se tedy vést člověka k uvědomění si svých kognitivních scénářů, k jejich odhalení, pojmenování a následnému nahrazení vhodnějšími. KBT je jednoznačně direktivní směr, zahrnující jasné postupy, úkoly, cvičení a trénink, vedoucí ke změně myšlení a jednání. Výhodou je její krátkodobost, důraz na konkrétnost, zaměření na přítomnost, a posilování soběstačnosti a samostatnosti klienta (Bhowmik et al., 2012; Hollon et al., 2002; Tiller, 2013; Williams, 1992).

K dalším psychoterapeutickým směrům patří například individuální psychoterapie, transakční analýza, analytická psychoterapie, interpersonální psychoterapie, psychoanalýza, gestalt terapie či na osobu zaměřená psychoterapie (Hollon et al., 2002; WHO, 2023). Při léčbě deprese můžeme také použít arteterapii, která využívá umělecký a tvořivý projev klienta, dále muzikoterapii, využívající terapeutický efekt hudby, taneční a pohybovou terapii či již zmíněnou canisterapii, jejíž efekt budeme dále zkoumat v naší diplomové práci (Orel et al., 2020).

V předchozích odstavcích jsme si představili nejpoužívanější způsoby léčby deprese. Biologické a psychologické formy léčby se spolu často kombinují, přičemž nelze předem říci, jaký způsob léčby bude nejvhodnější pro daného klienta, jelikož se jedná o vysoce individuální záležitost. Obecně však platí, že čím těžší a závažnější příznaky deprese, tím spíše je potřeba začít biologickou léčbou. Základem je včasné rozpoznání příznaků a určení typu a fáze deprese. Následně je důležité odhadnout a nepodcenit rizika, adekvátně a včas zahájit léčbu, a poté kontrolovat další průběh a neskončit s léčbou předčasně. Jedině tak je možné dosažení plné remise.

Nyní již víme, jak se depresivní porucha projevuje, jaké typy a fáze deprese rozlišujeme, a jaké metody můžeme využít k její diagnostice. Dále jsme si představili nejčastější rizikové faktory vzniku deprese a způsoby, které bývají využívány při léčbě této poruchy. V naší diplomové práci tedy můžeme pokračovat k praktické části, kde obě výše zmíněné kapitoly (canisterapie a deprese) propojíme, a budeme se věnovat výzkumu efektu canisterapie na pacienty s diagnostikovanou depresivní poruchou, kteří jsou hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

3.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, VÝZKUMNÉ CÍLE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Myslíme si, že podpůrné terapeutické metody, jako je například canisterapie, mají v ozdravném procesu psychických poruch své místo a jsou jeho významnou součástí. Přesto však bývají v léčebném systému často upozadovány a přehlíženy. Jedním z cílů naší diplomové práce je proto přiblížit canisterapii na psychiatrické klinice odborníkům i laické veřejnosti. V naší práci se zaměříme konkrétně na specifika a efekt canisterapie při práci s pacienty s diagnostikovanou depresivní poruchou. Chtěli bychom zmapovat především pozitivní a negativní aspekty, které canisterapie těmto pacientům přináší. Názory na canisterapii bychom chtěli získat nejen od samotných pacientů, ale také od zdravotníků pečujících o pacienty s depresivní poruchou na psychiatrické klinice. V neposlední řadě je naším cílem získat hlubší vhled do spolupráce canisterapeuta s takto specifickou skupinou pacientů. Naším postupem tak docílíme triangulace zdrojů dat, jelikož budeme zkoumat canisterapii očima pacientů, zdravotníků a canisterapeuta. Rádi bychom zdůraznili potenciál této podpůrné terapeutické metody a motivovali další zařízení k jejímu praktikování.

Stanovili jsme si následující cíle:

- Poskytnout hlubší vhled do problematiky canisterapie jako podpůrné terapeutické metody.
- Popsat specifika práce canisterapeuta s pacienty na psychiatrické klinice.
- Prozkoumat negativní i pozitivní vlivy canisterapie na pacienty s diagnostikovanou depresivní poruchou.
- Zmapovat pocity, které canisterapie u depresivních pacientů vzbuzuje.
- Zjistit, jaké názory a postoje mají zdravotníci ke canisterapii pacientů s depresivní poruchou.
- Vytvořit podrobnější představu o potenciálu canisterapie při práci s depresivními pacienty.
- Motivovat další zdravotnická zařízení k zajištění canisterapie na svých klinikách.

Hledali jsme odpovědi na následující výzkumné otázky:

- Jak vnímají canisterapii pacienti s diagnostikovanou depresivní poruchou na psychiatrické klinice?
 - Jaké pozitivní a negativní aspekty přináší canisterapie těmto pacientům?
- Spatřují zdravotníci pečující o depresivní pacienty nějaký vliv canisterapie na tyto pacienty?
 - Jaká pozitiva a jaká negativa dle nich canisterapie přináší?
 - Existuje nějaká specifická skupina pacientů s depresí, pro které je canisterapie velice efektivní?
 - Existuje nějaká specifická skupina pacientů s depresí, pro které canisterapie není vhodná?
- Jak hodnotí práci s depresivními pacienty sama canisterapeutka?
 - Jaká pozitiva a negativa v canisterapii vidí?
 - Spatřuje u depresivních klientů nějaký efekt?

3.2 PRŮBĚH STUDIE A METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Náš výzkumný projekt má kvalitativní design. Miovský (2006) rozlišuje několik typů kvalitativního výzkumu: případová studie, analýza dokumentů, terénní výzkum, akční výzkum a kvalitativní experiment. Dle tohoto dělení je náš výzkumný projekt případovou studií. Případová studie je charakteristická intenzivním a často dlouhodobým sledováním jednoho případu. V naší studii je tímto případem canisterapie depresivních pacientů na psychiatrické klinice. Cílem případových studií je pochopení souvislostí a dynamiky, zdůraznění komplexnosti a vlivu různých faktorů na daný případ (Hendl, 2005; Miovský, 2006).

Jak jsme již zmínili, v našem výzkumu jsme se zaměřili především na průběh a efekt canisterapie na depresivní pacienty v daném zdravotnickém zařízení. S respondenty jsme realizovali polostrukturované interview, popř. ohniskovou skupinu. Výzkum probíhal prezenční formou. V průběhu jednoho týdne jsme každý den docházeli do zařízení, kde jsme sledovali interakce pacientů s canisterapeutickým týmem a prováděli rozhovory se všemi skupinami respondentů. Rozhovor s canisterapeutkou proběhl soukromě. Interview se zdravotníky a pacienty jsme realizovali individuálně a formou ohniskové skupiny. Ohniskovou skupinu s pacienty jsme využili v případech, kdy se kolem canisterapeutického týmu seběhlo hodně pacientů. Stejně tak ohniskovou skupinu se zdravotníky jsme využili v situacích, kdy se seskupilo vícero zdravotníků na sesterně. Individuální rozhovory byly vhodnější například pro

uzavřenější pacienty, kteří měli tendenci se od kolektivu spíše izolovat. Na druhou stranu v případě zdravotníků a také pacientů, kteří neměli problém se socializací, bylo v rámci ohniskové skupiny možné pracovat se skupinovou dynamikou, a zároveň byla takto získaná data kvalitnější a bohatší, protože se jednalo o triangulaci metod sběru dat (pozorování, interview a ohnisková skupina). Pojdme si nyní jednotlivé metody získávání dat do naší studie podrobněji představit.

3.2.1 Polostrukturované interview

Jak jsme již zmínili, s canisterapeutkou a také s polovinou z našich respondentů ze skupiny zdravotníků a pacientů jsme realizovali polostrukturované interview. Interview je kvalitativní metodou získávání dat, která má podobu moderovaného rozhovoru. Každé interview se skládá z úvodní části, jádra interview a závěru. Cílem úvodní fáze je navázat s dotazovaným kontakt, vytvořit příjemnou atmosféru, poskytnout mu veškeré potřebné informace a nechat prostor jeho otázkám. Následuje samotné jádro interview, kde respondentovi klademe direktivně či nedirektivně připravené otázky. V závěrečné fázi pak uzavíráme veškerá témata a důstojně ukončujeme kontakt s respondentem. Dle míry strukturovanosti lze interview rozdělit na nestrukturované, polostrukturované a strukturované (Ferjenčík, 2000; Miovský, 2006). V našem výzkumu jsme zvolili interview polostrukturované, kdy jsme si předem připravili celkem 14 otázek pro canisterapeutku, 9 otázek pro pacienty a 8 otázek pro zdravotníky. Tyto otázky tvořily jádro našich interview. Pořadí otázek bylo možné zaměňovat a přirozeně tak reagovat na projev každého respondenta. Právě tato flexibilita představuje velikou výhodu polostrukturovaného interview. Nevýhodou je obtížnější zpracování a analýza získaného materiálu, který je nesourodý, liší se svým rozsahem, mírou povrchnosti, komunikačními vzorci apod.

Otázky v interview s canisterapeutkou byly zaměřeny na zajímavá témata týkající se profese canisterapeuta a samotné canisterapie, a to především jejího průběhu a efektu na pacienty s diagnostikovanou depresivní poruchou ve zdravotnickém zařízení. Zajímala nás především specifika práce s takovou skupinou pacientů. Otázky v interview se zdravotníky se týkaly především lékařského pohledu na tuto podpůrnou terapeutickou metodu a jejího potenciálu při práci s depresivními pacienty. Cílem při interview s pacienty bylo získat informace o vlivu canisterapie na depresivní pacienty bezprostředně jejich očima. Snažili jsme se zachytit pocity, které canisterapie u této skupiny pacientů vytváří.

Doba trvání jednotlivých interview se lišila v závislosti na zájmu jednotlivých respondentů komunikovat a sdělovat informace. Vliv měl také zdravotní stav pacientů a jejich aktuální psychické rozpoložení. Rozhovory s pacienty a zdravotníky trvaly přibližně 5-15 minut, rozhovor s canisterapeutkou trval 90 minut. Jednotlivá interview jsme zaznamenávali na audiozáznam, a po každém z nich jsme si zapsali důležité poznatky z pozorování, náš osobní dojem z rozhovoru či jakékoli další vlastní připomínky. Všechny rozhovory proběhly bez jakýchkoli problémů a komunikace se všemi respondenty byla velice příjemná. Naprostá většina z nich hovořila velmi vstřícně, laskavě a otevřeně.

3.2.2 Ohnisková skupina

Druhou kvalitativní metodou, kterou jsme v našem výzkumu při získávání dat použili, je ohnisková skupina. Dle míry strukturovanosti opět rozlišujeme nestrukturované, polostrukturované a strukturované ohniskové skupiny (Hendl, 2005; Miovský, 2006). V naší studii jsme stejně jako v případě interview použili **polostrukturovanou formu** ohniskové skupiny. Respondentům jsme položili obdobných 9 (pacienti) a 8 (zdravotníci) otázek, které tvořily jádro interview. Díky flexibilitě této metody bylo možné reagovat na výpovědi jednotlivých respondentů a získat autentičtější materiál nežli v případě úplné strukturalizace. Důvodem, proč jsme zvolili právě metodu ohniskové skupiny s pacienty, byl vysoký počet pacientů, kteří se shromáždili kolem canisterapeutického týmu, a bylo tak vhodnější provést interview společně, jelikož bylo možné zároveň sledovat interakce mezi pacienty a canisterapeutickým týmem. V případě zdravotníků byl důvod podobný, jelikož se naskytla možnost shromáždit vícero zdravotníků na sesterně a debatovat o dané problematice společně. Nabízela se ještě možnost skupinové diskuse, avšak vzhledem k tomu, že jsme chtěli více pracovat se skupinovou dynamikou a interakcemi ve skupině, zvolili jsme ohniskovou skupinu. Ohnisková skupina s oběma skupinami respondentů trvala přibližně 20 minut. Po skončení ohniskové skupiny jsme si poznačili poznámky ohledně spolupráce a aktivity členů, a veškeré informace získané z pozorování skupiny. Až na výjimky hovořila většina účastníků otevřeně a spolupráce proběhla bez komplikací.

3.2.3 Pozorování

Poslední kvalitativní metodou, kterou jsme v našem výzkumu využili, bylo pozorování. Tato metoda provázela individuální rozhovory, ohniskovou skupinu i veškeré interakce respondentů s canisterapeutickým týmem, kterých jsme byli během naší týdenní návštěvy zdravotnického zařízení součástí.

Pozorování patří k nejzákladnějším technikám sběru dat. Hlavním znakem pozorování je selektivita neboli výběrovost. Pozorovatel si většinou předem naplánuje, na jaké aspekty se chce v dané situaci zaměřit a věnovat jim pozornost. Tento postup však není podmínkou, a pozorovatel při výzkumném pozorování nemusí mít vždy předem vytyčeno, co přesně bude pozorovat. Metody pozorování lze dělit dle předmětu pozorování na introspektivní a extrospektivní. **Introspektivní přístup** zahrnuje systematický a kontrolovaný výzkum sebereflexe. **Extrospektivní metody** se zaměřují na vnější pozorování (Hendl, 2005). Ferjenčík (2000) rozlišuje dvě základní strategie extrospekce – izomorfní a reduktivní deskripce. **Izomorfní deskripce** je maximálně otevřené pozorování, při kterém se snažíme zaznamenávat vše, co jsme schopni vnímat, a snažíme se vytvořit záznam, který co nejvěrněji odpovídá původní pozorované situaci. Cílem je tedy především zachytit kontext a komplexnost daného jevu. Oproti tomu **reduktivní deskripce** chápeme jako pozorování, které je strukturované a zaměřené na dopředu vytyčené oblasti. Pozorovatel si tak předem vytvoří určité schéma, složené z několika obecnějších kategorií, do kterých zaznamenává pozorované jevy.

Dle přítomnosti výzkumníka můžeme dále pozorování dělit na přímé (zúčastněné) a nepřímé (nezúčastněné). Při provádění **přímého pozorování** je výzkumník součástí prostoru, ve kterém se pozorované jevy vyskytují. Výhodou je možnost zapojit se do interakcí mezi účastníky a získání bezprostřední zkušenosti se situací a pozorovanými jevy. Nevýhodou může být narušení přirozeného běhu událostí v dané situaci. Přímé (zúčastněné) pozorování můžeme dále dělit na **otevřené**, ve kterém účastníci výzkumu vědí, že pozorovatel provádí výzkum, a na **skryté**, při kterém účastníci výzkumu nejsou o pozorování informováni. **Nepřímé pozorování** pak představuje situaci, kdy pozorovatel není součástí prostoru a interakcí, které pozoruje. Nezúčastněné pozorování můžeme opět dělit na otevřené a skryté (Hendl, 2005; Miovský, 2006).

Ferjenčík (2000) dále rozlišuje pozorování molární a molekulární. **Molekulární přístup** je zaměřen na menší části a jejich detailní popis. **Molární přístup** se snaží pozorovat objekt svého zájmu v širších souvislostech, mít jakýsi nadhled a vnímat širší vazby.

V našem výzkumu jsme realizovali zúčastněné otevřené pozorování při provádění individuálních rozhovorů i ohniskové skupiny. Zároveň jsme byli součástí sledovaných interakcí pacientů s canisterapeutickým týmem. Zaměřili jsme se především na mimiku a gestiku pacientů, na oční a tělesný kontakt, který s canisterapeutickým psem navazovali, a také na styl verbální komunikace s canisterapeutickým psem i canisterapeutkou. Zároveň jsme sledovali reakce canisterapeutického psa na jednotlivé pacienty a chování canisterapeutky při společných aktivitách psa s pacienty. Cílem bylo také zachytit celkovou atmosféru, která

canisterapii provází. Veškeré získané poznatky jsme si následně zaznamenali do předem připraveného záznamového archu. V našem výzkumu jsme takto dosáhli triangulace metod sběru dat, přičemž pozorování bylo metodou sekundární.

3.3 ETIKA

Při výzkumu jsme se řídili Etickým metakodexem EFPA (2005) a dodržovali Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES. Všem respondentům byl předložen informovaný souhlas, který byl podmínkou účasti ve studii. Respondenti byli vyrozuměni o tom, že veškerá získaná data budou anonymizována, a v naší odborné práci se tak neobjeví žádné informace o institucích či osobách, podílejících se na výzkumu, dle kterých by bylo možné je identifikovat. Všichni respondenti měli právo z výzkumu kdykoli odstoupit či odmítnout odpovědět na některou z položených otázek. Všichni respondenti byli seznámeni s cíli studie a byla jim nabídnuta možnost poskytnutí informací o výsledcích studie. Všechna provedená interview včetně ohniskové skupiny jsme po společné domluvě s respondenty zaznamenávali na audiozáznam. Respondentům bylo přislíbeno, že se získaná data a informace nedostanou k neoprávněným osobám. Během výzkumu nedošlo v rámci etických nařízení k žádným problémům či nesnázím a vše proběhlo dle předem domluvených pravidel.

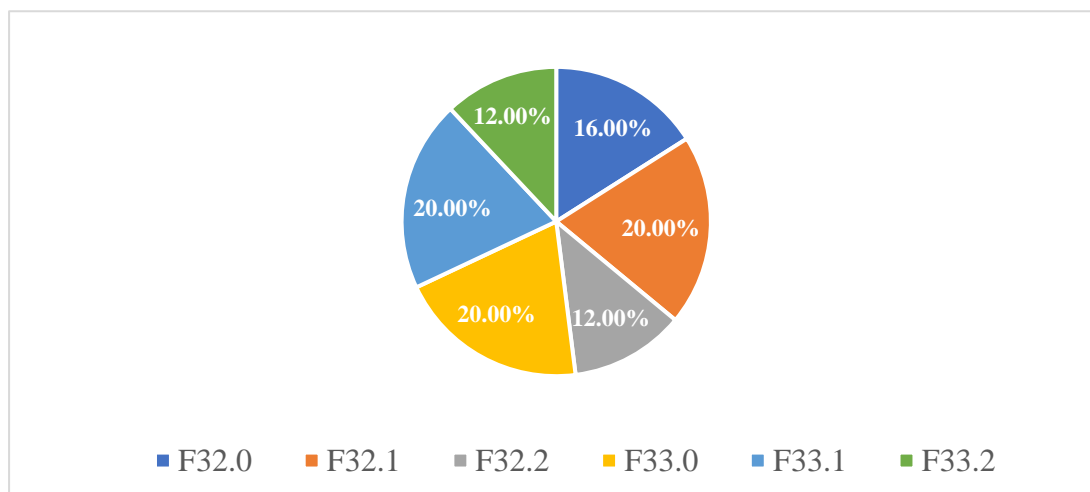
3.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Náš výzkumný soubor je složen ze tří skupin respondentů. První skupinu tvoří pacienti s diagnostikovanou depresivní poruchou, kteří jsou hospitalizováni na psychiatrické klinice. Dle psychiatrické ročenky vydané Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (2022) bylo v České republice celkem 1055 ukončených dlouhodobých hospitalizací pacientů s diagnózou depresivní fáze a periodické depresivní poruchy (F32-F33). Další 166 hospitalizací pacientů s touto diagnózou stále pokračuje. Nejvíce hospitalizovaných depresivních pacientů zastupuje věkovou kategorii 50–59 let (219 ukončených, 39 pokračujících). Co se týče pohlaví, převažují ve vysoké míře ženy (660 ukončených, 92 pokračujících) nad muži (395 ukončených, 74 pokračujících).

V našem výzkumu jsme spolupracovali s 25 pacienty psychiatrické kliniky. S celkem 12 pacienty (6 žen, 6 mužů) jsme vedli individuální interview. Se zbylými 13 (7 žen, 6 mužů) jsme realizovali ohniskovou skupinu. Kritériem pro výběr pacientů do naší studie byla

diagnóza deprese všech typů. Diagnostické zastoupení jednotlivých typů a fází deprese bylo různorodé, jak znázorňuje graf č. 1. Nejvyšší zastoupení měla středně těžká depresivní epizoda (20,00 %) společně s periodickou současně lehkou fází deprese (20,00 %) a periodickou současně středně těžkou fází deprese (20,00 %).

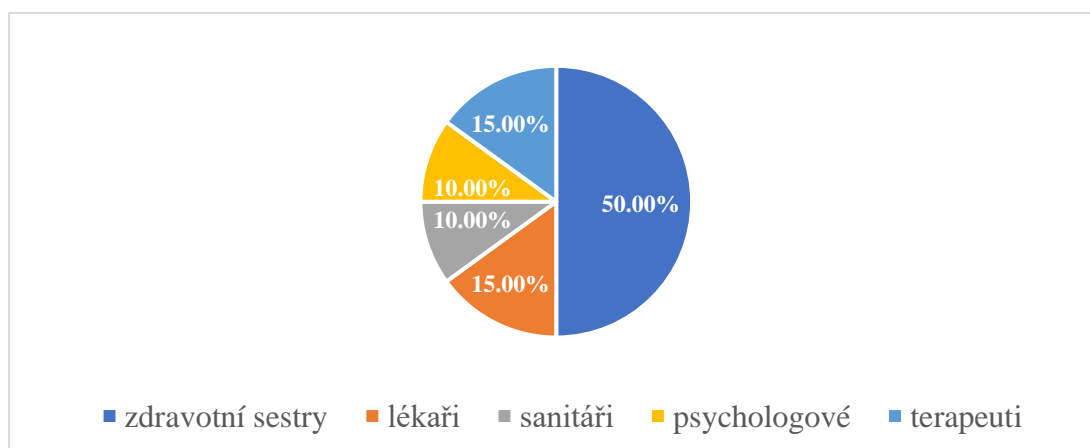
Graf 1: Rozložení pacientů dle diagnostických jednotek



Pozn.: F32.0 = lehká depresivní fáze; F32.1 = středně těžká depresivní fáze; F32.2 = těžká depresivní fáze bez psychotických symptomů; F33.0 = periodická depresivní porucha, současná fáze lehká; F33.1 = periodická depresivní porucha, současná fáze středně těžká; F33.2 = periodická depresivní porucha, současná fáze těžká bez psychotických symptomů

Druhá skupina respondentů je tvořena zdravotníky, kteří o pacienty na psychiatrické klinice pečují. Jedná se především o zdravotní sestry, lékaře, sanitáře, ale také o terapeuty, psychology aj. V naší studii jsme spolupracovali s celkem 20 zdravotníky, z nichž bylo 10 zdravotních sester, 3 lékaři, 2 sanitáři, 2 psychologové a 3 terapeuti. Jejich procentuální zastoupení dle profesního zaměření znázorňuje graf č. 2.

Graf 2: Procentuální zastoupení zdravotnických profesí



Do třetí kategorie našich respondentů řadíme canisterapeutku, která na psychiatrické klinice provádí se svým canisterapeutickým psem canisterapii. Jak jsme již zmínili v teoretické části naší práce, v České republice neexistují jednotné směrnice pro výkon profese canisterapeuta, tudíž ani nelze nalézt statistiky ohledně počtu canisterapeutů a jejich činností v různých zařízeních.

Pro výběr respondentů do výzkumu jsme použili metodu záměrného (nepravděpodobnostního) výběru (Miovský, 2006). Canisterapeutku jsme oslovili prostřednictvím e-mailové komunikace a domluvili si společné setkání, při kterém jsme realizovali individuální interview. Zařízení, ve kterém canisterapeutka vykonává canisterapii, jsme kontaktovali opět pomocí e-mailové komunikace skrze klinického psychologa na dané klinice. Jednotlivé zdravotníky a pacienty jsme následně průběžně oslovovali po celou dobu naší týdenní návštěvy daného zařízení. Každý den jsme se setkávali také s canisterapeutkou a byli součástí canisterapeutických sezení.

3.5 METODY ANALÝZY DAT

Jelikož má náš výzkum kvalitativní design, využili jsme k analýze získaných dat kvalitativní metody. Poznatky a postřehy získané při pozorování jsme si v průběhu i po skončení rozhovorů zaznamenávali do našich záznamových archů. Informace získané v interview a ohniskových skupinách byly zaznamenány na audiozáznam. Následně jsme provedli transkripci do programu Microsoft Word a redukci prvního řádu. Po převedení všech rozhovorů do textové podoby jsme začali s tematickou analýzou opět v programu Microsoft Word. Nejprve jsme si vytvořili kategorie, které představovaly tematické celky odpovídající našim výzkumným otázkám. V takto roztríděných datech jsme začali vyhledávat a zaznamenávat opakující se vzorce a struktury, a zároveň hledat kontrasty. Informace od různých respondentů jsme mezi sebou porovnávali, hledali společné prvky i odlišnosti. Na základě těchto zjištění jsme pak byli schopni získat odpovědi na naše výzkumné otázky. Formulovali jsme závěry, ke kterým jsme po analýze dat dospěli, a doplnili jsme je konkrétními úryvky z rozhovorů.

4 VÝSLEDKY

4.1 PRŮBĚH CANISTERAPIE NA PSYCHIATRICKÉ KLINICE

Canisterapeutka chodí se psem na všechna oddělení v přesně vymezený čas 4x týdně. Canisterapie trvá 20-30 minut, přičemž mezi jednotlivými setkáními musí mít pes pauzu, jít ven a trochu se vyběhat, aby si odpočinul. Většina pacientů si již konkrétní čas konání canisterapie pamatuje, a tak bývají předem nachystaní. Někteří však v důsledku svého onemocnění nevnímají, jaký je den či kolik je hodin, takže pokud nikdo nepřichází, canisterapeutka se ohlásí zvonečkem. Canisterapie probíhá ve společných prostorech před sesternou. Někdy je však ze stran zdravotnického personálu uveden pokyn navštívit konkrétního pacienta na jeho pokoji, např. u klientů, kteří jsou málo pohybliví nebo nechtějí vylézt ze svého pokoje.

Při účasti na canisterapii je kladen velký důraz na dobrovolnost. Nikdo tedy není nucen interagovat s canisterapeutickým týmem „*Vždycky se zeptám, když se někdo tak jako z povzdálí kouká a neví, tak se zeptám, jestli si chce XX (jméno psa) pohladit. Když řekne, že ne, tak k němu ani nejdu. XX (jméno psa) to dokáže vycítit sám, ke komu jít a ke komu ne. A i na tom pokoji vlastně – zařukám, zeptám se, a pokud pacient nechce, jdeme pryč.*“

Při příchodu na oddělení se pes nejprve se všemi přivítá – proběhne oddělení a obejde všechny, kteří jsou na blízku. Následuje mazlíčí fáze, při které si ho pacienti různě drbou a hladí. Poté přichází na řadu fáze aktivnější, kdy pacienti psovi hází balonek, schovávají mu ho, hrají si s pamlsky apod. V případě, že canisterapeutický tým navštíví pacienta v jeho pokoji, probíhá canisterapie poklidněji a spíše tělesným kontaktem. „*No a když teda jdeme na ten pokoj, tak buď teda ty pacienti si vlastně XX (jméno psa) hladí tím, že já ho zavedu k té posteli, nechám ho si tam sednout, anebo se jich zeptám, jestli chtějí, aby za nimi šel do postele. Když řeknou že jo, tak on tam prostě skočí, nějak se tam vejde, najde si místečko, a zahřívá je, oni ho potom hladí, mají ho u sebe.*“

Canisterapeutka dodává, že na oddělení je průběh canisterapie limitován prostory nemocnice. Z toho důvodu je lepší provádět canisterapii za pěkného počasí venku, jelikož je tím zvětšen prostor pro vzájemnou interakci. „*Když je na to počasí, prostě na jaře/v létě, když není vedro, tak chodíme ven, a to už potom ta canisterapie může být taková dynamičtější, že oni mu ten balonek jako sami hází, a válí se s ním různě po zemi, hrají na třetího, schovávají mu míč apod. Také XX (jméno psa) je uvolněnější, takže je to takové lepší.*“ Je ale nutné mít na paměti, že venkovní canisterapii lze provádět pouze s pacienty z otevřeného oddělení. Navíc

ne všichni pacienti jsou schopni opustit oddělení, tudíž je potřeba canisterapii přizpůsobit daným potřebám a situaci. *„Ale zase, někteří pacienti nechtějí jít ven. Takže se snažím to nějakým způsobem jako střídat, aby potom ti pacienti, kteří o tu canisterapii mají zájem, ale bojí se vyjít ven, protože mají nějakou agorafobii nebo něco, tak aby o to nebyli ochuzeni.“*

Od místa konání canisterapie se odvíjí také míra vhodnosti různých forem canisterapie, přesněji individuální a skupinové. Při venkovních aktivitách je lepší, když je pacientů více, *„protože s tím balonkem třeba dělají to, že stojíme v kruhu, oni si ho hází mezi sebou, on se ho snaží chytit, a čeká, komu odpadne.“* V případě, že canisterapeutický tým navštíví pacienta na pokoji, je vhodnější individuální forma canisterapie. *„Když jdeme na pokoj, tak je lepší, když je tam sám s tím dotyčným. A já si zároveň s tím klientem povídám...že XX (jméno psa) je u něj v posteli, on si ho hladí, a ještě si povídáme spolu. Tak samozřejmě je to takový intimnější.“* Nedá se však určit, jaká forma canisterapie je efektivnější, jelikož vždy záleží na konkrétní diagnóze pacienta, jeho osobních preferencích, aktuálním rozpoložení, délce hospitalizace apod.

Výše účasti pacientů na canisterapii je různá a mění se v závislosti na aktuální skladbě pacientů na oddělení. *„Někdy prostě těch pacientů tam máme 5-6, pak jdeme ještě třeba na pokoj, a někdy je to taková skladba, že jako nejsou schopní, anebo nemají zájem, takže jako nic. Tak jdeme aspoň na sesternu a za personálem a tak. Záleží, jak se tam sejdou pacienti, kteří jsou i třeba pejskaři, že mají pejska doma, nebo že mají rádi psi, i z hlediska těch diagnóz.“* Je však potřeba korigovat počty pacientů tak, aby se canisterapeutický pes necítil ohrožený. Canisterapeutka uvádí, že ideální počet je maximálně 5-6 pacientů, přičemž je lepší, když jedinci kolem psa sedí. *„Určitě by se kolem něj nemělo najednou rozestoupit 20 lidí. Ve chvíli, kdy on bude přetažený a bude toho mít plné zuby, tak se může stát, že zkolabuje a bude po canisterapii úplně, nebo onemocní.“*

4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

VO1: Jak vnímají canisterapii pacienti s diagnostikovanou depresivní poruchou na psychiatrické klinice?

VO1.1: Jaké pozitivní a negativní aspekty přináší canisterapie těmto pacientům?

Kromě pacientů, kteří nejsou na dané psychiatrické klinice hospitalizováni poprvé, se žádný z našich respondentů dříve s canisterapií nesetkal. Pro většinu z nich to na klinice byla první vlastní zkušenost s tímto druhem podpůrné terapie.

Naprostá většina (84 %) pacientů s diagnostikovanou depresivní poruchou na psychiatrické klinice vnímá canisterapii kladně a považuje ji za příjemné zpestření. Pacienti popisovali pocity radosti, zábavy, potěšení, uklidnění, zmírnění úzkosti, změnu myšlenek aj.

„Já si myslím, že je to super, že to tady je. My jsme za to fakt vděčný. Vždycky nás to přivede na trochu jiné myšlenky.“

„Ten pejsek je skvělejší, vychovanejší, já jsem si ho tady už i tak naučil, že ví, kam má přijít a já mu dám jablíčko.“

„Ono tady zas tolik zábavných aktivit není, takže aspoň tohle je takový dobrý, že ten pejsek je plnej energie a donutí to člověka k tomu, aby vylezl z pokoje i když se mu zrovna moc nechce.“

„Pro mě je to takovej relax od lidí, kterých tu je hodně, takže ten zvířecí aspekt to tady krásně a příjemně nabourává.“

Oceňovali také tělesný kontakt se psem, dotek a teplo, které z něj sálá, a dále komentovali slovy:

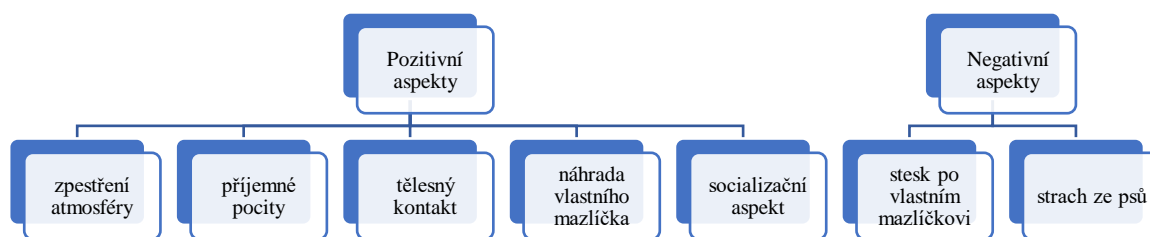
„Mně se líbí, když ho hladím, jak krásně hřeje, je to hrozně příjemný cítit to teplo.“

„On je tak strašně heboučkej, to je krásný.“

Psychické a tělesné benefity, které s sebou pes přináší, jsou spolu úzce propojeny.

I přesto, že většina pacientů canisterapii na oddělení oceňuje, je nutné brát v potaz, že se jedná o velice individuální záležitost, a existuje řada faktorů, které mají na průběh a efekt canisterapie u daného pacienta vliv. Na základě toho pak lze spatřovat a odvozovat pozitivní i negativní aspekty canisterapie u konkrétních pacientů. Tyto aspekty jsou znázorněny ve schématu č. 1, a nyní si je podrobněji popíšeme.

Schéma 1: Pozitivní a negativní aspekty canisterapie očima depresivních pacientů



Prvním z faktorů je vztah pacienta ke psům či zvířatům obecně. Lze očekávat, že pacient, který má pozitivní vztah ke zvířatům, bude canisterapii vnímat kladně, na rozdíl od pacienta, který zvířata v oblibě nemá, či z nich má dokonce strach. Toto tvrzení však neplatí za každé situace, jelikož i člověku, který zvířata miluje, nemusí canisterapie vyhovovat, či aktuálně nemusí být ve vhodném psychickém rozpoložení pro účast na canisterapii. Naopak i

člověk, který se psů dříve bál, si může s canisterapeutickým psem vytvořit přátelský vztah a svůj odpor či fobii ze psů tímto odstranit. V této situaci je klíčová práce canisterapeutky. Ve většině případů však bylo jasně znát, který z pacientů má ke zvířatům příznivý vztah, a který k nim chová naopak postoj nepřátelský či bojácný. Tyto postoje mimo jiné vycítí i canisterapeutický pes, a dle toho k pacientům přistupuje, stejně tak jako samotná canisterapeutka.

Určitá skupina pacientů (16 %) si canisterapeutického týmu při jeho příchodu vůbec nevšimla a nejevila o canisterapii zájem. „*Já jako nevím, já si ho rád pohladím a všechno, ale já takovej vztah ke zvířatům nemám no. Přesto že brácha má psa, a já si ho možná taky budu muset kvůli svému stavu pořídit, tak stejně se s ním třeba nevítám tolik jako tady ostatní. Ale to není že bych jako neměl psy rád, spíš na to nejsem zvyklej od mala.*“ Jiní k němu hned přiběhli a začali se s ním vítat.

Spousta pacientů uváděla, že má zvířata ráda, tudíž jsou za návštěvy psa na oddělení vděční. „*Já mám jako celkově zvířata rád, takže jsem rád že sem XX (jméno psa) chodí.*“ Někteří z nich uvedli, že na ně doma čeká jejich vlastní pes. Zde se pacienti dělí na dvě skupiny. U první skupiny má canisterapie efekt pozitivní, jelikož pacientům přináší alespoň lehkou náhradu za kontakt se svým domácím mazlíčkem. „*Škoda, že tu nemůžu mít toho svého, ale tak aspoň tenhle tu je, to jsem ráda.*“ U druhé skupiny může být efekt canisterapie spíše negativní, jelikož u pacientů vyvolá stesk a vzpomínky po vlastním psovi, který jim na oddělení moc chybí. „*Jako je to dobrý no, ale spíš myslím na toho svého. Už se těším, až s ním budu moct někam vyrazit.*“

Canisterapeutický pes může pacientovi připomínat také mazlíčka, který už bohužel na tomto světě není. Zde také existují dvě skupiny pacientů. Jedni jsou za návštěvy canisterapeutického týmu i tak rádi, a přináší jim to milé vzpomínky na jejich bývalého psa, přičemž o těchto vzpomínkách rádi s canisterapeutkou hovoří a sdílí vlastní zkušenosti a zážitky. „*My jsme měli doma taky takovýho miláčka, a on byl tak vděčnej a poslušnej, to byl prostě člen rodiny, a teď když tady vidím tohohle tak mi to vrací ty hezký vzpomínky, což je teďka v mém stavu aspoň něco příjemnýho.*“ Druzí se se smrtí svého mazlíčka stále nevyrovnali a kontakt s jiným psem jim přináší spíše negativní pocity a emoce. I přesto, že by třeba se psem rádi kontakt navázali, nejsou toho přes velký stesk a žal schopni. „*Já pejsky miluju, my jsme měli doma taky, ale už nám odešel a je to pro mě hrozně těžký tady teď vidět toho psa na tom oddělení, jak se ke všem tulí a chce si hrát, tak mi to připomíná toho našeho. Oni to jsou zlatíčka, ten náš byl členem rodiny a pořád mi moc chybí.*“

Druhým faktorem, který má na průběh a efekt terapie vliv, je hloubka a fáze deprese, ve které se pacient aktuálně nachází. U pacientů v akutní těžké fázi deprese bývá náročnější vzbudit zájem o jakoukoli činnost, tudíž i o canisterapii. Hraje zde roli opět mnoho proměnných, včetně již zmíněného vztahu ke zvířatům a zkušeností s domácím mazlíčkem. To potvrzuje ze své praxe také canisterapeutka: „*I přesto, že byl v akutní fázi deprese, tak tím, že se tu nevyskytl poprvé, a věděl, že tady XX (jméno canisterapeutického psa) je, tak hned, jak přijel, tak chtěl, aby za ním XX přišel*“. S tímto se pojí také další aspekt canisterapie, kterým je vytvoření si vztahu se čtyřnohým pomocníkem. Mezi některými pacienty a canisterapeutickým psem fungovalo opravdu pevné pouto, kupovali mu např. i pamlsky, cvičili s ním povely apod.

Na psychiatrické klinice jsem měla možnost spatřit příznivý i nepříznivý průběh canisterapie u pacienta v akutní fázi deprese. V nepříznivém případě si pacient psa vůbec nevšiml a nejevilo o něj zájem, nekomunikoval ani se zdravotníky natož s canisterapeutkou. V tomto případě dle slov canisterapeutky i zdravotníků nemá cenu pacienta ke spolupráci nutit, jelikož to nepřinese žádný užitek, spíše naopak. Pacienta to může ještě více poškodit, či dokonce vyvolat agresi. I pro psa je tato zkušenost nepříjemná, jelikož se snaží pacienta zaujmout (oblizuje ho, šťouchá do něj čumákem, opírá se o něj), ale pacient nereaguje, což může být pro psa zmatečné a smutné. Z toho důvodu se canisterapeutka vždy ptá, kdo má o setkání se psem zájem, a funguje to spíše na dobrovolné bázi.

U pacienta v těžké fázi deprese však může při canisterapii nastat i opačný efekt, a i takový pacient může nakonec z canisterapie pozitivně těžit. Byla jsem svědkem situace, kdy byl pacient skleslý, hleděl do země, nekomunikoval, probudil se s ranní pesimou a suicidalními myšlenkami, nechtěl opustit pokoj a vyžadoval samotu. Po příchodu canisterapeutického týmu na oddělení se však nálada pacienta zcela přetočila a dotyčný vyšel z pokoje. S canisterapeutickým psem si hrál, mazlil se, a pes mu dokonce vytvořil úsměv na tváři. Po chvíli začal sdělovat vlastní zkušenosti se psy. Další pacient, který byl velice nevrlý, neustále si stěžoval na bolesti hlavy, které však byly psychosomatického původu, neviděl v životě smysl a chtěl „*jít do hrobu*“, po spatření psa hned natahoval ruku a poprvé jsem u něj zaznamenala úsměv na tváři. Výše uvedené informace tak opět potvrzují vysokou subjektivitu canisterapie.

Dalším faktorem, který canisterapii u konkrétního pacienta ovlivňuje, je způsob jejího provádění – individuální vs. skupinová forma. Každému pacientovi vyhovuje něco jiného, a bohužel nelze uspokojit potřeby všech. Někteří pacienti oceňují skupinovou formu canisterapie, jelikož jim umožňuje interakci nejen se psem, ale také s ostatními pacienty a personálem oddělení, zvláště v případě, že má daný pacient s komunikací a socializací jinak

problém. Canisterapeutický pes mu tak může sloužit jako pomocník a prostředník v sociálních situacích. Zároveň při vyšším počtu účastníků lze se psem dělat větší množství aktivit, hrát hry, házet si míčem apod. „*Když nás tady bylo hodně, tak to bylo super, to jsme se kolem něj vždycky všichni seběhli a mohli jsme dovádět.*“ Jiní pacienti upřednostňují individuální formu canisterapie, protože se mezi druhými necítí tak komfortně a jsou více zdrženliví. To potvrzují také slova paní canisterapeutky: „*Když jsme u něj na pokoji sami, tak to si s ním i hraje, různě ho provokuje, nechá ho (psa) si vyskočit k němu na postel a tak. Ale tady jak nás bylo víc, tak to byl celkově takový utlumený, moc se neprojevoval a byl takový zakřiknutý*“.

Canisterapie s sebou tedy může přinášet pozitivní i negativní aspekty. K pozitivním faktorům canisterapie řadíme dle pacientů zmírnění úzkosti, zlepšení nálady, zpestření atmosféry v nemocničním prostředí, pocity radosti a zábavy, a také příjemný tělesný kontakt se zvířecí srstí. Někteří pacienti, kteří mají svého vlastního čtyřnohého kamaráda doma, oceňovali alespoň částečnou náhradu jejich mazlíčka canisterapeutickým psem. Dalším pozitivním aspektem canisterapie je pomoc při socializaci, jelikož canisterapeutický pes slouží jako prostředník v komunikaci a interakci pacientů mezi sebou.

Negativní vliv může mít canisterapie na pacienty, kteří mají ze psů strach. Dále také na pacienty, kterým se stýská po jejich vlastním mazlíčkovi. Canisterapeutický pes v nich tak může vyvolat silné emoce stesku a žalu.

Z výše uvedených informací vyplývá, že je vždy potřeba zohlednit individualitu daného jedince a subjektivitu jeho potíží. V tomto ohledu má velikou zodpovědnost canisterapeutka, která může se správným efektem canisterapie pomoci. Může se tak stát, že i pacienti, kteří na počátku léčby o canisterapii z různých důvodů zájem neměli, si vytvoří s canisterapeutickým psem přátelský vztah.

VO2: Spatřují zdravotníci pečující o depresivní pacienty nějaký vliv canisterapie na tyto pacienty?

VO2.1: Jaká pozitiva a jaká negativa dle nich canisterapie přináší?

VO2.2: Existuje nějaká specifická skupina pacientů s depresí, pro které je canisterapie velice efektivní?

VO2.3: Existuje nějaká specifická skupina pacientů s depresí, pro které canisterapie není vhodná?

Interview se zdravotníky bylo poměrně složité realizovat, jelikož v našem zařízení se zdravotníci canisterapie spíše neúčastní. I tak jsme však získali několik významných a přínosných informací.

Zdravotníci se shodují na tom, že efekt canisterapie je v naprosté většině případů příznivý. Pacienti se na canisterapeutický tým těší a často bývají před jeho příchodem již předem připraveni. Na pacientech lze v průběhu canisterapie spatřovat radost a uklidnění. *“Jsou zapálení do aktivit s pejskem a v tu chvíli nemyslí na své starosti.”*

“Co se teda týče aktuálních pozitivních efektů v průběhu canisterapie, lze vidět z těch interakcí, gest, výrazů na jejich tvářích, že jsou nadšení.”

“Spousta z nich vzpomíná na psy, které měli v dětství, a najednou se úplně rozsvítí a začnou se usmívat a sdělovat ty zážitky.”

S těmito tvrzeními můžeme z naší vlastní zkušenosti a pozorování jedině souhlasit, jelikož pacienti, kteří o canisterapii měli zájem, z ní skutečně takto profitovali.

Co se dlouhodobějšího efektu canisterapie týče, zdravotníci zmiňovali snížení úzkosti a napětí, příjemné zpestření zvířecím členem v nemocničním týmu (hlavně při dlouhodobé hospitalizaci), dočasnou náhradu za vlastního domácího mazlíčka, získání nového kamaráda (u některých depresivních pacientů jediného kamaráda), aktivizaci a důvod pro vstání z postele, motivaci k pořízení vlastního psa po ukončení hospitalizace (což může být jedním z preventivních prostředků deprese) aj. K negativním aspektům canisterapie patří například nadměrné zapálení do aktivit se psem, kdy pacienti zapomínají na svůj další denní program. Dále pro pacienty může být traumatické, když se musí na konci hospitalizace se psem rozloučit. Byla jsem svědkem toho, jak pacientka při svém odchodu silně brečela a několikrát se ke psovi vracela a loučila se. Nelze to však považovat za vyloženě negativní důsledek canisterapie, jelikož daná pacientka mi při rozhovoru sdělila, že byla za psa na oddělení vděčná i přesto, že věděla, že loučení jednou přijde. Sama oceňovala, že je možné si se psem vytvořit tak silný vztah. Negativní pocity může canisterapie přinášet také pacientům, kteří nemají se psy dobré dřívější zkušenosti a bojí se jich. Dále také těm, kteří o svého čtyřnohého kamaráda přišli, a ještě se s tím plně nevyrovnali.

Zdravotníci upozorňovali, že je nutné předem zjistit, zda pacient netrpí alergií například na zvířecí srst apod. Pacienty je při canisterapii potřeba bedlivě hlídat, přičemž zdravotnice dodává: *“měli jsme tam pacienta, který jedl granule, které se měly rozdávat pejskovi”*.

Na otázku, zda existuje nějaká specifická skupina pacientů s depresí, pro které canisterapie není vhodná, jsme získali několik odpovědí. Zdravotníci uváděli, že canisterapii nedoporučují u pacientů s bludy, u agresivních pacientů, kde hrozí riziko ublížení sobě či canisterapeutickému týmu, a také u pacientů v hluboké depresi. Při těžkých depresivních stavech většinou pacient nejeví zájem vůbec o nic, a canisterapie začne nabývat na síle až po určité době užívání medikace. Zdravotníci dále zmiňovali, že canisterapie není vhodná při

bipolárním průběhu deprese, především pokud se jedinec zrovna nachází v akutní manické fázi. *“Neděláme canisterapii u akutních manických pacientů, kteří jsou nebezpeční sami sobě i okolí. Oni jsou nevyzpytatelní, takže je potřeba je nejdřív pořádně zaléčit a až pak je to možný.”*

Pacienti s depresí, pro které terapie naopak vhodná je, se takto jednoduše specifikovat nedají, jelikož jak už jsme zmínili, existuje spousta faktorů, které mají na aktuální průběh a efekt canisterapie vliv. Přeci jen však lze tuto problematiku trochu konkretizovat. Dle zdravotníků lze vysoce pozitivní účinek canisterapie spatřovat například u pacientů, kteří se hodně sociálně izolují. Někteří pacienti mají tendenci zůstat celé dny ve svém pokoji, nemají zájem o žádnou ze společných aktivit a nechtějí komunikovat. V těchto případech dle zdravotníků pes častokrát pomůže, a to tak, že buď pacienta vytáhne alespoň na chodbu mezi kolektiv a pomůže mu navázat kontakty s ostatními, nebo pes zůstane s pacientem na pokoji, kde mezi ním a pacientem probíhá interakce, která alespoň částečně supluje lidský kontakt. *“Hodně to pomáhá těm, kteří jsou třeba jinak zamlklí a moc se neprojevují, tak když mají rádi zvířata, tak aspoň s tím pejskem si vytvoří nějaký kontakt.”*

“Kolikrát je ten pes jediným tvorem, se kterým ten pacient nějak interaguje a komunikuje. Někdy to pomůže i nám zdravotníkům skrze toho pejska navázat kontakt s tím pacientem.”

Další významný benefit spatřují zdravotníci při canisterapii u poporodních depresí. *“Třeba u poporodních depresí, když ta maminka přijde o to miminko, nevnímá, kde je atd., tak ten pejssek jí trochu supluje to dítě a postupně je na tom líp a líp. Kolikrát si pak padnou do náruče a maminky pejskovi děkují. Tam ten efekt je veliký, i přesto, že je to náročný pro všechny strany včetně psa.”* Vhodnost a nevhodnost canisterapie u specifických skupin pacientů shrnuje schéma č. 2.

Schéma 2: Symptomy a syndromy, pro které je canisterapie vhodná či nevhodná

| Vhodná | Nevhodná |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• sociální izolace• poporodní deprese | <ul style="list-style-type: none">• bludy• agresivní chování• hluboká deprese• akutní manická epizoda |

Zdravotníci však upozorňovali na to, že canisterapie je pouze podpůrnou metodou a dle potřeb pacienta je samozřejmě nezbytná biologická, popř. další psychologická léčba. V canisterapii však vidí potenciál a důležitého pomocníka při přístupu k pacientovi a léčbě dané poruchy. Pokud se canisterapie provádí správně a canisterapeutický tým je profesionální, lze z

canisterapie hodně využít. Zároveň je však nutné myslet na to, že efekt této podpůrné psychologické metody je velice individuální, a není vhodný pro všechny skupiny pacientů. Proto je potřeba vnímat a registrovat subjektivní potřeby daných pacientů a následně vhodně zvážit aplikování canisterapie.

Zdravotníci si chválili canisterapii také z hlediska osobního – pes je i pro ně samotné zpestřením a nosí s sebou pozitivní náladu. *“Přece jenom když jste zavřený celý den v té nemocnici, kde kolem sebe máte velké množství lidí, a spousta z nich vám tu energii spíše vysává, než dobíjí, tak ten pejsek je takovým milým aspektem, který nám to tam trochu rozboří ty negativní energie.”*

“Je moc hezký vidět, jak ty naši pacienti pookřávají, když tam toho pejska mají. To mi vždycky udělá radost.”

I přes většinové pozitivní hodnocení canisterapie se našlo přibližně 10 % zdravotníků ze kterých jsme měli pocit, že canisterapii trochu opovrhují a považují ji spíše za takové hraní si se psem, aniž by si uvědomovali hodnotu pozitivního efektu této podpůrné psychologické metody. Při rozhovorech však i tito jedinci metodu hodnotili kladně a nenašel se nikdo, kdo by se praktikováním canisterapie ve zdravotnickém zařízení nesouhlasil.

Naši respondenti z řad zdravotníků se tedy shodují na tom, že canisterapie má jako podpůrná psychologická metoda na jejich oddělení své právoplatné místo. Mezi největší přínosy canisterapie řadí zlepšení nálady na celém oddělení, zvýšení socializace a aktivizace pacientů. Dle jejich zkušeností je canisterapie nejvíce vhodná pro pacientky s poporodní depresí či pro pacienty se sociální úzkostí či fobií. Naopak nejméně vhodná je při práci s pacienty v akutní manické epizodě, s pacienty s bludy či s agresivními pacienty.

VO3: Jak hodnotí práci s depresivními pacienty sama canisterapeutka?

VO3.1: Jaká pozitiva a negativa v canisterapii vidí?

VO3.2: Spatřuje u depresivních klientů nějaký efekt?

Canisterapeutka vnímá canisterapii s depresivními pacienty kladně, avšak práce s takovou podskupinou pacientů má jistá úskalí, kterým je více než vhodné věnovat pozornost. Pojďme si nyní představit pozitivní i negativní aspekty canisterapie u pacientů, kterým byla diagnostikována deprese.

Ve zdravotnických zařízeních je skladba pacientů z hlediska diagnóz pestrá. Canisterapeutka vnímá takovou situaci pozitivně, a není si jistá, zda by canisterapie měla příznivý efekt u skupin složených pouze z pacientů s diagnózou deprese. Tito pacienti často nemají zájem vůbec o nic, tudíž by se do canisterapie museli nutit, a vytratil by se již

zmiňovaný aspekt dobrovolnosti, což by na průběh a efekt canisterapie určitě nemělo pozitivní vliv. „*Je otázka, že kdyby se to takhle cíleně poskládalo ta skupina depresivních pacientů, tak jestli by to potom nebylo, že XX (jméno psa) by tam za nimi chodil a chtěl by si hrát, a oni by jako nedělali nic. Nevím, muselo by se to zkusit.*” Dalším nepříznivým aspektem by mohla být vysoká zátěž pro canisterapeutického psa, jelikož negativní naladění depresivních pacientů by se mohlo odrážet i na jeho rozpoložení, tudíž by pak canisterapii nebyl schopen provádět efektivně. „*Obecně je nejhorší, když mají pacienti hodně energie, nebo naopak málo energie, jsou příliš negativní či agresivní. Ale tady těm rizikovým věcem prostě za každou cenu musíme předejít. Někdy je to těžké, jelikož ti pacienti psychiatričtí bývají nevyzpytatelní, ale i tak tomu musíme předejít.*”

Dalším důležitým faktorem, který má na průběh a efektivitu canisterapie u depresivních pacientů vliv, je jejich předchozí zkušenost se psy. Canisterapeutka uvádí, že pokud má daný jedinec rád psy, či třeba nějakého vlastní, tak i v depresivním stavu, kdy ho nic netěší a nic se mu nechce, mu může canisterapeutický pes vytvořit úsměv na tváři.

Situace, kdy na pacienta čeká doma jeho vlastní pes, však může zároveň představovat i jisté riziko. Dle slov canisterapeutky: „*...oni se pak rozbrečí ještě víc jo, že 'jee já nemám toho svého pejska u sebe'...Ale tak já se pak třeba i ptám, jestli máme odejít, a když řeknou že jo, tak odejdeme, a potom druhý den už jako sami řeknou, abychom šli k nim. Ale když vidím, že je nějaká takováhle jako reakce, tak se ptám, a říkám, že slzy nejsou špatně, ať si klidně popláčou, protože prostě aspoň to jde ven. Takže záleží no*”.

Významné riziko při canisterapii může představovat strach či averze pacienta k psům. Canisterapeutka dodává, že u takových lidí většinou canisterapie nemá smysl. Existují však výjimky, při kterých může dojít ke změně postoje pacienta k psům a následně až k pozitivnímu efektu canisterapie u pacienta, u kterého dříve jakýkoliv kontakt se psem nebyl možný. V takových případech je nesmírně důležitá práce samotné canisterapeutky, její všímavost, přizpůsobivost a zároveň sehranost s canisterapeutickým psem. Pacienti mohou mít různé důvody, které ovlivňují jejich přístup ke čtyřnohým kamarádům. Pokud se podaří tyto aspekty rozklíčovat, je následná práce na vztahu pacient-pes snadnější. Důležitá je však také samotná ochota a motivace pacienta svůj postoj k psům změnit a snažit se využít benefity canisterapie. Dále canisterapeutka vzpomíná:

“*Bylo hezký, měli jsme tam pacientku na otevřeném oddělení, která byla nejdřív jako taková 'noo, já nemám psy ráda, protože oni mají špatný vlastnosti, který mám já'. To bylo takové zvláštní vlastně, a já jsem jí říkala 'no tak jó tak nemusíme, a když byste chtěla na tom nějak pracovat, tak můžeme, a napadá mě, zkuste si napsat dobré vlastnosti, které má pes, a které*

máte společné'. No, a nakonec byli s XX (jméno psa) nejlepší kamarádi. Sice furt říkala, že má radši kočky než psy, ale úplně se to potom posunulo, a ona, když ho viděla, tak se strašně smála. A na něm taky bylo znát, že ze začátku k ní přistupoval tak jako opatrně, protože to cítil tu rezervovanost, a potom už k ní běžel, olizoval atd. A ani nechtěla, abych ho zbrzdila... Hodně se snažím vnímat ty pacienty, co jako potřebují, a komunikovat s nimi o tom, když mají nějakou rezervu nebo blok, tak se zeptat, co ode mě potřebují. Já XX (jméno psa) zbrzdím, a oni mi řeknou, jak to potřebují, v jaké míře atd., a on (pes) to pochopí taky, on je vnímavý”.

„Měli jsme tam pána, který mě opravdu oslovil, že se chce zbavit fobie ze psů. Měl spoustu jiných problémů ještě, ale říkala jsem si, že když mu to pomůže, tak aspoň jedna věc. Takže u toho jsme byli na pokoji, já jsem XX (jméno psa) držela v klidu a říkala jsem mu ať mi říká, co má dělat, a aby si to řídil vlastně sám, jak potřebuje. A potom jsme vlastně došli k tomu po pár dnech, což bylo předtím úplně nemyslitelný, že když jsme na to oddělení přišli, tak on sám k tomu XX (jméno psa) přišel a hladil si ho. Jsou to pak takový dojemný chvílky, jako když se to povede, a když k sobě najdou tu důvěru.“

Canisterapeutka dodává, že v roli canisterapeuta je zapotřebí myslet jak na pacienta, tak i na psa, a najít určitý balanc, který bude vyhovovat oběma. Cílem tedy není pouze pomoci pacientovi, ale také ochránit psa před rizikovými vlivy, jelikož duševní pohoda a psychický stav psa je klíčový v praktikování efektivní canisterapie. Canisterapeutka poté zmiňuje následující zkušenost:

“Někteří pacienti jsou přece jenom takoví úporní a hodně pruderní, vysávají ho. A když mu potom hodně šmrdlají hlavu a jsou tam třeba jako dva najednou (nejsou to všichni a je jich málo těchto pacientů), ale vnímám to i já, jakože ze mě tahají hodně energie...tak to už je takový, že už by jako šel...Měli jsme tam tenkrát tři takové pacienty. Ta jedna ta si ho jako uzurpovala strašně jako. Tak jsem přemýšlela, jak to řešit, protože ostatní pacienti už k němu potom jako ani nešli jo. To byl ten problém, že oni řekli 'hmm tak ona je zase u něj, tak to my na to prdíme'. Přitom vím, že by jim to pomohlo, a XX (jméno psa) je má rád. Tak jsem se to snažila nějak řešit, a vymyslela jsem, že jsme potom vlastně za nimi chodili do místnosti, kde jim začínal autogenní trénink po canisterapii. A někteří už tam byli připravení na zemi, leželi. A tam už se to rozprostřelo, on nebyl v pasti na tom gauči, kde u něj byli ti tři, ale mohl je tam obcházet všechny. To pro něj bylo lepší, volnější, a zároveň všichni pacienti z toho měli užitek...Ale bylo to celé na mně, jak to vyřešit no”.

Canisterapeut by měl být vnímavý jak k pacientům, tak ke svému čtyřnohému pomocníkovi, a najít adekvátní formu a způsob canisterapie vyhovující konkrétní situaci a

podmínkám. Souhra canisterapeutického týmu (jehož součástí je v tomto případě i zdravotnický personál) je v úspěšnosti canisterapie klíčová. *“Já musím komunikovat se sestřičkami i doktorama, a ptát se, a oni řeknou, že komu vůbec nemáme chodit, že je třeba agresivní apod. Tragickým situacím musíme předcházet, a to jak kvůli bezpečí pacientů, tak i psa. Pes si negativní zkušenosti pamatuje, a když do něj třeba někdo někdy kopne, tak z toho pes může mít trauma a může to být jeho konec.”* Canisterapeutka však dodává, že v daném zařízení se zdravotnický personál do canisterapie tolik nezapojuje, a to obzvlášť při práci s depresivními pacienty. Největší zapojení probíhá, když společně s pacientem provádí polohování či cvičení motoriky, to je zdravotník potřeba. Tyto aktivity však nebývají tak časté.

Canisterapeutka v canisterapii nejen u depresivních pacientů vidí veliký potenciál a smysl. Dle jejích slov je efekt úžasný, a někteří pacienti dokonce při odchodu z kliniky tvrdí, že jim nejvíce pomohl právě pes. Což canisterapeutka doplňuje slovy *„ale to lékaři neradi slyší“* a směje se. Jiní pacienti zasílají na vedení kliniky děkovné dopisy, ve kterých vyjadřují vděčnost za canisterapii na oddělení, či zasílají dopisy adresované přímo canisterapeutickému psovi. Už jen to, že se v nemocnici vyskytuje nějaké zvíře, je pro pacienty povyražením. Když se k tomu pak přidají léčebné aspekty canisterapie, přináší to úspěchy v celém ozdravném procesu. Schéma č. 3 znázorňuje klíčové přínosy canisterapie očima canisterapeutky.

Schéma 3: Klíčové pozitivní aspekty canisterapie



Mezi pozitivní aspekty canisterapie řadí canisterapeutka rozvoj komunikace a interakce s okolím, aktivizaci a motivaci pacienta k výkonu denních činností, přičemž dodává, že pes je

často klíčovým pomocníkem v situacích, kdy pacient nechce opustit svůj pokoj. Dále zdůrazňuje redukci úzkosti a napětí, zlepšení nálady a myšlenek, a také tělesný kontakt (možnost pohladit si psa a přitulit se k němu), který je dle jejích slov u depresivních pacientů hodně významný.

Canisterapie má příznivý vliv nejen při jejím aktuálním konání, ale přesahuje svými benefity i do širšího života klienta, a to představuje velice významný aspekt v celém procesu terapie. *“Dokonce jsme tam měli pacienta, který v sobě objevil umělecké vlohy při arteterapii, a XX (jméno psa) měl tak rád, že mu udělal keramickou plaketu. On jako říkal, že se bude nějakým plastikám a keramice věnovat dál, protože fakt byl šikovný, našel se v tom a pomáhalo mu to. Pejška si nastudoval, různě si ho osahával a nafotil. Pejsek vlastně sloužil k dalšímu rozvoji a inspiraci.”*

Dle slov canisterapeutky je druhotný efekt canisterapie, tedy její přesah do života pacienta a vliv na dlouhou dobu, častokrát daleko důležitější než samotné setkání při hospitalizaci. Sama uvádí, že někteří pacienti odcházejí domů s otázkou, proč už nemají psa, když ho dříve měli. Díky kontaktu s canisterapeutickým psem na oddělení si následně psa pořídí, což má příznivý vliv na jejich psychiku, a čas strávený se svým čtyřnohým kamarádem může působit preventivně proti depresi.

Spousta pacientů by si ráda psa domů pořídila, ale z určitých důvodů to není možné. Je jim líto, že psa nemají a nemohou s ním chodit ven. V takových případech jim canisterapeutka radí, že si mohou půjčit psa na venčení z útulku a projít se společně lesem. *„Stalo se mi, že jsme šli o víkend se projít do lesa s XX (jméno psa), a potkali jsme tam dvě bývalé pacientky, co se k nám hlásily, a říkaly ,no my jsme se dohodly, že se sejdeme, a že si půjčíme pejška a půjdeme se projít do lesa, vyvenčíme ho atd.“*

Problematické aspekty ve výkonu canisterapie očima canisterapeutky

Canisterapeutka se dále vyjadřovala ke špatně uchopené legislativě canisterapie v České republice. Canisterapeut jako profese v rejstříku zaměstnání neexistuje. V minulosti fungovalo řadu let po sobě několik organizací, které se snažily canisterapeuty sdružovat. Všechny však postupně zanikly. Nyní sice existují organizace, zabývající se výcvikem canisterapeutických psů a pořádáním canisterapeutických zkoušek, avšak nikde není jasně dáno, co by canisterapeutický pes měl splňovat a umět. Tyto organizace tak sice zkoušky pořádají, avšak podmínky jejich plnění nejsou jednotné. *“Což navenek nepůsobí dobře. Takže tím, že je to roztržité, tak podle mě není ani cesta, aby se to někam posunulo v legislativě.“*

Další problém spatřuje canisterapeutka v neblahé představě veřejnosti o canisterapii. Laická i odborná veřejnost často považuje canisterapii jako podřadné povolání, a většinou netuší, co tato práce obnáší a kolik zodpovědnosti s sebou přináší. *“Ta práce se hrozně zlehčuje...jako prostě hra se psem a ty lidi to nevidí tak, že je to náročný a efektivní. Někteří lidé mají milnou představu, že canisterapie probíhá tak, že mohu vypustit psa na oddělení a jít dělat jinou práci, ale ono to tak úplně prostě nejde. Za prvé ho musím mít furt pod kontrolou, protože je to pes, a i když je hodný, tak člověk neví, co se může stát. A musím vnímat ty pacienty. Já je furt sleduji...A jako i ty lidi z kliniky to vidí jako že ‚joo ona si venku hraje se psem‘, ale už nevidí to, že já tam musím jít v zimě, dešti, ve sněhu, aby on se vyčistil od těch klientů atd. Já to dělat musím. Nevidí tu práci za tím.“*

Problematické je dle slov canisterapeutky také to, že o canisterapii rozhodují lidé, kteří psa nikdy neměli, jelikož chování vůči psovi se pak zdá být poměrně neetické. V tomto konkrétním případě to funguje tak, že canisterapeutický pes je vlastnictvím zařízení, ve kterém canisterapii provádí. Toto zařízení mu zajišťuje veterinární a stravovací potřeby, avšak člověk, který s ním canisterapii provádí, je dobrovolníkem, a nedostává za výkon své profese zaplacení. Zdravotnické zařízení dále nerespektuje, že by pes měl pracovat maximálně 1,5h týdně a psa přetěžuje. *„A i když spousta těch lidí, kteří o tom psovi rozhodují, si to nechtějí připustit, ale je to živý tvor, není to přístroj, který se může využívat 20 let. XX (jméno psa) nám dali ve 2 letech, průměrně se dožívají 8, a oni si představují, že bude pracovat do 10 let. Ale já si to teda neumím s těmi psychicky nemocnými pacienty představit.“* Canisterapeutka dodává, že ne všude je canisterapie znevažovaná, a v některých zařízeních funguje skvěle. Záleží, jak je tomu daná instituce nakloněna, a čemu ve své činnosti dává přednost.

5 DISKUSE

V diskusi si postupně probereme výzkumné cíle, shrneme a interpretujeme výsledky naší studie, a pokusíme se je srovnat se zjištěními z dřívějších výzkumů, které jsme zmínili v teoretické části naší práce. Následně uvedeme hlavní přínosy našeho výzkumu, ale také limity a možná doporučení pro další badatele.

Jedním z cílů naší práce bylo přiblížit odborné i laické veřejnosti profesi canisterapeuta, a to především specifika jeho práce při kontaktu s depresivními pacienty ve zdravotnickém zařízení. Zároveň jsme chtěli zjistit, jaká pozitiva a negativa spatřuje v canisterapii depresivních pacientů sama canisterapeutka. K získání zmíněných informací jsme využili polostrukturované interview společně s pozorováním. Pojdme si nyní představit průběh canisterapie na dané psychiatrické klinice, zmínit důležité aspekty této práce a uvést přínosy či limity této podpůrné terapeutické metody při kontaktu s depresivními pacienty.

Na dané psychiatrické klinice probíhá canisterapie 4x týdně po 20-30 minutách na každém oddělení. Jedná se tedy o tzv. **návštěvní program**, který jsme si definovali v teoretické části naší práce. Tento způsob realizace canisterapie je v České republice nejrozšířenější (Tvrdá, 2020; Velemínský, 2007). Pokud není zdravotnickým personálem uveden jiný pokyn (např. návštěva konkrétního pacienta na pokoji), schází se pacienti s canisterapeutickým týmem ve společných prostorech před sesternou. Canisterapeutka klade veliký důraz na dobrovolnost při účasti na canisterapii, a nikoho do interakce se psem nenutí. Po příchodu na oddělení se pes nejprve se všemi přítomnými přivítá. To považujeme za velice důležité, jelikož tak dává každému pacientovi najevo, že si váží jeho účasti, a že každý z nich je důležitým a cenným členem celého procesu. Nimer & Lundahl (2007) uvádí, že už samotná vřelá atmosféra a bezpodmínečné přijetí canisterapeutickým psem může být pro klienta přínosem, a může napomoci k přijetí dalších intervencí, které jsou nabízeny terapeutickým personálem. Po přivítání následuje mazlíčí fáze, ve které je důraz kladen na tělesný kontakt se psem. Následuje fáze aktivní, při které si pacienti se psem hrají. Všechny zmíněné fáze považujeme za stejně důležité, jelikož naše zjištění nám ukázala, že každý pacient vyhledává při kontaktu se psem něco jiného. Pro jednoho je největším přínosem dotyk a fyzický kontakt se psem, pro druhého právě aktivizace a socializace.

Průběh canisterapie je limitován prostory nemocnice, a proto je dle slov canisterapeutky daleko výhodnější provádět canisterapii venku za hezkého počasí. Zároveň je však nutné myslet na to, že ne všichni pacienti smí, popř. chtějí opustit oddělení, a ani tito jedinci by neměli být o canisterapii ochuzeni, pokud o ni jeví zájem. Proto canisterapeutka přizpůsobuje průběh

každé jednotlivé canisterapie aktuálním podmínkám a situaci. Stejně tak jako místo konání je třeba uzpůsobit formu, jakou bude canisterapie prováděna. Některým pacientům vyhovuje více **forma skupinová**, při které mají možnost interagovat nejen se psem a canisterapeutkou, ale také s ostatními pacienty či zdravotníky. Skupinová canisterapie dává možnost k větší aktivizaci pacienta především po sociální stránce. Naopak nevýhodou skupinové canisterapie je dle Tvrde (2020) snížená možnost naplnění individuálních potřeb a cílů jednotlivých klientů. S tím souhlasí taktéž canisterapeutka, a dodává, že pokud pacient odmítá jakoukoli socializaci či např. ani nechce opustit vlastní pokoj, volíme **formu individuální** canisterapie, ze které bude daný pacient více profitovat, která bude uzpůsobena jeho konkrétním možnostem, a nebude narušována vlivy okolí. Drobnou nevýhodou individuální canisterapie může být její časová náročnost (Tvrda, 2020).

Při zvažování potřeb daného pacienta se nesmí zapomínat na **potřeby canisterapeutického psa**. Jak jsme již zmínili v teoretické části naší práce, pes by nikdy neměl být vystaven situaci, která by mu způsobila jakoukoli psychickou či fyzickou újmu (Bicková, 2020; Kalinová & Mojžíšová, 2002; Velemínský, 2007). Je důležité korigovat celý průběh canisterapie co se počtu pacientů i prováděných aktivit týče. Canisterapeutka uvádí, že ideální počet pacientů při canisterapii je 5-6, přičemž je lepší, když přítomní kolem psa sedí, jelikož je to pro něj bezpečnější, než kdyby postávali. Dalším důležitým prvkem jsou pracovní přestávky. Pes by měl mít možnost se mezi každým terapeutickým setkáním vyvenčit a vyběhat. Canisterapeutka dodává, že ve spoustě zařízení přistupují ke zvířeti jako ke stroji, přetěžují ho a nerespektují jeho reálné možnosti. Často se staví neeticky také ke canisterapeutům, vidí jejich práci jako podřadnou a neuvědomují si, kolik zodpovědnosti s sebou přináší. Doufáme, že tyto předpoklady se nám podaří díky naší studii alespoň částečně konfrontovat.

Nyní se již pojdme věnovat **specifikům práce s depresivními pacienty** ve zdravotnickém zařízení. Canisterapeutka vnímá canisterapii s depresivními pacienty kladně, avšak není si jistá, zda by měla být skupina účastníků se canisterapie složena pouze z pacientů s diagnózou deprese. Mohlo by to narušovat vzájemné interakce, jelikož někteří pacienti, zejména ti v těžkých fázích deprese, by museli být do canisterapie nuceni, čímž by se vytratil již zmiňovaný důležitý aspekt dobrovolnosti. Zároveň by takto složená skupina představovala vysokou zátěž pro canisterapeutického psa z důvodu negativního naladění pacientů. Záleželo by na individuálním složení této skupiny z hlediska typu a fáze deprese, ve které by se daní pacienti aktuálně nacházeli. S tím souhlasí i Galajdová & Galajdová (2011), které zdůrazňují, že je terapii vždy potřeba uzpůsobit individuálním požadavkům klienta, popř. skupiny klientů.

Při canisterapii s depresivními pacienty je také nutné brát v potaz zkušenosti, které daný pacient se zvířaty má, dále vztah, jaký chová ke psům, a zda z nich například nemá strach. V případě, že by se daný pacient bál psů či k nim choval nepřátelský postoj, mohla by canisterapie zdravotnímu stavu takového člověka uškodit. V těchto situacích je nesmírně důležitá práce canisterapeutky, která by měla být k takovým faktorům všímavá a flexibilní. Tyto vlastnosti společně s empatií, zodpovědností a kladným vztahem ke zvířatům i lidem jsou ve výkonu profese canisterapeuta klíčové (Kalinová & Mojžíšová, 2002; Velemínský, 2007). Nepříznivý vztah pacienta ke psům však nemusí nutně předurčovat výsledky canisterapie, jelikož na vztahu mezi pacientem a canisterapeutickým psem se dá pracovat. Samozřejmě pouze pokud je k tomu pacient motivovaný a ochotný. Dle slov canisterapeutky se jí v praxi několikrát stalo, že z původně nepříznivého postoje pacienta k psům se vyvinulo nezlomné přátelství.

Mezi **pozitivní aspekty canisterapie** s depresivními pacienty řadí canisterapeutka rozvoj komunikace a interakce pacientů s okolím, aktivizaci a motivaci pacientů k běžnému dennímu fungování, a to například i v pomoci pacientovi s opuštěním jeho vlastního pokoje při původní touze po izolaci. S těmito informacemi souhlasí také výsledky dřívějších výzkumů, které označují canisterapeutického psa za facilitátora sociálních interakcí, který pozitivně ovlivňuje komunikaci a socializaci (Ambrosi et al., 2019; Kalinová, 2016; Rossetti & King, 2010; Simpkins, 2015). Mezi dalšími pozitivními aspekty canisterapie dále canisterapeutka zdůrazňuje redukci úzkosti, zlepšení nálady a myšlenek, a celkové zpestření nemocniční atmosféry. Pozitivní důsledky canisterapie, jako je snížení depresivních symptomů, zlepšení nálady, redukce pocitu osamělosti, úzkosti a vzteku, či katalýza emocí, deklarují ve svých výsledcích také např. studie autorů Barker et al. (2013), Souter & Miller (2007), Ambrosi et al. (2019), Vojtková (2012) či Rosetti & King (2010). Významným pozitivním faktorem je také tělesný kontakt pacientů s canisterapeutickým psem. Dodává pocity bezpečí a lásky. Z toho důvodu je nutné poskytnout pacientům všechny již zmíněné fáze canisterapie (přivítání, mazlení, hra). Výše zmínění autoři ve svých studiích používali převážně kvantitativní metody, kterými měřili výskyt depresivních příznaků u daných pacientů pretest-posttest. Naše studie se od těchto výzkumů odlišuje využitím kvalitativních metod, což považujeme jako veliký přínos, jelikož získaná subjektivní data mohou dané výsledky signifikantně dokreslit a zpřesnit.

Canisterapeutka přikládá veliký význam druhotnému efektu canisterapie, kterým je přesah této podpůrné terapeutické metody do života klienta po ukončení hospitalizace. Spousta pacientů si uvědomí, že jim pes může pomoci ke zlepšení jejich stavu a může fungovat jako prevence dalších depresivních epizod. Pes tak představuje věrného kamaráda a společníka při

různých aktivitách a zálibách člověka, poskytuje mu pocit jistoty a bezpodmínečného přijetí, opory a něhy. Canisterapeutka dodává, že jedincům, kteří si vlastního psa z jakýchkoli důvodů pořídit nemohou, doporučuje venčení psů z útulku. Tato možnost se dle jejích slov již několikrát osvědčila a ukázala se býti nápomocnou.

V závěru našeho rozhovoru se canisterapeutka ještě krátce zmínila o nevhodně uchopené **legislativě canisterapie v České republice**. Profese canisterapeuta totiž v Národní soustavě povolání zřizované Ministerstvem práce a sociálních věcí v ČR (2017) neexistuje. Na vině může být absence organizace zaštiťující canisterapeuty v České republice a s tím související nejednotné směrnice a požadavky k výkonu profese canisterapeuta a výcviku canisterapeutických psů. V minulosti sice proběhlo několik snah o založení organizací sdružujících canisterapeuty, ale všechna tato sdružení nakonec zanikla. I přes nejednotné stanovy však dnes existují organizace, které se výcvikem canisterapeutických psů a vysíláním canisterapeutických týmů do terénu zabývají. Pro příklad si můžeme uvést sdružení Hafik (<https://www.canisterapie.org>), organizaci Helppes (<https://helppes.cz>), společnost Pomocné tlapky (<https://www.pomocnetlapky.cz>) či spolek Aura Canis (<https://www.auracanis.cz>). Dokud však nebudou stanoveny jednotné podmínky pro realizaci canisterapie v praxi, zohledňující vzdělání canisterapeutů, přípravu psů a přezkušování canisterapeutických týmů, nebude možné canisterapii začlenit do právního řádu (Bicková, 2020; Stančíková & Šabatová, 2012).

Dalším z našich cílů bylo zjistit, **jak vnímají canisterapii** na psychiatrické klinice **sami depresivní pacienti**. Zajímali jsme se o pozitivní a negativní aspekty, které jim canisterapie z jejich pohledu přináší, a také o pocity, které v nich canisterapie vyvolává. Tyto informace jsme získávali během týdenní návštěvy psychiatrické kliniky pomocí několika kvalitativních metod – polostrukturované interview, ohnisková skupina, pozorování. Takto jsme docílili triangulace metod získávání dat. Myslíme si, že v případě samostatných interview měli respondenti menší strach se otevřeně vyjádřit. Na druhou stranu v ohniskové skupině bylo možné pracovat se skupinovou dynamikou a užívat vzájemných interakcí k obohacení dat. V obou případech jsme využili polostrukturovanou formu těchto metod, což nám umožnilo reagovat na aktuální průběh rozhovorů a uzpůsobit tomu i pořadí našich otázek. Nevýhodou polostrukturovaného interview či polostrukturované ohniskové skupiny může být obtížnější zpracování dat z hlediska nesourodosti materiálu (Mioviský, 2006). V našich interview se však tato úskalí ve významné míře neprojevila. Nyní se již pojďme věnovat našim zjištěním.

Naprostá většina našich respondentů se s canisterapií setkala poprvé. Výjimku tvořili pacienti, kteří se na dané psychiatrické klinice neocitli prvně. Tuto povětšinou první zkušenost

s podpůrným druhem terapie hodnotilo 84 % pacientů s diagnostikovanou depresivní poruchou pozitivně. Mezi **nejčastější pocity a emoce**, které canisterapie těmto pacientům přináší, patří dle jejich slov radost, zábava, potěšení, uklidnění, zmírnění úzkosti, změna myšlenek, zpestření aj. Tato zjištění korespondují s výsledky dřívějších studií, které považují za klíčové přínosy canisterapie snížení depresivních a úzkostných symptomů, redukci stresu a navýšení socializace (Barker et al., 2003; Rossetti & King, 2010; Simpkins, 2015). Naši respondenti z řad pacientů dále oceňují přísun energie, kterou s sebou pes přináší, a nabourává tím pochmurné nemocniční prostředí. Také si váží tělesného kontaktu se psem, díky němuž mohou cítit dotek, teplo a bezpečí. Oceňují zároveň komunitní faktor celé canisterapie. Mají možnost sdružovat se s ostatními pacienty a snadněji navazovat kontakty. Zajímavé je, že toto tvrzení může platit i pro pacienty v těžkých fázích deprese, kteří nechtějí opustit své lůžko, natož pokoj. V tomto případě sice může canisterapie probíhat individuálně v pokoji takového pacienta, avšak při našem výzkumu jsme sami byli svědky situací, kdy pes pomohl takovému pacientovi opustit pokoj a účastnit se canisterapie ve společných prostorech. Pozitivní vliv canisterapie na prosociální chování jedince proklamují ve svých studiích např. autoři Marr et al. (2000), Kovács et al. (2004) či Prothmann et al. (2006). Tito autoři považují canisterapii za faktor, který značně zlepšuje komunikační, interakční i socializační schopnosti a dovednosti, nehledě na věk či diagnózu pacienta. Nimer & Lundahl (2007) navíc dodávají, že canisterapie může pacientovi napomoci k přijetí dalších potřebných intervencí.

Důležitým faktorem, který má vliv na průběh canisterapie, je také již zmíněný **vztah pacienta ke zvířatům – psům**. Pacienti, kteří mají kladný vztah ke psům či dokonce nějakého sami vlastní, jsou většinou za návštěvy canisterapeutického týmu vděční. Kontakt se psem jim alespoň částečně supluje čas strávený s jejich domácím mazlíčkem. To ale není vždy pravidlem. Některým pacientům způsobuje kontakt se psem na oddělení stesk po jejich vlastním psovi. V takových případech stojí veliká zodpovědnost na canisterapeutce, která musí takovou situaci odhalit a adekvátně s ní pracovat. Zajímavá by byla možnost styku pacientů s jejich vlastními domácími mazlíčky. Stejně tak, jako mohou pacienty navštívit jejich blízcí, mohli by je navštívit i jejich mazlíčci. Myslíme si, že by taková návštěva mohla mít značně pozitivní efekt na psychiku pacientů.

Existují však také jedinci, kteří **o styk s canisterapeutickým týmem nejeví zájem**. Tito pacienti (16 %) uvedli, že canisterapii na oddělení vnímají neutrálně a raději tráví čas jinými aktivitami než hrami či mazlením s canisterapeutickým psem. Myslíme si, že v tomto případě hrají největší roli dřívější zkušenosti jedince se psy. I přesto, že by canisterapie mohla přinést pozitivní výsledky také u pacientů, kteří canisterapii odmítají, je důležité dodržovat

aspekt dobrovolnosti při účasti na canisterapii. Nikdo by tak neměl být ke spolupráci nucen, jelikož by následný kontakt pacienta s canisterapeutickým týmem neprobíhal příznivě.

Ze získaných informací je patrné, že při každém kontaktu canisterapeutického týmu s pacientem je nutné zohlednit individuální aspekty pacienta i subjektivitu konkrétní situace. Práce canisterapeutky a spolupráce celého týmu je tak nenahraditelná. Stejná tvrzení lze nalézt také např. v publikaci autorek Galajdové & Galajdové (2011).

Názory pacientů na poskytování canisterapie na psychiatrické klinice se slučují s již předchozími myšlenkami canisterapeutky a výsledky dřívějších studií. Tím tedy potvrzují získaná převážně kvantitativní data těchto studií (Ambrosi et al., 2019; Brickel, 1984; McVarish, 1994; Panzer-Koplow, 2000; Struckus, 1989; Wall, 1994) a kvalitativně dokreslují celou problematiku.

K dokončení triangulace zdrojů dat nám dopomohly polostrukturované rozhovory a ohniskové skupiny se **zdravotnickým personálem** na dané psychiatrické klinice. Stejně jako u předchozích skupin respondentů nás zajímala **pozitiva a negativa** canisterapie na jejich oddělení jejich očima. V odpovědích na tuto otázku se zdravotníci shodovali s již zmíněnými poznatky canisterapeutky a výpověďmi samotných pacientů. Zdravotníci spatřují canisterapii na psychiatrické klinice převážně kladně. Lze vidět, že jejich pacientům přináší radost a uklidnění. Dlouhodobě působí příznivě na redukci úzkosti a napětí, napomáhá k aktivizaci a motivaci pacienta, a přináší zpestření celému oddělení. S tímto poznatkem přišel ve své studii také Rossetti et al. (2008), který canisterapii považuje mimo jiné jako prostředek ke zlepšení vztahu mezi pacienty a zdravotníky, a k vylepšení celkové atmosféry ve zdravotnickém zařízení. Naopak k negativním aspektům canisterapie řadí zdravotníci nadměrné zapálení do aktivit se psem a následný nezájem o jiné činnosti, či možné problematické loučení se psem při ukončování hospitalizace pacienta v případech, kdy mezi pacientem a canisterapeutickým psem vzniklo silné pouto.

Dále jsme se zdravotníků zeptali, zda existuje nějaká specifická skupina pacientů s depresí, pro které je canisterapie velice efektivní, či naopak zcela nevhodná. Zdravotníci uvedli, že je před participací pacienta na canisterapii nutné provést důkladnou anamnézu včetně alergické anamnézy (zvířecí srst). Dále dodávají, že **canisterapie není vhodná** u pacientů s bludy, u agresivních pacientů, kde hrozí riziko ublížení sobě či okolí, u pacientů s bipolárním průběhem deprese v akutní manické fázi, či u pacientů s hlubokou depresí. Podobné informace nám sdělila také canisterapeutka, která navíc dodala, že pacienti s hlubokou depresí by mohli představovat vysokou zátěž i pro samotného canisterapeutického psa. Ve výše zmíněných případech je tedy zapotřebí pacienta nejprve řádně biologicky zaléčit, a až po zmírnění jeho

stavu je možné debatovat o jeho účasti na canisterapii. Skupinu pacientů s depresí, pro které je **canisterapie vysoce efektivní**, nelze takhle jednoduše specifikovat. Efekt canisterapie se totiž odvíjí od aktuální situace. Lze však spatřovat vysoce pozitivní účinek canisterapie např. u pacientek v poporodní depresi, kde pes může zpočátku částečně suplovat miminko. Další podskupinou pacientů s depresí, u kterých bývá canisterapie velice přínosná, jsou pacienti, kteří se hodně sociálně izolují. Canisterapeutický tým zprostředkovává pacientovi na jeho pokoji alespoň nějaký typ interakce, popř. mu pomůže k socializaci s ostatními pacienty na oddělení. Zároveň může canisterapeutický pes pomoci také zdravotníkům při navazování kontaktu s pacientem. Se stejnými poznatky přichází také studie autorů Bernstein et al. (2000) či Richeson (2003), považující canisterapii za významný faktor podílející se na prosociálním chování pacientů.

Zdravotníci však zdůrazňují, že je canisterapie pouze podpůrnou terapeutickou metodou a ve většině případů je za potřebí, aby byla doprovázena další biologickou či psychologickou léčbou. Tomuto tvrzení jde ostatně naproti také již zmíněná nejasná legislativa canisterapie a její nejednotné podmínky a pravidla.

Ve výše zmíněných odstavcích jsme podrobněji zanalyzovali naše zjištění a propojili je s výsledky dřívějších studií. Nyní si představíme limity, se kterými se naše studie potýká, navrhneme možná doporučení pro případné další badatele a zdůrazníme klíčové přínosy naší studie.

K limitům naší studie patří skutečnost, že všichni naši respondenti pocházeli ze stejného zařízení. Pozitivní je, že jsme měli od našich respondentů k dispozici informace, které se týkaly stejné konkrétní canisterapie, a bylo tak možné tyto poznatky mezi sebou relativně objektivně porovnat. Nevýhodou je však absence srovnání jednotlivých zařízení, popř. způsobů praktikování canisterapie mezi sebou. S tím se pojí také fakt, že na oddělení byla prováděna canisterapie převážně způsobem AAA (Animal Assisted Activities). Bylo by však zajímavé sledovat vliv dalších forem canisterapie (AAT, AAE, AACR) na depresivní pacienty, a dále provést např. porovnání jednotlivých forem canisterapie. Přínosné by také bylo sledovat pacienty během canisterapie longitudinálně, a porovnat jejich stav od začátku hospitalizace až po ukončení hospitalizace a následně třeba za další tři měsíce. Tyto úkony však překračují možnosti a kapacitu naší studie, a proto mohou sloužit jako doporučení dalším badatelům, kteří by naši studii mohli svým bádáním rozšířit a doplnit. Další možností je samozřejmě také výzkum účinků canisterapie na pacienty s jinými diagnózami.

Ke klíčovým přínosům naší studie patří zvýšení povědomí odborníků i laické veřejnosti o účincích canisterapie nejen na depresivní pacienty, a možná inspirace dalších

zařízení či soukromníků k užívání canisterapie při práci s jejich pacienty. Výsledky našeho výzkumu kvalitativně dokreslují zjištění z dřívějších převážně kvantitativních studií o účincích canisterapie na pacienty s depresí (Ambrosi et al., 2019; Barker et al., 2003; Rossetti & King, 2010; Simpkins, 2015; Souter & Miller, 2007 aj.). Velikým pozitivem naší odborné práce je triangulace metod získávání dat (pozorování, interview, ohnisková skupina) a skupin respondentů (pacienti, zdravotníci, canisterapeutka). Bylo nám tak umožněno získat náhled na celou problematiku z různých úhlů pohledu. Tato studie by mimo jiné mohla napomoci také k budoucímu legislativnímu posunu canisterapie.

6 ZÁVĚR

Canisterapie má v ozdravném procesu nejen psychických poruch své významné zastoupení, a přesto bývá v léčebném systému často upozadřována. Naše diplomová práce si kladla za cíl přiblížit tuto podpůrnou terapeutickou metodu odborné i laické veřejnosti, a to především skrze konkrétní pozitivní i negativní efekty na specifickou skupinu pacientů, kterými jsou osoby hospitalizované na psychiatrické klinice s diagnózou depresivní poruchy. Odpovědi na naše výzkumné otázky jsme získávali pozorováním, polostrukturovanými interview a ohniskovými skupinami s pacienty, zdravotníky a canisterapeutkou.

Na psychiatrické klinice probíhá canisterapie **formou návštěvního programu** především ve formě **Animal Assisted Activities (AAA)**, přičemž účast pacientů je dobrovolná. V průběhu canisterapie od sebe lze odlišit tři fáze, a to přivítání, mazlení a hru. Všechny tyto etapy jsou stejně významné a každý pacient může upřednostňovat různý typ kontaktu. Z toho důvodu je kladen veliký důraz na individualitu jednotlivce, od čehož se odvíjí také možnost provádět canisterapii **skupinově či individuálně** na pokoji pacienta. Individuální canisterapie je vhodná například pro pacienty, kteří se nadměrně sociálně izolují. Může zde pomoci také s navázáním kontaktu pacienta se zdravotnickým personálem.

Při provádění canisterapie je důležité brát ohled nejen na pacienty, ale také na canisterapeutického psa. Nemělo by docházet k situacím, ve kterých by byla psovi způsobena jakákoli psychická či fyzická újma. Stejně tak je důležité, aby měl pes mezi jednotlivými setkáními přestávky, mohl se proběhnout a nadýchat čerstvého vzduchu.

Canisterapeutka vnímá práci s depresivními pacienty jako přínosnou, avšak spíše nedoporučuje, aby byla skupina pacientů složena pouze z osob s diagnózou deprese. Mohlo by to dle jejích slov narušovat celkovou atmosféru, dynamiku a harmonii setkání, přičemž by mohl tuto situaci spatřovat jako náročnou i samotný pes. Dále je důležité vnímat předchozí zkušenosti pacientů se psy a předcházet tak rizikovým situacím. Proto ke klíčovým vlastnostem canisterapeuta patří všímavost a flexibilita.

Mezi **pozitivní vlivy** canisterapie na depresivními pacienty řadí canisterapeutka rozvoj **komunikace** a **interakce** pacientů s okolím, **aktivizaci** a **motivaci** pacientů k běžnému dennímu fungování, **redukci úzkosti**, **zlepšení nálady**, **zpestření** nemocniční atmosféry i **tělesný kontakt** se psem, který přináší pocity něhy a bezpečí. Canisterapeutka dále přikládá veliký význam druhotnému efektu canisterapie a jejímu **přesahu do života pacienta** po hospitalizaci. Ze své praxe uvádí příklady pacientů, kteří začali venčit psy z útulku, či si pořídili psa vlastního, a zlepšili si tak vlastní psychický stav.

Pacienti s diagnostikovanou depresivní poruchou hodnotili canisterapii převážně kladně (84 %). K nejčastějším emocím a pocitům, které jim kontakt se psem na oddělení přináší, patří **radost, zábava, potěšení a uklidnění**. Dále popisovali zmírnění úzkosti, změnu myšlenek, příval energie, aktivizaci a motivaci k interakci s ostatními pacienty. Někteří si váží také hřejivého dotyku a tělesného kontaktu se psem.

Negativní vliv může mít canisterapie na pacienty, kteří se potýkají s dočasnou či trvalou ztrátou svého vlastního domácího mazlíčka. I v této skupině pacientů se však našli tací, kteří kontakt s canisterapeutickým psem ocenili, jelikož jim alespoň částečně suploval kontakt s jejich vlastním mazlíčkem. Někteří jedinci (16 %) o canisterapii vůbec nejevili zájem a trávili čas raději jinými aktivitami. Tito pacienti nehodnotili canisterapii negativně, ale spíše neutrálně. Mezi nejčastější důvody zmíněného nezájmu o účast na canisterapii patří **nulové dřívější zkušenosti se psy či strach z kontaktu se psy**. Tuto situaci však lze opět přetvořit k lepšímu a pracovat na pozitivním vztahu se psem, pokud o to ovšem pacient jeví zájem.

Zdravotnický personál převážně souhlasil s již zmíněnými poznatky pacientů a canisterapeutky. **Dle slov zdravotníků** lze na pacientech spatřovat **radost a klid**, který s sebou canisterapeutický tým na oddělení přináší. Zároveň si uvědomují, že pes na oddělení pomáhá zpestřit celkové klima a náladu nejen pacientů, ale také zdravotníků. Za negativum canisterapie na psychiatrické klinice považují zdravotníci pouze nadměrné zainteresování pacientů do aktivit se psem a s tím spojené nerespektování časového harmonogramu dalších aktivit, a dále také možné problematické loučení pacienta se psem při ukončování hospitalizace.

Do skupiny depresivních pacientů, pro které dle zdravotníků **není canisterapie vhodná**, lze zařadit pacienty s **bludy, agresivními tendencemi, bipolárním průběhem deprese** (hl. nacházející se v akutní manické fázi) či pacienty v hluboké depresi. Naopak do skupiny pacientů s depresí, **pro které je canisterapie velice vhodná**, patří pacienti v **poporodní depresi** či pacienti **nadměrně sociálně se izolující**. Zdravotníci však dodávají, že před praktikováním canisterapie je potřeba provést důkladnou anamnézu pacienta, a zdůrazňují, že canisterapie je stále pouze podpůrnou terapeutickou metodou, a měla by tak být doprovázena další biologickou či psychologickou léčbou.

Vzhledem k tomu, že v legislativě České republiky není pozice canisterapeuta definována, což podporuje také absence jednotných směrnic a stanov pro výcvik canisterapeutických týmů, doufáme, že výše zmíněná zjištění částečně napomohou k uchopení canisterapie jako právoplatného povolání, či alespoň inspirují jiná zařízení k jejímu aplikování v léčebném programu svých pacientů.

SOUHRN

Tématem diplomové práce je canisterapie a její vliv na pacienty s diagnózou deprese, kteří jsou hospitalizováni na psychiatrické klinice. Myslíme si, že podpůrné terapeutické metody, jako je například canisterapie, jsou významnou součástí ozdravného procesu psychických poruch, a přesto bývají v léčebném systému často přehlíženy. Z toho důvodu je jedním z cílů naší diplomové práce přiblížit canisterapii na psychiatrické klinice odborníkům i laické veřejnosti. Zaměřujeme se především na konkrétní dopady a efekt canisterapie na depresivní pacienty. Mapujeme pozitivní a negativní aspekty, které canisterapie pacientům přináší, a to nejen očima pacientů, ale také z pohledu zdravotnického personálu a samotné canisterapeutky. Naším cílem je dále získat vhled do spolupráce canisterapeuta s takto specifickou skupinou pacientů, a pokusit se konkretizovat skupiny pacientů s depresí, pro které canisterapie je či není vhodná. Rádi bychom zdůraznili potenciál této podpůrné terapeutické metody a motivovali další zařízení k jejímu praktikování.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. První kapitola **teoretické části** představuje samotnou canisterapii, její definici a legislativní ukotvení, popisuje způsoby a formy jejího provádění, možnosti užití této podpůrné terapeutické metody v praxi, a nakonec uvádí příklady organizací a sdružení, které se v České republice canisterapii věnují. Druhá kapitola teoretické části seznamuje čtenáře s pojmem deprese a jeho klinickým ukotvením. Deprese jako diagnóza je zde rozdělena na několik typů dle MKN-10, dále jsou zde popsány možnosti vzniku a vývoje deprese, způsoby její diagnostiky a léčby.

V praktické části je představen náš výzkumný projekt realizovaný se třemi skupinami respondentů. Pro výběr všech respondentů do výzkumu jsme použili metodu záměrného (nepravděpodobnostního) výběru (Miovský, 2006). První skupina respondentů je tvořena 25 pacienty psychiatrické kliniky s diagnózou deprese. Druhou skupinu respondentů tvoří celkem 20 zdravotníků pečujících o pacienty na téže psychiatrické klinice. Poslední skupinu respondentů reprezentuje canisterapeutka, která na psychiatrické klinice provádí se svým canisterapeutickým psem canisterapii.

Náš výzkumný projekt má **kvalitativní design** a dle dělení Miovského (2006) se řadí k **případovým studiím**. Výzkum probíhal prezenční formou, přičemž jako metody získávání dat jsme zvolili **pozorování, polostrukturované interview** a **ohniskovou skupinu**. Stejně tak jako v případě zdrojů dat jsme tudíž i při získávání dat provedli triangulaci. Na psychiatrickou kliniku jsme docházeli každý den v průběhu jednoho týdne a praktikovali zmíněné metody získávání dat. Ke zpracování a analýze získaných informací jsme použili program MS Word,

do kterého jsme veškeré informace přepsali a začali s **tematickou analýzou**. Kvalitativní analýzu jsme prováděli metodou zaznamenávání opakujících se vzorců, hledání podobností a kontrastů mezi výpověďmi respondentů.

Zjistili jsme, že na psychiatrické klinice probíhá canisterapie 4x týdně po 20-30 minutách na každém oddělení. Účast na canisterapii je pro pacienty dobrovolná. **Průběh setkání** má tři fáze. Po příchodu na oddělení se pes nejprve se všemi přítomnými přivítá, následuje mazlíčí fáze, a nakonec fáze hry. Všechny tři etapy canisterapie jsou stejně významné a žádná z nich by neměla být opomenuta, jelikož každý pacient může profitovat z jiné části canisterapie. Něktěm udělá radost již samotné přivítání se psem, které jim dodává pocit sounáležitosti, jiní si váží tělesného kontaktu a dotyku, a někteří si nejvíce užívají hru se psem, která je velmi často spojena s aktivizací a interakcí s dalšími pacienty. Dle potřeb a možností pacienta probíhá canisterapie **individuálně** na pokoji pacienta či **skupinově** před sesternou (popř. ve venkovních prostorách zařízení za hezkého počasí). Vždy je přítom třeba myslet na potřeby nejen pacienta, ale také canisterapeutického psa, který by měl mít mezi jednotlivými setkáními s pacienty přestávky.

Canisterapeutka považuje canisterapii s depresivními pacienty za **efektivní**, ale zmiňuje, že by **skupina pacientů měla být různorodá**, jelikož skupina složená čistě z pacientů s depresí by mohla být náročná pro canisterapeutického psa. Dále je za potřebí vnímat zkušenosti, které pacienti se psy mají, a to především pokud jsou tyto zkušenosti negativní (např. strach ze psů). Pokud je pacient motivovaný, lze i z negativního vztahu ke zvířatům vytvořit vztah přátelský.

Za **největší přínosy** této podpůrné terapeutické metody při práci s depresivními pacienty považuje canisterapeutka **rozvoj komunikace** a **interakce** pacientů s okolím, **aktivizaci** a **motivaci** pacientů k běžným denním činnostem, **redukci úzkosti**, **zlepšení nálady** a myšlenek, a celkové **zpestření** nemocniční atmosféry. Velký význam má dle jejích slov také druhotný efekt canisterapie, kterým je **přesah do běžného života** pacienta po ukončení hospitalizace v podobě pořízení si vlastního psa či venčení psů z útulku. Pes představuje věrného kamaráda a společníka při různých aktivitách a zálibách člověka, poskytuje mu pocit jistoty a bezpodmínečného přijetí, lásky a opory.

Pacienti nejvíce oceňují množství **energie**, **radosti**, **zábavy**, **potěšení** a **uklidnění**, které s sebou canisterapeutický tým na oddělení přináší. Canisterapie jim dle jejich slov pomáhá se zmírněním úzkostných symptomů, redukcí stresu, změnou myšlenek a s celkovou socializací na oddělení. Většina pacientů si canisterapii na psychiatrické klinice chválí. Výjimku tvoří pacienti, kterým pes přináší stesk po vlastním domácím mazlíčkovi, či pacienti,

kteří nepociťují ke zvířatům bližší vztah. Jak jsme již zmínili, účast na canisterapii je dobrovolná, takže tito pacienti nejsou do canisterapie nuceni, a mohou se věnovat jiným aktivitám.

Názory zdravotníků se většinou shodují s informacemi získanými od pacientů a canisterapeutky. Zdravotnický personál si všímá, že pacienti jsou po canisterapii více veselí a zároveň klidní. Canisterapie působí dle jejich slov příznivě na **redukci úzkosti** a napětí, napomáhá k **aktivizaci** a **motivaci** pacienta, a mimo jiné přináší **zpestření** celému oddělení. Za negativum canisterapie na psychiatrické klinice označili zdravotníci pouze možné problematické loučení pacientů se psem při ukončování hospitalizace, či nadměrné zainteresování do aktivit při canisterapii, a s tím související zapomínání na další aktivity na oddělení.

Canisterapie dle zdravotníků **není vhodná** pro pacienty s depresí, kteří mají **bludnou symptomatiku, agresivní tendence**, dále pro pacienty s bipolárním průběhem deprese v **akutní manické fázi**, či pro pacienty s **hlubokou depresí**. Naopak **vysoký pozitivní účinek** lze spatřovat u pacientů v **poporodní depresi** či u pacientů, kteří se **extrémně sociálně izolují**. Pes zde může figurovat jako facilitátor sociálních interakcí a může pomoci také ve zlepšení komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Sami jsme byli při realizaci naší studie svědky toho, že canisterapeutický pes pomohl pacientovi opustit dveře pokoje.

Myslíme si, že canisterapie je jednou z vhodných metod, která může doplňovat běžnou biologickou či psychologickou léčbu pacientů s diagnostikovanou depresivní poruchou. Dle našich zjištění a také dle slov canisterapeutky bývá tato podpůrná terapeutická metoda často považována za podřadnou. Jedním z důvodů může být nedostatek jednotných pravidel a postupů pro výcvik canisterapeutických týmů, a s tím související absence pracovní pozice canisterapeuta v Národní soustavě povolání MPSV ČR (2017). **Naše studie dokazuje pozitivní efekt canisterapie na pacienty s depresivní poruchou** a podporuje tak dřívější zjištění autorů, kterými jsou např. Ambrosi et al. (2019), Kalinová (2016), Rossetti & King (2010), Simpkins (2015), Barker et al. (2013), Souter & Miller (2007), Prothmann et al. (2006) a další. Zmínění autoři stavěli své výzkumy spíše na kvantitativních designech, tudíž naše studie adekvátně kvalitativně dokresluje celou problematiku. Doufáme, že se nám tím podaří přispět k posunu canisterapie v legislativě České republiky a k inspiraci dalších zařízení k jejímu praktikování při léčbě nejen pacientů s depresí.

SEZNAM LITERATURY

- Abou-Saleh, M. T., Ghubash, R., Karim, L., Krymski, M., & Bhai, I. (1998). Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*, *23*(5), 465-475.
[https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(98\)00022-5](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(98)00022-5)
- Akhtar, M. (2015). Pozitivní psychologií proti depresi. Grada Publishing.
- Ambrosi, C., Zaiontz, Ch., Peragine, G., Sarchi, S., & Bona, F. (2019). Randomized controlled study on the effectiveness of animal-assisted therapy on depression, anxiety, and illness perception in institutionalized elderly. *Psychogeriatrics*, *19*(1), 55-64.
<https://doi.org/10.1111/psyg.12367>
- Amin, Z., Canli, T., & Epperson, C. N. (2005). Effect of Estrogen-Serotonin Interactions on Mood and Cognition. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Review*, *4*, 43-58.
<https://doi.org/10.1177/1534582305277152>
- Anders, M., Uhrová, T., & Roth, J. (2005). Depresivní porucha v neurologické praxi. Galén.
- Andrews, P. W., Lee, K. R., Fox, M., Bharwani, A., & Thomson, A. J. (2015). Is serotonin an upper or a downer? The evolution of the serotonergic system and its role in depression and the antidepressant response. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *51*, 164-188.
DOI: 10.1016/j.neubiorev.2015.01.018
- Angold, A., Costello, E. J., Erkanli, A., & Worthman, C. M. (1999). Pubertal changes in hormonal levels and depression in girls. *Psychological Medicine*, *29*(5), 1043-1053.
<https://doi.org/10.1017/S0033291799008946>
- Aura Canis. (n.d.). Canisterapie. Získáno 5. dubna 2024 z <https://www.auracanis.cz>
- Barak, Y., Savorai, O., Mavashev, S., & Bani, A. (2001). Animal-assisted therapy for elderly schizophrenic patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *(9)4*, 439-442.
<https://doi.org/10.1097/00019442-200111000-00013>

- Barker, S. B., & Dawson, K. S. (1998). The effects of animal-assisted therapy on anxiety ratings of hospitalized psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 49(6), 797–801. doi: 10.1176/ps.49.6.797.
- Barker, S. B., Knisely, J. S., McCain, N. L., Schubert, C. M., & Pandurangi, A. K. (2010). Exploratory study of stress-buffering response patterns from interaction with a therapy dog. *Anthrozoos*, 23, 79–91. doi:10.2752/1753037 10X12627079939341
- Barker, S. B., Pandurangi, A. K., & Best, A. M. (2003). Effects of animal-assisted therapy on patient's anxiety, fear and depression before ECT. *The journal of ECT*, 19(1), 38-44. DOI: 10.1097/00124509-200303000-00008
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory–II (BDI-II)*. APA *PsycTests*. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- Beetz, A., Uvnas-Moberg, K., Julius, H., & Kotrschal, K. (2012). Psychosocial and psychophysiological effects of human-animal interactions: The possible role of oxytocin. *Frontiers in Psychology*, 3, 234. doi:10.3389/ fpsyg.2012.00234
- Berent, D., Zboralski, K., Orzechowska, A., & Gałeczki, P. (2014). Thyroid Hormones Association with Depression Severity and Clinical Outcome in Patients with Major Depressive Disorder. *Molecular Biology Reports*, 41, 2419-2425. <https://doi.org/10.1007/s11033-014-3097-6>
- Bernstein, P. L., Friedman, E., & Malaspina, A. (2000). Animal-assisted therapy enhances resident social interaction and initiation in long-term care facilities. *Anthrozoös*, 13, 213-224. <https://doi.org/10.2752/089279300786999743>
- Berry, A., Borgi, M., Francia, N., Alleva, E., & Cirulli, F. (2013). Use of assistance and therapy dogs for children with autism spectrum disorders: a critical review of the current evidence. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(2), 73-80. doi: 10.1089/acm.2011.0835.

- Bhowmik, D., Kumar, S., Srivastava, S., Paswan, S., & Dutta, A. S. (2012). Depression symptoms, causes, medications and therapies. *The Pharma Journal*, *1*(3), 41-55.
https://www.researchgate.net/publication/284651508_Depressionsymptoms_causes_medications_and_therapies#fullTextFileContent
- Bicková, J. (Ed.). (2020). Zooterapie v kostce: minimum pro terapeutické a edukativní aktivity za pomoci zvířete. Portál.
- Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, *106*(5), 906-914.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x>
- Brickel, C. M. (1984). Depression in the nursing home: A pilot study using pet-facilitated psychotherapy. In R. K. Anderson, B. L. Hart & L. A. Hart (Eds.), *The Pet Connection: Its influence on Our Health and Quality of Life* (s. 407-415). Center to Study Human-Animal Relationships and Environments, University of Minnesota.
- Brunoni, A. R., Lopes, M., & Fregni, F. (2008). A systematic review and meta-analysis of clinical studies on major depression and BDNF levels: implications for the role of neuroplasticity in depression. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, *11*(8), 1169-1180. DOI: 10.1017/S1461145708009309
- Bua, F. (2013). A qualitative investigation into dogs serving on animal assisted crisis response (AACR) teams: Advances in crisis counseling. [Doktorská diplomová práce, La Trobe University, Bundoora].
https://opal.latrobe.edu.au/articles/thesis/A_qualitative_investigation_into_dogs_serving_on_animal_assisted_crisis_response_AACR_teams_advances_in_crisis_counseling/21844344
- Chandler, C. K. (2008). Animal assisted therapy with Hurricane Katrina survivors. Based on a program presented at the annual conference and exhibition of the American Counseling Association. Honolulu, HI.
- Deecher, D., Andree, T. H., Sloan, D., & Schechter L. E. (2008). From menarche to menopause: Exploring the underlying biology of depression in women experiencing hormonal changes. *Psychoneuroendocrinology*, *33*(1), 3-17.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2007.10.006>

- De Kruif, M., Spijker, A. T., & Molendijk, M. L. (2016). Depression during the perimenopause: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *206*, 174-180.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.040>
- Delta Society. Standards of Practice for Animal-assisted Activities and Animal-assisted Therapy. (1996). Renton, WA: Delta Society.
- De Souza Duarte, N., de Almeida Corrêa, L. M., Assunção, L. R., de Menezes, A. A., de Castro, O. B., & Teixeira, L. F. (2017). Relation between Depression and Hormonal Dysregulation. *Open Journal of Depression*, *6*, 69-78.
<https://doi.org/10.4236/ojd.2017.63005>
- Dewald-Kaufmann, J. F., Oort, F. J., & Meijer, A. M. (2013). The effects of sleep extension and sleep hygiene advice on sleep and depressive symptoms in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *55*(3), 273-283. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12157>
- Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., & Charvát, M. (2018). Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Duman, R. S., & Li, N. (2012). A neurotrophic hypothesis of depression: role of synaptogenesis in the actions of NMDA receptor antagonists. *Philosophical transactions of the royal society B*, *367*(1601), 2475-2484. DOI: 10.1098/rstb.2011.0357
- Dušek, K., & Večeřová Procházková, A. (2015). Diagnostika a terapie duševních poruch. 2., přepracované vydání. Grada Publishing.
- Eaton-Stull, Y., Flynn, B. (2015). Crisis Intervention Handbook. Assessment, Treatment and Research (K. R. Yeager, Ed.). Oxford University Press.
- Feldman, P. D., Kaiser, C. J., Kennedy, J. S., Sutton, V. K., Tran, P. V., Tollefson, G. D., Zhang, F., & Breier, A. (2003). Comparison of risperidone and olanzapine in the control of negative symptoms of chronic schizophrenia and related psychotic disorders in patients aged 50 to 65 years. *Journal of Clinical Psychiatry*, *64*(9), 998-1004. doi: 10.4088/jcp.v64n0904.

- Ferjenčík, J. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Portál.
- Fine, A. H. (2000). Handbook on Animal-Assisted Therapy. Theoretical Foundations and Guidelines for Practice. Academic Press.
- Gabriels, R. L., Pan, Z., Dechant, B., Agnew, J. A., Brim, N., & Mesibov, G. (2015). Randomized Controlled Trial of Therapeutic Horseback Riding in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *54*(7), 541-549. doi: 10.1016/j.jaac.2015.04.007
- Galajdová, L. (1999). Pes lékařem lidské duše: aneb Canisterapie (1. vydání). Grada.
- Galajdová, L., Galajdová, Z. (2011). Canisterapie. Pes lékařem lidské duše. Portál.
- Garber, J. (2005). Chapter 12 – Depression and the Family. *Psychopathology and the Family*, 225-280. <https://doi.org/10.1016/B978-008044449-9/50013-7>
- George, C., Herman, K. C., & Ostrander, R. (2006). The Family Environment and Developmental Psychopathology: The Unique and Interactive Effects of Depression, Attention, and Conduct Problems. *Child Psychiatry and Human Development*, *37*, 163-177. <https://doi.org/10.1007/s10578-006-0026-5>
- Gibson-Smith, D., Bot, M., Brouwer, I. A., Visser, M., Giltay, E. J., & Penninx, B. W. J. H. (2019). Association of food groups with depression and anxiety disorders. *European Journal of Nutrition*, *59*, 767-778. <https://doi.org/10.1007/s00394-019-01943-4>
- Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Wallace, P. M., & Mount, J. H. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(2), 122-132. DOI: <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.2.122>
- Graeff, F. G. (2007). Anxiety, Panic, and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *29*(1), 3-6. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462007000500002>
- Graham, K., Massak, A., Demers, A., Rehm, J. (2006). Does the Association Between Alcohol Consumption and Depression Depend on How They Are Measured? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *31*(1), 78-88. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2006.00274.x>

- Grases, G., Colom, M. A., Sanchis, P., & Grases, F. (2019). Possible relation between consumption of different food groups and depression. *BMC Psychology*, 7(14). <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0292-1>
- Greenbaum, S. D. (2006). Introduction to working with animal assisted crisis response animal handler teams. *International Journal of Emergency Mental Health*, 8(1), 49–64.
- Hafík. Výcvikové canisterapeutické sdružení Třeboň. (n.d.). Získáno 3. března 2024 z <https://www.canisterapie.org>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, 23(1), 56-62. DOI: <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Hammen, C. L. (2015). Stress and depression: old questions, new approaches. *Current Opinion in Psychology*, 4, 80-85. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2014.12.024>
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). Psychologický slovník. Portál.
- Helppes. Centrum výcviku psů pro postižené. (n.d.). Kdo jsme. Získáno 3. března 2024 z <https://helppes.cz>
- Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace. Portál.
- Hendrick, V., Altshuer, L. L., & Suri, R. (1998). Hormonal Changes in the Postpartum and Implications for Postpartum Depression. *Psychosomatics*, 39(2), 93-101. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(98\)71355-6](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(98)71355-6)
- Hoffman, A., Lee, A. H., Wertenauer, F., Ricken, R., Jansen, J. J., Gallinat, J., & Lang, U. (2009). Dog-assisted intervention significantly reduces anxiety in hospitalized patients with major depression. *European Journal of Integrative Medicine*, 1, 145–148. DOI: 10.1016/j.eujim.2009.08.002
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and Prevention of Depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3(2), 39-77. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.00008>

- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218.
[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Holsboer, F. (2000). The corticosteroid receptor hypothesis of depression. *Neuropsychopharmacology*, 23(5), 477-501. DOI: 10.1016/S0893-133X(00)00159-7
- Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). Psychiatrie a pedopsychiatrie. Karolinum.
- Jasperson, R. A. (2010). Animal-assisted therapy with female inmates with mental illness: A case example from a pilot program. *Journal of Offender Rehabilitation*, 49, 417–433.
doi:1 0.1080/10509674.2010.499056
- Jewell, J. D., & Stark, K. D. (2003). Comparing the Family Environments of Adolescents with Conduct Disorder or Depression. *Journal of Child and Family Studies*, 12, 77-89.
<https://doi.org/10.1023/A:1021310226400>
- Jopková, K. (2016). Deprese v psychosociálním kontextu. [Bakalářská diplomová práce, Masarykova univerzita v Brně].
https://is.muni.cz/th/jg6up/Deprese_v_psychosocialnim_kontextu.pdf
- Kalinová, V. (2006). Využití skupinové canisterapie v dětském věku – integrační canisterapeutické tábory. [Disertační práce, Jihočeská univerzita České Budějovice].
- Kalinová, V., & Mojžíšová, A. (2002). Jak dosáhnout kvalitní přípravy psa ke canisterapii. *Svět psů*, 74(2), 52.
- Kaminski, M., Pellino, T., & Wish, J. (2002). Play and pets: The physical and emotional impact of child-life and pet therapy on hospitalized children. *Children's Health Care*, 31, 321–335. doi:10.1207/ S15326888ChC3104_5j
- Kandola, A., Ashdown-Franks, G., Hendrikse, J., Sabiston, C. M., & Stubbs, B. (2019). Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanism of physical activity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 525-539. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.040>

- Kennis, M., Gerritsen, L., van Dalen, M., Williams, A., Cuijpers, P., & Bockting, C. (2019). Prospective biomarkers of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 25, 321-338.
<https://doi.org/10.1038/s41380-019-0585-z>
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.191>
- Klech, P. (2014). Zooterapie (animoterapie). Terapie ve speciální pedagogice. Grada.
- Kovařík, Š. (2002). Deprese. Fragment.
- Kovács, Z., Bulucz, J., Kis, R., & Simon, L. (2006). An exploratory study of the effect of animal-assisted therapy on nonverbal communication in three schizophrenic patients. *Anthrozoös*, 19(4), 353-364.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.2752/089279306785415475>
- Kovács, Z., Kis, R., Rózsa, S., & Rózsa, L. (2004). Animal-assisted therapy for middle-aged schizophrenic patients living in social institution. A pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 18(5), 483-486. DOI: 10.1191/0269215504cr765oa
- Krystal, J. H., Sanacora, G., Blumberg, H., Anand, A., Charney, D. S., Marek, G., Epperson, C. N., Goddard, A., & Mason, G. F. (2002). Glutamate and GABA systems as targets for novel antidepressant and mood-stabilizing treatments. *Molecular Psychiatry*, 7(1), 71-80. DOI: 10.1038/sj.mp.4001021
- Křivohlavý, J. (2013). Jak zvládat depresi. 3., aktualizované a rozšířené vydání. Grada.
- Kurlansik, S. L., & Ibay, A. D. (2012). Seasonal affective disorder. *American Family Physician*, 86(11), 1037-1041. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23198671/>
- Lang, U. E., Beglinger, C., Schweinfurth, N., Walter, M., & Borgwardt, S. (2015). Nutritional Aspects of Depression. *Cellular Physiology and Biochemistry*, 37(3), 1029-1043.
<https://doi.org/10.1159/000430229>

- Laňková, J., & Raboch, J. (2013). Deprese: doporučený postup pro všeobecné praktické lékaře: novelizace 2013. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství.
- Lohoff, F. W. (2011). Overview of the Genetics of Major Depressive Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 12, 539-546. DOI: <https://doi.org/10.1007%2Fs11920-010-0150-6>
- Maloney, M., & Kranz, R. (1996). O úzkosti a depresi. Lidové noviny.
- Marr, C. A., French, L., Thompson, D., Drum, L., Greening, G., Mormon, J., Henderson, I., & Hughes, C. W. (2000). Animal-Assisted Therapy in Psychiatric Rehabilitation. *Anthrozoös*, 13(1), 43-47. <https://doi.org/10.2752/089279300786999950>
- Martin, F., & Farnum, J. (2002). Animal-assisted therapy for children with pervasive developmental disorders. *Western Journal of Nursing Research*, 24(6), 657-670. DOI: 10.1177/019394502320555403
- Mayol-Pou, A. (2002). Teràpia Facilitada per animals de companyia en pacients psicòtics greument deteriorats. [Nepublikovaná doktorská diplomová práce]. Universitat de les Illes Balears, Spain.
- McKenzie, K. (2001). Deprese. Grada Publishing.
- McVarish, C. (1994). The effects of pet facilitated therapy on depressed institutionalized inpatients [Doktorská diplomová práce, California School of Professional Psychology, Alameda]. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/effects-pet-facilitated-therapy-on-depressed/docview/304109835/se-2>
- Messent, P. R. (1985). Pets as social facilitators. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, 15(2), 387-393. DOI: 10.1016/s0195-5616(85)50310-1
- Miller, A. L. (2004). Combination treatments for schizophrenia. *CNS Spectrums*, 9(9), 19-23. DOI: 10.1017/s1092852900004363
- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. (2017). Národní soustava povolání. Katalog povolání. <https://www.nsp.cz/odborne-skupiny>

- Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada.
- Mojžišová, A., Lacinová, J., & Šemberová, J. (2000). Model canisterapie. *Kontakt*, 2(4), 215-219.
- Morrison, M. (2007). Health benefits of animal-assisted interventions. *Complementary Health Practice Review*, 12(1), 51–62. DOI: 10.1177/1533210107302397
- Nathans-Barel, I., Feldman, P., Berger, B., Modai, I., & Silver, H. (2005). Animal-assisted therapy ameliorates anhedonia in schizophrenia patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(1), 31–35. DOI: 10.1159/000082024
- National Center for PTSD. (2010, únor). Mental health reactions after disaster. <https://dmh.dc.gov/sites/default/files/dc/sites/dmh/publication/attachments/Mental%20Health%20Reactions%20after%20Stress.pdf>
- Nerandžič, Z. (2003). Zooterapie v kontextu ucelené rehabilitace. In Pravda o zooterapii: sborník příspěvků z celostátní konference (1. vydání, s. 9-12). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- Nimer, J., & Lundahl, B. (2007). Animal-Assisted Therapy: A Meta-Analysis. *Anthrozoös*, 20(3), 225-238. <https://doi.org/10.2752/089279307X224773>
- Odendaal, J. S. J. (2000). Animal-assisted therapy – magic or medicine? *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4), 275-280. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00183-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00183-5)
- O’Haire, M. E. (2013). Animal-assisted intervention for autism spectrum disorder: A systematic literature review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(7), 1606–1622. DOI: 10.1007/s10803-012-1707-5
- O’Hara, M. W. (1994). Postpartum Depression: Causes and Consequences. Springer.
- O’Hara, M. W., Neunaber, D. J., & Zekosi, E. M. (1984). Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 158-171. DOI: <https://doi.org/10.1037//0021-843x.93.2.158>

- Orel, M., Facová, V., Heřman, M., Koranda, P., Šimonek, J., & Volková Palátová, L. (2020). *Psychopatologie. Nauka o nemocech duše. 3., aktualizované a doplněné vydání.* Grada.
- Oxman, T. E., & Sengupta, A. (2002). Treatment of Minor Depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 10*(3), 256-264.
<https://doi.org/10.1097/00019442-200205000-00004>
- Panzer-Koplow, S. (2000). Effects of animal-assisted therapy on depression and morale among nursing home residents. [Doktorská diplomová práce]. Rutgers, The State University of New Jersey.
- Peltz, J. S., & Rogge, R. D. (2016). The indirect effects of sleep hygiene and environmental factors on depressive symptoms in college students. *Sleep Health, 2*(2), 159-166.
<https://doi.org/10.1016/j.sleh.2016.01.007>
- Pidrman, V., Bouček, J., & Kryl, M. (2003). *Deprese v interní medicíně.* Psychiatrické centrum Praha.
- Pomocné tlapky. (n.d.). *Canisterapie. Pomocné tlapky.* Získáno 5. dubna 2024 z <https://www.pomocnetlapky.cz/nase-sluzby/canisterapie>
- Praško, J., Buliková, B., & Sigmundová, Z. (2012). *Depresivní porucha a jak ji překonat.* Galén.
- Praško, J., Prašková, H., & Prašková, J. (2015). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději.* Portál.
- Price, J. L., Drevets, W. C. (2012). Neural circuits underlying the pathophysiology of mood disorders. *Trends in cognitive sciences, 16*(1), 61-71. DOI: 10.1016/j.tics.2011.12.011
- Prothmann, A., Bienert, M., & Ettrich, C. (2006). Dogs in child psychotherapy: Effects on state of mind. *Anthrozoös, 19*(3), 265-277.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.2752/089279306785415583>

- Rahimi, A., Ahmadpanah, M., Shamsaei, F., Cheraghi, F., Bahmani, D. S., Holsboer-Trachsler, E., & Brand, S. (2016). Effect of adjuvant sleep hygiene psychoeducation and lorazepam on depression and sleep quality in patients with major depressive disorders: results from a randomized three-arm intervention. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12*, 1507-1515. <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S110978>
- Raskin, A., & Crook, T. (1988). Mood scales-elderly (MS-E). *Psychopharmacology Bulletin 24*(4), 727–729.
- Richeson, N. E. (2003). Effects of animal assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adults with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 18*(6), 353-358. DOI: 10.1177/153331750301800610
- Rief, W., & Joormann, J. (2019). Revisiting the Cognitive Model of Depression: The Role of Expectations. *Clinical psychology in Europe, 1*(1), 1-19. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i1.32605>
- Rossetti, J., DeFabiis, S., & Belpedio, C. (2008). Behavioral health staff's perceptions of pet assisted therapy: An exploratory study. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 46*(9), 28-33. DOI: 10.3928/02793695-20080901-13
- Rossetti, J., & King, C. (2010). Use of animal-assisted therapy with psychiatric patients: aliterature review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 48*(11), 45–48. DOI: 10.3928/02793695-20100831-05
- Rueter, L. E., Ballard, M. E., Gallagher, K. B., Basso, A. M., Curzon, P., & Kohlhaas, K. L. (2004). Chronic lowdose risperidone and clozapine alleviate positive but not negative symptoms in the rat neonatal ventral hippocampal lesion model of schizophrenia. *Psychopharmacology Berl, 176*(3-4), 312–319. DOI: 10.1007/s00213-004-1897-4
- Schlaepfer, T. E., Cohen, M. X., Frick, C., Kosel, M., Brodesser, D., Axmacher, N., Joe, A. Y., Kreft, M., Lenartz, D., & Sturm, V. (2008). Deep brain stimulation to reward circuitry alleviates anhedonia in refractory major depression. *Neuropsychopharmacology, 33*(2), 386-377. DOI: <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301408>

- Schuckit, M. A. (1994). Alcohol and depression: a clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(377), 28-32. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05798.x>
- Simpkins, L. S. (2015). Dog Visitation in Long-term Care and Its Effects on Depression. *Occupational Therapy Doctorate Capstone Projects*, 4. Encompass. <https://encompass.eku.edu/otdcapstones/4>
- Sing, L., & Lai-Kuen, K. (2000). Relationship of family environment to adolescents' depression and self-concept. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 28(1), 41-50. <https://doi.org/10.2224/sbp.2000.28.1.41>
- Sockalingam, S. Li. M., Krishnadev, U., Hanson, K., Balaban, K., Pacione, L. R., & Bhalerao, S. (2008). Use of animal-assisted therapy in the rehabilitation of an assault victim with a concurrent mood disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 73–84. DOI: 10.1080/01612840701748847
- Souter, M. A., & Miller, M. D. (2007). Do animal-assisted activities effectively treat depression? A meta-analysis. *Anthrozoös*, 20(2), 167-180. DOI: 10.2752/175303707X207954
- Stančíková, M., & Šabatová, J. (2012). *Canisterapie v teorii a praxi*. Sdružení PIAFA Vyškov.
- Stoetzer, U., Ahlberg, G., Johansson, G., Bergman, P., Hallsten, L., Forsell, Y., & Lundberg, I. (2009). Problematic Interpersonal Relationships at Work and Depression: A Swedish Prospective Cohort Study. *Journal of Occupational Health*, 51(2), 144-151. <https://doi.org/10.1539/joh.L8134>
- Stowe, Z. N., & Nemeroff, C. B. (1995). Women at risk for postpartum-onset major depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173(2), 639-645. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(95\)90296-1](https://doi.org/10.1016/0002-9378(95)90296-1)
- Struckus, J. E. (1989). The use of pet-facillitated therapy in the treatment of depression in the elderly: A behavioral conceptualization of treatment effects. [Doktorská diplomová práce, University of Massachusetts]. <https://doi.org/10.7275/10994787>

- Šoltéssová, D., & Bosá, M. (2016). Intervencie s asistenciou psov, úvod do teórie a praxe. Filozofická fakulta Prešovskej univerzity.
- Tabares, C., Vicente, F., Sánchez, S., Aparicio, A., Alejo, S., & Cubero, J. (2012). Quantification of hormonal changes by effects of hippotherapy in the autistic population. *Neurochemical Journal*, 6(4), 311–316. DOI: 10.1134/S1819712412040125
- Tiller, J. W. G. (2013). Depression and anxiety. *The Medical Journal of Australia*, 199(6), 28-31. DOI: 10.5694/mja12.10628
- Topinková, E. (2005). Geriatrie pro praxi. Galén.
- Tsai, Ch.-Ch., Friedmann, E., & Thomas, S. A. (2010). The Effect of Animal-Assisted Therapy on Stress Responses in Hospitalized Children. *Anthrozoös*, 23(3), 245-258. <https://doi.org/10.2752/175303710X12750451258977>
- Tvrdá, A. (2020). Canisterapie. Zvíře v sociálních službách. Nakladatelství PLOT.
- ÚZIS. (2022). Psychiatrická péče 2022. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. <https://www.uzis.cz/res/f/008442/psych2022.pdf>
- Vágnerová, M. (2008). Psychopatologie pro pomáhající profese. 4., rozšířené a přepracované vydání. Portál.
- VandenBos, R. G. (2013). APA Dictionary of Lifespan Developmental Psychology. American Psychological Association.
- Velemínský, M. (Ed.). (2007). Zooterapie ve světle objektivních poznatků. DONA.
- Verheggen, T., Enders-Slegers, M.-J., & Eshuis, J. (2017). Enactive anthrozoology toward an integrative theoretical model for understanding the therapeutic relationships between humans and animals. *Human-Animal Interaction Bulletin*, 5(2), 13–35. <https://doi.org/10.1079/hai.2017.0011>
- Viau, R., Arsenault-Lapierre, G., Fecteau, S., Champagne, N., Walker, C. D., & Lupien, S. (2010). Effect of service dogs on salivary cortisol secretion in autistic children. *Psychoneuroendocrinology*, 35(8), 1187–1193. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2010.02.004

- Villalta-Gil, V., Roca, M., Gonzalez, N., Domènec, E., Escanilla, A., Ansensio, M. R., Esteban, M. E., Ochoa, S., Haro, J. M., & Schi-Can group. (2009). Dog-Assisted Therapy in the Treatment of Chronic Schizophrenia Inpatients. *Anthrozoös*, 22(2), 149-159.
<https://doi.org/10.2752/175303709X434176>
- Virués-Ortega, J., Pastor-Barriuso, R., Castellote, J. M., Población, A., & Pedro-Cuesta, J. (2012). Effect of animal-assisted therapy on the psychological and functional status of elderly populations and patients with psychiatric disorders: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, 6(2), 197-221. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.534965>
- Vojtková, A. (2012). Vliv canisterapie na úzkost a depresi u seniorů. [Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci].
<https://docplayer.cz/11336795-Univerzita-palackeho-v-olomouci.html>
- Vreeburg, S. A., Zitman, F. G., & Derijk, R. H. (2010). Salivary cortisol levels in persons with and without different anxiety disorders. *Psychosomatic Medicine*, 72(4), 340–347.
DOI: 10.1097/PSY.0b013e3181d2f0c8
- Wall, M. J. (1994). The effects of companion animal visitation on mood state and level of speech activity of nursing home residents. [Doktorská diplomová práce, California School of Professional Psychology, San Diego].
<https://habricentral.org/resources/39087>
- Wells, D. L. (2009). The effects of animals on human health and well-being. *Journal of Social Issues*, 65, 523–543. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2009.01612.x>
- Whiffen, V. E. (1992). Is postpartum depression a distinct diagnosis? *Clinical Psychology Review*, 12(5), 485-508. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90068-J](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90068-J)
- WHO. (2023, 31. března). Depressive disorder (depression). World Health Organization.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Wijker, C., Leontjevas, R., Spek, A., & Enders-Slegers, M.-J. (2019). Effects of Dog Assisted Therapy for Adults with Autism Spectrum Disorder: An Exploratory Randomized Controlled Trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50, 2153-2163.
<https://doi.org/10.1007/s10803-019-03971-9>

- Williams, J. M. G. (1992). *The Psychological Treatment of Depression*. Routledge.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, *17*(1), 37–49.
DOI: 10.1016/0022-3956(82)90033-4
- Zlotnick, C., Kohn, R., Keitner, G., & Della Grotta, S. A. (2000). The relationship between quality of interpersonal relationships and major depressive disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, *59*(3), 205-215.
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00153-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00153-6)
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, *12*, 63-70. DOI: 10.1001/archpsyc.1965.01720310065008

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce v českém jazyce

Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce

Příloha č. 3: Seznam jádrových otázek pro interview s canisterapeutkou

Příloha č. 4: Seznam jádrových otázek pro interview/ohniskovou skupinu s pacienty

Příloha č. 5: Seznam jádrových otázek pro interview/ohniskovou skupinu se zdravotníky

Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Canisterapie a její využití u pacientů s depresivní poruchou

Autor práce: Bc. Barbora Dusbabová

Vedoucí práce: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Počet stran a znaků: 73 stran, 174 027 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 151

Abstrakt (800-1200 znaků):

Magisterská práce poukazuje na potenciál canisterapie a její vliv na pacienty s diagnózou deprese. V kvalitativním výzkumu se zaměřujeme hlavně na pozitivní a negativní aspekty, které canisterapie pacientům přináší, a na specifika práce canisterapeuta s touto skupinou klientů. Našimi respondenty jsou pacienti s depresí, hospitalizovaní na psychiatrické klinice, zdravotníci a canisterapeutka. Tím je docíleno triangulace zdrojů dat, stejně jako triangulace metod získávání dat, jelikož v naší studii užíváme pozorování, polostrukturované interview a ohniskovou skupinu. Zjistili jsme, že většině depresivních pacientů pomáhá canisterapie s redukcí stresu a úzkosti, se zvýšením motivace, aktivizace, socializace a interakcí s druhými. Nejvhodnější je canisterapie pro pacienty v poporodní depresi či pro pacienty sociálně se izolující. Naopak nevhodná je pro pacienty s bludy, agresivní či akutně manické pacienty. Canisterapeutka i zdravotníci se shodují, že je canisterapie jako doplněk jiné psychologické či biologické léčby pro depresivní pacienty přínosná. Před jejím započítím je důležité zpracovat anamnézu pacienta a vyloučit všechna možná rizika plynoucí z užití canisterapie.

Klíčová slova: canisterapie, canisterapeut, deprese, psychiatrická klinika

ABSTRACT OF THESIS

Title: Canistherapy and its use in patients with depressive disorder

Author: Bc. Barbora Dusbabová

Supervisor: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Number of pages and characters: 73 pages, 174 027 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 151

Abstract (800-1200 characters):

The thesis focuses on the potential and the effect of canistherapy on patients diagnosed with depression. In qualitative research, we point out the positive and negative aspects of canistherapy, and its specifics when working with depressed patients. Our respondents are patients with depression, hospitalized at a psychiatric clinic, medical staff and a canistherapist. This achieves the triangulation of data sources, same as the triangulation of data collection methods, since in our study we use observation, semi-structured interviews and a focus group. We have found that canistherapy helps depressed patients to reduce stress and anxiety, increase motivation, activation, socialization and interaction with others. Canistherapy is most suitable for patients with postpartum depression or for socially isolated patients. On the contrary, it is unsuitable for patients with delusions, aggressive or acutely manic patients. Canistherapist and medical staff agree that canistherapy is beneficial for depressed patients as a supplement to psychological or biological treatment. It is important to take the patient's anamnesis and rule out all possible risks arising from the use of canistherapy.

Key words: canistherapy, canistherapist, depression, psychiatric clinic

Příloha č. 3: Seznam jádrových otázek pro interview s canisterapeutkou

1. Jak byste popsala své setkání s klientem/klienty? (popis lekce/terapeutického sezení)
2. Jaké techniky a metody při canisterapii využíváte?
3. Jak často pacienty na klinice navštěvujete?
4. Jak vysoká je účast při canisterapii?
5. S kolika jedinci je efektivní provádět canisterapii?
6. Může být canisterapie prováděna u pacientů s různými diagnózami najednou?
7. Co kdybyste prováděla canisterapii pouze u skupiny pacientů s depresemi, děláte takové skupiny? Popř. umíte si je představit?
8. Dalo by se určit, kteří pacienti (pohlaví, věk, diagnóza, ...) jsou pro canisterapii nejvíce/nejméně vhodní?
9. Dalo by se určit, kteří pacienti (pohlaví, věk, diagnóza, ...) jsou při canisterapii nejvíce/nejméně aktivní?
10. Jak se Vám pracuje s depresivními pacienty? Obnáší práce s takovou skupinou pacientů nějaká specifika?
11. Existuje určitá podskupina pacientů s depresí, u kterých je canisterapie vhodná, a naopak podskupina pacientů s depresí, u kterých canisterapie vhodná není, a může pacientům třeba i uškodit?
12. Maté nějaké negativní zkušenosti s pacienty při canisterapii? (+ negativní zkušenosti s depresivními pacienty)
13. Spatřujete nějaký efekt canisterapie na pacienty, se kterými na klinice spolupracujete?
14. Jak reaguje XX (*jméno psa*) na pacienty? Má někdy s nějakým klientem problém spolupracovat, nebo zvládá aktivity se všemi pacienty?

Příloha č. 4: Seznam jádrových otázek pro interview/ohniskovou skupinu s pacienty

1. Máte již z minulosti nějaké zkušenosti s tímto druhem terapie?
2. Jak canisterapii vnímáte? Co vám přináší? (pozitiva, negativa)
3. Co při canisterapii s pejskem děláte? A jakou aktivitu máte nejraději?
4. Jak se při canisterapii cítíte?
5. Jak se cítíte po canisterapii?
6. Co se vám na canisterapii nejvíce líbí?
7. Je něco, co vám na canisterapii vadí?
8. Je něco, co vám při canisterapii schází?
9. Těšíte se na další setkání s XX (*jméno psa*)?

Příloha č. 5: Seznam jádrových otázek pro interview/ohniskovou skupinu se zdravotníky

1. Jaký názor máte na provádění canisterapie na vašem oddělení?
2. Shledáváte nějaká pozitiva, která canisterapie vašim pacientům přináší?
3. Shledáváte nějaká negativa, která canisterapie vašim pacientům přináší?
4. Jaký má dle vás canisterapie efekt na vaše pacienty?
5. Spatřujete nějaký rozdíl mezi stavem pacientů před a po canisterapeutickém sezení?
6. Existuje určitá podskupina pacientů s depresí, u kterých je canisterapie vhodná, a naopak podskupina pacientů s depresí, u kterých canisterapie vhodná není, a může jim třeba i uškodit?
7. Představuje pro vás jako pro zdravotníky canisterapie na vašem oddělení nějakou zátěž či starosti navíc?
8. Jak na vašem oddělení canisterapie probíhá? (čas, prostory, účast, ...)