

# PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

# PSYCHOTERAPIE – 15. ročník, 2021, číslo 2

Vychází třikrát ročně.

Časopis byl založen v září 1990 pod názvem *Konfrontace*. Do prosince 2006 vyšlo 66 čísel (17 ročníků), od ročníku 2007 vychází pod názvem *Psychoterapie*.

Vychází na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity (<http://psychoterapie.fss.muni.cz>).

## Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

**PhDr. Michal Černík, Ph.D.** – Hasičský záchranný sbor Karlovarského kraje

**Mgr. Lucie Hornová** – Ambulance klinické psychologie, Rychnov nad Kněžnou

**Mgr. Jan Hesoun** – soukromá praxe, Praha

**MUDr. David Holub, Ph.D.** – soukromá praxe Praha; Ústav humanitních studií v lékařství, 1. lékařská fakulta UK, Praha; Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno.

**PhDr. Roman Hytych, Ph.D.** (šéfredaktor) – soukromá praxe Brno, Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

**PhDr. Jiří Jakubů, Ph.D.** – Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Terapeutické centrum Cetera, Praha

**Mgr. Radim Karpíšek** – Psychosomatická klinika, Praha

**PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.** – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc, Ordinance klinické psychologie a psychoterapie, Prostějov

**Mgr. Bc. Karel Dobroslav Riegel, Ph.D.** – Klinika adiktologie VFN, 1. lékařská fakulta UK, Praha

**Doc. MUDr. Jan Roubal, Ph.D.** (vedoucí redakční rady) – soukromá praxe Havlíčkův Brod, Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

**Doc. Mgr. Tomáš Řiháček, Ph.D.** – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

**MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.** – Psychiatrická klinika FN Brno, Brno

**Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D.** (senior editor) – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

**Mgr. Leoš Zatloukal, Ph.D. et Ph.D.** – Univerzita Palackého, Olomouc (CMTF)

## Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

**PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D.** – Evangelická teologická fakulta UK, Praha

**Doc. RNDr. Petr Bob, Ph.D.** – Centrum pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu a Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

**Prof. Louis Castonguay, Ph.D.** – The Pennsylvania State University (USA)

**Prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc.** – Psychologický ústav AV ČR, Brno

**PhDr. Petr Goldman** – Psychiatrická léčebna, Praha–Bohnice

**PhDr. Šárka Gjuríčová** – Institut rodinné terapie, Praha

**PhDr. Martin Hajný, Ph.D.** – psychoterapeutická praxe, Praha

**Doc. Mgr. Júlia Halamová, Ph.D.** – soukromá psychologická a psychoterapeutická praxe, Institut aplikované psychologie, Fakulta sociálních a ekonomických věd, Komenského univerzity, Bratislava (SK)

**MUDr. David Holub, Ph.D.** – psychoterapeutická praxe, Praha

**MUDr. Vladislav Chvála** – Středisko komplexní terapie, Liberec

**Doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc.** – Psychiatrická nemocnice, Praha–Bohnice

**Mgr. Jiří Kubička** – Institut rodinné terapie, Praha

**Doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.** – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc

**Prof. PhDr. Petr Macek, CSc.** – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

**PhDr. Martin Mahler** – psychoanalytik, Praha

**Prof. PhDr. Michal Mioviský, Ph.D.** – Centrum adiktologie PK VFN a 1. LF UK, Praha 2

**MUDr. Petr Možný** – Psychiatrická léčebna, Kroměříž

**MUDr. Karel Nešpor, CSc.** – Psychiatrická léčebna, Praha–Bohnice

**Doc. PhDr. Ivo Plaňava** – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

**Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D.** – Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha

**MUDr. David Skorunka, Ph.D.** – Lékařská fakulta UK, Hradec Králové

**Prof. PhDr. Jiří Šípek, CSc., Ph.D.** – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UK, Praha

**MUDr. Gabriela Šivicová** – Krizové centrum RIAPS, Praha

**Doc. Mgr. Ladislav Timulák, Ph.D.** – Trinity College, Dublin (IRL)

## Výkonná redakce / Editors:

**PhDr. Roman Hytych, Ph.D.** (šéfredaktor); kontakty: romhyt@gmail.com

**Mgr. Michal Čevlíček, Ph.D.** (zástupce šéfredaktora), **Mgr. Anna Ward**, **Mgr. Stanislav Svačinka**, **Mgr. Bc. Eva Krejčí**

## Adresa redakce:

Redakce Psychoterapie, Katedra psychologie FSS MU, Joštova 10, 602 00 Brno.

Objednávky on-line: <http://psychoterapie.fss.muni.cz>.

Příspěvky zasílejte elektronicky na adresu: [psychoterapie@fss.muni.cz](mailto:psychoterapie@fss.muni.cz).

Uzávěrka čísla 2/2021 byla 27. 9. 2021, recenzní řízení bylo uzavřeno 7. 9. 2021. Vychází v říjnu 2021

Příspěvky procházejí recenzním posouzením (kromě recenzí knih a krátkých zpráv).

The articles are peer-reviewed.

ISSN 1802-3982 (Print), ISSN 2695-0200 (Online) / MK ČR E 18868

© Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity

Šířit celé číslo nebo větší ucelenou část časopisu nelze bez souhlasu vydavatele. Copyright k jednotlivým příspěvkům je duševním vlastnictvím autorů a další šíření jejich textů je možné jen s jejich souhlasem.

Časopis je zařazen v databázích: Seznam recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR Scopus, EBSCO, Erih Plus

## **OBSAH / CONTENT**

### **EDITORIAL**

Roman Hytych - - - **109**

### **TEORIE / THEORY**

Ján Hreško, Lucia Hrešková: Sebou můžem být vďaka druhému. Etické myslenie Levinasa a psychoterapeutický vzťah (Being yourself thanks to the Other. Levinas' Ethics and Psychotherapeutic Relation) - - - **110**

Dušan Fábik: Obranné mechanizmy v sne (Defence mechanisms in dream) - - - **122**

Vladislav Chvála, Ludmila Trapková: Jaké místo má psychotherapie v psychosomatice? Bio-psycho-sociální pohled (What is the place of psychotherapy in psychosomatics? Bio-psycho-social view) - - - **134**

### **VÝZKUM / RESEARCH**

Eva Kostolanská, Tomáš Řiháček: Medicínsky nevysvětené symptomy a jejich změna v čase (Medically unexplained symptoms and their change in time) - - - **150**

Jan Benda: Všímavost v programech nezaměřených na její rozvíjení: Metaanalýza znáhodněných kontrolovaných studií (Mindfulness in non-mindfulness-based programs: Meta-analysis of randomized controlled trials) - - - **165**

Tomáš Řiháček, Michal Čevelíček, Jan Roubal: Psychotherapeutické metody v praxi: Průzkum rozdílů mezi resorty (Psychotherapeutic methods in practice: Differences among sectors) - - - **177**

### **PRAXE / PRACTICE**

Lucie Hornová, Jana Adámková: Ukaž mi to! Dialogické využití pískoviště při práci s malými dětmi v praxi klinického psychologa (Show me! Dialogical use of sandtray while working with families with small children in a clinical psychology practice) - - - **195**

### **DISKUSE / DISCUSSION**

Tibor A. Brečka, Zdeněk Fiala: Pojetí psychotherapie mimo zdravotnická zařízení v současném právu a problematika ochrany klienta (Psychotherapy and law – the concept of psychotherapy outside medical facilities in contemporary law and the issue of client protection) - - - **213**

Jan Poněšický: Spiritualita, embodiment a role vůle v psychosomatice a psychotherapii (Spirituality, embodiment and the role of will in psychosomatics and psychotherapy) - - - **219**

### **OHLÉDNUTÍ / LOOKING BACK**

Jan Vymětal: Prof. Gert: Walter Speierer osmdesátiletý - - - **223**

Jakub Hučín: Hana Júnová - - - **225**

Děkujeme za finanční podporu Janu Poněšickému.

■ ■ ■ ■ ■  
Výcvik integrace v psychoterapii

Komplexní pětiletý

## VÝCVIK INTEGRACE V PSYCHOTERAPII

V našem výcviku podporujeme studenty, aby si postupně vytvářeli **vlastní terapeutický přístup**. Zaměřujeme se na společné účinné faktory, zejména na terapeutický vztah. Učíme, jak **mnohost** psychoterapeutických **perspektiv** využívat v praxi a s našimi studenty systematicky nacvičujeme základní **praktické dovednosti** psychoterapeuta.

Plánovaný začátek 5. běhu výcviku: **podzim 2022**

**Tým lektorů:** Stanislava Dudová, Radim Karpíšek (garant výcviku),  
Petr Odstrčil, Markéta Rokytová, Jan Roubal,  
Markéta Skálová, Milan Stiburek  
a další spolupracující lektori a supervizoři.

Výcvikový program je certifikován **Českou asociací pro psychoterapii**.  
Výcvikový program je schválen **ČPtS ČLS JEP** pro oblast zdravotnictví.  
Jsme plným členem **European Association for Integrative Psychotherapy**.  
Jsme v souladu s kritérii **European Association for Psychotherapy**.

Komplexní pětiletý výcvik se skládá z 350 hodin **sebezkušenosti**, 500 hodin **teorie a nácviku dovedností** a 150 hodin **supervize**.

Převážná část výcviku probíhá v malebném prostředí Vysočiny.

Místo výcviku je dobře dostupné z Čech, Moravy i Slovenska.

**Termín podání přihlášky:** nejpozději **do 15. ledna 2022**

Další informace: **[www.psychoterapie-integrace.cz](http://www.psychoterapie-integrace.cz)**

## I EDITORIAL

Milí čtenáři,

krátkou virtuální procházku tímto číslem bych rád začal na pískovišti. A to doslova. Lucie Hornová a Jana Adámková zahajují na písku rodinnou terapii s dítětem, které má psychosomatické příznaky. Jejich článek na příkladu dvou kazuistik nachází účinnou cestu, jak může právě pískoviště pomoci slyšet a pochopit, co dítě cítí. Nechybí v něm praktický návod a další užitečné informace, kdy je a kdy není vhodné pískoviště v terapii využít. Po praktickém úvodu doporučuji k zamyšlení článek na věčné téma terapeutického vztahu a kam až sahá terapeutova odpovědnost. S klíčovými momenty etické filozofie Emmanuela Levinase nás seznámí Ján a Lucia Hreškovi. Pak si dáme malého šlofíka a prozkoumáme s Dušanem Fábikem obranné mechanismy ve snu – čekají nás konkrétní ukázky snů a jak v nich rozpoznat konkrétní obranné mechanismy a lépe tak pochopit klientovo prožívání.

Vladislava Chválu a Ludmilu Trapkovou snad ani nemusím představovat – ano, řeč bude o psychosomatické medicíně a jakou roli v ní hraje psychoterapie. Dozvíme se, jak má vypadat komplexní psychosomatická intervence a k jakému cíli směřuje. U tělesných obtíží zůstaneme i v dalším příspěvku od Evy Kostolanské a Tomáše Řiháčka, kteří se ve svém výzkumu dlouhodobě věnují medicínsky nevysvětleným symptomům: v obecné populaci se totiž podle této studie vyskytují u více než každého třetího člověka, a zasluhují tak další systematické zkoumání.

Dnes velice populární schopnost mindfulness (všímavost) se dostala do centra pozornosti Jana Bendy. Ten ve své metaanalýze zkoumá, zda terapeutické a intervenční pro-

gramy, které nejsou specificky zaměřené na trénink všímavosti, přeci jen tuto dovednost nějakým způsobem nerozvíjejí. Nechávám laskavého čtenáře v napětí, jak studie dopadla a přejdu k neméně zajímavému článku Tomáše Řiháčka, Michala Čevelíčka a Jana Roubala. Zajímali se o to, jestli je nějaký rozdíl v používání psychologických metod napříč rezorty zdravotnictví, sociálních služeb, školství, ozbrojených a bezpečnostních složek a privátní praxí. A jejich průzkum objevil nejen rozdíly, ale přinesl i podněty pro možná zlepšení péče v některých oblastech. Ke slovu jsme přizvali i právníky Tibora Brečku a Zdeňka Fialu s jejich rozбором vybraných právních aspektů poskytování psychoterapie mimo zdravotnická zařízení.

Závěrem čísla nabízíme několikerohlédnutí, jednak v textech o Haně Junové, jednak za tištěnou verzí našeho časopisu. Po dlouhých diskuzích jsme se v redakční radě rozhodli k přechodu na on-line verzi od roku 2022 s tím, že časopis bude díky podpoře dárců bezplatný. Poslední dva ročníky (2020 a 2021) budou ještě pro část roku 2022 dostupné jen předplatitelům tištěného vydání, než bude celý obsah zpřístupněn online. Vedlo nás k tomu několik důvodů. Jednak souzníme s praxí open science ve vědě, jednak bylo vydávání tištěného odborného periodika personálně náročné a nákladné a jeho ekonomická situace byla v loňském roce na hraně. Doufám, že vám toto naše rozhodnutí přinese více příjemného.

Přeji vám inspirativní čtení a krásný podzim.

*13. 10. 2021, Brno, Roman Hytych*

# SEBOU MŮŽEM BYŤ VĎAKA DRUHÉMU. ETICKÉ MYSLENIE LEVINASA A PSYCHOTERAPEUTICKÝ VZŤAH

## Being yourself thanks to the Other. Levinas' Ethics and Psychotherapeutic Relation

Ján Hreško<sup>1</sup> & Lucia Hrešková<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova, Praha, CZ; e-mail: jan.hresko@protonmail.com

<sup>2</sup>Oddělení klinické psychologie, Nemocnice Na Homolce, Praha, CZ;  
e-mail: lucia.hreskova@protonmail.com

Psychoterapie. 15 (2), 110–121; ISSN 1802-3983

### ABSTRACT

This theoretical paper aims to bring Levinas' ethics and its key points into the reflection of basic assumptions of psychotherapy and a therapist-patient relation. The Levinasian ethical understanding of human relation emphasizes its original asymmetry. It is me who is responsible more than the others. Therefore, we question whether it is possible to understand a psychotherapeutic relation in this way and see the patient as *the other*. Since this profession is a calling to respond to some *stranger*, who exposes itself as vulnerable and speaks to the therapist.

The main thesis is that psychotherapist' acceptance of its incalculable responsibility in practice is what helps him or her being human and focusing not only on measurable results but on the person entrusted to him or her. Psychotherapist feels its own responsibility as burdensome because of the trust that was put in him or her, however, finds its uniqueness and freedom at the same time.

**Keywords:** Ethics, Levinas, Psychotherapy, Responsibility, Therapeutic relationship

### ABSTRAKT

Cieľom teoretického príspevku je sprístupniť kľúčové momenty eticky zameranej filozofie Emmanuela Levinasa pre reflexiu východísk psychoterapie i samotného psychoterapeutického vzťahu. Levinasovo chápanie medziľudského vzťahu zdôrazňuje jeho pôvodnú asymetriu. V etickom zmysle som to ja, kto nesie väčšiu zodpovednosť ako ostatní. Kladieme si preto otázku či je možné chápať aj pacienta ako *druhého* a psychoterapeutický vzťah ako asymetrický; keďže sa jedná o povolanie, ktoré je spojené s priamym odpovedaním terapeuta niekomu cudziemu, ktorý mu vo svojej reči odhaľuje vlastnú zraniteľnosť. Našou hlavnou tézou je, že práve psychoterapeutovo prijatie vlastnej nevypočítateľnej zodpovednosti za pacienta je to, čo mu pomáha byť ľudským a nesústrediť sa len na merateľné výsledky pacienta a vlastný výkon. Vďaka dôvere, ktorá bola do neho vložená, sám pociťuje ťarchu zodpovednosti, no súčasne objavuje vlastnú jedinečnosť a slobodu.

**Kľúčové slová:** etika, Levinas, psychoterapeutický vzťah, psychoterapia, zodpovednosť

## 1. ÚVOD

Cieľom nášho článku je reflektovať vzťah psychoterapeuta a pacienta prostredníctvom pojmov filozofie Emmanuela Levinasa. V našom medziodborovom bádani na poli filozofie a psychológie sa pokúšame aj u nás otvoriť diskusiu o tom, ako by mohlo Levinasovo dielo – ktoré prinieslo nové premyslenie etických východísk a predpokladov morálneho vedomia i konania – prispieť k naplneniu poslania profesie psychoterapeuta. Pretože ide o profesiu, ktorá nie je len zamestnaním, ale takým povolaním, v ktorom sa psychoterapeut s niekým stretáva tvárou v tvár a priamo mu odpovedá.

Zámerom tejto práce je predstaviť levinasovsky chápanú zodpovednosť ako možné východisko pre porozumenie žitej profesijnej etiky psychoterapeuta. Príspevkom chceme zároveň priniesť do českého a slovenského akademického i klinického prostredia aktuálnu zahraničnú debatu o možných prepojeniach Levinasova filozofického uvažovania so psychoterapeutickou praxou. Podľa našich zistení sa zatiaľ u nás k téme objavil len krátky príspevok (Tkáčik, 2009).

Levinas zdôrazňuje, že každý bezprostredný ľudský vzťah je už vzťahom etickým, a teda asymetrickým. V čom spočíva táto nerovnosť? Som to ja sám, kto nesie väčšiu zodpovednosť ako ostatní. Etické par excellence znamená prijať nároky, ktoré sú na mňa kladené a nepýtať sa čo by mali a mohli urobiť druhí, ale odpovedať primárne za seba tomu človeku, pred kým sanachádzam a kým prichádzam do kontaktu. To nazýva odpoveďou na príkaz tváre, ktorá ma zaväzuje k nejakej odpovedi druhému predtým, než by som sa bol najprv rozhodol či mu chcem a budem odpovedať.

Sme presvedčení, že Levinasovo chápa-

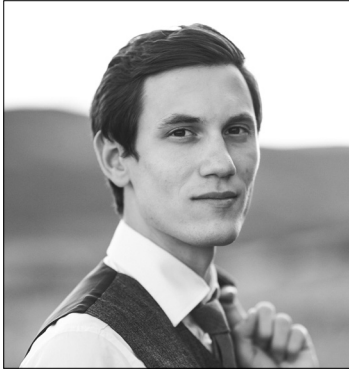
nie etického vzťahu ako nároku druhému odpovedať, v ktorom zodpovednosť predchádza vlastnej slobode, môže pomôcť vyjasniť postavenie človeka pracujúceho v pomáhajúcej profesii. O to viac, ak sa deje – ako povolanie psychoterapeuta – v priamom rozhovore s druhým. Na druhej strane, aj konkrétne príklady psychoterapeutických vzťahov môžu preukázať zmysel tejto „etiky obrátenej naruby“, ako ukazujú kazuistiky, ktoré ponúka kniha *Psychotherapy for the other: Levinas and the face-to-face relationship* (Krycka-Kunz-Sayre, 2015).

V našom bádani si kladieme nasledujúce otázky: Ako sa ukazuje tento etický rozmer v povolaní psychoterapeuta? Čo znamená asymetria vzťahu psychoterapeuta a pacienta a aké etické nároky sa objavuje v psychoterapii? Môžeme hovoriť o levinasovskej *nekonečnej zodpovednosti* aj u psychoterapeuta? Aký je vzťah medzi zodpovednosťou a slobodou vo vzťahu psychoterapeut-pacient? A aké sú limity psychoterapeutického vzťahu? Je však vôbec možné stotožniť psychoterapeutický vzťah s levinasovským vzťahom k druhému, keďže psychoterapia i klinická prax pracujú s terapeutickými a diagnostickými metódami, ktoré nevyhnutne prinášajú isté kategorizovanie a zovšeobecnenie inakosti človeka?

V prvej časti článku nadviažeme na súčasnú zahraničnú diskusiu o tejto téme. Následne priblížime niektoré dôležité Levinasove rozlíšenia, ktoré by mohli napomôcť k novému pomenovaniu a porozumeniu východísk a cieľov psychológie i psychoterapie.

## 2. LEVINAS A PSYCHÉ

Emmanuel Levinas (1906–1995) je považovaný za jedného z najvýznamnejších



**Ján  
Hreško**

**Mgr., Ph.D. Vo svojej dizertačnej práci pojednal o otázke slobody u Levinasa. Zaoberá sa filozofiou výchovy, etikou a filozofiou dejín. Pôsobí ako učiteľ. Aktívne sa zúčastnil medzinárodnej levinasovskej konferencie 7th Levinas Philosophy Summer Seminar v New Yorku.**

a najoriginálnejších európskych mysliteľov minulého storočia. Pokúšal sa konfrontovať a súčasne prepájať tradíciu židovského myslenia s klasickou gréckou filozofiou i s jej modernou renesanciou – s fenomenológiou. Po jeho smrti sa v zahraničnej literatúre čoraz častejšie objavovali nielen reflexie jeho celkového diela, ale aj štúdie kladúce si otázku ako by sme mohli z jeho myšlienkového odkazu čerpať v psychológii a v psychoterapii. V posledných dvoch desaťročiach sa, zvlášť v americkom prostredí, tieto úvahy predstavili do rôznych štúdií, zborníkov a monografií, ktoré pojednávajú o možných inšpiráciách jeho etikou. Ich podrobný súpis a obecné zhrnutie nájdeme v prehľadovej štúdiu (Goodman–Severson, 2019). Prevažne v zámorí pôsobia akademici a súčasne praktici, ktorí rozvíjajú Levinasom inšpirovanú psychoanalytickú alebo existenciálne ladenú terapiu vychádzajúcu z fenomenologických východísk (*Seattle*

*School of psychology* či *Psychology and the Other*).

Zaujímavosťou je, že sám Levinas mal pomerne rezervovaný postoj voči modernej psychológii a kriticky sa vyjadroval zvlášť na adresu psychoanalýzy. O to paradoxnejšie vyznieva skutočnosť, že jeho dielo je v ostatných rokoch nielen diskutované, ale aj najviac percipované práve u psychoanalyticky zameraných autorov (Marcus, 2007, 2008, 2010; Orange, 2009; Goodman-Severson, 2016). Levinasove kritické komentáre k Freudovej psychoanalýze totiž zostali len v podobe občasných zmienok či poznámok pod čiarou. Jedným z nich je aj nasledujúci komentár, ktorý však smeruje k samotným koreňom psychoanalýzy: „Zostúpenie k nevedomiu, ktoré je definované čisto negatívnym spôsobom vzhľadom na vedomie, uchováva štruktúru sebapoznania (hoci by nečakané rozvetvenia, ktoré prichádzajú, a tak komplikujú jeho štruktúru, boli akékoľvek), a pátrania po sebe (aj keď na upchatých cestách zabľúdilo). Nevedomie zostáva hrou vedomia, od ktorého analýza očakáva, že jej zaistí výsledky proti trápeniam, ktoré k nemu prichádzajú od potlačených túžob, v mene samotných pravidiel tejto hry. Hra vedomia, ktorá skutočne pozostáva z pravidiel, ale v ktorej sa nezodpovednosť hry prejavuje chorobou. Hra vedomia, ktorá je hrou par excellence, *transcendentálnou imagináciou*, ale takisto zdrojom výplodov fantázie“ (Levinas, 1974, s. 130).

Vo svojich dielach Levinas často vystupuje voči redukovaniu každého významu na význam imanentný, akoby bol vnútorný život človeka jediným a celým svetom a psychológia – ako mladá disciplína usilujúca spočiatku zdôrazniť svoju vedeckosť



(spolu so sociológiou vysvetľujúcou zase rovinu spoločenskú) – mohla konečne objasniť všetky fenomény. Levinas odmieta redukovať *psyché* len na jej imanentnú logiku a vysvetľovať oblasť náboženskú, filozofickú, vedeckú a umeleckú psychologicky. Aj intencionálne vedomie a odstup spojený s akýmkoľvek poznaním už predpokladajú reč druhého a reč adresovanú druhému, bez čoho by nebola žiadna tematizácia – vedecké a filozofické poznanie, a teda ani psychológia a fenomenológia. Na druhej strane, človeka nemôžeme redukovať ani na jeho vonkajšie správanie. Levinas je presvedčený, že psychika človeka je určená predovšetkým eticky (Cohen, 2002, s. 37). Čo to znamená?

Levinas nechápe ľudské *ja* ani ako exemplár ľudského rodu či spoločnosti, ani ako izolovanú substanciu, ani ako rozum či autonómny subjekt, ani ako nejaký typ osobnosti s istými kognitívnymi a afektívnymi predpokladmi, ale predovšetkým ako konkrétnu singularitu prítomnú vo vzťahoch k tomu inému. Tá sa však nekonštituuje negatívnym vymedzením sa voči iným ľuďom, ale naopak, oni sú predpokladom jej učenia sa i osamostatnenia, teda identity. Príchod *iného* stále znovu prerušuje moje spočívanie v sebe samom (vnútorný čas môjho prežívania a myslenia), a tak vo mne prebúda morálne vedomie, inšpiruje ma. Sebou samým v najvlastnejšom zmysle slova môžem byť vďaka druhým, ktorí mi zverujú také povinnosti a možnosti, aké by som si sám nedal, a tým pádom aj možnosť nejako odpovedať za seba. Práve ako nositeľ unikátnej zodpovednosti som sám sebou v plnom či vlastnom zmysle slova – tým jediným – a pre niekoho tým nenahradiateľným, nikdy nie hotovou identitou.

Táto zodpovednosť je od začiatku predznamenaná a vyjadrovaná už telesne ako vtelené vedomie. Telesnosť a zmyslová citlivosť (*senzibilita*) živého tvora umožňujú nielen prejaviť psychiku, ale aj štedrosť a veľkodušnosť: „Oduševnenie, samotný duch (*pneuma*) psychiky, inakosť v identite, je identitou tela, ktoré sa vystavuje inému a stáva sa *pre druhého*: možnosťou *dávania*“ (Levinas, 1974, s. 87). Duchovnosť človeka spočíva podľa Levinasa vo vlastnej zraniteľnosti a citlivosti človeka voči núdznemu – v bdelosti a non-indiferentnosti, v neľahostajnosti voči materiálnym a duševným potrebám blízkeho, v konkrétnej solidarite a blízkosti.

### 3. KLÚČOVÉ ROZLIŠENIE LEVINASOVEJ FILOZOFIE

Pojmy Levinasovej filozofie nám umožňujú nanovo vyjadriť a znovu premyslieť dianie medziľudských vzťahov v pomáhajúcich profesiách, kde sme vystavení priamemu vzájomnému kontaktu, ale nestojíme pred sebou ako rovnocenní partneri, pretože jeden tu svojou prácou slúži druhému, ktorý hľadá alebo očakáva pomoc. Zvláštnym príkladom takéhoto asymetrického vzťahu je vzťah psychoterapeuta a pacienta. V tomto článku načrtneme základné Levinasove rozlíšenia, ktoré nám môžu ukázať dianie tohto vzťahu z iného uhla pohľadu.

Najznámejším a možno hlavným Levinasovým filozofickým prínosom je rozlíšenie *toho istého* a *iného*, vlastného a cudzieho. Absolútna inakosť druhého vyjadruje jeho nepoznateľnosť a neporovnateľnosť so mnou samým. *Iný* nie je definovaný ani naším vzájomným vzťahom, ani príslušnosťou k nejakému vybranému typu vzťahu či konceptu človečenstva, ale pôvodne hovorí

sám za seba rečou svojej tváre. Práve táto bytostná oddelenosť bytostí je podmienkou etického vzťahu, ktorý nie je vopred určený, ale deje sa ako čas reči, teda stále nanovo. Na druhej strane, pod *tým istým* má Levinas na mysli poznávajúcu činnosť poznávajúceho. Tá má, na rozdiel od rečového vzťahu k druhému, povahu privlastňovania. Poznávanie je takým aktom, v ktorom *ten istý* (subjekt) uchopuje *iné*, aby ho pochopil a tematizoval pomocou nejakého tretieho člena (pojmu), teda za cenu straty jeho inakosti (Levinas, 1997, s. 27–28). Je jeho prisvojením si.

Aj abstraktné poznávanie a myslenie ideí sa totiž zakladá v zmyslovom a telesnom poznávaní. Uchopenie predmetu rukou je spojené s videním, s vôľou ho ovládať a so schopnosťou s ním manipulovať. Porozumieť (*comprendre*) niečomu ako téme znamená brať to ako vec, s ktorou možno narábať a ktorej sa prideluje isté miesto v systéme vedenia či známeho sveta. Teda pohyb objektivity podľa Levinasa platí aj pre aktivitu duševného poznávania a pomenovávania, kde je privlastnenie toho, čo sa mi dáva ako *niečo*, spojené s intenciou myslenia to pochopiť a vlastniť (Levinas, 2017, s. 304–305). Poznanie je asimiláciou alebo stotožnením *iného* s *tým istým*. Starosť o poznateľnosť je úsilím o odkrytie pravdy, záujmom o to, čo sa ukazuje ako podstata fenoménu, hľadaním pravdivého vedenia. Je teoretickým zdôvodňovaním i definovaním. Vzťah k druhému sa však neodohráva ako proces poznávania, ale bezprostredne ako živá reč. Samotný druhý – *iný* – sa vymyká mojej konceptualizácii a tematizácii, zostáva pre moje vedomie nesprítomiteľný a neobsiahnuteľný. Tým prebúda moje morálne vedomie či svedomie, ktoré nie je

u Levinasa dištanciou poznávajúceho vedomia či reflexiou pravdy veci (Petříček, 2018, s. 157). Je skôr pravdivým vedomím človeka, ktorého sebaistota bola zrazu otrávená niekým iným. Pred druhým sa hanbím za nespútanosť výkonu vlastnej slobody poznania. Morálne vedomie začína vyjdením zo seba, je pravdou v zmysle sebakritiky, ku ktorej by som sám nedospel (Levinas, 1997, s. 72). Nie však strachom pred niekým, ale úctou k niekomu a túžbou po jeho nesamozrejmej prítomnosti.

Ako tieto filozofické úvahy súvisia s našou témou? Hlavným cieľom psychoterapie takisto nie je samotné psychologické poznanie. Z pohľadu psychoterapeuta totiž k nemu (v etickom zmysle presnejšie *ku mne*) prichádza niekto iný, kto doslova je – a v istom zmysle vždy zostáva – cudzím človekom. Človek, ktorý hľadá pomoc, alebo bol k nemu (ku mne) poslaný, aby mu bola odborná pomoc poskytnutá. A tento nárok voči psychoterapeutovi nie je len žiadosťou o profesionálne služby a zákazkou pre odborného pracovníka, ale súčasne aj etickým nárokom smerujúcim na psychoterapeuta (na mňa) – požiadavkou dôvery. Na druhej strane prichádza k nemu (ku mne) človek, od ktorého on (ja) sám očakáva(m) spoluprácu, otvorenosť, ale aj úprimnosť. To vrhá pacienta do pozície zraniteľného a psychoterapeuta (mňa) zaväzuje k ľudskosti, dôvernosti i profesionalite.

#### 4. AKÝ JE CIEĽ PSYCHOTERAPIE?

Niektorí klinickí psychológovia inšpirovaní Levinasom sú presvedčení, že jeho hlavným prínosom pre psychoterapiu môže byť zmena celkového pohľadu na pacienta a prehodnotenie otázky duševného zdravia

**Lucia  
Hrešková**



**PhDr., Ph.D. V dizertačnej práci sa venovala téme diagnostika a psychoedukácia pacientov s diagnózou PNES. Pracuje ako psychologička na Oddelení klinickej psychológie v Nemocnici na Homolce v Prahe. Má vzdelanie a prax v kognitívne behaviorálnej terapii.**

človeka. Ak sa podľa Levinasa človek stáva ľudským až prevzatím zodpovednosti voči druhému, nemalo by byť jedným z cieľov psychoterapie práve nasmerovanie pacienta k prevzatíu vlastnej zodpovednosti za seba i druhých? Nemôže byť psychoterapia chápaná aj ako pozdvihnutie pacienta z akéhosi „etickeho postihnutia“ (Marcus, 2007, s. 519); charakterizovaného jeho neplodným spočívaním v sebe samom a odlúčením od dobra, ktoré by ho mohlo presahovať? Práve schopnosť vychádzať zo seba samého a priblížiť sa k druhému – a to aj bez ohľadu na možné výhody určitého vzťahu – nepovažoval za príklad zrelosti či dospelosti človeka len Levinas.

To, čo spája rôzne psychotherapeutické školy je orientácia na pacienta a jeho dobro, pod ktorým sa tradične chápe celkové zdravie človeka. Psychické zdravie by sme teda mohli nazvať dobrom (Tkáčik, 2009, s. 87; Sayre, 2015, s. 164). Lenže z pohľadu Levinasa nie je moje vlastné dobro (to nazýva *slastou*) samo ešte dobrom *eticným*,

resp. je ním len vtedy, keď je predpokladom pre prejavenie *dobrot* druhým. Ale slasť je, spolu s bývaním a prácou, elementárnou podmienkou duševného života a vlastnej nezávislosti, vynorenia sa *ja*, ktoré je od druhých oddelené. Človek doslova žije z dobrého jedla, čerstvého vzduchu, pohybu, duševných stimulov, a pod. A pravidelnosť uspokojovania svojich potrieb si ďalej zabezpečuje prácou, ktorá mu súčasne prináša sebedovomie. Za primárnu podmienku fungovania vedomia Levinas súčasne považuje spánok ako možnosť prerušenia vedomia, možnosť spokojného uloženia sa v bezpečí svojho domova (Levinas, 2009, s. 57–59). Vo svojich raných dielach sa Levinas venoval fenomenologickej analýze bezprostredného zakúšania seba samého v takých situáciách, kedy by som sám sebe naopak najradšej utiekol: v zážitkoch nespavosti, nevoľnosti, utrpenia či únavy. Tieto analýzy by si pýtali samostatné porovnanie so psychologickými opismi rôznych porúch a ťažkostí.

Hoci je slasť pre Levinasa primárne pozitívnym fenoménom, pripomína, že ak sa zameranie na uspokojenie potrieb vlastného bytia stane výlučným hľadiskom jedinca, druhý mu bude zákonite stáť v ceste a morálka sa môže stať v kritických situáciách bezpredmetnou. Podľa Levinasa je však zrelá ľudská psychika, ako sme už spomenuli, primárne morálnym vedomím, niečím, čo dostávam vďaka druhému, ktorému môžem prejavíť dobrotu. Nie vlastné šťastie, ale druhý ma animuje, aby som sa stával sebou samým v zvláštnom zmysle. Keď odpovedám druhému, som v pozícii jediného a nenahraditeľného, vtedy som vlastnejším spôsobom než v pozícii sebestačného a od iných nezávislého *ja* (v zakusovaní slas-

ti, v pracovnom nasadení či v reflexii vlastnej existencie a svojho prežívania). Lenže zodpovednosť u Levinasa predpokladá už naplnenie spomínaných základných životných potrieb. Inak by vzťah k druhému nebol vyjadrením túžby po jeho dobre, ale bol motivovaný práve nedostatočným uspokojením vlastných potrieb. Obdobne aj starostlivosť o pacienta už predpokladá terapeutovu starostlivosť o seba.

Psychoterapeut túži po dobre pacienta, ale obyčajne nevie, čo je pre neho (ako druhého) tým *etickým* dobrom, skôr u neho rozpoznáva príznaky psychických problémov, prejavy falošného hodnotenia seba samého a pod. Dobro totiž nie je ani žiaden stav, ani pojem. Nielenže psychoterapeut nemôže hovoriť namiesto samotného pacienta a zároveň nemôže namiesto neho odpovedať ľuďom, ktorí sú pre pacienta tými *druhými*. A predsa sám psychoterapeut musí súčasne odpovedať za seba pacientovi a priblížiť sa k nemu ako k *druhému*, teda byť mimoriadne citlivý k jeho potrebám. Hľa, antinómia zodpovednosti a samostatnosti – alebo blízkosti a vzdialenosti – ukazujúca sa v psychoterapii, ktorá vychádza z úcty k druhému a z dôvery v druhého. Aj terapeut vo vzťahu k pacientovi upozaduje sám seba a svoje potreby, sŕhava sa (Levinas, 1974, s. 184). Dáva do popredia potreby pacienta. Ten preto pri ňom môže nanovo otvárať zraňujúce situácie, pomenovať vlastné konflikty, v bezpečí ich prežívať a v ideálnom prípade aj zakúsiť porozumenie. „Z hľadiska terapeuta ide o postoj usmernený k druhému, zatiaľ čo z hľadiska klienta ide o usmernenie k sebe“ (Tkáčik, 2009, s. 88). Je však otázne či tu možno hovoriť aj o psychoterapeutovi ako o *inom*. Z pohľadu terapeuta určite nie. Ten totiž sám

nevie či je pre svojho pacienta tiež niekým *iným* v levinasovskom zmysle *tváre druhého*. Nielenže sa nemôže vcítiť do pozície pacienta a „vidieť seba jeho očami“, ale hlavne nemôže predpokladať, že on je ten, za koho má pacient zodpovedať, keďže toto je hlavným „príkazom“ inakosti tváre. Podľa Levinasa je to samotný výraz či bezbrannosť nahej tváre druhého, ktorá mi velí: „Nezabiješ.“ a „Nenecháš ma v mojej smrt(e)nosti samého.“

Diskutovanou otázkou však zostáva ako chápať toto pacientovo *zameranie sa na seba*? „Egoticky“ ako osobný rozvoj (pacienta), alebo „eticky“ ako seba prekročenie človeka, ktorý už sám vždy stojí v nejakom vzťahu k ďalším ľuďom? Obyčajne sa má za to, že hlavnou otázkou psychoterapie by mal byť samotný pacient a jeho vlastné požiadavky a potreby, jeho zdravie a spokojnosť. Nie je však paradoxne práve takéto vehementný dôraz na nedotknuteľnosť pacienta niekedy tým, čo bráni jeho uzdraveniu? Levinasova etická antropológia zdôrazňuje, že práve sebastrednosť a osamotenosť sú hlavnými prekážkami ľudskosti človeka. Človek, ktorý zotrúva v sebe samom, môže zostať väzňom vlastných myšlienok a predstáv o sebe, druhých, spoločnosti i svete, a tak sa neustále pohybovať v začarovanom kruhu. Ak by samotná psychológia slúžila len *egu* a jeho individuálnym potrebám, starostiam a prianiam, zabudla by na *druhého* i *tretieho* (ďalšieho druhého, resp. bližšieho druhého), keďže nikdy nie som výlučne vo vzťahu so sebou, ale ani len s jediným druhým človekom, ale vždy sú tu aj ďalší druhí, s ktorými ma spájajú konkrétne rodinné záväzky, pracovné povinnosti, atď. Psychológia, ktorá je už zo svojej povahy značne ego-centrická, však niekedy

ponecháva človeka v nezdravej izolovanosti, či už kognitívnej, behaviorálnej alebo afektívnej (Kunz, 2015, s. 255). Napríklad mnoho zbytočného utrpenia spôsobujeme sebe samým i druhým len preto, že sa skalopecne držíme svojich predstáv o podobe vlastného života, sme prílišne zameraní na vlastné problémy a imaginujeme si, čo si iní asi myslia o nás. V psychoterapeutickom stretnutí sa však psychológii otvára ďalšia, vzťahová rovina. Pri terapeutovi môže pacient zo seba vychádzať.

V nadväznosti na filozofiu Levinasa sa aj o psychoterapii hovorí ako o procese *de-centrácie* oboch aktérov terapeutického vzťahu. O prechode od „bez-etickej psychoterapie“ zameranej len osobné šťastie a spokojnosť pacienta, k terapii rátajúcej s hľadiskom druhého. Psychoterapiu však nerobí etickou (v levinasovskom zmysle slova) len terapeutovo splnenie si vlastných povinností, dodržanie písaných i nepísaných pravidiel a profesijného etického kódexu. K nespočítateľnej zodpovednosti človeka-psychoterapeuta patrí aj dilema či antinómia medzi sledovaním a naplňovaním potrieb pacienta na jednej strane, a odkazovaním na ľudské potreby *tretieho* (pacientovho blížneho) na strane druhej (Sayre, 2015, s. 166–167). Psychoterapeut od pacienta „chce, aby sa oslobodil od jeho obsesí, nutkaní a závislostí, aby mohol byť zodpovedne slobodný“ (Kunz, 2015, s. 220). Teda znovu prevziať vlastné záväzky a byť sebou v medziľudských vzťahoch. Je však otázka pacientovej zodpovednosti tou otázkou, ktorú si má klášť psychoterapeut?

Je to maximálne vlastné svedectvo ľudskosti psychoterapeuta a hlavne dôvera a pravdivosť voči pacientovi, ktoré pacienta môžu nasmerovať k všimnutiu si ľudí v jeho blíz-

kosti a k prijatiu jeho vlastnej zodpovednosti voči nim. Aby sa však mohol starať o druhých, musí sa najprv naučiť postarať o seba samého, teda osamostatniť sa. A teda postupne ukončiť aj psychoterapeutický vzťah. Spomínanú *de-centráciu* nemožno nijako napláňovať a považovať za nárok psychoterapeutického vzťahu, pretože vyjsť z vlastného pohrúženia sa do seba *k druhému* môže každý len sám za seba. Ak George Kunz hovorí, že psychoterapeut nie je zodpovedný za pacientov život, ale za jeho zodpovednosť (2015, s. 216); môžeme to interpretovať tak, že cieľom psychoterapie je uzdravenie samotnej schopnosti pacienta odpovedať za seba samého.

## 5. ZRANITELNOSŤ

Pretínajú sa nám tu rôzne roviny vzťahov a perspektívy ich členov. V psychoterapeutickom vzťahu ide z pohľadu terapeuta o pacienta samého. No aj z pohľadu pacienta ide (pacientovi) o neho samého. Vzťahuje sa k sebe samému, nejde mu o vzťah s terapeutom, ale spravidla o vzťah so sebou samým i o vzťah s niekým *tretím*, teda o vzťahy s jeho blížnymi. V levinasovskom zmysle slova môže byť pacient sebou samým práve vtedy, keď odpovedá aj on niekomu inému a za niekoho iného. Táto zodpovednosť však nemôže byť pacientovým odpovedaním terapeutovi, ktoré by vychádzalo z očakávaní terapeuta!

Je ale otázne či „je nemysliteľné, aby terapeut vniesol do terapeutického vzťahu explicitne vlastnú bolesť a vlastné otázky,“ (...) pretože „klient by mal zakúšať sám seba a nemal by byť rušený terapeutom“ (Tkáčik, 2009, s. 89). Hoci by psychoterapeut nemal pred pacientom dávať do popredia vlastné problémy a dilemy, je dôležité zdôrazniť, že

samotná psychoterapia už predpokladá aj zraniteľnosť a senzibilitu terapeuta. Na druhej strane však psychoterapia zároveň predpokladá istú terapeutovu nezaujatosť či akési *odosobnenie sa bez neosobnosti*. Psychoterapiu charakterizuje zvláštne sklbenie nárokov ľudskosti i profesionality, resp. dôvery i odbornosti a ďalších požiadaviek týkajúcich sa tejto role. Ak by jedno z menovaného chýbalo alebo sa stieralo, nemohli by sme hovoriť o psychoterapeutickom vzťahu. Psychoterapeut ale nezostáva v tomto vzťahu chladným či nezúčastneným členom. Je zasiahnutý zraniteľnosťou a utrpením pacienta. „Osoba, ku ktorej prehovárať ako terapeut, vo mne vyvoláva túžbu odpovedať, starať sa, preukazovať úctu, ale aj hnev“ (Halling, 2015, s. 29). To, že tieto základné emócie a prejavy ľudskosti zrejme nemôžu byť natoľko otvorene prejavované ako v priateľskom vzťahu, ešte neznamená, že podliehajú úplnej cenzúre. Nie sú to ale potreby psychoterapeuta, ktoré by si pacient musel všimnúť.

Psychoterapeut nie je len pohnutý, ale pacient si ho v istom zmysle doslova privlastňuje. Vystaviť sa pacientovi pre terapeuta znamená doslova znášať niekoho *iného*. Levinas nemá ružové okuliare a keď hovorí o добрote voči blížnemu, nárokujúcu si blízkosť druhého nenazýva altruizmom, ale bremenom a traumatizmom. Aj stretnutiu s pacientom by sa psychoterapeut niekedy aj rád vyhol, pretože je pre neho vyčerpávajúcím časom. A zároveň neraz vedomím nedostatočnosti vlastných odpovedí druhému či neschopnosti mu pomôcť. To Levinas nazýva vždy už neskorým príchodom k druhému či dokonca *obsesiou druhým*. Tá vyjadruje nemožnosť sa vyhnúť jeho nárokovaniu si ma a súčasne nesplniteľnosť

etického nároku zodpovednosti „nenechať druhého samého v jeho smrteľnosti“. Táto nekonečnosť etických požiadaviek na mňa kladených je však pozitívnym významom etiky, ktorú nemožno dopredu vymedziť. V živote musíme neraz zodpovedať aj za to, čo nevychádzalo z našej slobodnej voľby a nieť nezamýšľané dôsledky vlastného konania i konania druhých. Ak sa však etika nezakladá len na vlastných schopnostiach, úmysloch či želaniach, nejde v nej primárne o vlastný výkon. Čas reči znamená niekedy byť s niekým aj napriek vlastnej vôli – trpieť iného trpiaceho (*pacienta*) –, podobne ako človek musí byť sám so sebou v pocívaní únavy, vlastného utrpenia či starnutia. Čas Levinas chápe ako trpezlivosť.

George Kunz preto pozíciu psychoterapeuta vyjadruje ako paradox moci a slabosti. Na jednej strane psychoterapeut ako expert neraz zažíva pred inakosťou pacienta slabosť vlastnej moci poznania a nedostatočnosť terapeutických prístupov. Na strane druhej, tým, že je podriadený pacientovi, ktorý sa mu zveruje a pred ním obnažuje, ako človek zažíva silu pacientovej slabosti. (Kunz, 2015, s. 222; ďalej viď Kunz, 1998).

Vystaviť sa druhému vo vlastnej zraniteľnosti u Levinasa neznamená štylizovať sa do pozície obeti. Naopak. Sama zodpovednosť za druhého totiž nie je určená ani emóciou, ani len vyhodnotením situácie či nejakým imperatívom rozumu. Preto Richard N. Williams vidí užitočnosť takéhoto náročného etického postoja pre objasnenie sebaospravedlňujúcich emócií frustrácie a pocitu zrady seba samého, ktoré súvisia s nesplnením vlastných očakávaní od seba i druhých. Tie môžu byť prežívané na strane pacienta, ale aj psychoterapeuta. Vlastné vyhodnotenie správania druhého

počas konfliktných situácií a uspokojenie sa s tým vlastným, totiž nezriedka podporuje pocit akejsi morálnej nadradenosti, a tak zakrýva možnú falošnosť vlastného súdenia. Práve paradox zotrývania v pozícii obeti a súčasne v pozícii nadradeného, znemožňuje stretnúť druhého ako *iného* a počuť jeho vlastné trápenia. To, že je vtedy druhý človek nahradený nejakými mojimi myšlienkovými konštruktmi, znemožňuje spoločnú reč (Williams, 2015, s. 138–141). Inými namiesto seba a sám pred sebou sa podľa Levinasa ospravedlniť nemôžem.

## 6. TERAPIA AKO ČAS REČI

Levinas chápe ľudský vzťah ako čas reči. Reč predpokladá takú pravdu, ktorá je spojená s dôverou voči druhému. Zo svojej podstaty sa teda nemôže stať pravdou evidentnou. Levinas preto rozlišuje dva druhy reči: 1. *hovorenie* či *prehovor* (*le dire/* říkání) a *povedané* (*le dit/* řečené). Kým *hovorenie* je rečou, ktorá sa deje a zostáva vždy nedopovedanou a otvorenou, *povedané* označuje vypovedaný výrok alebo reč napísanú. Teda už definitívnu reč, ktorú možno posúdiť. Psychoterapia je skôr tou prvou: časom reči, časom odpovedania na apel druhého. „Terapia je primárne *hovorením k*, nie *hovorením o*“ (Kunz, 2015, s. 221). Ako živá reč zostáva nedopovedaná a zároveň si ponecháva istú viacznačnosť, ktorá je spätá aj so samotným jazykom (napr. s porozumením slovám na základe vlastnej skúsenosti). No táto ambiguita reči zároveň pramení už z toho, že terapeutický vzťah je založený na vlastnom odhalení pacienta, jeho otvorenosti a prítomnosti vo vzťahu. Psychoterapeutovi preto prichádzajú otázky: Aké potreby a túžby má samotný pacient? Čo je *za* slovami, ktoré

ním boli vypovedané alebo napísané? A čo mi hovorí neverbálne?

Ale ani terapeutický rozhovor nemôže zostať len bezprostrednou rečou (*le dire*), ale zároveň je aj rečou sprostredkovanou a odohrávajúcou sa vo vopred pripravenom kontexte: v určitej miestnosti a vymedzenom čase, dohodnutej či predplatennej služby, v predpripravenej schéme rozhovoru, a pod. (Goodman–Severson, 2019, s. 663). To, že ich rozhovor môže a má byť ľudským, neznamená, že je možné sa vzdať pedagogických, formálnych, technických a inštitucionálnych aspektov psychoterapie. Tie totiž zároveň chránia psychoterapeutovu i pacientovu intimitu a bránia možným zneužitiam z oboch strán tohto zvláštneho vzťahu, ktorý nemôže byť ponechaný len na akési zotrývanie v tej „autentickej“ terapeuticko-komunikácii či „pravej atmosfére“, ktorej by bolo treba dať vzniknúť a ktorú by sa mal psychoterapeut, podľa niektorých, dokonca snažiť navodiť.

Zdá sa nám preto neférové využívať Levinasove filozofické dôrazy na neuchopiteľnosť druhého ako argument legitimujúci napr. existenciálno-humanistické psychoterapeutické smery ako prakticky a osobnostne zamerané, v protiklade k medicínsky, empiricky a „technicky“ zameraným kognitívne-behaviorálnym psychoterapeutom (Krycka–Kunz–Sayre, 2015, s. 7; Goodman–Severson, 2019, s. 664, 666). To, že psychologický výskum a klinická psychológia – usilujúc o poznanie neuronálnych procesov, duševnej činnosti a vzorcov správania človeka – zovšeobecňujú jednotlivé bytosti na *to isté*, ešte neznamená, že aj pre klinického psychológa a psychoterapeuta sú pacienti len prípadmi, na ktorých aplikuje zaužívané myšlienkové kategórie

a klinické postupy. Totiž bez totalizácie by psychológia nebola vedou, pretože by stratila *logos*, podobne ako bez *techné* by psychoterapia nebola umením liečiť, ale len rozhovorom. Na druhej strane sami spomínaní autori priznávajú, že v aktuálnom diskurze chýba práve vzájomná komunikácia medzi levinasovským bádáním a KBT. A sú presvedčení, že práve fenomenologický jazyk môže významovo obohatiť medicínsky jazyk súčasnej klinickej psychológie (Goodman-Severson, 2019, s. 670–671, 673). Otáznym však zostáva či k *person seeking care* dospejeme práve prepájaním Levinasovej filozofie s dnes populárnymi multikultúrnymi, postkoloniálnymi a gender štúdiami (Tam., s. 674).

Sme presvedčení, že Levinasom inšpirované psychologické myslenie naopak môže prekročiť delenie na rôzne psychoterapeutické smery, pretože ukazuje, že etický postoj nemožno zabezpečiť ani konceptuálne, ani sekundárnou aplikáciou nejakej etickej normatívnej teórie v praxi. Ľudskosť – ako priama odpoveď druhému – nie je plodom učenia žiadnej psychoterapeutickej školy a neprichádza až dodatočne s prehodnotením vlastného prístupu k druhému. Nevychádza „z hlavy“, ale vo vlastnom zmysle je neraz niečím spontánnym, nevypočítavým správaním a konaním, veľkorysostou. Dnes časté proklamácie individuálneho prístupu automaticky neprinášajú väčšiu citlivosť a všímavosť. Nielenže hlbšia odborná pripravenosť a psychologické vzdelanie užívajúce neurologickú terminológiu nemusia byť prekážkou osobného prístupu, ale napr. zvládnutie rôznych diagnostických metódik a psychoterapeutických techník túto spontánnosť môže naopak uvoľniť tým, že si ju terapeut vedome nepripravuje a ne-

spolieha sa len na ňu. Sám Levinas tvrdil, že vedu a techniku legitimizuje práve služba ľuďom.

## 7. ZÁVER

Prečo sa ale Levinasovo filozofické myslenie nemôže stať programom pre psychológiu a metódou pre psychoterapiu? Nielenže takúto ambíciu nikdy nemalo, ale samo nie je žiadnym normatívnym etickým systémom a už vôbec nie aplikovanou etikou. V prvom rade upozorňuje na nespľniteľnosť etiky. Aby to Levinas vyjadril, vo svojich vrcholných dielach etický nárok zámerne radikalizuje a hovorí o *nekonečnej zodpovednosti*. Byť pravdivým znamená priznať si, že nemôžem byť sám so sebou nikdy hotový, pretože nemôžem byť hotový ani s druhými. Sám si v pravde nikdy nemôžem povedať, že som už spravodlivým a dobrým človekom, hoci sa môžem stať napr. úspešným psychológom a oceňovaným psychoterapeutom. Neohraničenú zodpovednosť ale nemôžem požadovať a očakávať od druhého, len niešť za seba samého. Levinasova radikálna etika zodpovednosti je tak dobrou prevenciou pred moralizovaním v akejkolvek pomáhajúcej profesii, pretože núti človeka hovoriť v prvej osobe jednotného čísla.

Nie je to nejaké zvláštne etické poznanie, ale prijatie vlastnej nevypočítateľnej zodpovednosti za niekoho, čo psychoterapeutovi v praxi pomáha byť ľudským a nesústrediť sa na vlastný a cudzí merateľný výkon, ale primárne na toho, kto mu bol zverený. Je to práve asymetria a oddelenosť psychoterapeuta a pacienta v terapeutickom vzťahu, ktorá udržiava v blízkosti potrebný odstup, a tak takýto vzťah umožňuje. Vďaka dôvere, ktorá bola pacientom do psychoterapeuta vložená, terapeut nachádza vo svojej zod-



povednosti vlastnú jedinečnosť či slobodu seba samého. Povolanie psychoterapeuta nie je jednoduchým, ale je slobodným povolaním. Nie je však tým posledným, keďže súčasne zostáva profesiou s vlastnými limitmi. Povolanie človeka totiž prekračuje rolu terapeuta.

Táto štúdia bola vydaná s finančnou podporou grantu poskytnutého GA UK (č. 510119), s názvom *Filozofické myslenie Levinasa v praxi psychoterapeuta a učiteľa: Povolanie k zodpovednosti*, riešeného na Pedagogické fakulte Univerzity Karlovy v Praze.

*Prvý autor sa podieľal na rešerši literatúry a písaní všetkých kapitol (filozofické tézy). Druhý autor stojí za príkladmi z praxe (kapitoly 4, 5, 6) a spolupodielal sa na písaní Úvodu a Záveru. Oba autori schválili konečnú verziu článku.*

#### LITERATÚRA

- Cohen, R. A. (2002) Maternal psyche. In Gantt, E. E.–Williams, R. N. (Ed.) *Psychology for the other: Levinas, ethics, and the practice of psychology*. Pittsburgh, Duquesne Uni Press.
- Goodman, D. M.–Severson, E. (2019) Psychology, Identity, and Caring for Others. In Morgan, M. L. (Ed.) *The Oxford handbook of Levinas: Ch. 32* (s. 657–686). Oxford: Oxford Uni Press.
- Goodman, D. M.–Severson, E. (2016) *The Ethical Turn: Otherness and Subjectivity in Contemporary Psychoanalysis*. New York, Routledge.
- Halling, S. (2015). Levinas's *Totality and Infinity* for Therapy. In Krycka, K. C.–Kunz, G.–Sayre, G. G. (Ed.) *Psychotherapy for the other* (s. 19–39). Pittsburgh: Duquesne Uni Press.
- Levinas, E. (1974) *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. Hague: Martinus Nijhoff.
- Levinas, E. (2017) *Boh prichádza v idei*. Bratislava: Hronka.
- Levinas, E. (2009) *Existence a ten, kto existuje*. 2.vyd. Praha: OIKOYMENH.
- Levinas, E. (1997) *Totalita a nekonečno. Esej o exteriorite*. Praha: OIKOYMENH.
- Kunz, G. (1998). The Paradox of Power and Weakness: Levinas and an Alternative Paradigm for Psychology. Albany, NY: State University of New York Press.
- Kunz, G. (2015). Weak Enough. In Krycka, K. C.–Kunz, G.–Sayre, G. G. (Ed.) *Psychotherapy for the other* (s. 215–230). Pittsburgh: Duquesne Uni Press.
- Marcus, P. (2008). *Being for the Other: Emmanuel Levinas, Ethical Living and Psychoanalysis*. Milwaukee: Marquette University Press.
- Marcus, P. (2010). *In Search of the Good Life, Emmanuel Levinas, Psychoanalysis and the Art of Living*. London: Karnac.
- Marcus, P. (2007) You Are Therefore I Am. In Marcus, P. (Ed.) *The Psychoanalytic Review. Special issue: Emmanuel Levinas and Psychoanalysis* 94 (4), s. 515–527.
- Orange, D. M. (2009). *Thinking for clinicians: Philosophical resources for contemporary psychoanalysis and the humanistic psychotherapies*. New York: Routledge.
- Petříček, M. (2018). *Filosofie en noir*. Praha: Karolinum.
- Sayre, G. G. (2015). Toward a Therapy for the Other. In Krycka, K. C.–Kunz, G.–Sayre, G. G. (Ed.) *Psychotherapy for the other* (s. 161–173). Pittsburgh: Duquesne Uni Press.
- Tkáčik, L. (2009). K významu E. Lévinasa pre terapiu. In Démuth, A. – Slavkovský, A. R. (Ed.) *Acta Philosophica Tyrnaviensia 16. Filozofia ako terapia. Dejinné koncepty* (s. 87–93). Trnava: FF Trnavskej univerzity.
- Williams, R. N. (2015). Levinas and Psychoanalysis. In Krycka, K. C.–Kunz, G.–Sayre, G. G. (Ed.) *Psychotherapy for the other* (s. 133–142). Pittsburgh: Duquesne Uni Press.

*Došlo do redakcie 3. 12. 2020, v revíзованém znění 15. 4. 2021. K publikaci přijato 26. 4. 2021.*

## OBRANNÉ MECHANIZMY V SNE

### Defence mechanisms in dream

Dušan Fábik

*Katedra psychológie a patopsychológie, Pedagogická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave, SK; e-mail: dusan.fabik@centrum.sk*

*Psychoterapie. 15 (2), 122–133; ISSN 1802-3983*

#### ABSTRAKT

Analýza obranných mechanizmov je pre mnohé psychoterapeutické prístupy nepostradateľná. Na jej podklade sa dá uvažovať o štruktúre či zrelosti osobnosti alebo stanovení vhodného psychoterapeutického postupu. Podľa aktuálnych poznatkov teórie snívania je možné obranné mechanizmy rozpoznať aj v sne, čím sa otvára cesta pre ďalšie nahliadnutie do emočného prežívania klienta. Predložený príspevok prináša ukážky snov, v ktorých môžeme v súlade so súčasnými poznatkami problematiky snívania identifikovať niektoré obranné mechanizmy. Publikácia uvádza v ukážkach snov tieto obranné mechanizmy: izolácia afektu, obrátenie proti sebe, popieranie, potlačenie, reaktívny výtvar, anticipácia, racionalizácia, vytesnanie, intelektualizácia.

*Kľúčové slová:* obranné mechanizmy, snívanie, výklad snov

#### ABSTRACT

Analysis of defense mechanisms is indispensable for many psychotherapeutic approaches. On its basis, it might be considered the structure or maturity of personality or determination of appropriate psychotherapeutic procedure. According to the current knowledge about the theory of dreaming, defense mechanisms are possible to be also

recognized in dreams there through opening the way for further insight into the emotional experience of the client. Presented contribution yields dream demonstrations in which we may identify particular defense mechanisms in accordance with the current knowledge of dreaming. The publication introduces the following defense mechanisms in dream demonstrations: isolation of affect, turning against the self, denial, suppression, reaction formation, anticipation, rationalization, repression, intellectualization.

*Key words:* defense mechanisms, dreaming, dream interpretation

#### ÚVOD

Obranné mechanizmy patria k najstarším fenoménom popísaným v psychoanalýze a dynamike osobnosti (A. Freud, 2006). Pojem obranné mechanizmy sa začal frekventovanejšie používať v neskorších prácach Sigmunda Freuda, konkrétne od diela *Hemmung, Symptom und Angst*. Na otcovo dielo nadviazala obsažnou publikáciou Anna Freudová (2006), ktorá ponímala obranné mechanizmy ako spôsob, ktorým sa snaží Ja bojovať proti neznesiteľným predstavám alebo afektom založenými na pudových impulzoch. V neskorších dobách sa koncept obranných mechanizmov značne obohacoval (Suls a kol., 1996), a aj preto sa

v súčasnosti obranné mechanizmy definujú obširnejším spôsobom, nielen ako obrany pred našimi vnútornými agresívnymi a sexuálnymi konfliktami. Najčastejšie ako mechanizmy zachovávajúce „pocit seba-vedomia tvárou v tvár hanbe a narcistickej zraniteľnosti, zabezpečujú pocit bezpečia, keď sa človek cíti nebezpečne ohrozený opustením alebo iným nebezpečím, a izolujúce človeka od vonkajších nebezpečí“ (Gabbard, 2005, s. 41). Vo svojej podstate majú homeostatickú funkciu pri vyrovnávaní psychickej rovnováhy (Kaščáková, 2007). Zjednodušenou metaforou pre pochopenie obranných mechanizmov v laickej populácii môže byť vyjadrenie od Fredericksona (in Juráš, 2020), ktorý ich vzletne definuje ako klamstvá, ktoré sami sebe nahovárame za účelom vyhnúť sa bolesti. Jednotlivých definícií, klasifikácií a typov obranných mechanizmov je značné množstvo, avšak vzhľadom na fakt, že sa jedná o pomerne známu oblasť psychológie, nepovažujeme za dôležité ju na tomto mieste detailnejšie popisovať.

Svoju vlastnú bohatú históriu má aj problematika snívania resp. výklad snov, ktorá taktiež siaha k úplným počiatkom psychoanalýzy. O snoch môžeme na základe aktuálnych teórií snívania (napr. Cartwright a kol., 2006; Hartman, 2012; Hill, 2009) uvažovať ako o psychickej funkcii slúžiacej emočnej regulácii a spracovaniu emócií a emočných zážitkov z bdelosti. Význam snívania v kontexte emočného prežívania bol špecificky popísaný v predchádzajúcich publikáciách (napr. Fábik, 2015; 2018), a preto sa mu na tomto mieste viac nevenujeme. Z podstatných informácií v kontexte snívania však spomenieme poznatky, ktoré hodnoverne dokladajú, že v sne prežívame

tie emócie, ktorým sme čelili vedome, ale aj neuvedome už v priebehu bdenia, pričom však zostali nevyjadrené či nespracované (napr. Gilchrist a kol, 2007; Totlis, 2011). Jedná sa o zásadný a prelomový poznatok v problematike snívania, ktorý má korene v teórii kontinuity patriacej k najstabilnejším a najprebádanejším výskumným záverom v teórii snívania odkedy ju na prelome 60-tich a 70-tich rokov predstavil Calvin Hall (napr. Hall & Nordby, 1972). Do tohto obdobia sa zastával k emóciám v sne nejednoznačný názor a viacerí autori (napr. Adler, 1995) uvažovali, že sen obsahuje aj emócie, ktoré nie sú v súlade s bdelym prežívaním snívajúceho. Z teórie kontinuity však vyplynulo, že snové emócie nie sú symbolom niečoho iného, ale sú odrazom našich pravých emócií z bdenia. V jednoduchosti to znamená, že akákoľvek emócia v sne (strach, vzrušenie, láska, hnev, hrdosť) bola u človeka prítomná už v bdelosti, spravidla predchádzajúci deň. Teória kontinuity upozorňujúca na súlad bdelych emócií a emócií prežívaných v sne, predkladá nespočetné množstvo výskumných dôkazov (napr. Blagrove a kol., 2004; Hartmann & Brezler, 2008; Komasi a kol, 2018; McNamara a kol., 2011; Mikulinger a kol., 2011; Pesant & Zadra, 2006; Schredl & Reinhard, 2010; Selterman, 2011; Selterman a kol., 2014; Serpe & DeCicco, 2020; Sikka a kol., 2018). Napríklad Gilchristová a kol. (2007) zadali účastníkom výskumu zapisovať si tri týždne svoje emócie prežité v bežnom živote a svoje emócie objavujúce sa v snoch. Výskumníci zistili, že vo všetkých skúmaných pozitívnych aj negatívnych emóciách jestvovala vysoká korelácia medzi bdelym a snovým emočným prežívaním. Pre zaujímavosť môžeme spomenúť

aj menej všedné výskumy. Hartmanna a Brezler (2008) sledovali emócie v snoch amerických ľudí pred a po teroristických útokoch 11. 9. 2001. Výsledkom bola štatistická významnosť v náraste intenzity emócií (výraznejšie emočné zafarbenie) a frekventovanejšom výskyte emócií strach/hrôza a bezmocnosť/zraniteľnosť v snoch po 11. 9. 2001. Výskumne sa tiež napríklad potvrdilo, že čím bola u respondentov zistená nižšia životná spokojnosť, tým obsahovali ich sny viac negatívnych emócií alebo agresívnych interakcií (napr. Blagrove a kol., 2004; Pesant & Zadra, 2006). Rovnako ľudia trpiaci úzkosťou či depresiou preukázali vo svojich snov viac úzkostných a depresívnych emócií (Komasi a kol, 2018; Serpe & DeCicco, 2020). Všetky tieto výskumy teda naznačujú, že emócie v sne sú naše vlastné.

Pri analýze obranných mechanizmov v sne vychádzame okrem poznatkov teórie kontinuity aj zo súčasných výskumných prác či štúdií prezentujúcich poznatky, že mnohé prvky v sne môžu byť interpretované ako „symbolické vyjadrenie pre jednotlivé časti psychiky (napr. neuspokojené potreby alebo agresívne impulzy), ktoré nie sú integrované do celej osobnosti“ (Roesler, 2018a, s. 316). Samotný sen sa teda dá ponímať „ako projekčné plátno pacienta“ (Kusý & Knobloch, 2017, s. 232) rôznych zložiek prežívania. Viaceré výskumy (napr. Barrett, 1996; Roesler, 2018a, 2018b) a štúdie (Fábik, 2020) ukázali, že na začiatku psychoterapie je snové ego nezúčastnené a pasívne, príp. ohrozené, zatiaľ čo v neskorších fázach psychoterapie s rastúcou silnou ega a prijímaním jednotlivých zložiek ega sa stáva viac zamerané na cieľ a sociálne interakcie. V kontexte uvedených

výskumov to znamená, že odštiepené časti prežívania sú prijaté a prestávajú v sne (v súlade s teóriou kontinuity) zrkadliť intrapsychický konflikt. Na tomto podklade môžeme uvažovať, že práve spôsob akým sa klient vzťahuje vo svojich snoch k ohrozujúcim (napr. agresívnym) impulzom bude do značnej miery zrkadliť jeho jednanie v bdelom živote resp. obranné mechanizmy.

### OBRANNÉ MECHANIZMY V KONTEXTE SNÍVANIA

Obranné mechanizmy poskytujú dôležité východiská na hodnotenie dynamiky osobnosti jedinca (Wagas a kol, 2015), „formujú stavebné prvky psychopatológie“ (Kaščáková, 2007, s. 7), a preto môže byť užitočné zamerať pozornosť na spôsob akým sa prezentujú v našich snoch. Napriek tomu, že sú oba fenomény dobre známe, prakticky absentujú publikácie, ktoré by popisovali súvislosti a vzťahy medzi danými javmi. V minulých časoch sa totiž predpokladalo, že sen plní naše sexuálne (Freud, 2000) či ctižiadostivé (Adler, 1999) prania bez ohľadu na objektívne prekážky spoločnosti, a preto v snoch spravidla nemôžeme badať obranné mechanizmy (s výnimkou mechanizmov snového skreslenia). Zmenilo sa to až s objavením vyššie spomínanej teórie kontinuity (Hall & Van de Castle, 1966). Hoci teória kontinuity do istej miery otvorila cestu výskumom a štúdiám venujúcim sa vzťahu snov s obrannými mechanizmy, žiadna z publikácií nepriniesla komplexnejší prehľad alebo súhrn možných analyzovaných obranných mechanizmov v sne. Viaceré výskumy totiž skúmali obranné mechanizmy v bdelosti a ich vplyv na sny (Fábik, 2018; Yu, 2011) alebo obranné mechanizmy v snoch u špecifickej výskum-

nej skupiny (Levitan, 1981). Výskumov, ktoré striktne sledovali (napr. Blechner, 2018; Goldberg, 1989) konkrétne obranné mechanizmy v snoch je málo, a aj tie poskytlí skôr prvotný náhľad túto tému, než jej plnohodnotnejšie vyčerpanie. Niektoré príklady z publikácii spomíname v kontexte našich ukážok.

#### UKÁŽKY ANALÝZY OBRANNÝCH MECHANIZMOV V SNOCH

Predložená publikácia si rovnako nenárokuje na úplný prehľad a nižšie uvedené ukážky poskytujú primárne podnet na diskusiu než návod na interpretáciu obranných mechanizmov v sne. Časť uvedených ukážok nebola nahrávaná na diktafón, a preto sú v publikácii sny klientov voľne parafrázované. Všetky sny však boli zapisované bezprostredne po sedení s klientom, a preto je možnosť ich skreslenia minimálna. Pre intenzívnejšie zahĺbenie sa do deja sú písané v prvej osobe.

Analýza obranných mechanizmov je v tejto publikácii založená nielen na aktuálnych výskumoch teórie snívania (teória kontinuity či odštiepené zložky prežívania), ale berie na zreteľ aj širšie hľadisko samotného klienta. Všetky popísané obranné mechanizmy boli definované aj s ohľadom na poznanie psychodynamiky klienta, stanovený psychoterapeutický problém a overené v citlivom psychoterapeutickom rozhovore. Sny klientov prinášajú ukážky deviatich obranných mechanizmov manifestujúce sa v snovom prežívaní. Výber obranných mechanizmov bol založený na dostupných analyzovaných snov:

- izolácia afektu,
- obrátenie proti sebe,
- popieranie,

- potlačenie,
- reaktívny výtvor,
- anticipácia,
- racionalizácia,
- vytesnanie,
- intelektualizácia.

**Izolácia afektu** – oddelenie idey od s ňou spojených afektívnych stavov za účelom vyhnutia sa emočnému zmätku.<sup>1</sup>

*„Niekoľko ma chcel zabiť. Zároveň sa tam nachádzala osoba, ktorá ma chránila. Bojovali o mňa, ale sama som nemohla nič robiť. Tie dve postavy boli prirýchle a nevedela som na ne reagovať. Tak som to len sledovala a vyčkávala ako dopadne ich boj.“*

V tomto sne je snívajúca ohrozená neznámou postavou, pričom ju zároveň ochraňuje iná neznáma postava. V súlade so súčasnými výskumami (napr. Reosler, 2018a, 2018b) môžeme boj týchto dvoch postáv interpretovať ako dve nezlučiteľné a odštiepené tendencie vytvárajúce intrapsychický konflikt. Na základe hlbšej analýzy symbolického významu dvoch postáv sme prišli k záveru, že podobne nezaújato sleduje klientka aj svoj intrapsychický konflikt dvoch tendencií v bdelosti. Práve tieto bdelé udalosti nás viedli k rozlíšeniu obranného mechanizmu izolácia afektu. Vďaka nemu neprejavuje nad nepríjemnými udalosťami prakticky žiadnu emóciu. Dovoľme si taktiež uvažovať, že rýchlosť postáv v sne, kvôli ktorej sa snívajúca nemohla do súboja zapojiť, môže signalizovať rých-

<sup>1</sup> Definovanie všetkých obranných mechanizmov je v súlade s Gabbardom (2005). Výnimku tvorí len obrátenie proti sebe, ktoré Gabbard neuvádza. Tento obranný mechanizmus je definovaný v súlade s Kaščákovou (2007).



**Dušan  
Fábik**

**Psychológ pôsobiaci na Katedre psychológie a patopsychológie Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. Z výskumného aj psychoterapeutického hľadiska sa dlhodobo venuje teórii snívania a jeho výkladu.**

losť a intenzitu vlastného emočného prežívania. Mimoriadne podobný príklad pre izoláciu afektu poskytol aj Blechner (2018), ktorý vo svojej knihe popísal sen klienta, ktorý sa na katastrofu teroristického útoku pozerá bez výrazného emočného zaangažovania.

**Obrátenie proti sebe** – autoagresívne jednanie osoby v podobe ponižovania alebo zraňovania samého seba.

*„Viacerí ľudia kruto týrali psa. Mal zviazané nohy a oni ho kopali a pohadzovali. V tú noc sa mi sníval ešte jeden sen, tiež so psom, a tiež mu niekto ubližoval.“*

Pokiaľ sme ochotní pripustiť poznatky aktuálnych štúdií a výskumov naznačujúce, že mnohé postavy a zvieratá v sne sú vlastné zložky prežívania, nemôžeme zostať na pochybách, že sa v tomto sne stretávame s obranným mechanizmom obrátenie proti sebe. O psovi ako predstaviteľovi zvieracej ríše môžeme uvažovať ako o symbole určitej pudovej energie. Vidíme, že v sne bolo psovi ubližované, čo nás nabáda k úva-

hám, že snívajúci má v bdelom živote tendenciu ubližovať, zraňovať samého seba – teda svoju pudovú energiu. Aj samotná definícia obrátenia proti sebe, ktorá hovorí o agresívnych impulzoch namierených voči sebe, obviňovaní či zraňovaní prakticky plne vystihuje daný sen. Naše presvedčenie vzrastá ešte viac vďaka poznaniu klienta, ktorého správanie má blízko k pasívnej agresii, ktorá je v odbornej literatúre (napr. Kaščáková, 2007) často spájaná s obrátením voči sebe. Charakter samotného sna nás núti vzhľadom na pasivitu snívajúceho uvažovať aj o prítomnosti obranného mechanizmu izolácia afektu. Badať však môžeme, že klient izoloval svoje emócie voči samému sebe v rámci sebatrýznenia, a preto sme zaradili túto ukážku k obrannému mechanizmu obrátenie proti sebe.

**Popieranie** – vyhnutie sa uvedomovaniu si tých aspektov vonkajšej reality, ktorým sa ťažko čelí, prostredníctvom nevšímania si senzorických dát.

*„Boli sme s priateľom v našom byte. Cez okno sme videli ako priletela ježibaba. Bola škaredá a strašidelná, ale mali sme ju „na háku“. Pozerala na nás cez okno, bola na metle a snažila sa nás vystrašiť. Zatiahla som záves, aby pozerala do závesu. V podstate to bol celkom zábavný sen. Je pre mňa až neveriteľné ako sme ju dokázali ignorovať.“*

Snívajúca sa v sne stretáva s ohrozujúcou postavou. Sama ju označuje ako „strašidelnú a škaredú“. Vidíme, že na ohrozenie nereaguje nijakým spôsobom, ktorý by bol adekvátny, miesto toho sa snaží ohrozenie len ignorovať a nevidieť (symbol zastretie závesu). V kontexte našich skúseností s klientkou môžeme povedať, že rovnaké tendencie má aj v bdelosti. Jej hlavná ten-

dencia je úzkostné alebo ohrozujúce situácie popierať a ignorovať, tak isto ako boli popierané a ignorované aj v sne. Podobný príklad pre popieranie v sne uvádza vo svojej publikácii opäť aj Blechner (2018), ktorý popísal sen klienta, kde snívajúci popiera rolu zajatca.

**Potlačenie** – vedomé rozhodnutie nezaoberať sa určitým pocitom, stavom, alebo impulzom. Táto obrana sa líši od vytesnenia a popierania v tom, že je skôr vedomá ako nevedomá.

*„Niekam som sa veľmi ponáhľal, na nejaku skúšku alebo do práce. Báľ som sa, že ak to nestihnem budem vyzerať nekompetentne. Veľmi som sa chcel ponáhľať, ale na ulici boli mafiáni, ktorým som sa musel vyhnúť. Mali silno narúžované ústa a proti vôli ľuďom im dávali na ústa pusy. Chceli ju dať aj mne, a preto som pred nimi utekal a schovával sa.“*

Snívajúci prichádza v sne pravdepodobne do kontaktu a konfliktu so svojou agresívnou stránkou (symbol mafiáni). Môžeme uvažovať, že túto stránku sa snaží snívajúci v súlade so stanoveným psychoterapeutickým problémom integrovať (symbol bozku), avšak stále vytvára v jeho prežívaní úzkosť. Na základe našich znalostí života snívajúceho môžeme usúdiť, že rovnako ako v bdelosti uteká pred svojou agresívnou stránkou (potláča ju), tak isto pred ňou uteká aj v sne. Ak by sme mali naše úvahy zovšeobecniť, dovoľme si predpokladať, že väčšina neznámych postáv či zvierat, pred ktorými snívajúci uteká môže symbolizovať potláčanie tej ktorej stránky prežívania.

**Reaktívny výtvor** – pretransformovanie neakceptovateľného priania alebo impulzu do jeho opaku.

*„Bola som v ohrození života. Počas celého*

*ho sna som musela čeliť nástrahám, ktoré vyvrcholili až do bodu, kedy som utekala pred rozzúreným psom. Snažila som sa pred ním skrývať na rôznych miestach, až som si uvedomila, že v blízkosti sa nachádza kláštor s rehoľnými sestrami. Včas som tam stihla pred psom utiecť. Bola som v bezpečí.“*

V danej ukážke, rovnako ako pri vyššie uvedenom obrannom mechanizme potlačenia môžeme vidieť, že sa snívajúca snaží pred daným agresívnym impulzom utekať. V tomto sne však nachádza snívajúca aj riešenie agresívneho impulzu, ktoré ju opäť príbuzné bdelému prežívaniu. Rovnako ako v sne uteká snívajúca pred besným psom do kláštora s rehoľnými sestrami, tak aj v bdelosti rieši svoje agresívne alebo iné ohrozujúce impulzy starostlivým upratovaním, pomáhaním alebo podporovaním iných – teda reaktívnym výtvorom. Už z krátkého konštatovania a parafrázovania, že v sne uteká k niečomu pomáhajúcemu a starostlivému, získala klientka vzhľad a sama si aj sen zinterpretovala.

**Anticipácia** – odloženie bezprostredného uspokojenia prostredníctvom plánovania a uvažovania o budúcich úspechoch a výkonoch.

*„Bol som členom starobylého kmeňa a nepadol nás iný primitívny kmeň. Všetci moji súkmeňovci začali utekať, avšak väčšina z nich bola počas úteku zabitá. Všimol som si, že vyzerám trochu ako útočníci a vedel som sa im prispôbiť štýlom reči. Pre ochranu života som sa preto rozhodol tváriť ako člen napádajúceho kmeňa. Bol som rozhodnutý vyčkávať a získať si ich dôveru. Plánom bolo zistiť ako ten agresívny kmeň funguje a v príhodnej chvíli sa obrátiť voči nim a spolu s ostatnými členmi, ktorí utiekli*

*si opäť vybojovať svoju zem. Bolo v tom niečo veľmi hrdinské.*“

V tomto prípade môžeme vidieť, že na agresívny impulz v sne (symbol primitívny kmeň), ktorý zrkadlí snívajúceho vlastný pocit agresivity či presadenia sa reaguje snívajúci bez adekvátnej odozvy. Miesto boja sa snaží situácii prispôbiť a vytvára plán pre budúce presadenia sa resp. vyjadrenie agresie. Táto tendencia je dobre vidieť v bdelom stave, kedy klient v hneve nereaguje, ale skôr strategicky spríada plány pre vyjadrenie svojej osoby príp. pomstu. Rovnaký klient rozprával aj takýto sen.

*„Bol som Spartaň zo starovekého Grécka. Náš „spartánsky“ dom na pláži napadli Rimania. Najprv sme nič nerobili, ale keď sa Rimania dokázali prebiť dovnútra, vedel som, že treba bojovať. Zobral som štít a palicu podobnú nun-chaku. Zistil som ale, že ich je priveľa, a že nás ľahko pobijú. Rozhodol som sa ešte s dvomi bojovníkmi zachrániť a ujsť zadným vchodom, aby sme prežili a neskôr sa im pomstili.“*

Rovnako ako v predchádzajúcom príklade môžeme predpokladať, že snívajúci je v bdení vystavený vlastným agresívnym impulzom (symbol Rimanov), s ktorými sa snaží bojovať. Najprv impulz potláča (symbol úteku pred bojom) a následne anticipuje resp. sa pripravuje s logickým a presným postupom na pomstu. V sne vidíme jasnú tendenciu si svoje kroky dobre ujasniť a riešiť situáciu až s časovým odstupom. Naše úvahy sme si opäť overili a potvrdili v diskusii s klientom o danom sne.

**Racionalizácia** – ospravedlňovanie neakceptovateľných postojov, presvedčení, alebo správania sa, aby ich človek mohol tolerovať.

*„Sedel som s kamarátkou a jej priateľom z Vietnamu (v realite neexistujúcim) v nejakej izbe. Nechtiac som ich nahneval, pričom však nešlo o významnú vec. Vysvetľoval som im, že som to predsa nespravil naschvál a obhajoval svoje slová. Bolo mi to ľúto. Cítil som, že som sa bál najmä priateľa kamarátky, pretože som nevedel ako bude reagovať. Cítil som zároveň aj hnev, pretože sa mi už javilo, že sa situácia nepatrične zveličila.“*

V tomto sne je snívajúci v kontakte so svojou kamarátkou a v realite neexistujúcou postavou. Obidve postavy prežívajúce hnev môžeme opäť interpretovať ako zložku vlastného prežívania. Rovnako ako je snívajúci v kontakte s nahnevanou snovou postavou vietnamského priateľa a zažíva pocity ľútosti, tak aj v bdelosti zažíva hnev na samého seba a pocity viny (na základe poznania klienta vieme, že sa týkajú partnerského vzťahu). Vidíme, že snívajúci sa snaží zabezpečiť zmiernenie intenzity hnevu na seba samého a využíva racionalizujúce formulácie podobné bdelosti.

**Vytesnanie** – vylúčenie neakceptovateľných myšlienok alebo impulzov, alebo zablokovanie ich vstupu do vedomia. Táto obrana sa líši od popierania v tom, že popieranie sa spája s vonkajšími sensorickými dátami, kým vytesnanie s vnútornými stavmi.

*„Bol som vonku na ulici. Zrazu sa na oblohe zjavil blesk a udel na dom kde bývajú moji rodičia. Mal som veľký strach, že je mama mŕtva.“*

V sne sa snívajúci obával, že je jeho mama mŕtva. Zároveň je dôležité spomenúť, že v bdelosti klient trpí obsedantnými myšlienkami zaoberajúcimi sa vraždou alebo násilím voči svojej mame. V bdelom živote napriek tomu konštatuje mimoria-



dne kvalitný a podporný vzťah s mamou. Nenachádza nijaké nedostatky a dokonca je voči nej nadmieru ochranársky. Z teórie psychoanalytických prístupov (napr. Kempke & Luyten, 2007) však vieme, že za obsedantno-kompulzívnymi poruchami sú často skryté agresívne alebo iné odmietané tendencie, čo nás vedie k hypotéze, že časť agresívneho prežívania bola voči mame vytesnaná. Hoci je to úvaha, ktorú treba dôsledne naďalej skúmať, domnievame sa, že práve živly rôzneho charakteru (blesky, búrky, sopky, zemetrasenia) signalizujú veľkú energiu spútanú (vytesnanú) v prežívaní snívajúceho. Predkladáme hypotézu, že pokiaľ je pri obrannom mechanizme potlačenia snové ego ohrozované konkrétnymi osobami či zvieratami, snové ego ohrozené beztvárými živlami signalizuje obranný mechanizmus vytesnenia. Pri analýze snov so živlami sa totiž opakovane stretávame u klientov len s minimálnym emočným spojením sna s bežným životom v bdelosti. K vytesnenému materiálu má osoba minimálny prístup, a preto predpokladáme, že toto prežívanie je znázornené nehmotnými a beztvárými javmi. Naopak, potlačenie je obranný mechanizmus, ktorý sa spája s väčšou priepustnosťou k vedomiu, a preto môže byť aj ohrozenie jasnejšie a konkrétnejšie (napr. vyššie uvedení mafiáni alebo Rimania). V súhrne preto môžeme predpokladať, že ego snívajúceho je ohrozené obrovskou emočnou energiou (symbol blesku) namierenou voči mame, ktorá je v sne sprevádzaná masívnou úzkosťou.

**Intelektualizácia** – používanie prílišnej a abstraktnej ideácie za účelom vyhnutia sa zložitým pocitom.

„*Snívalo sa mi, že som ležala na pláži pri mori. Po chvíli ku mne prišiel tiger. Bol*

*obrovský, veľký približne ako kôň. Nebol ale vôbec nebezpečný. Mal na sebe oblek a vedel rozprávať. Bol veľmi slušný, maj distingvované vystupovanie. Nepamätám si čo mi hovoril, ale vedela som, že je vzrušený. Keď videl, že som si to všimla, zostal zahanbený.“*

Rovnako ako v predchádzajúcich prípadoch aj tu môžeme uvažovať, že tiger ako predstaviteľ zvieracej ríše môže symbolizovať pudovú energiu klientky. S ohľadom na záver sna a sexuálne vzrušenie tigra si dovoľíme konkrétne uvažovať o sexuálnom pude. Vidíme však, že táto sexuálna energia v sne nemá svoju typickú zvieraciu podobu. V sne sa prezentuje vo výrazne poludštenej forme s distingvovaným a intelektuálnym jednaním. Jedná sa o to isté distingvované jednanie tigra, ktoré môžeme vidieť v bdelosti v rámci sexuálneho prežívania danej klientky. Svoje sexuálne impulzy sa snaží kontrolovať diskusiami o sexualite a záujmom o témy súvisiace so sexualitou. Rovnako emóciu zahanbenia, ktorú pociťoval tiger, sme boli schopní poodhaliť aj v bdelych zážitkoch klientky.

#### KAZUISTIKA

V tejto časti prinášame kazuistiku, ktorá predstavuje praktickú ukážku práce so snom na podklade vyššie popísaných teoretických informácií. V ukážke sa najprv prezentuje možný spôsob pre spoznanie symbolického významu snovej postavy ako neintegrovanej tendencie snívajúceho. Následne, na základe práce s touto tendenciou a vychádzaním z teórie kontinuity odhaľujeme obranný mechanizmus potlačenia a vytvárame hypotézu o povahe psychických ťažkostí.

Klientkou je 27 ročná žena, ktorá trpela približne rok a pol úzkosťou so symptóma-

mi točenia hlavy, únavy a pocitu na odpadnutie. Posledný rok sa pridružili aj stavy depersonalizácie. Skrátený prepis a výklad sna je z prvého stretnutia. Celý sen je veľmi krátky:

„*Ku mne a k priateľke sa vlámal cez balkón muž. Stál v izbe a pozeral na mňa. Mal čierne oblečenie s kapučňou. Začala som pred ním bežať.*“

V kontexte spomínaných výskumov a štúdií (napr. Barrett, 1996; Fábik, 2020; Roesler, 2018a, 2018b) sme predpokladali, že reálne neexistujúci muž v klientkinom sne symbolizuje jej vlastnú neintegrovateľnú zložku osobnosti s prislúchajúcim prežívaním. Úvodná časť analýzy sna preto bola venovaná mužovi v čiernom oblečení a jeho charakteristikám.

D. F. *Keby ste sa mali vžiť do toho muža s čiernou kapučňou, čo by ste povedali, aký je to človek? Aké sú jeho vlastnosti?*

K. *Taký hnusný.*

D. F. *Ehm, hnusný.. ešte niečo Vám napadá?*

K. *Hnusný... strašidelný.*

D. F. *Hnusný... aj strašidelný. Keď sa doňho vcítite, čo by ste ešte povedali? Aké mal ďalšie vlastnosti?*

K. *...taký zlý... vo všetkých smeroch.*

D. F. *Ehm, chápem. A máte nejaký pocit, prečo sa k Vám prišiel vlámať? S akým úmyslom?*

(Motívom môžeme odкрыť konkrétnejšie osobnostné charakteristiky.)

K. *To neviem, asi s nejakým zlým, keď sa vlámal.*

D. F. *Keby ten sen pokračoval... vedeli by ste si predstaviť ako by pokračoval?*

K. *Asi by ma šiel znásilniť alebo zabiť..*

D. F. *Znásilniť, zabiť..*

K. *Možno taký agresor...*

D. F. *Agresor?*

K. *Hej...*

D. F. *Takže hnusný, agresívny... v celku niečo ako násilný sú najviac vystihujúce vlastnosti.*

K. *Hej, hej.*

(V tejto fáze rozhovoru sa už môžeme pádne domnievať, že neintegrovateľná zložka osobnosti sa týka agresivity.)

D. F. *Viete si predstaviť vo fantázii, že by ste oplývali jeho jednaním... fungovaním... správaním? Ako by ste sa správali v bežnom živote?*

(Otázkou môžeme odhaliť v akých oblastiach života absentuje tendencia agresívneho jednania a ako k nej pristupuje klientka v bdelosti.)

K. *Asi by som stále na niekoho vybuchovala, bola hnusná a mala z nich „nervy“.*

D. F. *A na koho myslíte?*

K. *Na všetikoho, ale neviem takto...*

D. F. *Skúste povedať čo Vám ako prvé napadlo...*

K. *Asi aj na priateľku, hádame sa a potom ideme každá do svojej izby..*

D. F. *A niečo by ste spravili inak s tými vlastnosťami?*

K. *Možno by som pokračovala ďalej v hádke a povedala jej nejaké veci.. ale asi nie, to by som nebola ja. Ja sa takými vecami nezaobieram.*

(V tejto odpovedi môžeme vidieť, že klientka zrejme svoje prežívanie potláča. Formulácia „takými vecami sa nezaobieram“ odkazuje na vedomé rozhodnutie, ktorým je definované potlačenie. Formulácia „to by som nebola ja“ zase odhaľuje veľkú silu tejto obrany, ktorú intenzívna krátkodobá dynamická terapia (napr. Juráš, 2019) definuje ako syntónnu, t.j. vloženú do charakteru.)

D. F. *Chápem neboli by ste to Vy.. ale*

*keby ste mali vlastnosti toho muža, tak čo Vám napadá vo fantázii?*

*K. Že by som jej ešte niečo povedala.. možno by sme sa hádali ešte 10 minút.*

(V tejto fáze nasledovalo zhrnutie základného konfliktu medzi klientkou a jej priateľkou.)

*D. F. A čo Vám ešte napadá? V akých oblastiach života by ste sa správali inak ak by ste mali vlastnosti toho muža?*

*K. V práci... so šéfkou je to tiež dosť ťažké.*

(Opäť nastalo objasnenie základného konfliktu v práci.)

## SÚHRN

Klientka sa v sne stretáva so svojou neintegrovanou agresívnou zložkou osobnosti. V sne sa dáva pred ňou na útek, čo môžeme považovať za symbolické znázornenie potláčania. V bdelosti totiž rovnako „uniká“ pred svojimi agresívnymi impulzmi, či už pri konflikte s priateľkou alebo šéfkou. Úvahy o potláčaní agresivity ešte viac silnejú pokiaľ zväžíme klientkine spontánne nápady pri fantazijnom prijatí tendencií snovej postavy, napr. „*vybuchovala by som*“, „*pokračovala by som v hádke*“, „*so šéfkou je to tiež dosť ťažké*“.

Na tomto podklade môžeme predpokladať, že za úzkostnými stavmi stojí predovšetkým potláčanie agresívnych impulzov. V rámci tejto hypotézy je priestor aj pre úvahy o depersonalizácii. Klientka v rámci rozhovoru spomenula viackrát slovné spojenie „to by som nebola ja“, čo nám poukazuje na syntónnu, teda „charakterovú“ obranu. Od svojich agresívnych impulzov sa úplne odosobnila, čo predpokladá symptómy depersonalizácie.

Vo výsledku môžeme vidieť, že aj v tomto prípade sa teória kontinuita uplatňuje ako

významný faktor porozumenia snov. Prežívané emócie, obranný mechanizmus aj spôsob jednanja snového ega je adekvátny a príbuzný bdelému prežívaniu. Analýza obranného mechanizmu v sne a samotného sna nám zároveň dopomohla k vytvoreniu psychoterapeutickej hypotézy a fokusovaniu samotnej psychoterapie. V súlade s Goldbergerovou (1989) preto môžeme konštatovať, že práve sny nám môžu v psychoterapii ponúknuť nepovšimnutý pohľad na obranné mechanizmy a prehĺbiť náš náhľad na povahu vnútorných konfliktov klienta.

## ZÁVER

Publikácia priniesla viaceré ukážky snov, v ktorých sme mohli badať obranné mechanizmy. Treba dodať, že uvedené sny sa nedajú automaticky prevziať ako predloha a na ich podklade predpokladať rovnaký obranný mechanizmus iného klienta, hoci aj v takmer rovnakom sne. Kľúčom k efektívnosti poznávania obranných mechanizmov v sne je overovanie predpokladov v citlivom psychoterapeutickom rozhovore. Vtedy môžu sami psychoterapeuti upraviť a vycibriť svoju interpretáciu a pomôcť tak klientovi získať nový a prínosný náhľad na svoje vlastné reakcie v úzkostných situáciách.

Rovnako je dôležité vnímať, že nie každý sen musí obsahovať vo svojej štruktúre nejaký obranný mechanizmus. Je síce pravda, že sen obsahuje emócie, ktoré sme nespracovali alebo nevyjadrili v bdelosti (napr. Fábik, 2018), ale ani to nepredpokladá obranné mechanizmy v každom sne. Tie môžeme badať najmä v úzkostných a emočne intenzívnych snoch.

*Konflikt zájmů: Bez konfliktu zájmů.*

#### ZDROJE

- Adler, A. (1999). *Porozumění životu. Úvod do individuální psychologie*. Praha: Aurora.
- Adler, A. (1995). *Smysl života*. Havlíčkův Brod: Práh.
- Barrett, D. (1996). Dreams in Multiple Personality. In D. Barrett (Ed.): *Trauma and Dreams* (pp. 68–81).
- Blagrove, M., Farmer, L., & Williams, E. (2004). The relationship of nightmare frequency and nightmare distress to well-being. *Journal of Sleep Research*, 13(2), 129–136.
- Blechner, J. (2018). *The mindbrain and dreams. An exploration of dreaming, thinking, and artistic creation*. Routledge.
- Cartwright, R., Agargun, M., Kirkby, J., & Friedman, J. (2006). Relation of dreams to waking concerns. *Psychiatry Research*, 141(3), 261–270.
- Fábik, D. (2020). Analýza výkladu snov na úrovni subjektu. *Psychoterapie*, 14(1), 17–27.
- Fábik, D. (2018). Charakteristiky snívania v kontexte copingových stratégií. *Psychiatria – Psychoterapia – Psychosomatika*, 25(4), 11–16.
- Fábik, D. (2015). Analýza teórií snívania. *Psychiatria – Psychoterapia – Psychosomatika*, 22(3–4), 30–40.
- Freud, A. (2006). *Já a obranné mechanismy*. Praha: Portál.
- Freud, S. (2000). *Výklad snu. Pelhřimov: Nová Tiskárna, 2000*.
- Gabbard, G.O. (2005). *Dlhodobá psychodynamická psychoterapia*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Gilchrist, S., Davidson, J., & Shakespeare-Finch, J. (2007). Dream emotions, waking emotions, personality characteristics and well-being – a positive psychology approach. *Dreaming*, 17(3).
- Goldberger, M. (1989). On the analysis of defenses in dreams. *Psychoanalytic Quarterly*, 58, 396–418.
- Hall, C. S., & Nordby, V. J. (1972). *The individual and his dreams*. New York: Signet.
- Hall, C., & Van de Castle, R. (1966). *The Content Analysis of Dreams*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Hartmann, E. (2013). *Sny. Podstata a funkcie snívania*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Hartmann, E., & Brezler, T. (2008). A Systematic Change in Dreams after 9/11/01. *Sleep*, 31(2), 213–218.
- Hill, E. C. (2009). *Práca so snami v psychoterapii*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Juráš, L. (2020). Lži, ktoré si nahovárame (Ako čeliť pravde, akceptovať seba a vytvoriť lepší život). *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*, 27(1), 15–16.
- Juráš, L. (2019). Intenzívna krátkodobá dynamická terapia. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*, 26(1–2), 11–15.
- Kaščáková, N. (2007). *Obranné mechanismy z psychoanalytického, etologického a evolučno-biologického*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Kempke, S., & Luyten, P. (2007). Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: Is it time to work through our ambivalence? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(4), 291–311.
- Komasi, S., Soroush, A., Khazaie, H., Zakici, A., & Saecidi, M. (2018). Dreams content and emotional load in cardiac rehabilitation patients and their relation to anxiety and depression. *Annals of Cardiac Anaesthesia*, 21(4), 388–392.
- Kusý, P. & Knobloch, F. (2017). Práca so snami z pohľadu integrovanej psychoterapie. *Psychoterapie*, 11(3), 230–241.
- Levitan, H. (1981). Failure of the defensive functions of the ego in dreams of psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 36(1), 1–7.
- McNamara, P., Pace-Schott, E. F., Johnson, P., Harris, E., & Auerbach, S. (2011). Sleep architecture and sleep-related mentation in securely and insecurely attached people. *Attachment and Human Development*, 13(2), 141–154.
- Mikulinger, M., Shaver, P. R., & Avihou-Kanza, N. (2011). Individual differences in adult attachment are systematically related

- to dream narratives. *Attachment and Human Development*, 13, 105–123.
- Pesant, N. & Zadra, A. (2006). Dream Content and Psychological Well-Being: A longitudinal Study of the Continuity Hypothesis. *Journal of Clinical Psychology*.
- Roesler, C. (2018a). Dream content corresponds with dreamer's psychological problems and personality structure and with improvement in psychotherapy: A typology of dream patterns in dream series of patients in analytical psychotherapy. *Dreaming*, (28(4), 303–321.
- Roesler, C. (2018b). Structural dream analysis: A narrative research method for investigating the meaning of dream series in analytical psychotherapies. *International Journal of Dream Research*, 11(1).
- Schredl, M., & Reinhard, I. (2012). Frequency of a romantic partner in a dream series. *Dreaming*, 22(4), 223–229.
- Selterman, D. (2011). *Relationship Patterns and Dream Content: Attachment Security, Emotions and Relational Scenarios in Dreams Containing Partners*: dissertation. Stony Brook University, 2011. 105 p.
- Selterman, D., Apetroaia, A., Riel, S., & Aron, A. (2014). Dreaming of You: Behavior and Emotion in Dreams of Significant Others Predict Subsequent Relational Behavior. *Social Psychological and Personality Science*, 5, 111–118.
- Serpe, A. & DeCicco, T. (2020). An investigation into anxiety and depression in dream imagery: the issue of co-morbidity. *International Journal of Dream Research*, 13(1), 82–89.
- Sikka, P., Pesonen, H., & Revvonsuo, A. (2018). Peace of mind and anxiety in the waking state are related to the affective content of dreams. *Scientific Reports*, 8, 12762.
- Totlis, A. (2011). The dream as space, time and emotion. *North American Journal of Medical Sciences*, 3(6), 302–315.
- Wagas, A., Rehman, A., Malik, A., Muhammad, U., Khan, S., & Mahmood, N. (2015). Association of Ego Defense Mechanisms with Academic Performance, Anxiety and Depression in Medical Students: A Mixed Methods Study. *Cureus*, 7(9).
- Yu, C. (2011). The mechanisms of defense and dreaming. *Dreaming*, 21(1), 51–69.
- Došlo do redakce 26. 3. 2020, v revidovaném znění 27. 7. 2020. K publikaci přijato 10. 8. 2020.*

## JAKÉ MÍSTO MÁ PSYCHOTERAPIE V PSYCHOSOMATICE? BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ POHLED

### What is the place of psychotherapy in psychosomatics?

#### Bio-psycho-social view

Vladislav Chvála<sup>1</sup>, Ludmila Trapková<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, Jáchymovská 385, Liberec 10, CZ; chvala@sktlib.cz

<sup>2</sup>Ordinace klinické psychologie Praha, Oveňecká 34, Praha 7, CZ; trapkova@mybox.cz

*Psychoterapie. 15 (2), 134–149; ISSN 1802-3983*

#### SOUHRN:

Psychosomatická medicína jako zvláštní odborná způsobilost mezi biomedicínou a psychoterapií naplňuje nejpřísnější kritéria na zdraví a nemoc dle definice Světové zdravotnické organizace (WHO): je důsledně bio-psycho-sociálně orientovaná. Žádná jednotlivá léčebná technika není sama o sobě nástrojem psychosomatické léčby, tou je jen ve spojení se způsobem myšlení lékaře. Tvrdíme, že hlavním nástrojem psychosomatické léčby, pokud chce udržet status vědecky obhajitelné disciplíny, je systémová teorie a vyvážený bio-psycho-sociální přístup. Psychosomatická medicína jako zvláštní odborná způsobilost mezi biomedicínou a psychoterapií naplňuje nejpřísnější kritéria na zdraví a nemoc dle definice Světové zdravotnické organizace (WHO). Za vyléčení nepokládáme pouhou úlevu od symptomů, ale především vzájemné vyladění biologické, psychologické a sociální vrstvy v životě pacienta na základě předchozího vyladění ve vztahu lékař-pacient. Jaké místo zde má psychotherapie?

*Klíčová slova:* psychosomatika, psychotherapie, bio-psycho-sociální model, rodinná terapie, narativní terapie, systémová teorie

#### SUMMARY:

Psychosomatic medicine in a special regime, in addition to biomedicine and psychotherapy, meets the strictest criteria for health and illness as defined by the WHO. No single treatment technique is itself an instrument of psychosomatic treatment, it is only in conjunction with the way a doctor thinks. We therefore argue that the main tool of psychosomatic treatment in order to maintain the status of a scientifically defensible discipline is systemic theory and a balanced bio-psycho-social approach. From a broad perspective on health and disease, psychosomatic intervention may include a wide range of remedies ranging from the word in open dialogue, through any known therapeutic approach, which we understand as the vehicle of the therapeutic alliance. The cure is not only relief from symptoms, but above all mutual tuning of the biological, psychological and social strata in the life of our patient based on the previous tuning in the doctor-patient relationship. What place does psychotherapy have here?

*Key words:* psychosomatics, psychotherapy, bio-psycho-social model, family therapy, narrative therapy, systems theory

## ÚVOD:

Psychosomatiku jako téma hodné pozornosti vědy se podařilo znovu obhájit i na půdě české medicíny teprve nedávno, v roce 2013. I když je těžké složitou interakci mezi lékařem a pacientem zkoumat vědeckými prostředky, o významu komunikace pro zlepšení průběhu onemocnění není možné pochybovat (Havelková, et al., 2017). Efektivita a dlouhodobá účinnost psychosomatické léčby a psychoterapie byla potvrzena v řadě studií. V rozsáhlé metaanalýze, která sledovala 103 publikovaných prací, je uváděna efektivita  $Hedges = 0,71$ . Silné efekty byly zaznamenány při hodnocení celkové kvality života, střední pak u psychologických a tělesných symptomů (Albani, et al., 2020). Jinde kontrolovaný efekt psychologických intervencí na intenzitu somatických symptomů v metaanalýzách vychází mezi  $d = 0,22$  a  $0,40$  (Menon et al., 2017) (van Dessel, et al., 2014) (Gerger, et al., 2015) (Kleinstäuber, et al., 2011) (Lakhan, et al., 2013). Pre/post efekty (čili velikost změny, která během terapie nastala, ale kterou nemůžeme spolehlivě celou připisat terapii) vychází u somatických symptomů mezi  $d = 0,70$  (Kleinstäuber, et al., 2011) a  $d = 0,80$ , (Koelen, et al., 2014).

Když už tedy lékaři „smí vidět to, co běžně vidí“, jak někteří z nich výstižně reagovali na doporučený postup k medicínsky nevysvětleným příznakům (MUS), podívejme se na to, jakými nástroji psychosomatická léčba vlastně disponuje (Chvála, et al., 2015). Zda to není jen „medicína se zájmem o život pacienta“, alternativní medicína nebo totéž co psychoterapie. V tom panuje nejistota jak odpůrců, tak samotných zastánců psychosomatiky.

Podívejme se na nepřeberné množství

léčebných metod prizmatem bio-psycho-sociálního modelu zdraví a nemoci, s respektem k existenci spirituality. Zahrnují jak biologické a fyzikální, tak psychologicko-psychoterapeutické, nebo sociálně-komunikační prostředky a metody. Přísná kritéria evidence based medicíny (EBM) splňují jen některé z nich. Co mají všechny ty stovky nejrůznějších nástrojů společné?

Ukážeme, že tím hlavním nástrojem psychosomatické léčby je způsob myšlení respektující bio-psycho-sociální celistvost člověka. *Psychosomatika není totéž, co psychoterapie. I když se překrývají, je třeba mít na paměti jejich zásadní odlišnosti.* Lékaře, který se věnuje psychosomatickým pacientům, spojuje s psychoterapií klinická zkušenost s léčivou silou terapeutického vztahu a slova (Balint, 1999). V oblasti bio-medicíny zůstává díky zaměření na tělesné symptomy pacientů, kteří často nestojí o reflexi své psychosociální situace. Lékař potřebuje postupy, které se na fakultě naučil, praxí validizovat, aby jim mohl důvěřovat. Teprve pak se mohou stát součástí vysoce individualizovaného léčebného stylu, na kterém se významně podílí lékařova osobnost a intuitivní zacházení s terapeutickým vztahem. Je vysoce žádoucí, aby vzdělání psychosomatického lékaře obsahovalo psychoterapeutické minimum, ve kterém se naučí terapeutický vztah s pacientem reflektovat a kultivovat. Samozřejmě součástí práce psychosomatického lékaře by se měla stát pomáhající supervize zkušeným supervizorem, která v medicíně prozatím bohužel téměř chybí.

K bio-psycho-sociální harmonizaci, která vede ke zdraví, mohou lékaři, ale i psychologové nebo fyzioterapeuti, použít téměř cokoli z široké palety nástrojů při res-

pektování legislativního rámce pro zdravotníky v České republice (Telec, 2017). Alespoň základní znalosti systémové teorie jsou proto žádoucí.

Naše úvahy jsou shrnutím zkušeností z více než třiceti let práce ve Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch a z Ordinance klinické psychologie Praha, kde spoluautorka, dětská klinická psycholožka, pracuje jako rodinná terapeutka s rodinami s psychosomatickými příznaky. Takže celkově lze mluvit o zkušenosti s desítkami tisíc nemocných (Chvála, 2009). Třetím zdrojem je šest běhů čtyřletého výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch schváleném pro zdravotnictví, ve kterém se frekventanti lékařských a nelékařských profesí učí respektovat hranice mezi obory a současně se na těchto hranicích setkávají v intenzivní spolupráci (Trapková, 2016).

### NEŽ ZAČNEME LÉČIT

Podívejme se, na jakou oblast jednotlivé metody primárně míří v bio-psycho-sociálním modelu zdraví a nemoci podle definice WHO (Engel, 1977). Všechny tři vrstvy – biologická, psychologická a sociální, jsou koevolučně svázané, v neustálé interakci se na sebe vyladují jako systém a prostředí a imponují jako jediný celek. Zdraví se projevuje vysokou dynamikou tohoto procesu (Lieb, 1992).

Porucha v kterékoli z těchto tří vrstev může komplikovat vzájemné doladování. Symptom, syndrom nebo nemoc, která připoutá naši pozornost, může ukazovat na potíže nejen v té jedné, ale možná dokonce primárně v kterékoli z ostatních interagujících vrstev. Běžně se předpokládá, že léčebné prostředky působí v oblasti,



**Vladislav Chvála**

**MUDr. (\*1952). Vystudoval Fakultu všeobecného lékařství UK v Hradci Králové. Pracoval jako porodník a gynekolog, nyní působí jako sexuolog a rodinný terapeut ve Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci ([www.sktlib.cz](http://www.sktlib.cz)), kde je vedoucím. Je předsedou výboru Společnosti psychosomatické medicíny ČLS. Vyučuje rodinnou terapii a je supervizorem v Institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny ([www.lirtaps.cz](http://www.lirtaps.cz)). Spolu s L. Trapkovou napsali knihu *Rodinná terapie a teorie jin-jangu* (Portál, Praha 2008, 2016) a *Rodinná terapie psychosomatických poruch (Rodina jako sociální děloha)* (Portál, Praha 2004, nové vydání 2017).**

kde byla diagnóza stanovena. Odborník svými intervencemi zpravidla významně ovlivňuje tu vrstvu, ve které je vyškolen, ať už je somatickým lékařem, nebo psychiatrem, psychologem, či psychoterapeutem, případně fyzioterapeutem anebo působí v některé z pomáhajících profesí, které se zaměřují na dynamiku vztahů v sociálních systémech. Jak jsme poznamenali, jestliže se jednotlivé vrstvy na sebe stále doladují, každý z těchto odborníků, většinou bezděčně a neuvědoměle, přispívá také ke změnám v dalších dvou vrstvách. Například, když lékař řeší bolesti dolní končetiny u dítěte tím, že mu nasadí sádrovou fixaci v naději,



že tak zmírní bolesti, významně tím omezí pohyb dítěte a bezděky tak donutí rodiče, aby se dítěti více věnovali. To samo může mít větší význam pro úzdravu než sádrová fixace.

Proto v psychosomatice vyvstává význam týmů složených z bio-, psycho- a socio-odborníků, kteří mohou upravovat proces léčby koordinovaně. Při respektování kompetencí vyladuje dobře sehraný tým vliv a intervence jednotlivých odborností. Pacient se na vědomé i nevědomé úrovni nabídkami týmu inspiruje, experimentuje s nimi a autorizuje je. Patologické symptomy často ukazují na stagnaci systému, či některého ze subsystémů. Mají tendenci odeznívat, pokud se daří systém uvolňovat k nové tvořivosti a k žádoucím změnám. Vlastně dochází mezi týmem a pacientem v jeho vztahové síti na vyšší logické úrovni, totiž v systému vyššího logického řádu, než je individuální organizmus, k období přenosu a protipřenosu tak, jak to popisuje psychoanalytická teorie v individuální psychoanalýze (Šebek, 2020).

Zvláštní místo v psychosomatice zaujímá *psychoterapie*. Je žádoucí nabízet ji takovým pacientům, kteří jsou pro psychoterapii motivovaní, protože už sami tuší a hledají psychosociální souvislosti svého stonání a erudice psychosomatického lékaře, který není současně vzdělaný v psychoterapii, nestačí (Trapková, 2016). V psychosomatické praxi však zdaleka nejde jen o psychoterapii. Reflexe, kterou část psychotherapeutických škol nabízí, není pro řadu pacientů vítaná, vhodná ani nutná. Pro ně se hodí jiné, reflexi nevyžadující postupy, které zacházejí s metaforami a působí spíše na symbolické úrovni. Řada alternativních postupů účinkuje právě metaforicky a na účinnosti se významně podílí intuitivní vztah

léčitele s pacientem, a tedy i sama osobnost léčitele, který může hodně dopomáhat k uzdravování, ale nereflektovaně naopak i poškodit jako každý lék. Neboť platí, že lékař sám se v terapeutickém vztahu stává léčebným agens (Balint, 1999).

Nehodláme obhajovat metody příliš vzdálené současnému vědeckému poznání z hlediska EBM, i když je bohužel zřejmé, že metodologie pozitivistického vědeckého výzkumu nestačí zachytit a ocenit vztahové fenomény známé a více než století popisované v psychotherapeutické literatuře. Snaží se očistit lékařské postupy od „placebo“ efektu pro jeho nevyzpytatelnost, ovšem ke škodě pacientů i lékařů (Honzák, 2016).

#### ČÍM VŠÍM SE LIDÉ LÉČÍ

Velmi stručně lze rozdělit metody podle toho, kde je těžiště jejich zásahu:

- a) Metody působící primárně na tělo (prakticky celá bio-medicína)
- b) Metody působící převážně slovem v terapeutickém vztahu, primárně na psychickou vrstvu: **psychoterapie** (Prochaska, 1999) (Vybíral, 2010)
- c) Metody rozšiřující individuální psychoterapii o práci se systémovými vlastnostmi, a tedy o přímé působení na prožívání vztahů v rodinných sítích, případně dalších sociálních systémech. Působí slovem i neverbálními metodami primárně na sociální vrstvu: **rodinná terapie** (Anderson, 2009) (Skorunka, 2010)
- d) Metody záměrně působící současně na psychologickou i tělesnou vrstvu primárně přes práci s tělem: **bodyterapie, biosyntéza, bioenergetika** (Lowen, 1975)

- e) Komplexně zaměřené metody s cílem organizmus harmonizovat: pohybem, dýcháním, uměním, expresní terapií, pracovní terapií a využitím zvířat
- f) Nekonenční a exotické terapeutické metody, často se označují za celostní, působí na tělo a jeho části, argumentují energiemi a tajemnými silami<sup>1</sup> (Drury, 1981)

U mnoha léčebných prostředků existují jak oficiální formy používané v medicíně, tak různé neoficiální a méně vědecké formy, až zcela zlidovělé a léčitelské verze. Původně léčitelské Priessnitzovy léčebné procedury se staly samozřejmou součástí lázeňské léčby. Léčba pijavicemi dostala svůj vědecký rámec až díky objevu hirudinu dlouho po zavržení lidové metody. I psychoterapie má své amatérské verze. Výklad příčin nemoci událostmi z minulých životů může vzdáleně připomínat psychoanalytickou metodu. Amatérská kinesiologie zase připomíná tělově orientované psychotherapeutické techniky. Hranice může být neostrá a v čase proměnlivá. Někdy se lze orientovat jen podle vzdělání toho, kdo metodu aplikuje, zda jde o léčbu nebo podvod. Je-li psychosomatická medicína oborem lékařským, pak odborná společnost musí trvat na kvalitním lékařském vzdělání rozšířeném o vzdělání v psychosomatice. A protože je pro léčbu psychosomatických pacientů často nezbytná spolupráce

s psychoterapeuty s jiným vzděláním než lékařským, s psychology a fyzioterapeuty, případně dalšími nelékařskými profesemi, jako jsou zdravotní sestry, speciální pedagogové apod., stojíme i o vzdělávání všech těchto profesí v psychosomatice (MZ, 2015)

Metoda ověřování účinku léčby EBM zaváděná od devadesátých let kanadským týmem lékařů pod vedením Davida L. Sacketta do medicíny, byla jen logickou reakcí na nepřehledné množství léčebných prostředků. Jejím cílem bylo snížit a ohraničit jejich počet vědeckým průkazem jejich účinnosti. Autoři v původním návrhu uznávali nejen **nejnovější výzkumná data**, ale s nimi i **klinikovu zkušenost spolu s pacientovými hodnotami** (Baštecká, 2016). Klinikova zkušenost a pacientovy hodnoty se ale z praxe doporučených postupů stále více vytrácejí. Autoři také nemohli docenit fakt, že *drtivá většina lékařského výzkumu je z metodologických důvodů prováděna především v biologické vrstvě lidské reality*, protože tato data pozitivistická metodologie snadno verifikuje. Mnohem snadněji se prokazuje vliv léku než slova a individuálního terapeutického vztahu, kde je třeba vzít v úvahu mnoho dalších dynamických faktorů (Řiháček, 2017) (Miovský, 2006).

Možná proto dnes dominují v medicíně farmakoterapie a přístrojové techniky. *Psychologická vrstva vyžaduje docela jiné vzdělání a jiné prostředky k bádání*. Je prakticky nemožné ji plně objektivizovat, protože její *podstatou je subjektivita*. Dotazníkem s normami založenými na statistických metodách zjistíme jen obecnosti, jako jsou například aktuální úroveň mentálních schopností, osobnostní faktory, míra úzkostnosti, nebo depresivita, to vše ve vzta-

<sup>1</sup> Tyto metody jsou hojně využívány v léčitelství pro svou „expertní formu“ a tajemné působení „za zrakem“ pacienta. Stojí na těžko dokazatelných předpokladech a hypotézách, pokud je nechápeme jako metaforu. Hodí se tam, kde se pacient brání náhledu na bio-psycho-sociální souvislosti svého stonání. Nelze jimi nahradit psychosomatickou medicínu a lékařské pochopení nemoci.



**Ludmila  
Trapková**

**PhDr. (\*1949).** Vystudovala Fakultu tělesné výchovy a sportu (obor tělesná výchova-matematika) a později též Filozofickou fakultu UK (jednooborovou psychologii). Pracuje jako klinická psycholožka a psychoterapeutka v Praze a v Liberci. Je členkou výboru Společnosti psychosomatické medicíny ČLS. Vyučuje rodinnou terapii v Institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny ([www.lirtaps.cz](http://www.lirtaps.cz)) a je supervizorkou rodinné terapie. Spolu s MUDr. V. Chválou napsali knihu *Rodinná terapie psychosomatických poruch (Rodina jako sociální děloha)* (Portál, Praha 2004, nové vydání 2017) a *Rodinná terapie a teorie jin-jangu* (Portál, Praha 2008, 2016).

hu k výskytu v populaci. Bez dobrého vztahu s pacientem a bez individuálního rozhovoru se však nedozvíme téměř nic o pacientově vnitřním životě, o představách, fantaziích a prožívání. O něco lépe jsou na tom projektivní metody, díky kterým lze usuzovat i na nevědomé procesy, jejichž význam už nelze pokládat jen za čiré spekulace při znalosti nových dat z výzkumu mozku (Siegel, 2020). Tyto informace pronikají do praktické medicíny jen velmi pomalu.

### JISTOTA, KTERÁ LÉČÍ

Jak si účinek jednotlivých prostředků léčby vysvětlujeme a jak jim rozumí pacient? Lékař pokládá za rozhodující sta-

novení správné diagnózy a co nejrychlejší odstranění nepříjemných symptomů. Tomu dává přednost také většina pacientů. U akutních onemocnění je to dostačující a účinný postup. Psychoterapeut si klade za cíl prohloubení reflexe pacientovy situace a očekává, že díky práci s významy symptomů a životních situací dojde ke změnám i v ostatních vrstvách, a tím k úzdavě. Většinu psychoterapeutických škol vede zkušenost, že pak odeznívají i somatické symptomy a upravují se sociální vztahy (Tress, 2004). Rodinný terapeut pak intervenuje přímo v síti rodinných vztahů pacienta a reflektuje vliv systémových vlastností v rodinném nevědomí na psychickou vrstvu jednotlivců (Doherty, 1983), (Trapková, 2016). To předpokládá pacientovu schopnost reflexe a vnitřní psychologické práce, v případě rodinné terapie taky účast ostatních členů rodiny, což není zdaleka pro všechny pacienty přijatelné nebo možné. Pro psychosomatické pacienty bývá nedostatek nebo neschopnost reflexe nevědomou psychologickou obranou. Její zdroje mohou sahát hluboko do minulosti, někdy až k transgeneračnímu předávání rodinných vzorců (Tóthová, 2011). Nejen pacienti, ale ani všichni lékaři nemusí mít podmínky, talent nebo zájem zabývat se tak podrobně každým pacientem.

Proto jsou stále žádané léčebné metody, které pracují spíše metaforicky. Reflexi neprohlubují a nevyžadují, a přitom nabízí jinou cestu než pouhé utlumení projevů nemoci (Křížová, 2015). Jejich efekt lze vyložit spíše podporou spontánního vyladování systémů ve všech vrstvách, které probíhá na nevědomé úrovni, než zvědomováním psychických a sociálních konfliktů. Samo slovo, text a příběh jsou obrovským zdro-

jem metafor, jejich účinek je silný, ale mnohoznačný. Je na pacientovi, jaký význam asociuje. Metafora může spontánně spustit reflexi bezpečněji, než řízený výklad nebo interpretace terapeuta. Terapeut se stává profesionálním průvodcem pacienta, kterého svým zájmem povzbuzuje, aby se stal sám tvůrcem svého života. To se nemusí slučovat s expertním postojem lékaře, který byl vychován k paternalistickému chápání vztahu s pacientem. Pokud však lékař vědomě využívá znalosti bio-psycho-sociálních okolností nemocného k tomu, aby pomáhal pacientovi navodit změnu a nalézt novou životní rovnováhu, lze i těmito nepřímými metodami získat pacienta k náhledu a pochopení souvislostí. Takové intervence pak lze nazvat psychosomatickými. Je třeba vyloučit postupy eticky problematické nebo doslova manipulativní.

Legitimní cesta může být třeba taková, že navrhneme pacientovi domácí proceduru a vyjednááme o tom, kdo z blízkých by ji měl poskytovat. Mnohdy není ani tak podstatný obsah léčiva, jako spíš kontext, v jakém procedura probíhá. Tak můžeme i fyzikálním prostředkem nebo lékem zasahovat do sociálního systému. Podmínkou je *změna myšlení lékaře*. **Představa lineární kauzality (kdy A je příčinou B), nestačí.** Chápání cirkulární kauzality v živých systémech (A podmiňuje B a B podmiňuje A) dopomůže tvořivěji a účinněji uvažovat o dynamice působení symptomu v širším kontextu. Některý symptom mizí změnou ve vztazích, do kterých je zavázán a ve kterých pak takovou léčbou ztrácí svůj význam a mizí.

*V jednom dobře doloženém případě rozsáhlého chronického ekzému u desetiletého chlapce byla matka velkou specialistkou na mastičky, které denně pečlivě po řadu*

*let mazala na kůži celého těla milovaného syna. Lékař na základě znalosti rodinné dynamiky dal tento úkol otci, čemuž se sice potomek bránil, ale ekzém se konečně ztratil, aniž bychom měnili obsah mastí.*

*V jiném případě u chronicky depresivní ženy středního věku bylo mnohem účinnější, když se podařilo, aby antidepresiva bral pravidelně její značně impulzivní manžel. Správná indikace vedla ke snížení jeho výpadů a k výraznému ozdravení ženy, aniž by musela sama brát antidepresiva. Změna myšlení vyžaduje vidět nikoli jen symptom, orgán nebo jednoho člena rodiny, ale celý složitý bio-psycho-sociální systém.*

Podrobnější ilustrativní kazuistiku jsme publikovali jinde (Chvála, 2017). Domníváme se, že psychosomaticky orientovaný lékař může používat širokou škálu prostředků a metod. Musí ale umět zdůvodnit v pojmech přijatelných v medicínském prostředí, proč tak učinil. Má-li dojít opravdu k úzdavě ve smyslu definice zdraví WHO, děje se tak **vyladováním** v interakci všech systémů mezi sebou ve třech hlavních vrstvách, biologické, psychické i sociální, ať už si toho jsme, nebo nejsme vědomi. Nejen podle naší zkušenosti je to navíc především jistota a důvěra lékaře v metodu, která zlepšuje důvěru pacienta (Konečná, 2012). To neplatí zdaleka jen pro vyvolání užitečného „placebo efektu“ při použití přírodního léčitelství (Honzák, 2016). Stejný princip platí jistě i pro léčebný postup ověřený metodou EBM. I tam může být důvěra ve správný postup významným faktorem, který zlepšuje stav pacienta stejně tak, jako naopak nedůvěra ve vztahu lékaře s pacientem může účinek léku omezovat.

Důvěřujeme-li metodě EBM a tím také účinnosti schváleného postupu, zvyšujeme

tím důvěru a pocit bezpečí pacienta. Jistě se důvěra nepochybně zvyšuje i samotným efektem použitého prostředku, třeba analgetika proti bolesti. Škoda jen, že lékaři vírou v jedinečný a nenahraditelný účinek léku přehlídí neméně důležitý vliv terapeutického vztahu (Balint, 1999). Lék, třeba antidepressivum, podaný mladým a nejistým lékařem může mít mnohem menší efekt než stejný lék předepsaný věhlasným panem profesorem. Šéfové klinik to jistě vědí. A na druhé straně, pokud se oslabí v populaci důvěra k metodám EBM, jako se to stalo nedávno s očkováním, nastalá nedůvěra může značně mařit efekty EBM ověřené praxe.

Čím více se na onemocnění podílí psychická a sociální vrstva, tím větší význam hraje vztah, slovo a naděje na uzdravení. *Lék nebo procedura se stávají vehikulem léčebného vztahu.* Obtížnost psychosomatických pacientů souvisí s tím, že jde vždy o jedinečný případ, individuální historii, často svéráznou laickou teorií o vzniku potíží. Psychosomatice nepomáhají rozsáhlé popisné a statické diagnostické manuály. Pojmy jako příběhová medicína, narativní terapie, vystihují podstatu bohatého repertoáru prostředků psychosomatické léčby, která je účinná v případech psychosomatických symptomů. Vyžadují mnohem pružnější postupy a vytváření jedinečných „teorií“ na míru každému pacientovi. Bývají to postupy orientované na proces.

Psychosomatický pacient vzbuzuje snadno u zdravotnického personálu spoustu nejistoty i hněvu. Práce s nejistotou je v psychosomatické léčbě klíčový fenomén. Jistotu nelze předstírat. Předstíraná jistota může působit jako arogance. Psychosomatický pacient lékaře zpravidla mate, protože se

vymyká běžným „pravidlům stonání“. Má jiné symptomy, než popisuje odborná literatura. Pokud lékař propadne nejistotě, může tím narušit léčebný efekt i správně aplikovaných postupů. Pokud propadá zlosti, nebo se chová arogantně, zvyšuje se šum na úkor informace, roste nedorozumění a nedůvěra. A to zhoršuje vyhlídky psychosomatického pacienta na uzdravení. Nejistotu lékaře lze zvládat zvýšením jeho vlastní sebereflexe a porozuměním jeho vlastnímu životu.

### DIALOG JAKO NÁSTROJ LÉČBY

Paradigma neboli obecně přijímané schéma, vzorec myšlení či model, jak to definoval Tomas Samuel Kuhn, rozhoduje o tom, co vidíme a jak viděnému rozumíme. Je to způsob, jakým chápeme nemoc (Kuhn, 1997). Pokud je pro lékaře nemoc jen náhodným omylem přírody, nehodou tělesných funkcí beze smyslu, pak nezbyvá mnoho místa pro tvořivost a spontánní úzdravu člověka. Nemůže nastat dialog. Dokud je lékař odborník, který sám ví v čem je chyba, nemá skutečný dialog smysl. Pacient se ptá a lékař dává rady. Nezbyvá mu než se soustředit na co nejlepší odhad chyby a tu odstranit. U akutních onemocnění to také většinou stačí. Lineární otázky směřují ke zjištění stavu, k deskriptivní diagnóze, ještě ne ke skutečné změně. Tu navodí až lék, nebo operace.

Dialog, jak ukazuje Niclas Luhmann, německý sociolog, neslouží jen k dorozumění, ale především k zneklidnění. Teprve **dialog** totiž **vede ke změně** v psychických systémech **obou účastníků**, které jsou z principu operacionálně uzavřené (Luhmann, 2006). *Jazyk jako hlavní nástroj léčby tak nemůže být v převážně biologicky orientované medicínské praxi vůbec roz-*

*poznán a doceněn.* Lékař se soustředí na nalezení správného léku, který organizmu chybí (podle vzoru avitaminózy – nemoci z nedostatku vitamínu) nebo látky, která spraví porušenou metabolickou funkci. V naší medicíně je podceňován rozhovor, na lékařských fakultách se jeho nácviku věnuje ve výuce jen minimální prostor, proto jsou naši lékaři ve vedení rozhovoru amatéři. Společnost psychosomatické medicíny ČLS provedla v roce 2018 podrobné šetření týkající se zařazení psychosomatiky do obsahu pregraduálního studia medicíny a dalších zdravotnických oborů. Ukázalo se, že problematika psychosomatiky není v ČR obsahem povinných předmětů v průběhu pregraduálního studia medicíny. Pokud je zmiňována, pak jen sporadicky v rámci jiných studijních předmětů a ve velmi malém rozsahu. Komunikaci je ve studiu medicíny věnována minimální pozornost (Stackeová, 2018). Námitka, že lékař je tady od toho, aby se věnoval léčbě „skutečných nemocí těla“, nemůže obstát, protože jen pacientů s MUS je až 40 % i v naší populaci a dalších psychosomátóz je ještě víc (Chvála, et al. 2015).

Obáváme se, že **podceňování jazyka a dialogu v medicíně** jde tak daleko, že mezi našimi lékaři může panovat nereflektované přesvědčení, že pokud by se někdo uzdravil ze závažného somaticky se projevujícího onemocnění „pouhým rozhovorem“, nebyl doopravdy nemocný. Jak jinak si mohou efekty léčby psychoterapeutickou metodou vysvětlit, než že muselo jít o podvod z obou stran: pacient předstíral, že je nemocný, a psychoterapeut předstíral, že ho léčí. Je možné pacientovi „rozmluvit“ hypertenzi, závažnou ischemickou nemoc srdeční nebo selhávání jater? Jak

by pak nebyli ve zdravotnictví podceňováni psychoterapeuti, kteří se také takovými pacienty denně zabývají a mají k dispozici jako hlavní nástroj léčby terapeutický vztah, a právě především rozhovor! Dobře vědí, že díky dialogu nebo dokonce prací s celým rodinným systémem, došlo ke změně, která umožnila i tělesné uzdravení často bez aplikace léků. O teorii změny ostatně uvažují psychoterapeutické školy mnohem komplexněji než lékařská fyziologie, která bere v úvahu často jen mechanicko-materiální aspekty<sup>2</sup> (Poněšický, 2019). Není právě to příčinou vzájemné izolace biomedicíny a psychoterapeutické komunity a konečně i přehlížení psychosomaticky orientovaných lékařů z obou stran? Psychosomaticky zaměřeni lékaři překonávají tuto propast mezi čistě biologicky zaměřenými lékaři, kterých je ve zdravotnictví většina, a v psychoterapii vzdělanými specialisty.

#### K ČEMU JE LÉKAŘI DOBRÝ PSYCHOTERAPEUTICKÝ VÝCVIK?

Vyjasněme si, k čemu psychosomaticky orientovaný lékař potřebuje alespoň základní vzdělání v psychoterapii. Nemusí mít ambici stát se psychoterapeutem. Jeho praxe ani neumožňuje takové změny, aby místo dvaceti pacientů pracoval denně jen s pěti. Psychoterapie je nástroj, který učí a prohlubuje sebereflexi. Lékař v rámci tréningu v některé z psychoterapeutických škol se především dozví víc o sobě. Naučí se klást otázky, vést dialog, zacházet se svými

<sup>2</sup> Modelovou situací v medicíně jsou potíže způsobené ucpáním cévy, močovo- a žlučovo- nebo útisk nervového vlákna. Kauzální léčbou je odstranění překážky. Představa nedostatku serotoninu na synapsích je podobná, i když jeho „doplnění“ je složitější.

vlastními emocemi, tedy se zneklidněním, které skutečný dialog vyvolává. *Lékaře může například napadnout, že o diagnóze a léku začíná uvažovat ve chvíli, kdy zažívá bezmoc a zlost, léčba oproti očekávání nepostupuje a zlobí se na pacienta, že málo spolupracuje. Snadno pak uniká z autentického rovnocenného vztahu s pacientem do nadřazené mocenské pozice, aby sám sobě pomohl.* Vědění je moc (Foucault, 2000). Bezmoc, jak známo, většina lékařů nesnáší, školeni jsme k tomu, abychom si vždy věděli rady. Silný lék (třeba kortikoidy) skutečně zabere na tělesné rovině, tím se zlepší důvěra pacienta v lékaře, a to se pak podílí na celkovém vyladění jeho biologických, psychologických a sociálních systémů, pokud nejsou ve hře ještě i jiné významné síly pocházející právě z nerefektované (neuvědomované nebo zatajované) psychosociální reality pacienta. Psychosomatický lékař, který prošel psychoterapeutickým vzděláním, se učí lépe rozumět vlastnímu životu, a tím také životu pacienta. Kladením vhodných, reflexivních nebo cirkulárních otázek se s pacientem dostává ke skryté realitě a k možnostem léčebných změn (Jones, 1993). Nemusí pak tak často sahat k lékům, které by mu s pacientem pomohly.

Život nikoho z nás neprobíhá bez traumat a potíží. Pokud projde lékař vlastní životní krizí, krizí manželství, nebo zažije ztrátu blízkého člověka, záleží na tom, jak takovou situaci emočně a psychologicky zpracoval. Neprohloubí-li sebereflexi a nerozpozná například také svůj podíl, nemusí pokládat ani proces sebereflexe pacienta za důležitý. Naopak díky zkušenosti vlastních selhání a jejich reflexe, může být lepším průvodcem pacientovi, který je často

v nějakém kritickém místě svého života a symptomy, se kterými se přišel léčit, jsou projevem přemáhání obtíží, které mu krize přináší.

#### SYSTÉMOVÁ TEORIE JAKO KLÍČ K POCHOPENÍ BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍHO PŘÍSTUPU

Většina lékařů se shodne na tvrzení, že na každém onemocnění se podílí biologické, psychologické i sociální vlivy. Někteří dodají ještě vlivy spirituální. Tak v čem je specifikum psychosomatiky, která tvrdí totéž? Podle naší zkušenosti jde o pochopení lidské existence jako souhry *vzájemně ko-evolučně svázaných sebeorganizujících se systémů, které se k sobě chovají jako systém a prostředí*, a které jsou každý tvořen zcela jinými základními prvky (Luhmann, 2006). Tento přístup nevyžaduje zavádění dalších neznámých sil, abychom vyložili pestrou paletu stonání a uzdravování.

Vztah těla a duše nelze pochopit jen ze dvou odlišných systémů, tělesného a psychického. Je třeba vidět všechny tři, biologický, psychický i sociální. Podstatné je, že *každý operuje jen svými vlastními stavy* a každý lze ovlivňovat jinými prostředky a zkoumat jinou metodologií. Je-li totiž *biologický systém zdrojem signálů*, kterým je v *psychickém systému přidělován význam*, pak v *sociálním systému dochází k vyjednávání významu* ve dvojici nebo skupině (Bateson, 1988). Podstatné je, že tyto tři vrstvy se vzájemně nemohou instruktivně informovat a řídit (Lieb, 1992). Mohou se na sebe v interakci právě jen vyladovat, každý svými vlastními prostředky, jako tři hudební nástroje.

*Když lékař využije znalosti z fyziologie a navrhne pacientovi, aby si na nemoc-*

*nou nohu dával horké zábaly, bude to mít odhadnutelný efekt na kůži, cévy a svaly u každého pacienta téměř stejný. Když proceduru modifikuje tak, aby ji aplikoval někdo blízký, partnerka, matka nebo otec, vedle fyzikálního efektu zapojí také sociální interakci, a ta bude u každého zcela jiná. Když do horkého zábalu doporučí přidat třeba heřmánek nebo mateřídoušku, může tím oslovit ještě i čichovou oblast pacienta a vyvolat z jeho paměti psychické fenomény. Pacientovi se mohou vybatvit chvíle, kdy se o něj jako o miminko starala jeho matka. Nebo také nemusí, ale bude možné o tom s ním mluvit. Vůbec totiž nelze odhadnout, zda to bude vnímat pozitivně nebo negativně, protože právě v psychické oblasti jsou významy zcela individuální, spojené s jedinečným chápáním vlastní historie.*

Každý podnět vyvolá jedinečné asociace, s ostatními lidmi volně propojené díky jazyku a kultuře. Spontánní vznik a udržování sociálních systémů, existence kultury vytváří naději na dorozumění. *Zatímco biologickou vrstvu lze zkoumat, testovat z hlediska pravdivosti, vrstvu psychickou je možné pouze subjektivně prožívat a více či méně ji reflektovat.* Ovšem i tam jde o vnitřní pravdivost nezakryvanou psychologickými obranami. Respektování a práce s psychologickými obranami je podstatnou součástí dobré psychoterapie. Psychické procesy jsou vždy jedinečné a neopakovatelné, jsou výsledkem sebeutváření každého člověka. Více se o tom lze dovědět jedině dialogem v sociální vrstvě naší existence. Ta je tvořena **pozorovanými událostmi**.

Sociálními systémy nemíníme problematiku sociálních dávek, pracovního zařazení či ekonomické situace pacienta, ani práci sociologů, jak si většina zdravotníků nejspíš

představuje. Jde o složitou vztahovou síť, která má svou strukturu a dynamiku. Každý člověk je součástí nějakého takového systému, který může do určité míry ovlivňovat a formovat, a který cirkulárně zase formuje a ovlivňuje jej (Luhmann, 2006). Nároky a obtíže takového koevolučního vývoje a vzájemného ovlivňování jednotlivce a celku logicky přinášejí neustálé konflikty, které, když překročí určitou míru odolnosti, projeví se symptomaticky.

Je naprosto srozumitelné, že proti představě, že se biologické, psychické a sociální systémy vzájemně jen vyladují a nemohou se instruktivně informovat, stojí naše běžná zkušenost. Navenek se člověk jeví jako jednolitý celek. Všichni máme zkušenost, že myšlenku, která se „urodí v hlavě“, tedy jedinečný stav psychického systému, můžeme vyjádřit slovy, hlasem nebo psaním, pohybem, gestem, tedy také tělesně. Copak to je možné pouhým vyladěním? U dospělého člověka, který chrlí jednu myšlenku za druhou nebo bravurně hraje na housle, je nemožné pochopit, jak by mohlo jít o pouhé vyladování psychického aparátu s tělesným bez přímého spojení. Ale podívejte se na malé dítě, které se teprve učí používat své tělo. Jak obtížné je vytvořit první záměrný pohyb, vyslovit první zamýšlenou hlásku, první smysluplné slovo.

Naše chování po porodu je řízeno instinkty, které zajišťují rozvoj prvních sociálních systémů matka-dítě, později matka-dítě-otec a dalších. Pokud jsou vztahy v těchto subsystemech pro dítě bezpečné, rozvíjí se jeho bohatý psychický aparát (Bowlby, 2012). Význam těchto vazeb je intenzivně zkoumán. Bez pevného uspořádání kolem dítěte nemůžeme počítat se „zdravým“, tedy obvyklým vývojem (Crittenden, 2009). Zdán-



livě snadné propojení těla, psychiky a chování dosahujeme až velmi dlouhým, náročným a houževnatým tréninkem. Ten trvá formálně do osmnácti let, ve skutečnosti mnohem déle (Trapková, 2020).

Pokud si dovedeme představit všechny tři vrstvy jako vzájemně oddělené, ale přitom koevolučně svázané, zjistíme, že je to ještě složitější. Všechny tři úrovně, biologická, psychická i sociální totiž existují navíc nutně jak na makro-, tak na mikroúrovni. Pokud uznáme, že i každá buňka musí být schopná přidělovat zachyceným signálům významy a podle toho řídit své chování („psychická“ úroveň), pak nás nepřekvapí, že i na úrovni buněk musí existovat něco jako „vyjednaný smysl“, tedy „sociální“ jevy (Lipton, 2016). Projevem nedostatečného rozpoznávání a vyladování jednotlivých buněk s celým organizmem bývá těžké poškození ať už na úrovni autoimunních chorob nebo maligního bujení. Tedy i biologické systémy mohou na mikroúrovni obsahovat jak „psychické“, tak „sociální jevy“, kterými se nám zdá disponovat až jedinec ve svém lidském společenství. Překvapivé nové znalosti mikrobiomu ukazují, jak složité ekosystémové vztahy mezi sebou tyto mikroorganizmy s celým organizmem mají. I to nejspíš patří k našemu tématu (Montgomery, et al., 2020).

Znalost fyziologie a anatomie těla, právě tak jako znalost zákonitostí vývojové psychologie dítěte včetně zákonitostí průběhu separačního procesu ve vrozené struktuře rodiny matka-dítě-otec, umožňuje porozumět pacientovi v jeho životní situaci, v jeho jedinečnosti (Trapková, 2017). Bez schopnosti dialogu, který vyžaduje ochotu k proměně jeho účastníků, se nedozvíme nic podstatného o vnitřním psychickém světě

člověka. Hledme, jak velké nároky na vzdělání na nás klade bio-psycho-sociální model zdraví a nemoci. Není to ten hlavní důvod, proč naděje na jeho uplatnění v medicíně vyslovená už v roce 1977 není dosud naplňovaná (Engel, 1977)?

Současně je zřejmé, že žádný z odborníků na jednotlivou oblast, ať už biologickou, psychologickou nebo sociální, nemůže mít „patent na život“. Když lékař přesvědčuje pacienta, že jedinec on a jeho léky ho mohou zachránit, stejně tak, jako když některý sociolog tvrdí, že rodina už dávno neexistuje a je jedno, kdo děti vychovává, jednájí stejně amatérsky, jako kdyby lékař psychosomatik tvrdil, že „všechny nemoci jsou v hlavě“. Jedině respekt ke všem třem rovinám s jejich rozdílnými systémy vede k vyváženému poznání reality. Biopsychosociální model zdraví a nemoci není užitečný jen pro psychosomatiku.

## ZÁVĚR

Psychosomatická medicína jako zvláštní odborná způsobilost mezi biomedicínou a psychoterapií naplňuje nejpřísnější kritéria na zdraví a nemoc dle definice WHO. Jejím hlavním nástrojem, pokud chce udržet status vědecky obhajitelné disciplíny, je systémová teorie a vyvážený bio-psycho-sociální přístup. V rámci širokého pohledu na zdraví a nemoc může psychosomatická intervence obsahovat širokou škálu léčebných prostředků od slova v otevřeném dialogu, přes jakýkoli známý prostředek k úlevě od potíží, který však chápeme jako **vehikulum terapeutické aliance**. To neznamená, že nejsou některé intervence anebo kombinace metod výhodnější než jiné. V České republice ve srovnání s rozvinutějším zahraničím vidíme větší vliv rodinné

terapie a psychosomaticky orientovaných proudů ve fyzioterapii, což je zvláště výhodná kombinace. Chápání tělesných reakcí v emočním poli neblížších osob a možnosti práce s rodinou a práce s tělem usnadňují léčbu jinak obtížně léčitelných pacientů. Tento teoretický rámec umožňuje také chápat některé alternativní postupy tradiční medicíny, jak jsme ukázali jinde (Chvála, 2008). Za vyléčení nepokládáme pouhou úlevu od symptomů, ale především harmonizaci, tj. vzájemné vyladění biologické, psychologické a sociální vrstvy v životě našeho pacienta v terapeutickém vztahu lékař-pacient, ke kterému je lékař profesionálně školen. Psychoterapie je jedním z významných nástrojů psychosomatické léčby u vybraných pacientů. Její hlavní význam vidíme v přípravě lékařů, kteří se věnují psychosomatickým pacientům, přestože nemusí směřovat k psychoterapeutické praxi. Psychoterapeutické vzdělání na různých úrovních mezi základním školením a psychoterapeutickou specializací jednak prohlubuje schopnost sebereflexe lékaře, porozumění logice životních příběhů, a v neposlední řadě poskytuje vynikající teoretická východiska, obhajitelná na vědecké půdě medicíny, neboť propojuje medicínu s humanitními vědami.

Domníváme se, že důsledné pochopení bio-psycho-sociálního modelu zdraví a nemoci, jak si jej představoval jeho autor, je v převážně biologicky orientované medicíně stále obtížnější naplňovat (Engel, 1977). Drtivá převaha biotechnologií není na překážku jen rozvoji psychosomatiky, ale celé vědecké medicíny. Hlavní příčinu tohoto stavu vidíme ve vzájemném nepochopení badatelů v oblasti biologických, psychologických a sociálních disciplín, v obtížném

propojování poznatků a výzkumné metodologie při absolutní dominanci biotechnologie. Podle našeho názoru má tento stav vážné ekonomické důsledky nadměrnou spotřebou lékařské péče, v mnoha případech ke škodě pacientů (Null, 2003).

V dramaticky rychlém nárůstu informací je logické, že stoupá význam mezioborových týmů, které mohou pokrýt širší potřeby pacienta díky souhře praktiků různých profesí, lékařů, fyzioterapeutů, psychologů, psychoterapeutů a dalších. Je výhodné, když mají k dispozici širokou nabídku procedur, kterými mohou aktivizovat pacienty. Mohou je vést k většímu náhledu, k větší zdatnosti, ke změnám v zaměření pozornosti atd. Podmínkou však je, aby spolu členové týmu dobře vycházeli, respektovali se a svými rozdíly se doplňovali, obohacovali a neohrožovali se. Obtížné to je tam, kde mezi biologicky vzdělanými odborníky panuje „psycho-skepe“, zatímco mezi odborníky z psychosociálních oblastí velmi často vidíme „biofobii“, jak to nazval významný sociolog Napoleon Shannon (Soukup, 2018). Vést takový tým patří k nejtěžším úkolům a největším výzvám. Nápomocná je pravidelná týmová intervize a supervize s externím speciálně vycvičeným supervizorem.

V České republice vidíme v přímém přenosu pokus o rozsáhlou reformu psychiatrie, kde nejde o nic menšího, než o vytvoření a stabilizaci bio-psycho-sociálně kompetentních týmů z odborníků různých profesí ve prospěch komplikovaných psychiatrických pacientů. Změna myšlení v hierarchicky organizovaných zdravotnických týmech je předpokladem potřebné mezioborové a mezirezortní souhry. Systemické myšlení je pro takové týmy výhodné. Kontext je

pak nejméně tak významný jako samotný symptom (Seikkula, 2003). Pochopení pro cirkulární kauzalitu, na rozdíl od té lineární, umožňuje klíčovou změnu pohledu na pacienta a jeho svět, tím i na zdraví a nemoc.

#### REFERENCE

- ALBANI, C., J. BECKER-PFAFF, B. GRAMMICH, G. HILDEBRAND, S. KNEER-WEIDENHAMMER a H. ROTHE, 2020. *Krankenhausbehandlung im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Berlin: DGPM Fortbildungsakademie gGmbH.
- ANDERSON, Harlene, 2009. *Konverzace, jazyk a jejich možnosti*. Brno: N.C.Publ.
- BALINT, M., 1999. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Praha: Grada Publishing, s. 331.
- BAŠTECKÁ, B., 2016. *Psychologická praxe podložená důkazy: Veda a hodnoty*. 14.
- BATESON, G., 1988. *Mind and Nature: Necessary Unity*. New York: Bantam Book.
- BOWLBY, J., 2012. *Odloučení. Kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- CRITTENDEN, P. a R. DALLOS, 2009. *All in the Family: Integrating Attachment and Family Systems Theories*. 10. s. 390–410. DOI: 10.1177/1359104509104048 <http://ccp.sagepub.com>.
- DOHERTY, W. a M. BAIRD, 1983. *Family therapy and family medicine*. N.Y.: The Guilford Press.
- DRURY, N., 1981. *The Healing Power*. London: Fredewrick Muller, s. 231.
- ENGEL, G., 1977. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. s. 129–136.
- FOUCAULT, Michel, 2000. *Dohlížet a trestat*. Studie. Praha: Dauphin.
- GERGER, H., M. HLAVICA, J. GAAB, T. MUNDER a J. BARTH, 2015. *Does it matter who provides psychological interventions for medically unexplained symptoms? A meta-analysis*. s. 217–226. DOI: 10.1159/000380914. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1159/000380914>
- HAVELKOVÁ, A. a A. SLEZÁČKOVÁ, 2017. Výzkum v psychosomatice: stručný průřez pojetími, vývojem a současnými tématy. *EPsychologie, elektornický časopis ČMPS* [online]. [cit. 2021]. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/clanek/295>
- HONZÁK, R., 2016. *Placebo jako opomíjená součást léčby*. s.233–246.
- CHVÁLA, V., 2009. *Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve středisku komplexní terapie v Liberci*. s. 93–103.
- CHVÁLA, V., R. HONZÁK, O. MASNER, M. ROČNOVÁ, B. SEIFERT, M. SEIFERT a L. TRAPKOVÁ, 2015. Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlené příznaky. *Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10, (1).
- CHVÁLA, V. a D. SKORUNKA, 2017. Bio-psycho-sociální přístup nabízí větší porozumění. *Psychiatr.praxi*. Praha: SOLEN, 18(1), 42–46. DOI: DOI: 10.36290/psy.2017.040.
- CHVÁLA, V. a L. TRAPKOVÁ, 2008. *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál.
- JONES, E., 1993. *Family Systems Therapy: Developments in the Milan-systemic Therapies*. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons.
- KLEINSTÄUBER, M., M. WITTHÖFT a W. HILLER, 2011. Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis. *ScienceDirect* [online]. Amsterdam: Elsevier, s. 146–160 [cit. 2020]. DOI: doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.001. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.001>
- KOELEN, J., J. HOUTVEEN, A. ABBASS, P. LUYTEN, E. EURELINGS-BONTEKOE, S. VAN BROECKHUYSEN-KLOTH, M. BÜHRING a R. GREENEN, 2014. Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* [online]. [cit. 2020]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121830>
- KONEČNÁ, H., D. SLOUKOVÁ a T. MAR-

- DEŠIČ, 2012. *Medicína založená na důvěře*. Praha: Galén, s. 155.
- KŘÍŽOVÁ, E., 2015. *Alternativní medicína v České republice*. Praha: Karolinum, s. 150.
- KUHN, T., Jeníček TOMÁŠ, 1997. *Struktura vědeckých revolucí*. Praha: Oikoymenh, s. 206.
- LAKHAN, S. a K. SCHOFIELD, 2013. *Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: A systematic review and meta-analysis*. DOI: e71834. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071834>
- LIEB, Hans, 1992. *Psycho-Somatik: Ununterscheidbare Einheit, instruktive Interaktion oder strukturell gekoppelte Koevolution?*. s. 256–267.
- LIPTON, H., 2016. *The Biology of Belief*. Carlsbad, Kalifornie: Hay House Inc.; Anniversary edition, s. 312.
- LOWEN, Alexander, 1975. *Bioenergetics*. Pennsylvania: Penguin books.
- LUHMANN, N., 2006. *Sociální systémy. Nárys obecné teorie*. Praha: CDK.
- MENON, V., T. RAJAN, P. KUPPILI a S. SARKAR, 2017. *Cognitive behavior therapy for medically unexplained symptoms: A systematic review and meta-analysis of published controlled trials*. Dostupné také z: [https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM\\_17\\_17](https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_17_17)
- MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, s. 332.
- MONTGOMERY, T., A. KÜNSTNER, J. KENNEDY et al., 2020. Interactions between host genetics and gut microbiota determine susceptibility to CNS autoimmunity. *PNAS* [online]. [cit. 2021]. Dostupné z: <https://www.pnas.org/content/117/44/27516>
- MZ, Věstník, 2015. *Vzdělávací program nástavbového oboru. Věstník MZ, květen*.
- NULL, G., C. DEAN a ET AL, 2003. *Death by Medicine*. New York: Nutrition Institute of America.
- PONĚŠICKÝ, J., 2019. *Proces změny v dynamické psychoterapii a psychoanalýze*. Praha: Triton, s. 219.
- PROCHASKA, J. a J. NORCROSS, 1999. *Psychoterapeutické systémy. Průřez teoriemi*. Praha: Grada.
- ŘIHÁČEK, T., P. PAVLENKO a H. FRANKE, 2017. *Účinnost psychoterapeutických postupů u pacientů s medicínsky nevysvětlenými tělesnými symptomy: Shrnutí metaanalýz a přehledných studií*. s. 350–362.
- SEIKKULA, J. a M. OLSON, 2003. *The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its poetic and micropolitics*. s. 403–418.
- SIEGEL, D., 2020. *The Developing Mind; How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are, 3rd Edition*. N.Y.: Guilford, s. 674.
- SIEGEL, D., 2012. *The Developing Mind*. New York: Guilford Press, 506 stran.
- SKORUNKA, D., 2010. *Rodinná terapie*. VYBÍRAL Z., Roubal. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, s. 235–269.
- SOUKUP, M., 2018. *Antropologie. Teorie, koncepty a osobnosti*. Červený Kostelec: Kosmas, s. 773.
- STACKEOVÁ, D., 2018. *Zpráva o současném stavu výuky psychosomatiky na vysokých školách v ČR*. [www.psychosom.cz](http://www.psychosom.cz). Dostupné také z: <https://www.psychosom.cz/psychosom/vydani-4-2018/693-politika>
- ŠEBEK, M., 2020. *Přenos a protipřenos ve vztahu lékaře a pacienta. Psychoanalýza dnes*. Dostupné také z: <http://psychoanalyzadnes.cz/2020/01/16/prenos-a-protiprenos-ve-vztahu-lekare-a-pacienta/>
- TELEC, I., 2017. *Komplementární a alternativní medicína pohledem zdravotnického práva* [online]. Česká advokátní komora [cit. 2020]. Dostupné z: <http://www.bulletin-advokacie.cz/komplementarni-a-alternativni-medicina-pohledem-zdravotnickeho-prava>
- TÓTHOVÁ, J., 2011. *Úvod do transgenerační psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- TRAPKOVÁ, L., 2020. *V genderově zmatené době naše děti nevědí, čím jsou*. s. 100–103.
- TRAPKOVÁ, L. a V. CHVÁLA, 2016. *Liberecký výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch*. s. 126–139.
- TRAPKOVÁ, L. a V. CHVÁLA, 2017. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.

TRESS, W., 2004. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.

VAN DESSEL, N., M. DEN BOEFT, J. VAN DER WOUDE et al., 2014. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically-unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochran*

*Database Syst Rev*. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011142.pub2>

VYBÍRAL, Z. a J. ROUBAL, 2010. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.

*Došlo do redakce 28. 5. 2020, v revidovaném znění 19. 1. 2021. K publikaci přijato 7. 9. 2021.*

## MEDICÍNSKY NEVYSVĚTLENÉ SYMPTOMY A JEJICH ZMĚNA V ČASE

### Medically unexplained symptoms and their change in time

Eva Kostolanská, Tomáš Řiháček

*Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, Brno, CZ;  
e-mail: eva.kostolanska@gmail.com*

*Psychoterapie. 15 (2), 150–164; ISSN 1802-3983*

#### ABSTRAKT

Medicínsky nevysvětlené symptomy (MUS) jsou častým důvodem návštěvy lékaře a stávají se díky tomu jevem vyžadujícím systematické zkoumání. Cílem této studie bylo na vzorku obecné populace zjistit, (1) jaká je prevalence MUS obecně a také četnosti výskytu jednotlivých symptomů, (2) jak se pocíťovaná intenzita MUS vyvíjí v čase a (3) zda tento vývoj MUS v čase souvisí s ke zdraví vztazeným „místem kontroly“ (locus of control).  $N = 549$  respondentů z obecné populace vyplnilo online dotazník (z toho 251 opakovaně po šesti měsících). Výsledky analýzy ukázaly, že 37,3 % vzorku udávalo při prvním měření alespoň jeden MUS. Intenzita MUS měla tendenci mezi prvním a druhým měřením klesat ( $d = 0.49$ ). Neprokázala se souvislost změny MUS s žádnou z dimenzí ke zdraví vztazenému místu kontroly. Výsledky jsou interpretovány v kontextu zahraničních výzkumů.

*Klíčová slova:* medicínsky nevysvětlené symptomy; somatoformní poruchy; prevalence; změna

#### ABSTRACT

Medical unexplained symptoms (MUS) are a frequent reason for medical consultations and thus represent a phenomenon requiring systematic examination. The aim of this study was to determine (1) the prevalence of MUS in a general population sample, as well as the frequency of individual symptoms, (2) the change of MUS intensity in time, and (3) the relationship between this change and health-related locus of control.  $N = 549$  respondents from the general population completed an online questionnaire (251 of them responded to a second wave measurement after six months). The results of the analysis showed that 37.3 % of the sample reported at least one MUS at the first-wave measurement. MUS intensity tended to decrease between the first and second measurements ( $d = 0.49$ ). There was no evidence of a relationship between the change in MUS and any of the health-related locus of control dimensions. The results are interpreted in the context of existing research.

*Key words:* medically unexplained symptoms; somatoform disorders; prevalence; change

## ÚVOD

Ve zdravotním systému se poměrně často vyskytují pacienti udávající fyzické obtíže, jako je například bolest či únava, pro které lékaři ani po důkladném vyšetření nenalezli příčinu. V odborné literatuře jsou proto tyto symptomy označovány nejčastěji jako medicínsky nevysvětlené (medically unexplained symptoms – MUS). V užším smyslu je tento pojem používán jako zastřešující kategorie pro různé funkční somatické potíže, jako je bolest hrudníku, dráždivý tračník či fibromyalgie (Marks a Hunter, 2015). V širším pojetí ale označuje jakékoli pacientovy obtíže, které nebyly dostatečně lékařsky objasněny. Do klasifikace duševních onemocnění se tyto potíže promítají jako somatoformní poruchy (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000) nebo nověji jako porucha se somatickým symptomem (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013). Zatímco některé tyto kategorie zdůrazňují samotnou přítomnost fyzických symptomů, jiné (jako například hypochondrie či již zmíněná porucha se somatickým symptomem) zdůrazňují pacientův postoj a pozornost věnovanou symptomům a jejich prožívání. Z psychologického hlediska existují na vznik těchto potíží různé pohledy. Nejčastěji používaný je kognitivně behaviorální model, který předpokládá, že pacient „neškodné“ tělesné vjemy interpretuje jako příznaky závažné choroby, nadměrně se na ně zaměřuje a jeho emoční a stresová reakce vnímání těchto příznaků dále posiluje (Witthöft a Hiller, 2010). Jiné psychologické koncepce namísto toho zdůrazňují mechanismy disociace a konverze (Brown, 2004).

V našem prostředí se problematice MUS s přesahem do psychoterapie věnují napří-

klad Chvála et al. (2015) či Sekot (2013). V rámci různých psychoterapeutických přístupů byla pojmenována řada nadějných účinných mechanismů, jejichž pomocí lze tyto somatické potíže i duševní stav pacientů oslovit (Řiháček a Čevelíček). Účinnost psychoterapeutických intervencí se ovšem ve vztahu k somatickým symptomům ukazuje jako omezená (Řiháček, Pavlenko a Franke, 2017).

Samotné rozdělení symptomů na „medicínsky nevysvětlené“ (MUS) a „medicínsky vysvětlené“ (MES) je poněkud problematické, a to hned z několika důvodů. Označení MUS je ze své podstaty „negativní“ kategorií, kterou nelze s konečnou platností potvrdit, ale kterou lze pouze vyvrátit pozitivním diagnostickým nálezem. Status MUS či MES přitom nemusí být trvalý a může se v čase měnit. Například Klaus et al. (2013) ve studii provedené na německé populaci zjistili, že 20 % MUS se v průběhu 12 měsíců změnilo v MES a 50 % MES se v tomto období naopak změnilo na MUS. Platí tedy nejen to, že nevysvětlený symptom může být postupem času vysvětlen, ale i to, že existující vysvětlení se může ukázat jako nespolehlivé. Nevysvětlenost symptomů tedy nelze brát jako objektivní kritérium. Výsledky výzkumů zároveň naznačují, že MUS a MES jsou v zásadě z hlediska jejich stability v čase a tendence ke zhoršení srovnatelné (Klaus et al., 2013). I přes tyto výhrady je pojem MUS běžně používán a nevysvětlené symptomy jsou předmětem řady studií. V tomto textu pojem MUS používáme ve smyslu přítomnosti jakéhokoli somatického symptomu, u něhož navzdory lékařským vyšetřením nebylo možné najít příčinu (Mayou, 1991).

### ***Výskyt MUS v populaci***

Výsledky studií, které mapují výskyt MUS v populaci, udávají rozdílné hodnoty prevalence. Je to dáno jejich zaměřením na různé populace (obecná populace, primární péče, sekundární péče) i délkou období, za které je prevalence uváděna (bodová, měsíční, roční). Přehled studií uvádíme v Tabulce 1. Zatímco některé hovoří o prevalenci 6,9 % (Westrienen, Pisters, Veenhof a Wit, 2019), jiné uvádějí až 64,8 % (Steinbrecher, Koerber, FrieseraHiller, 2011) v primární péči. Rozdíly jsou způsobeny také rozdílnými definicemi MUS nebo odlišnými způsoby získávání dat (Hilderink, Collard, Rosmalen, Voshaar, 2013). Například metaanalýza Hallera, Cramera, Lauche a Dobose (2015) uvádí v případě somatizační poruchy bodovou prevalenci mezi 0,8 % a 12,8 % (v závislosti na použitých diagnostických kritériích), zatímco u obecnější kategorie somatoformních poruch uvádí bodovou prevalenci 26,2 %. Více než jeden MUS pak podle této metaanalýzy uvádělo 40,2 % v primární péči. Zpravidla nejvyšší prevalence vychází ve studiích, které zkoumaly zastoupení lidí s alespoň jedním nevysvětleným symptomem (Eliassen et al., 2018; Nimnuan, Hotopf, Wessely, 2001). Z hlediska stupně zdravotní péče jsou pak nejvyšší prevalence udávány ve specializované péči. Studie ukazují, že může jít o 30 až 66 % pacientů (Stone et al., 2009; Nimnuan, Hotopf, a Wessely, 2001), s nejvyšším zastoupením v oblasti neurologické péče a gynekologické péče (Nimnuan et al., 2001).

### ***Změny MUS v čase***

Z výsledků empirických studií zároveň vyplývá, že MUS nemají stabilní charak-

ter, ale vyvíjí se v čase. Například ve studii Jacksona a Passamonti (2005) 47 % respondentů již do 3 měsíců zaznamenalo vymizení některých svých příznaků. Ve studii Marple et al. (1995) pak v průběhu 14 dní uváděla zlepšení svých obtíží většina pacientů (70 až 78 %). Zlepšení MUS v ostatních studiích udává obvykle polovina a více respondentů (43 % podle Jackson a Passamonti, 2005; 50 až 75 % podle Olde Hartman et al., 2009; 63 % podle Claassen-van Dessel et al., 2018). Taktéž studie pracující s německou populací zjistila, že nejčastější MUS měly spíše přechodný charakter (60 % se vytratilo, 55 % nově vzniklo), avšak některé MUS, jako například bolest zad, měly tendenci být spíše persistentní (Klaus et al., 2013).

Westrienen et al. (2019) ve své studii uvádí, že přibližně polovina pacientů s MUS v průměrné intenzitě i po pěti letech tyto symptomy nadále pociťuje nebo se jejich obtíže stanou chronickými. Přetrvání či zhoršení MUS uvedlo po jednom roce 67 % a po pěti letech 48,7 % pacientů. Podle šesti kohortových studií pak ke zhoršení či chronicitě symptomů docházelo u 10 až 30 % pacientů s MUS (Olde Hartman et al., 2009).

### ***Nejčastější symptomy***

Nejčastěji, s prevalencí vyšší než 20 %, respondenti udávali problémy spojené s bolestí (Hiller et al., 2006). Nejvíce se přitom jednalo o bolest hlavy či zad (Frölich, Jacobí a Wittchen, 2006; Geelen, Rydelius a Hagquist, 2015; Steinbrecher et al., 2011). Poměrně často se vyskytovala i astenie nebo únava (Aamland, Malterus a Werner, 2014; Geelen et al., 2015), následována palpitacemi a dušností (Körber et al., 2011). Často se však jednalo o kombinaci více typů bolesti-





**Eva  
Kostolanská**

**Psycholog, frekventant psychoterapeutického výcviku a právník. Dlouhodobě se zabývá tématem duševního a fyzického zdraví. Působí jako lektor a poradce v soukromé i neziskové oblasti.**

vých MUS (Frölich et al., 2006). Ženy pak nejvíce uváděly symptomy jako bolestivou menstruaci či bolestivý pohlavní styk, muži pak problémy s erekcí (Hiller et al., 2006).

Vyšší prevalence u jednotlivých typů symptomů se ve většině případů vyskytovaly u žen, u příslušníků minorit a lidí s nižším vzděláním (Steinbrecher et al., 2011; Verhaak et al., 2006). Ženy uváděly také vyšší počet symptomů než muži (Hiller et al., 2006). V některých případech se vyskytovala vyšší prevalence u mladších lidí (Steinbrecher et al., 2011), jedna ze studií však ukazovala naopak vyšší výskyt u starších osob (Verhaak et al., 2006).

### ***MUS a místo kontroly***

Místo kontroly (locus of control) je psychologický konstrukt popisující, kam lidé „umísťují“ kontrolu nad událostmi, které se jim dějí (Rotter, 1966). Jeho specifickou variantu pak představuje „ke zdraví vztažené místo kontroly“ (multidimensional health locus of control, MHLLoC), tedy přesvědče-

ní lidí o tom, co ovlivňuje či předurčuje jejich zdraví (Wallston, Stein a Smith, 1994). MHLLoC je tak konceptem vyjadřujícím přesvědčení člověka ohledně toho, kdo nebo co může ovlivnit jeho zdraví. Nejčastěji bývá definován pomocí tří dimenzí: (1) interní místo kontroly vyjadřuje přesvědčení, že člověk sám je schopen své zdraví ovlivnit. Externí místo kontroly pak může spočívat (2) v přesvědčení, že vliv na zdravotní obtíže má pouze náhoda a nahodilé skutečnosti (štěstí, osud), nebo (3) v přesvědčení, že kontrola a změna vychází od ostatních, například od rodiny, učitelů nebo lékařů (vlivní druzí) (Wallston et al., 1994).

Výsledky studií opakovaně naznačují, že příčiny, které svým symptomům lidé přisuzují, a jejich atribuční styl mohou mít vliv i na samotný průběh zdravotních obtíží (Duddu, Isaac a Chaturvedi, 2006; Rief, Nanke a Emmerich, Bender a Zech, 2004). Ukázalo se například, že lidé, kteří trpěli dlouhodobou chronickou bolestí zad a měli vyšší interní MHLLoC a nižší MHLLoC vlivných druhých vykazovali v průběhu času lepší výsledky rehabilitace než lidé s vyšším MHLLoC vlivných druhých a nižším interním MHLLoC (Keedy, Keffala, Altmaier a Chen, 2014). Obecně lze na základě této teorie předpokládat, že lidé s vyšším skórem interního MHLLoC budou aktivně vyhledávat řešení, kdežto lidé s vyššími skóry v oblasti externího MHLLoC budou pasivnější a budou spíše očekávat, že případné změny jsou dílem náhodných vlivů či že jejich potíže vyřeší druzí (Petrosky a Birkimer, 1991).

### ***Cíle studie***

Cílem této studie bylo na vzorku obecné populace zjistit, (1) jaká je prevalence MUS

obecně a také četnosti výskytu jednotlivých symptomů, (2) jak se pocíťovaná intenzita MUS vyvíjí v čase a (3) zda tento vývoj MUS v čase souvisí s dimenzemi MHLCoC (předpokládáme, že interní místo kontroly predikuje změnu MUS pozitivně, zatímco oba aspekty externího místa kontroly – náhoda a vlivní druzí – predikují změnu MUS negativně). MUS jsme přitom operacionalizovali ve shodě s Kroenkem (2006) jako přítomnost alespoň jednoho somatického symptomu, který není plně vysvětlen somatickou či duševní poruchou a trvá alespoň šest měsíců.

#### METODA

##### *Design studie a vzorek*

Studie měla formu online dotazníkového průzkumu realizovaného v prostředí LimeSurvey (LimeSurvey Project Team, 2015). Odkaz na dotazník byl šířen pomocí sociálních sítí a e-mailu s žádostí o další šíření. Sběr dat byl plánován jako dvoukolový, proto byli respondenti při prvním vyplnění dotazníku požádáni o e-mailovou adresu. V případě, že ji poskytl, byl jim odkaz na dotazník opětovně zaslán šest měsíců po prvním vyplnění. E-mailová adresa byla použita pro spárování dat z obou měření a poté byla smazána.

V první vlně sběru dat dotazník otevřelo celkem 852 respondentů, avšak 382 z nich dotazník nedokončilo a další 2 byli ze vzorku odstraněni z důvodu zjevně chybných odpovědí. Výsledný vzorek tedy činil  $N = 549$  respondentů (návratnost 64 %), z toho bylo 68 % žen. Respondenti udávali průměrný věk 41,2 let ( $SD = 16$ , min. 18, max. 83) a vzdělání základní ve 2 %, středoškolské v 52 % a vysokoškolské ve 46 % případů.

V rámci první vlny sběru dat 413 respon-



**Tomáš  
Řiháček**

**Je psycholog a psychoterapeut. Působí na Katedře psychologie Fakulty sociálních studií MU v Brně, kde se zabývá zejména výzkumem psychoterapie.**

dentů poskytlo svoji e-mailovou adresu a byli osloveni s žádostí o druhé vyplnění dotazníku. Ve druhé vlně dotazník vyplnilo  $N = 251$  respondentů (návratnost 61 % v rámci druhé vlny, 29 % z celkově oslovených), z toho bylo 69 % žen. Respondenti udávali průměrný věk 42,5 let ( $SD = 15,5$ , min. 20, max. 80) a vzdělání základní v 1 %, středoškolské v 48 % a vysokoškolské v 51 % případů.

##### *Použité metody*

##### **Screening for Somatoform Symptoms**

– 2. Dotazník Screening for Somatoform Symptoms – 2 (SOMS-2; Rief, Heuser a Hiller, 1997) je používán pro účely diagnostiky somatoformních poruch dle diagnostického manuálu DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Obsahuje seznam 53 symptomů, přičemž pět z nich je specifických pro ženy a jedna pro muže. Každá položka obsahuje pětibodovou Likertovu škálu, s jejíž pomocí respondent vyjadřuje míru pocíťovaných potíží od „danou obtíž netrpím“ (0) až po „velmi silně trápí“ (4). Oproti standardní verzi dotazníku byla kaž-

dá položka doplněna otázkou: „Zjistil Váš lékař příčinu této obtíže?“ Možné odpovědi byly: (A) „Ano“, (B) „Ne“, (C) „Nekonzultoval/a jsem to s ním.“ a (D) „Touto obtíží netrpím.“ Pouze v případě, že respondent odpověděl variantou A, byl daný symptom považován za MUS.

**Multidimensional Health Locus of Control Scale.** Dotazník Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLoCS; Wallston, Struder, Wallston a DeVellis, 1978) byl vytvořen pro měření místa kontroly v oblasti zdraví. Skládá se z 18 položek, u nichž respondenti na šestibodové Likertově škále volí možnost od (1) vůbec nesouhlasí až po (6) zcela souhlasí. Dotazník má tři subškály: (1) internalita (6 položek, např. „Jsem přímo zodpovědný/á za své zdraví.“), vlivní druzí (6 položek, např. „Zdravého/zdravou mě udržují odborníci.“) a náhoda (6 položek, např. „Je to jen o štěstí, jestli zůstanu zdravý/á.“). V současné studii byla užitá Forma B tohoto dotazníku, která byla pro účely této studie adaptována do češtiny. Položky 7 a 9 byly při analýze odstraněny, neboť se u české verze ukázaly z psychometrického hlediska jako problematické (Kostolanská, Řiháček, Stehlíková a Cígler, 2018). Vnitřní konzistence takto upravených subškál byla  $\alpha = 0,75$  pro internalitu,  $\alpha = 0,74$  pro vlivné druhé a  $\alpha = 0,57$  pro náhodu.

**Demografický dotazník.** Demografický dotazník obsahoval otázky na věk, pohlaví, vzdělání a možnost vyplnění e-mailové adresy pro účely zařazení respondenta do druhé vlny sběru dat.

### Statistická analýza

Prevalence byla vyjádřena procentuální četností symptomu ve vzorku. Pro sympto-

my, které jsou specifické pouze pro jedno pohlaví, byl jako základ pro výpočet procentuální četnosti použit počet osob daného pohlaví. K procentuálním údajům byly doplněny odhady 95 % intervalů spolehlivosti.

Proměnná „pocitovaná intenzita MUS“ byla vypočítána jako průměr vnímané intenzity všech položek, které daný respondent označil jako medicínsky nevysvětlené. Změna v čase pak byla vypočítána jako intenzita v čase T2 (tj. druhá vlna sběru dat) mínus intenzita v čase T1 (tj. první vlna sběru dat).

Pro testování rozdílů mezi dvěma skupinami byl použit nepárový t-test, pro testování změn v čase pak párový t-test. Vztahy mezi dvěma kontinuálními proměnnými byly ověřovány pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Pro predikci změny pocitované intenzity symptomů byla použita vícenásobná lineární regrese. Statistická analýza byla provedena pomocí programu R (R Core Team, 2019).

## VÝSLEDKY

### Symptomy

V rámci první vlny sběru udávalo alespoň jeden MUS 37,3 % (95 % CI: 33,3 %; 41,3 %) respondentů. U žen pak činila prevalence MUS 42,3 % (95 % CI: 37,3 %; 47,3 %), zatímco u mužů 27,0 % (95 % CI: 20,5 %; 33,5 %). Rozložení MUS prakticky nesouviselo s věkem. Věková hranice byla stanovena na základě mediánu. U mladších respondentů ( $\leq 42$  let) činila prevalence MUS 37,3 % (95 % CI: 31,6 %; 43,0 %), u starších ( $> 42$  let) pak 37,5 % (95 % CI: 31,7 %; 43,3 %). U respondentů se středoškolským vzděláním činila prevalence 36,8 % (95 % CI: 30,0 %; 43,6 %). Současní vysokoškoláci vykazovali prevalenci 44,6 % (95 %

CI: 34,4 %; 54,8 %). Z respondentů s ukončeným vysokoškolským vzděláním uvedlo alespoň jeden medicínsky nevysvětlený symptom 35,3 % (95 % CI: 29,4 %; 41,2 %). Údaje pro respondenty se základním vzděláním kvůli jejich nízkému zastoupení ve vzorku neuvádíme.

Prevalence jednotlivých symptomů je vyobrazena na Obrázku 1. V levé části grafu je zachycena četnost potíží bez ohledu na jejich pocíťovanou intenzitu. U symptomů specifických pro jedno či druhé pohlaví je míra zastoupení počítána pouze v rámci dané subpopulace (např. procento výskytu menstuačních potíží je počítáno pouze z celkového počtu žen). Z obrázku je patrné, že nejčtetnějšími potížemi (bez ohledu na jejich intenzitu) jsou bolest zad, bolest hlavy, nepravidelná menstruace, bolest kloubů a bolestivá menstruace. V pravé části grafu je pak vypočítána průměrná intenzita pocíťovaná v případě, že daný respondent tento symptom skutečně udává. Z této perspektivy se jako nejintenzivněji prožívané jeví bolestivé dýchání nebo hyperventilace, ztráta hlasu, porucha ejakulace nebo erekce, stálé/časté zvracení během těhotenství a ztráta citlivosti při dotyku nebo bolesti. To je však nutno interpretovat s opatrností, neboť tyto nejintenzivněji vnímané obtíže patřily zároveň mezi nejméně čtetné.

### *Změna intenzity symptomů v čase*

Změna intenzity symptomů v čase byla zkoumána na vzorku respondentů, kteří se zúčastnili i druhé vlny dotazování a uvedli alespoň jeden MUS v úvodním dotazníku. Výsledný vzorek pro tuto analýzu činilo  $N = 95$  respondentů. Analýza ukázala, že průměrná intenzita symptomů v čase statisticky významně poklesla:  $t(94) =$

$4.7866, p < 0,001, d = 0.49$  [95 % CI: 0,20; 0,78]. Míra poklesu se nelišila dle pohlaví:  $t(69,33) = 0.11606, p = 0,908$ , avšak pokles byl obecně tím nižší, čím starší byl respondent:  $r = 0,22, p = 0,031$ , [95 % CI: 0,02; 0,40]. Symptomy, které vykazovaly největší změnu v čase, zahrnovaly (v tomto pořadí) nepříjemný pocit v intimních partiích, nebo v jejich okolí, častý průjem, ztrátu hlasu, silné krvácení během menstruace, nepravidelnou menstruaci, bolestivou menstruaci, nadměrné pocení, bolest při močení, návaly horka nebo zrudnutí, záchvaty křečí a časté močení.

### *Souvislost změny intenzity symptomů s místem kontroly*

Pro testování vlivu MHL0C na změnu intenzity MUS v čase byla použita vícenásobná lineární regrese. Tři dimenze MHL0C (internalita, vlivní druzí a náhoda) měřené v první vlně byly použity jako prediktory změny pocíťované intenzity MUS v čase; navíc byl kontrolován vliv věku a pohlaví. Regresní model změnu MUS vysvětloval statisticky významně:  $F(5, 245) = 3,4, p = 0,005, R^2 = 0,065$ . Statisticky významnými prediktory byly dimenze MHL0C internalita ( $\beta = -0,19, p = 0,009$ ) a náhoda ( $\beta = -0,20, p = 0,007$ ), a dále pak věk ( $\beta = 0,17, p = 0,008$ ). Tento model však dokázal vysvětlit pouze necelých 7 % celkové variability ve změně MUS. Dimenze náhody navíc v rozporu s naším očekáváním souvisela s velikostí změny negativně (čím vyšší víra v to, že naše zdraví je výsledkem náhody, tím větší ústup symptomů). V případě, že bychom ze vzorku odstranili jednoho respondenta s hodnotami výrazně se odlišujícími od ostatních (maximální skór internality a současně nejvýraznější

ústup symptomů), dimenze internality by pozbyla statistickou významnost ( $\beta = -0,14$ ,  $p = 0,061$ ).

## DISKUZE

V této práci jsme si kladli za cíl prozkoumat prevalenci, pocíťovanou intenzitu a změnu v MUS čase u běžné populace. Námi zjištěná prevalence se pohybuje ve středním pásmu rozpětí výsledků předchozích studií (Haller et al., 2015; Westrienen et al., 2019; Steinbrecher et al., 2011) a odpovídá tak zjištěním zahraničních studií.

Obdobně jako v předchozích studiích mezi nejčastější symptomy patřily symptomy spojené s bolestí. V souladu s ostatními studiemi i v rámci naší studie byla nejčastěji udávána bolest zad a bolest hlavy (Frölich et al., 2006; Geelen et al., 2015; Steinbrecher et al., 2011). Za zajímavé považujeme zjištění, že k největšímu výskytu MUS docházelo u vysokoškoláků. Náš vzorek byl příliš malý na to, abychom mohli tento závěr spolehlivě zevšeobecnit, nicméně by bylo vhodné, aby příští studie na toto téma věnovaly této části populace zvýšenou pozornost. Pokud jde o pocíťovanou intenzitu, pořadí symptomů se liší od pořadí na základě prevalence – ukazuje se tak, že nejčastější symptomy nemusejí patřit mezi ty subjektivně nejhůře prožívané.

Průměrná pocíťovaná intenzita MUS uvedená při první administraci se v průběhu šesti měsíců snížila. Tento výsledek je v souladu s výsledky předchozích studií, které ukazovaly, že intenzita MUS má v průběhu času u více než poloviny pacientů sestupnou tendenci a může vést až k vymizení symptomů (Jackson a Passamonti, 2005; Olde Hartman et al., 2009; Claassen-van Dessel et al., 2018).

Dalším cílem studie bylo zjistit, zda existuje vztah mezi místem kontroly a změnou intenzity MUS v čase. Předpokládané vztahy se nepodařilo prokázat, přestože existence možného vlivu místa kontroly na vývoj onemocnění či rehabilitaci byla naznačena předchozími studiemi (Keedy et al., 2014). Dimenze náhody navíc souvisela s velikostí změny opačně, než jsme očekávali (čím vyšší víra v to, že naše zdraví je výsledkem náhody, tím větší ústup symptomů). Je možné, že určité ponechání „věci náhodě“ působí u MUS protektivně tím, že snižuje napětí pramenící z faktu, že pacient nedokáže tyto nevysvětlené potíže svým vlastním úsilím či za pomoci lékařů (tj. vlivných druhých) ovlivnit.

Hlavním limitem této studie je výběr vzorku, který není reprezentativní vůči běžné populaci. Prezentované odhady tak mohou být zkresleny a je zapotřebí studii replikovat před případným zobecněním jejich výsledků. Vzhledem ke korespondenci našich zjištění s výsledky zahraničních studií však nepředpokládáme, že by toto zkreslení bylo významné.

Dalším limitem je fakt, že jsme ve druhé vlně měření již znovu nezjišťovali, které symptomy mají status MUS, a počítali jsme pouze s údaji z prvního měření. Vzhledem k tomu, že symptomy mohou měnit svůj status oběma směry, tj. z nevysvětlených na vysvětlené a naopak, a že nové MUS mohou též v čase přibývat (Klaus et al., 2013), může být náš odhad poklesu intenzity MUS v čase nadhodnocený.

Za limit je nutné považovat také spoléhání na sebesposouzení ze strany respondentů. Respondenti z běžné populace většinou nejsou odborníky na diagnostiku somatických onemocnění a jejich úsudek ohledně toho,

co znamená „medicínsky nevysvětlený“, nemusí být dostatečně spolehlivý.

Pokud je nám známo, je naše studie první svého druhu v českém prostředí. Bylo by proto vhodné ji replikovat. I v této podobě však představuje důležitou sondu do problematiky prevalence a vývoje MUS u běžné populace.

### PODĚKOVÁNÍ

Vznik tohoto článku byl podpořen z prostředků grantového projektu GA18-08512S. Děkujeme Jolaně Stehlíkové za spolupráci při sběru dat.

*Role autorů:* První autorka provedla sběr dat. Oba autoři se podíleli na formulaci designu, analýze dat a napsání textu.

*Konflikt zájmů:* Bez konfliktu zájmů.

*Finanční zdroje:* Vznik tohoto článku byl podpořen z prostředků grantového projektu GA18-08512S.

### ZDROJE

- Aamland, A., Malterud, K., & Werner, E. L. (2014). Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: A descriptive study from Norwegian general practice. *BMC Family Practice, 107*(15).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Brown, R. J. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: An integrative conceptual model. *Psychological Bulletin, 130*(5), 793–812.
- Claassen-van Dessel, N., Wouden, J. C., Hockstra, T., Dekker, J., & van der Horst, H. E., (2018). The 2-year course of medically unexplained physical symptoms in terms of symptom severity and functional status: Results of the PROSPECTS cohort study. *Journal of Psychosomatic Research, 104*, 76–87.
- Creed, F., Barksis, A., & Leiknes, K. A. (2011). Epidemiology: Prevalence, causes and consequences. In F. Creed, P. Henningsen, & P. Fink (Eds.), *Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress: Developing better clinical services* (pp. 1–42). Cambridge: Cambridge University Press.
- de Waal, M. W., Arnold, I. A., Eekhof, J. A., & van Hemert, A. M. (2004). Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry, 184*, 470–476.
- Duddu, V., Isaac, M. K., & Chaturvedi, S. K. (2006). Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: A review. *International Review of Psychiatry, 18*(1), 25–33.
- Eliassen, M., Schröder, A., Kreiner, S., Dantoft, T. M., Poulsen, Ch. H., Petersen, M. W., ...Jørgensen, T. (2018). A step towards a new delimitation of functional somatic syndromes: A latent class analysis of symptoms in population-based cohort study. *Journal of Psychosomatic Research, 108*, 102–117.
- Fröhlich, C., Jacobi, F., & Wittchen, H.U. (2006). DSM-IV pain disorder in the general population. An exploration of the structure and threshold of medically unexplained pain symptoms. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 256*, 187–196.
- Geelen, S. M., Rydelius, P.-A., & Hagquist, C. (2015). Somatic symptoms and psychosocial concerns in a general adolescent population: Exploring relevance of DSM-5 somatic symptom disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 79*(4), 251–258.
- Haller, H., Cramer, H., Lauche, R., & Dobos, G. (2015). Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Deutsches Arzteblatt International, 112*(16), 279–289.
- Hilderink, P. H., Collard, R., Rosmalen, J. G.

- M., & Voshaar, R. C. (2013). Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, *12*, 151–156.
- Hiller, W., Rief, W., & Brähler, E. (2006). Somatization in the population: From mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*, 704–712.
- Chvála, V., Honzák, R., Masner, O., Ročňová, M., Seifert, M., Trapková, L., & Seifert, B. (2015). *Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.
- Jackson, J. L., & Passamonti, M. (2005). The outcomes among patients presenting in primary care with physical symptom at 5 years. *Journal of General Internal Medicine*, *20*, 1032–1037.
- Keedy, N. H., Keffala, V. J., Altmaier, E. M., & Chen, J. J. (2014). Health locus of control and self-efficacy predict back pain rehabilitation outcomes. *The Iowa Orthopaedic Journal*, *34*, 158–65.
- Klaus, K., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., Glaesmer, H., & Mewes, R. (2013). The distinction between “medically unexplained” and “medically explained” in the Context of somatoform disorders. *International Journal of Behavioral Medicine*, *20*, 161–171.
- Kostolanská, E., Řiháček, T., Stehlíková, J., & Cígler, H. (2018). *Czech adaptation of the Multidimensional Health Locus of Control Scale: Confirmatory factor analysis and measurement invariance*. Unpublished manuscript.
- Körber, S., Frieser, D., Steinbrechcer, N., & Hiller, W. (2011). Classification characteristics of the Patient Health Questionnaire-15 for screening somatoform disorders in a primary care setting. *Journal of Psychosomatic Research*, *71*, 142–147.
- Kroenke, K. (2006). Physical symptom disorder: A simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*(4), 335–339.
- LimeSurvey Project Team. (2015). *LimeSurvey: An open source survey tool*. LimeSurvey Pro-ject Hamburg, Germany. <http://www.limesurvey.org>
- Leiknes, K.A., Finset, A., Moum, T., & Sandanger, I. (2007). Current somatoform disorders in Norway: Prevalence, risk factors and comorbidity with anxiety, depression and musculoskeletal disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*, 698–710.
- Marks, E. M., & Hunter, M. S. (2015). Medically unexplained symptoms: An acceptable term? *British Journal of Pain*, *9*(2), 109–114.
- Marple, R. L., Kroenke, K., Lucey, C. R., Wilder, J., & Lucas, C. A. (1997). Concerns and expectations in patients presenting with physical complaints: Frequency, physician perceptions and actions, and 2-week outcome. *Internal Medicine*, *157*(14), 1482–1488.
- Mayou, R. (1991). Medically unexplained physical symptoms: Do not overinvestigate. *The Bmj*, *303*(9), 303–304.
- Nimnuan, Ch., Hotopf, M., & Wessely, S. (2001). Medically unexplained symptoms: An epidemiological study in seven specialties. *Journal of psychosomatic research*, *51*(1), 361–367.
- Olde Hartman, T. C., Borghuis, M. S., Lucassen, P. L. B. J., van de Laar, F. A., Speckens, C., & van Weel, A. E. (2009). Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: Course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, *66*, 363–370.
- Petrosky, M. J., & Birkimer, J. C. (1991). The relationship among locus of control, coping styles, and psychological symptom reporting. *Journal of Clinical Psychology*, *47*(3), 336–345.
- Peveler, R., Kilkenny, L., & Kinmonth, A. L. (1997). Medically unexplained physical symptoms in primary care: A comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *Journal of psychosomatic research*, *42*(3), 245–252.
- R Core Team (2019). *R: A language and environment for statistical computing*. R Found-

- dation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>
- Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., & Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: Retrospective cohort study. *Bmj*, *322*(7289), 767.
- Rief, W., Heuser, J., & Hiller, W. (1997). *SOMS, Das Screening für somatoforme Störungen: Manual zum Fragebogen [SOMS, The Screening for Somatoform Disorders: The Questionnaire Manual]*. Bern: Huber-Verlag.
- Rief, W., Nanke, A., Emmerich, J., Bender, A., & Zech, T. (2004). Causal illness attributions in somatoform disorders: Associations with comorbidity and illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*(4), 367–371.
- Rosendal, M., Carlsen, A. H., Rask, M. T., & Moth, G. (2015). Symptoms as the main problem in primary care: A cross-sectional study of frequency and characteristics. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *33*(2), 91–99.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, *80*(1), 1–28.
- Řiháček, T. & Čevelíček, M. (2019). Common therapeutic strategies in psychological treatments for medically unexplained somatic symptoms. *Psychotherapy Research* [online].
- Řiháček, T., Pavlenko, P. & Franke, H. (2017). Účinnost psychoterapeutických postupů u pacientů s medicínsky nevysvětlenými tělesnými symptomy: Shrnutí metaanalýz a přehledových studií. *Československá psychologie*, *61*(4), 350–362.
- Sekot, M. (2013). Medicínsky nevysvětlitelné symptomy – diagnostika a léčba. *Interní medicína pro praxi*, *15*(3–4), 121–124.
- Steinbrecher, N., Koerber, S., Frieser, D., & Hiller, W. (2011). The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, *52*(3), 263–271.
- Stone, J., Carson, A., Duncan, R., Coleman, R., Roberts, R., Warlow, C., & Sharpe, M. (2009). Symptoms “unexplained by organic disease” in 1144 new neurology out-patients: How often does the diagnosis change at follow-up? *Brain*, *132*(10), 2878–2888.
- van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J., Kleinstäuber, M., Leone, S., Terluin, B., ... van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically-unexplained physical symptoms (MUS) in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*, CD011142.
- Verhaak, P. F., Meijer, S. A., Visser, A. P., & Wolters, G. (2006). Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice* *23*, 414–420.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health education monographs*, *6*(1), 160–170.
- Wallston, K. A., Stein, M. J., & Smith, C. A. (1994). Form C of the MHLC Scales: A Condition-Specific Measure of Locus of Control. *Journal of Personality Assessment*, *63*(3), 534–553.
- Westrienen, P. E., Pisters, M. F., Veenhof, C., & Wit, N. J. (2019). Identification of patients with moderate medically unexplained physical symptoms in primary care with five years follow-up. *BMC Family Practice*, *20*(66), 1–8.
- Witthöft, M., & Hiller, W. (2010). Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *6*, 257–285.

Došlo do redakce 14. 1. 2020, v revidovaném znění 12. 2. 2020. K publikaci přijato 12. 2. 2020.



Tabulka 1 Přehled výzkumů prevalence MUS

Studie	Populace	Země	N	Kritérium MUS	Období prevalence	Prevalence
de Waal, Arnold, Eekhof & Hemert (2004)	primární péče	Nizozemí	1 046	PSC; SF-36; HADS; splnění podmínek pro somatoformní poruchu dle DSM-IV	bodová	16,1 %
Eliassen et al. (2018)	obecná populace	Dánsko	9 603	checklist 31 symptomů; alespoň 1 MUS	12 měsíců	72 %
Fröhlich, Jacobi & Wittchen (2005)	obecná populace	Německo	4 181	M-CIDI; pouze symptomy související s bolestí; alespoň 1 za posledních 12 měsíců	12 měsíců	28 %
Haller et al. (2015)	primární péče	metaanalýza 32 studií z 24 zemí	70 085	aspoň 1 MUS	bodová 12 měsíců	40,2 % 49 %
Hiller, Rief & Brähler (2006)	obecná populace	Německo	2 552	SOMS-7; symptomy v posledních 7 dnech; alespoň jeden symptom	7 dní	81,6 % (mírné obtíže), 22,1 % (závažné obtíže)
Jackson & Passamonti (2005)	primární péče	USA	338	PHQ-15; alespoň 1 symptom; rozhodnutí lékaře na základě anamnézy a prohlídky	1 měsíc	48 %
Körber, Frieser, Steinbrecher & Hiller (2011)	primární péče	Německo	308	PHQ-15; strukturovaný rozhovor; praktický lékař rozhodne na základě dostupných informací	12 měsíců	76 %
Leiknes, Finset, Moum & Sandanger (2007)	obecná populace	Norsko	1 247	CIDI 1.0; M-CIDI; alespoň 1 MUS posledních 6 měsíců;	6 měsíců	19,2 %

Tabulka 1 Přehled výzkumů prevalence MUS – pokrač.

Studie	Populace	Země	N	Kritérium MUS	Období prevalence	Prevalence
Nimnunan et al. (2001)	sekundární péče	Dánsko	582	Symptom Review Questionnaire; Illness Cognition, Brief Disability Questionnaire a posouzení lékařem; alespoň 1 MUS	bodová	52 %
Peveler, Kilkenny & Kinmonth (1997)	primární péče	Velká Británie	175	upravený checklist DIS podle kritérií pro somatickou poruchu dle DSM-III-R a posouzení lékařem	3 měsíce	19 % (lékaři), 35 % (skřínink)
Reid, Wessely, Crayford & Hotopf (2001)	primární péče	Velká Británie	361	1 a víc konzultací MUS v průběhu posledních 3 let; posouzení lékařem	3 roky	97 %
Rosendal, Carlsen, Rask & Moth (2015)	primární péče	Dánsko	7 008	konzultace u lékaře ohledně aktuálních potíží, převedení na kódy ICPC; posouzení lékařem; alespoň 1 symptom bez diagnózy	bodová	36,4 %
Steinbrecher, Koerber, Frieser & Hiller (2011)	primární péče	Německo	620	PHQ-15 a diagnostické interview upravený CIDI a posouzení lékařem	12 měsíců	64,8 %
Stone et al. (2009)	neurologie	Velká Británie	3 781	posouzení lékařem; alespoň 1 symptom nedostatečně vysvětlený diagnózou	bodová	30 %
Verhaak, Meijer, Visser & Wolters (2006)	primární péče	Nizozemí	400 000	1 a víc konzultací u lékaře s 4 a víc MUS v předchozím roce	12 měsíců	2,45 %

Tabulka 1 Přehled výzkumů prevalence MUS – pokrač.

Studie	Populace	Země	N	Kritérium MUS	Období prevalence	Prevalence
Westric- nen et al. (2019)	primární péče	Dánsko	114 185	symptomy kódované ICPC; 5 a více konzultací v 1 roce; kódování obtíží dle ICPC; PRESUME, alespoň 1 MUS	12 měsíc	6,9 %

*Poznámka:* CIDI = Composite International Diagnostic Interview; DIS = Diagnostic Interview Schedule; HADS = Hospital Anxiety and Depression; ICPC = Classification of Primary Care (kódy uváděné v národní databázi pacientů); Illness Cognition = Sebeuposuzovací dotazník ohledně možných příčin a trvání obtíží; M-CIDI = Munich Composite International Diagnostic interview; PHQ-15 = Patient Health Questionnaire-15; PRESUME = Preventive Screening of Medically Unexplained Physical Symptoms; PSC = Physical Symptom Checklist; SF-36 = Medical Outcomes Study Questionnaire Short Form 36 Health Survey; SOMS-7 = Screening for Somatoform Symptoms; Symptom Review Questionnaire = 27 somatických symptomů (dotazník vytvořený pro účely dané studie).

Obrázek 1. Prevalence, pocítovaná intenzita a změna v čase

Symptom	Četnost (n)	Četnost (%)	Intenzita	Změna
03) bolest zad	42	7,7%	2,36	-1,25
01) bolest hlavy	31	5,6%	2,35	-0,42
50) nepravidelná menstruace	20	5,4%	2,25	-2,33
04) bolest kloubů	29	5,3%	2,14	-1,27
49) bolestivá menstruace	19	5,1%	2,42	-2,33
02) bolest břicha	26	4,7%	1,88	-0,71
53) neobvyklý nebo silnější vaginální výtok	17	4,6%	1,82	-1,83
05) bolest v nohou nebo rukách	25	4,6%	2,08	-1,71
11) nadýmání	21	3,8%	1,81	-1,92
33) nepříjemný pocit v intimních partiích, nebo v jejich okolí	20	3,6%	2,20	-2,50
51) silné krvácení během menstruace	13	3,5%	2,08	-2,40
30) neobvyklá únava po mírné zátěži	19	3,5%	2,05	-1,57
41) nepříjemný pocit brnění	17	3,1%	1,53	-1,17
26) nadměrné pocení	16	2,9%	2,44	-2,33
31) skvrny na kůži nebo změny zbarvení kůže	16	2,9%	1,81	-1,67
46) ztráta paměti	15	2,7%	1,60	-1,33
12) nepříjemný pocit v oblasti kolem srdce	14	2,6%	1,71	-0,88
16) přecitlivělost na některá jídla	13	2,4%	2,38	-1,78
20) častý průjem	13	2,4%	2,31	-2,50
24) bušení srdce	13	2,4%	1,85	-1,63
08) bolest během sexuálního styku	11	2,0%	1,82	-1,00
10) pocit na zvracení	11	2,0%	1,73	-0,56
28) dušnost (bez námahy)	10	1,8%	2,00	-1,00
25) pocit tlaku, chvějí nebo neklidu v břiše	10	1,8%	1,90	-0,80
09) bolest při močení	9	1,6%	2,22	-2,33
34) zhoršená koordinace nebo rovnováha	9	1,6%	2,00	-1,67
27) návaly horka nebo zrudnutí	9	1,6%	1,89	-2,25
44) hluchota	9	1,6%	1,56	-1,43
15) škytavka nebo pálení žáhy	8	1,5%	2,25	-1,25
06) bolest na hrudi	8	1,5%	2,13	-0,80
19) sucho v ústech	8	1,5%	2,13	-0,50
18) pachut' v ústech nebo povlak na jazyku	8	1,5%	1,75	-1,75
22) časté močení	7	1,3%	2,14	-2,20
42) dvojité vidění	7	1,3%	2,00	-2,00
45) záchvaty křečí	7	1,3%	2,00	-2,25
14) častější návrat obsahu žaludku zpátky do jícnu	7	1,3%	1,86	-0,67
23) časté nucení na stolici	7	1,3%	1,86	-1,33
32) sexuální nezájem (ztráta sex. touhy)	7	1,3%	1,57	-1,33
48) porucha ejakulace nebo erekce	2	1,1%	2,50	0,00
37) ztráta hlasu	6	1,1%	2,83	-2,50
36) potíže s polykáním nebo pocit tzv. knedlíku v krku	6	1,1%	1,50	-1,33
07) bolest v oblasti konečnicku	4	0,7%	2,00	-2,00
35) ochrnutí nebo svalová slabost	4	0,7%	1,50	-1,00
29) bolestivé dýchání nebo hyperventilace	3	0,5%	3,00	0,00
17) ztráta chuti k jídlu	3	0,5%	1,67	-2,00
47) ztráta vědomí	3	0,5%	1,00	-1,00
52) stálé/časté zvracení během těhotenství	2	0,5%	2,50	-1,00
40) ztráta citlivosti při dotyku nebo bolesti	2	0,4%	2,50	0,00
43) slepota	2	0,4%	1,00	-1,00
13) zvracení (mimo těhotenství)	1	0,2%	1,00	0,00
39) halucinace	1	0,2%	1,00	-1,00
21) výtok z konečnicku	0	0,0%	0,00	0,00
38) zadržování močení	0	0,0%	0,00	0,00

*Poznámka:* Čísla symptomů odpovídají jejich pořadí v dotazníku SOMS-2. Na obrázku jsou seřazeny podle četnosti. U symptomů specifických pro jedno pohlaví byla procentuální četnost vypočítána pouze pro dané pohlaví. Sloupec intenzita obsahuje průměrnou pocítovanou intenzitu daného symptomu vypočítanou vždy z té části vzorku, která daný symptom udávala. Sloupec změna je průměrným rozdílem mezi prvním a druhým měřením. Záporné číslo vyjadřuje snížení intenzity.

## VŠÍMAVOST V PROGRAMECH NEZAMĚŘENÝCH NA JEJÍ ROZVÍJENÍ: METAANALÝZA ZNÁHODNĚNÝCH KONTROLOVANÝCH STUDIÍ

### Mindfulness in non-mindfulness-based programs: Meta-analysis of randomized controlled trials

Jan Benda

Department of Psychology, Faculty of Arts, Charles University, Prague, CZ;  
e-mail: psychoterapeut@gmail.com

Psychoterapie. 15 (2), 165–176; ISSN 1802-3983

#### ABSTRAKT

*Cíle:* Cílem této metaanalýzy bylo zjistit, zda všímavost rozvíjejí i některé terapeutické nebo intervenční programy, které na její rozvíjení nejsou explicitně zaměřené. *Metoda:* S využitím databáze Scopus jsme vyhledali randomizované kontrolované studie, které sledovaly vliv různých terapeutických nebo intervenčních programů nezaměřených explicitně na rozvíjení všímavosti na úroveň všímavosti. Vyhledávání jsme omezili na studie, které k měření všímavosti použily Dotazník pěti aspektů všímavosti. *Výsledky:* Identifikovali jsme 24 studií, které splňovaly naše kritéria pro zařazení. Z posuzovaných programů měly dva na změnu všímavosti velký vliv ( $0,8 < d$ ), sedm mělo středně velký vliv ( $0,5 < d < 0,8$ ), deset mělo malý vliv ( $0,2 < d < 0,5$ ) a pět nemělo téměř žádný vliv nebo mělo vliv záporný ( $d < 0,2$ ). Vážený průměr velikostí účinku všech 24 programů na rozvoj všímavosti byl  $d = 0,41$ . *Závěr:* Všímavost rozvíjejí i mnohé terapeutické nebo intervenční programy, které nejsou explicitně zaměřené na její rozvíjení.

*Klíčová slova:* všímavost, obecný faktor, psychoterapeutická změna, metaanalýza, Dotazník pěti aspektů všímavosti

#### ABSTRACT

*Objectives:* The aim of this meta-analysis was to investigate if mindfulness is developed in some therapy or intervention programs, that are not explicitly focused on its development. *Method:* Randomized controlled trials were searched from Scopus database that investigated the effect of non-mindfulness-based therapy or intervention programs on the levels of mindfulness. The search was limited to studies which have used the Five Facet Mindfulness Questionnaire for measuring mindfulness. *Results:* A total of 24 trials met inclusion criteria. Among the assessed programs, two had large effects for change in mindfulness ( $0,8 < d$ ), seven had medium effects ( $0,5 < d < 0,8$ ), ten had small effects ( $0,2 < d < 0,5$ ) and five had either no effect or negative effect ( $d < 0,2$ ). The weighted mean of effect sizes of all 24 programs on mindfulness development was  $d = 0,41$ . *Conclusion:* Many non-mindfulness-based therapy or intervention programs do have an effect on the increase of mindfulness.

*Keywords:* mindfulness, common factor, psychotherapeutic change, meta-analysis, Five Facet Mindfulness Questionnaire

## VÝCHODISKA

Všímavost (angl. mindfulness) je schopnost uvědomovat si procesy probíhající v našem těle a mysli v přítomném okamžiku s postojem porozumění a přijetí. Tuto schopnost lze rozvíjet prostřednictvím meditace, ale i jinými prostředky (viz Benda, 2019; Žvelc, Žvelc, 2021; Frýba, 2008).<sup>1</sup> A lze jí úspěšně využívat v léčení celé řady duševních poruch, včetně například úzkostných poruch, depresí, závislostí, psychóz aj. (viz např. Goldberg et al., 2018; Hodann-Caudevilla et al., 2020; Houry et al., 2013). V současné době je všímavost spojována především s třetí vlnou kognitivně behaviorálních terapií, které se na její rozvíjení explicitně zaměřují (viz např. Benda, 2007; Šlepecký et al., 2018). Je však pravděpodobné, že prakticky jakákoliv psychoterapie všímavost rozvíjí. Martin (1997) považuje všímavost za důležitý obecný (společný) faktor, který je podle něj významným facilitátorem psychotherapeutické změny. Faktor, který je patrně ve všech formách psychoterapie přítomný, i když tradiční existenciálně-humanistické, psychodynamické nebo integrativní přístupy slovo všímavost obvykle nepoužívají.<sup>2</sup> Výjimkou byl snad jen český rodák Mirko Frýba, který se rozvíjení všímavosti v inte-

grativní psychoterapii (satiterapii) věnoval a také upozorňoval na důležitou roli všímavosti v procesu psychotherapeutické změny (Frýba, 2008; srov. Hájek, 2004). Řada odborníků se v současné době každopádně pokouší zmapovat a vysvětlit konkrétní mechanismy, jejichž prostřednictvím všímavost ovlivňuje naše prožívání a přispívá k duševnímu zdraví a osobní pohodě (např. Dixon, Girn, Christoff, 2020; Lin, Callahan, Moser, 2018; Lindsay, Creswell, 2017; Ludwig, Brown, Brewer, 2020). A lze předpokládat, že v budoucnu se všímavost nejspíš stane součástí obecné psychopatologie (Wielgosz et al., 2019) i obecné teorie psychotherapeutické změny (Benda, 2019).

Zatím nicméně není k dispozici mnoho výzkumných studií, které by sledovaly rozvíjení všímavosti u tradičních forem psychoterapie (srov. Johansson et al., 2013; Keng et al., 2017). Většina výzkumů všímavosti se dosud soustředila jen na nové KBT přístupy, které k rozvíjení všímavosti využívají meditaci.<sup>3</sup> Xia et al. (2019) proto nedávno provedli metaanalýzu, v níž ověřovali, zda k rozvoji všímavosti dochází i v rámci terapeutických nebo intervenčních programů, které na její rozvíjení nejsou explicitně zaměřené (angl. non-mindfulness-based interventions, dále též non-MBIs).

<sup>1</sup> Když se například psychotherapeut zeptá klienta: „Jak se právě teď cítíte?“ stimuluje tím klienta, aby si všiml svých tělesných pocitů. A i takto jednoduše pomáhá klientovi jeho vlastní schopnost všímavosti rozvíjet.

<sup>2</sup> Psychotherapeuti jako Carl Rogers, Eugene Gendlin, Fritz Perls, Erich Fromm, Daniel Stern, Peter Fonagy i další představitelé těchto přístupů vždy vedli klienty k „bytí tady a teď“, k „bezpodmínečnému sebepřijetí“ i k nezaujatému pozorování vlastní zkušenosti. Velmi pravděpodobně tedy implicitně rozvíjeli všímavost klientů. Zatím je však otázkou, zda

existenciálně-humanistické, psychodynamické nebo integrativní přístupy začlení termín všímavost do svého slovníku (viz Felder et al., 2014; Jooste et al., 2015; Stewart, 2014; srov. Benda, 2018; Michalak, Steinhaus, Heidenreich, 2020; Žvelc, Žvelc, 2021).  
<sup>3</sup> Benda (2012) se k využívání meditace v psychotherapii staví kriticky. Vzhledem k rozdílným cílům meditace a psychotherapie nedoporučuje klientům rozvíjet kontinuální všímavost, ale pouze všímavost okamžikovou. K tomu se podle něj lépe než meditace hodí jiné prostředky (viz Benda, 2019; srov. Kaufmann, Rosing & Baumann, 2020).

A jejich výsledky byly více než zajímavé. Zjistili, že 33 z celkem 69 posuzovaných programů všímavost rozvíjelo. Doložili mimo jiné, že k výraznému nárůstu všímavosti došlo například i u studentů, kteří absolvovali devítidenní pěší túru přes alpské hřebeny (viz Mutz, Müller, 2016) nebo u klientů s posttraumatickou stresovou poruchou po absolvování šestitýdenního programu péče o koně (Earles, Vernon, Yetz, 2015). Všímavost se tedy zjevně nerozvíjí jen v rámci meditace.<sup>4</sup>

Protože chceme podněcovat širší odbornou diskusi o všímavosti v českém prostředí a zprostředkovat aktuální poznatky o alternativních možnostech rozvíjení všímavosti českým čtenářům, rozhodli jsme se navázat na analýzu Xia et al. (2019) a v pevně vytyčeném rámci uskutečnit další aktuální sondu, která by potvrdila, zda má smysl se o všímavost u programů *nezaměřených* explicitně na její rozvíjení dále zajímat.<sup>5</sup> V této metaanalýze jsme proto prostudovali a shrnuli dostupné výsledky randomizovaných kontrolovaných studií, které sledovaly změnu všímavosti u různých terapeutických nebo intervenčních programů *nezaměřených* explicitně na její rozvíjení (non-MBIs). Protože současně sledujeme kritickou debatu o měření všímavosti (např. Baer, 2019; Choi et al., 2020), omezili jsme se přitom na studie, které k měření všímavosti využily některou z verzí Dotazníku pěti aspektů všímavosti (FFMQ, Baer et al., 2006). Tento dotazník (i jeho zkrácené formy) považujeme za spolehlivý, komplexní

<sup>4</sup> Pro zajímavost uvedme, že existují i studie, které dokládají nárůst všímavosti po jednorázovém užití psychedelík (Madsen et al., 2020; Soler et al., 2016).

<sup>5</sup> Tato metaanalýza obsahuje pouze 2 studie, které uvedli rovněž Xia et al. (2019).



Jan Benda

**PhDr., Ph.D. Pracuje jako privátní psycho-  
terapeut. Zabývá se rozvíjením všímavosti  
a soucitu k sobě v psychoterapii a zkoumá  
také roli sebevztahných procesů v etiopatogenezí  
duševních poruch.**

a psychometricky dostatečně prověřený nástroj, vhodný pro sledování základní úrovně všímavosti u klinických i neklinických souborů (Shallcross, Lu, Hays, 2020).

#### METODA

Vyhledání relevantních studií proběhlo s využitím databáze Scopus 2. října 2020. Nejprve jsme v databázi vyhledali bibliografické záznamy se slovy *controlled* a *trial* v názvu článku a současně s frází „*Five Facet Mindfulness Questionnaire*“ kdekoli v textu dokumentu. Následně jsme prostudovali abstrakty nalezených záznamů a v případě potřeby i celé dokumenty. Vyhledávali jsme randomizované kontrolované studie, které sledovaly účinek různých terapeutických nebo intervenčních programů *nezaměřených* primárně na rozvíjení všímavosti (non-MBIs) na změnu úrovně všímavosti po absolvování těchto programů. Do výběru jsme tedy nezařadili studie, v nichž byl posuzován *pouze* některý program *založený na všímavosti* a ke srovnání byla využita buď čekací listina, nebo sku-

pina pacientů léčených pouze lékařem prostřednictvím medikace.<sup>6</sup> Také jsme vyřadili studie, ve kterých příslušná léčba nebyla v dané studii vůbec popsána nebo v nichž byl srovnávací (non-MBIs) soubor tvořen nesourodou skupinou respondentů, z nichž každý dostával jinou péči. Pokud u takto nalezených studií nebyly v textu článku uvedeny údaje potřebné pro naši analýzu, kontaktovali jsme následně autory e-mailem s žádostí o poskytnutí příslušných dat. Míru všímavosti před začátkem non-MBI programu a po jeho skončení jsme porovnali pomocí celkových skóre Dotazníku pěti aspektů všímavosti (FFMQ)<sup>7</sup> dosažených respondenty daného programu. Velikost účinku jsme u každé studie posoudili pomocí Cohena  $d$  (Rice, Harris, 2005). Nakonec jsme vypočetli vážený aritmetický průměr všech posuzovaných studií.

## VÝSLEDKY

Při vyhledávání v databázi Scopus jsme našli 170 bibliografických záznamů. Po prostudování abstraktů nalezených záznamů (a v případě potřeby i celých dokumentů) a vyřazení studií, které nesplňovaly výše uvedená kritéria, jsme identifikovali 27 studií, které sledovaly změnu úrovně všímavosti u programů *nezaměřených* explicitně na rozvíjení všímavosti (non-MBIs). V deseti případech články neuváděly cel-

kové skóre Dotazníku pěti aspektů všímavosti před a po absolvování daného programu, a tak jsme autory studie kontaktovali e-mailem s žádostí o poskytnutí příslušných dat. Ve třech případech se nám však potřebné údaje od autorů získat nepodařilo. Analyzovali jsme tedy nakonec 24 znáhodněných kontrolovaných studií s údaji od celkem 1072 respondentů (viz tab. 1). Ve 22 případech představoval přitom non-MBI program aktivní kontrolní skupinu srovnávanou s některým programem na rozvíjení všímavosti zaměřeným (angl. mindfulness-based intervention). Pouze dvě studie hodnotily primárně non-MBIs a srovnávaly jejich výsledky s účastníky na čekací listině (Johansson et al., 2013; Keng et al., 2017) – viz tab. 1.

Zjistili jsme, že u pěti studií nebyl vliv daného programu na rozvoj všímavosti téměř žádný nebo program vedl dokonce ke snížení všímavosti ( $d < 0,2$ ), u deseti studií byl efekt malý ( $0,2 < d < 0,5$ ), u sedmi studií byl efekt střední ( $0,5 < d < 0,8$ ) a u dvou studií byl efekt velký ( $0,8 < d$ ). Vážený průměr velikostí účinku všech 24 studií byl  $d = 0,41$ . Všímavost nejvýrazněji vzrostla u pacientů se sociálně úzkostnou poruchou po absolvování 30 hodin skupinové kognitivně behaviorální terapie (Goldin et al., 2016) a dále u pacientů s úzkostnými poruchami a poruchami nálady po absolvování desetidenní psychodynamicky zaměřené terapie (Affect-Phobia Therapy – Johansson et al., 2013).

Středně velký nárůst všímavosti zaznamenali ve svých studiích Eisendrath et al. (2016) u osmitýdenního programu posílení zdraví pro depresivní pacienty, Goldberg et al. (2016) u osmitýdenního programu posílení zdraví pro duševně zdravé účast-

<sup>6</sup> Studie, které sledovaly změnu všímavosti po nasazení psychofarmak, jsme nezařadili, protože jsme chtěli zjistit, zda všímavost rozvíjejí programy využívající psychologické prostředky a nikoli medikaci. Jednalo se navíc vždy pouze o srovnávací skupinu, v níž klienti měli různou medikaci a různé dávkování.

<sup>7</sup> Zařazovali jsme jak studie, které využily původní, 39položkovou verzi dotazníku, tak i studie, které využily některou zkrácenou, tedy 20, 24 nebo 29položkovou verzi dotazníku FFMQ (viz tab.1).



níky, Haukaas et al. (2018) u třítydenního tréninku soustředění pro studenty prožívající stres, Lopez-Maya, Olmstead & Irwin (2019) u šestitýdenního vzdělávacího programu o zdraví pro dospělé účastníky prožívající stres, Pots et al. (2016) u devítitýdenního on-line kurzu expresivního psaní pro účastníky s depresivními příznaky, Shorey et al. (2017) u obvyklé psychologické péče poskytované v rozmezí čtyř týdnů pacientům se závislostí na psychoaktivních látkách (jihovýchodní USA, místo neuvedeno) a Strauss et al. (2018) u kurzu expozice a prevence reakce (ERP, 10 sezení) pro pacienty s obsedantně kompulzivní poruchou.

Malý nárůst všímavosti zaznamenali Hoxhaj et al. (2018) u pacientů s ADHD po absolvování osmitýdenního programu strukturované psychoedukace, Keng et al. (2017) u psychologů po absolvování osmitýdenního výcviku funkční analytické psychoterapie, Lönnberg et al. (2020) u těhotných žen prvoroďek po absolvování přípravy na porod podle Lamazeovy metody (trvání neuvedeno), McIndoo et al. (2016) u depresivních studentů po absolvování čtyř sezení behaviorální aktivity, Polsinelli et al. (2020) u seniorů po absolvování šestitýdenního kurzu kreativity a fantazie, Reynolds et al. (2017) u třítydenního relaxačního tréninku pro pacienty s rakovinou, Trompetter et al. (2014) u pacientů s chronickou bolestí po absolvování 9–12týdenního on-line kurzu expresivního psaní, Wong et al. (2016) u pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou po absolvování osmitýdenního kurzu KBT psychoedukace, Wong et al. (2017) u pacientů s chronickou nespavostí po absolvování osmitýdenního programu psychoedukace a tělesného cvičení a Woolhouse et al. (2014) u těhotných

žen po šesti týdnech obvyklé zdravotní péče v Královské ženské nemocnici v Melbourne (Austrálie).

Téměř žádný nebo dokonce záporný vliv na rozvíjení všímavosti měl tříhodinový (!) program kognitivní disonance pro mladé ženy s obavami o svůj vzhled (Atkinson, Wade, 2016), 10 sezení podpůrné skupiny pro závislé na alkoholu (Garland et al., 2010), obvyklá psychologická péče poskytovaná v rozmezí osmi týdnů v zařízení Pro Persona v Nijmegen (Nizozemsko) chronicky depresivním pacientům (Cladder-Micus et al., 2018), dále osmitýdenní vzdělávací program o menopauze pro ženy s příznaky menopauzy (Wong et al., 2018) a obvyklá psychologická péče poskytovaná v rozmezí osmi týdnů ve fakultní nemocnici Zhejiangské univerzity (Čína) těhotným ženám (Yang et al., 2019).

#### DISKUSE

Tato metaanalýza potvrdila, 1. že všímavost rozvíjejí i mnohé terapeutické nebo intervenční programy, které *nejdou* explicitně zaměřené na její rozvíjení, a zároveň 2. že všímavost lze rozvíjet i jinak než prostřednictvím meditace. Z celkem 24 posuzovaných programů jich 19 mělo na rozvíjení všímavosti alespoň malý vliv. Konstatujeme přitom, že všímavost nejvíce rostla především u delších terapeutických programů (např. Goldin et al., 2016; Johansson et al., 2013; Strauss et al., 2018) a nejméně naopak u krátkých nebo ne-terapeuticky zaměřených programů (např. Atkinson, Wade, 2016; Wong et al., 2018; Yang et al., 2019). Zajímavé je, že jsme nenašli žádnou studii, která by sledovala změnu všímavosti například u některé tradiční formy *individuální* psychoterapie.

studie	účastníci výzkumu	intervence	N	FFMQ před	FFMQ po	d
Atkinson, Wade, 2016*	ženy s obavami o svůj vzhled	program kognitivní disonance	11	113,0 (12,2)	109,5 (16,9)	-0,24
Cladder-Micus et al., 2018	depressivní pacienti	obvyklá psychologická péče	52	100,9 (15,3)	102,0 (14,6)	0,07
Eisendrath et al., 2016*	depressivní pacienti	program posílení zdraví	64	108,6 (6,4)	121,7 (6,3)	0,55
Garland et al., 2010	pacienti se závislostí na alkoholu	podúrná skupina pro závislé na alkoholu	19	115,9 (15,1)	118,3 (17,9)	0,14
Goldberg et al., 2016	duševně zdraví účastníci	program posílení zdraví	36	113,4 (14,5)	121,8 (10,9)	0,66
Goldin et al., 2016	pacienti se sociálně úzkostnou poruchou	kognitivně behaviorální terapie	36	109,1 (16,5)	123,5 (15,9)	1,00
Haukaas et al., 2018†	studenti prožívající stres	Attention Training Technique	40	66,2 (10,4)	70,4 (9,8)	0,66
Hoxhaj et al., 2018*	pacienti s ADHD	strukturovaná psychoedukace	36	116,7 (18,1)	121,1 (17,6)	0,25
Johansson et al., 2013†	pacienti s úzkostnými poruchami a poruchami nálady	Affect-Phobia Therapy	50	76,7 (10,9)	88,0 (12,0)	0,98
Keng et al., 2017†	psychotherapeuti ve výcviku	funkční analytická psychoterapie	12	78,8 (10,4)	83,2 (9,9)	0,40
Lönnberg et al., 2020†	těhotné ženy prvoroďčky	Lamazeova metoda přípravy na porod	97	90,2 (13,3)	96,7 (13,6)	0,46
Lopez-Maya, Olmstead, Irwin, 2019	dospělí prožívající stres	vzdělávací program o zdraví	38	119,2 (19,6)	131,8 (18,5)	0,66
McIndoo et al., 2016	studenti s depresí	behaviorální aktivace	16	109,9 (10,7)	113,0 (12,8)	0,23
Polisnelli et al., 2020	senioři ve věku 65-90 let	kurz kreativity a fantazie	23	146,4 (17,8)	150,0 (15,5)	0,22

Pots et al., 2016†*	účastníci s depresivními příznaky	expresivní psaní	67	73,7 (8,7)	79,5 (8,9)	0,65
Reynolds et al., 2017*	pacienti s rakovinou	relaxační trénink	36	131,4 (12,6)	136,0 (15,8)	0,32
Shorey et al., 2017	pacienti se závislostí na psychoaktivních látkách	obvyklá psychologická péče	53	118,7 (15,7)	127,9 (18,4)	0,54
Strauss et al., 2018†	pacienti s obsedantně kompulzivní poruchou	kurz expozice a prevence reakce (ERP)	18	63,1 (12,8)	69,8 (12,9)	0,52
Trompetter et al., 2014†	účastníci s chronickou bolestí	expresivní psaní	79	83,2 (10,7)	88,8 (12,5)	0,48
Wong et al., 2016*	pacienti s generalizovanou úzkostnou poruchou	KBT psychoedukace	54	107,3 (12,9)	112,3 (11,2)	0,41
Wong et al., 2017	pacienti s chronickou nespavostí	psychoedukace a cvičení	105	121,6 (11,5)	124,0 (9,6)	0,22
Wong et al., 2018*	ženy s příznaky menopauzy	vzdělávací program o menopauze	99	116,4 (11,9)	118,0 (11,4)	0,14
Woolhouse et al., 2014	těhotné ženy	obvyklá zdravotní péče	10	126,5 (15,8)	133,5 (12,4)	0,49
Yang et al., 2019	těhotné ženy	obvyklá psychologická péče	61	114,3 (10,3)	112,6 (10,9)	-0,16

Poznámka: † studie použila zkrácenou verzi Dotazníku pěti aspektů všímavosti; \* potřebné údaje jsme získali od autorů e-mailem

Ověřit, zda všímavost rozvíjejí také některé existenciální, humanistické, na tělo nebo emoce zaměřené, ale i další psychodynamické terapeutické přístupy, tedy zůstává výzvou pro další výzkum.

K limitům této metaanalýzy patří především skutečnost, že jsme posuzovali velmi nesourodou skupinu programů. Námi posuzované non-MBIs se značně lišily délkou, zaměřením, složením respondentů a mnoha dalšími nspecifickými faktory. Použitý stručný vyhledávací řetězec nám umožnil posoudit na velmi omezeném a zároveň různorodém souboru studií, zda některé non-MBIs všímavost rozvíjejí. Výsledky nám však prakticky neumožňují diskutovat, jaké konkrétní metody, techniky nebo postupy u posuzovaných non-MBIs k rozvíjení všímavosti vedly. Je nicméně zřejmé, že možnosti, jak rozvíjet všímavost, je mnoho. A v budoucnu by proto mohlo být zajímavé vhodnost a účinnost konkrétních postupů rozvíjení všímavosti v psychoterapii dále diskutovat. Předpokládáme, že některé postupy rozvíjení všímavosti v psychoterapii mohou být vhodnější než meditace (srov. Benda, 2012; 2019; Žvelc, Žvelc, 2021). A doufáme, že tato metaanalýza nasměruje zájemce o všímavost právě tímto směrem.

Pokud jde o možné publikační zkreslení, můžeme konstatovat, že metodologie dosavadních výzkumů efektu na všímavosti založených přístupů (MBIs) čelila v uplynulých letech oprávněné kritice (viz např. Van Dam et al., 2018). A právě z tohoto důvodu jsme se v této metaanalýze zaměřili pouze na znáhodněné kontrolované studie. Pokud bychom však autory studií o efektu MBIs podezřívali, že možná nepublikovali některé výsledky, můžeme předpokládat, že by to byly pravděpodobně spíše výsled-

ky, které dostatečně neprokázaly účinnost MBIs, tedy například výsledky, kde by u non-MBIs všímavost vzrostla stejně nebo dokonce více než u MBIs. Protože ale naprostá většina námi posuzovaných studií srovnávala nárůst všímavosti u non-MBIs a MBIs, nepředpokládáme, že by výsledky zde uvedených non-MBIs byly jakkoli nadhodnocené. Publikační zkreslení by mohlo spíše znamenat, že případné nepublikované výsledky mohly ukazovat nárůst všímavosti u některých non-MBIs i vyšší než u studií v naší metaanalýze zahrnutých.

## ZÁVĚR

Aktuální snaha mnohých výzkumníků objasnit mechanismy, jejichž prostřednictvím všímavost přispívá k regulaci emocí, udržování duševního zdraví a osobní pohody (viz např. Dixon, Girm, Christoff, 2020; Lin, Callahan, Moser, 2018; Lindsay, Creswell, 2017; Ludwig, Brown, Brewer, 2020), postupně odhaluje nedostatek všímavosti jako zřejmě významný obecný psychopatologický faktor podílející se na etiopatogenezi celé řady duševních poruch (srov. též Benda, 2019).<sup>8</sup> Předpokládáme proto, že všímavost by se v budoucnu mohla stát důležitým integrujícím prvkem, umožňujícím dnes tak roztržitým psychoterapeutickým školám vzájemné porozumění (srov. Žvelc, Žvelc, 2021). Tato metaanalýza poukázala na přítomnost všímavosti v terapeutických a intervenčních programech, které na její rozvíjení nebyly zaměřeny. Snad tedy pomůže odborníkům pochopit, že změnu všímavosti může být zajímavé sledovat

<sup>8</sup> K rozvoji psychopatologie dochází, pokud všímavost není příliš rozvinutá. Rozvinutí všímavosti psychopatologické symptomy naopak postupně eliminuje (Benda, 2019; Goldberg et al., 2018).

i v tradičních psychotherapeutických přístupech. Snad budoucí výzkumy zodpoví také otázku, zda je všímavost obecným účinným faktorem psychotherapeutické změny.

*Konflikt zájmů:* Bez konfliktu zájmů.

## LITERATURA

- (\*Hvězdičkou označené studie byly zařazeny do metaanalýzy).
- \*Atkinson, M. J., & Wade, T. D. (2016). Does mindfulness have potential in eating disorders prevention? A preliminary controlled trial with young adult women. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(3), 234–245.
- Baer, R. (2019). Assessment of mindfulness by self-report. *Current Opinion in Psychology*, 28, 42–48.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45.
- Benda, J. (2007). Všímavost v psychologickém výzkumu a v klinické praxi. *Československá psychologie*, 51(2), 129–140.
- Benda, J. (2012). Buddhismus a psychotherapie: Meditace není všelék. *Dingir*, 15(1), 12–15.
- Benda, J. (2018). Všímavost a soucit se sebou v humanistické, dynamické a integrativní psychotherapii (Prezentace). *MindfulnessCON*, 19. 5., Praha. Dostupné z: [https://youtu.be/z9\\_Te8-ux0E](https://youtu.be/z9_Te8-ux0E)
- Benda, J. (2019). *Všímavost a soucit se sebou: Proměna emocí v psychotherapii*. Praha: Portál.
- \*Cladder-Micus, M. B., Speckens, A. E., Vrijsen, J. N., T. Donders, A. R., Becker, E. S., & Spijker, J. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 35(10), 914–924.
- Dixon, M. L., Girn, M., & Christoff, K. (2020). Brain Network Organization During Mindful Acceptance of Emotions. *bioRxiv*, <https://doi.org/10.1101/2020.03.31.018697>
- \*Eisendrath, S. J., Gillung, E., Delucchi, K. L., Segal, Z. V., Nelson, J. C., McInnes, L. A., ... & Feldman, M. D. (2016). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(2), 99–110.
- Earles, J. L., Vernon, L. L., & Yetz, J. P. (2015). Equine-assisted therapy for anxiety and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 28(2), 149–152.
- Felder, A. J., Aten, H. M., Neudeck, J. A., Shiomi-Chen, J., & Robbins, B. D. (2014). Mindfulness at the heart of existential-phenomenology and humanistic psychology: A century of contemplation and elaboration. *The Humanistic Psychologist*, 42(1), 6–23.
- Fryba, M. (2008). *Psychologie zvládání života. Aplikace metody Abhidhamma*. Boskovice: Albert.
- \*Garland, E. L., Gaylord, S. A., Boettiger, C. A., & Howard, M. O. (2010). Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: results of a randomized controlled pilot trial. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(2), 177–192.
- \*Goldberg, S. B., Wielgosz, J., Dahl, C., Schuyler, B., MacCoon, D. S., Rosenkranz, M., ... & Davidson, R. J. (2016). Does the Five Facet Mindfulness Questionnaire measure what we think it does? Construct validity evidence from an active controlled randomized clinical trial. *Psychological Assessment*, 28(8), 1009–1014.
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52–60.
- \*Goldin, P. R., Morrison, A., Jazaieri, H., Brozovich, F., Heimberg, R., & Gross, J. J. (2016). Group CBT versus MBSR for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(5), 427–437.
- Hájek, K. (2004). Psychotherapeutická změna

- a její zjišťování. In J. Vymětal (Ed.), *Obecná psychoterapie*, Praha: Grada.
- \*Haukaas, R. B., Gjerde, I. B., Varting, G., Hallan, H. E., & Solem, S. (2018). A randomized controlled trial comparing the attention training technique and mindful self-compassion for students with symptoms of depression and anxiety. *Frontiers in Psychology*, 9, article: 827.
- Hodann-Caudevilla, R. M., Díaz-Silveira, C., Burgos-Julián, F. A., & Santed, M. A. (2020). Mindfulness-based interventions for people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), article: 4690.
- \*Hoxhaj, E., Sadohara, C., Borel, P., D'Amelio, R., Sobanski, E., Müller, H., ... & Philipsen, A. (2018). Mindfulness vs psychoeducation in adult ADHD: a randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(4), 321–335.
- Choi, E., Farb, N., Pogrebtsova, E., Gruman, J., & Grossmann, I. (2020). Current challenges in mindfulness research: Troubles with capturing Sammaññā Sati. *PsyArXiv*, <https://doi.org/10.31234/osf.io/qwydx>
- \*Johansson, R., Björklund, M., Hornborg, C., Karlsson, S., Hesser, H., Ljótsson, B., ... & Andersson, G. (2013). Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the Internet: a randomized controlled trial. *PeerJ*, 1, article: e102.
- Jooste, J., Kruger, A., Steyn, B. J., & Edwards, D. J. (2015). Mindfulness: A foothold for Rogers's humanistic person-centred approach. *Journal of Psychology in Africa*, 25(6), 554–559.
- Kaufmann, M., Rosing, K., & Baumann, N. (2020). Being mindful does not always benefit everyone: mindfulness-based practices may promote alienation among psychologically vulnerable people. *Cognition and Emotion*, 1–15.
- \*Keng, S. L., Waddington, E., Lin, X. B., Tan, M. S. Q., Henn-Haase, C., & Kanter, J. W. (2017). Effects of functional analytic psychotherapy therapist training on therapist factors among therapist trainees in Singapore: A randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(4), 1014–1027.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763–771.
- Lin, Y., Callahan, C. P., & Moser, J. S. (2018). A mind full of self: Self-referential processing as a mechanism underlying the therapeutic effects of mindfulness training on internalizing disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 92, 172–186.
- Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2017). Mechanisms of mindfulness training: Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Clinical Psychology Review*, 51, 48–59.
- \*Lönnberg, G., Jonas, W., Unternacher, E., Bränström, R., Nissen, E., & Niemi, M. (2020). Effects of a mindfulness-based childbirth and parenting program on pregnant women's perceived stress and risk of perinatal depression—Results from a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 262, 133–142.
- \*Lopez-Maya, E., Olmstead, R., & Irwin, M. R. (2019). Mindfulness meditation and improvement in depressive symptoms among Spanish-and English-speaking adults: A randomized, controlled, comparative efficacy trial. *PloS One*, 14(7), e0219425.
- Ludwig, V. U., Brown, K. W., & Brewer, J. A. (2020). Self-Regulation Without Force: Can Awareness Leverage Reward to Drive Behavior Change? Perspectives on Psychological Science, 15(6), 1382–1399.
- Madsen, M. K., Fisher, P. M., Stenbäck, D. S., Kristiansen, S., Burmester, D., Lehel, S., ... & Knudsen, G. M. (2020). A single psilocybin dose is associated with long-term increased mindfulness, preceded by a proportional change in neocortical 5-HT<sub>2A</sub> receptor binding. *European Neuropsychopharmacology*, 33, 71–80.
- Martin, J. R. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7(4), 291–312.

- \*McIndoo, C. C., File, A. A., Preddy, T., Clark, C. G., & Hopko, D. R. (2016). Mindfulness-based therapy and behavioral activation: A randomized controlled trial with depressed college students. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 118–128.
- Michalak, J., Steinhaus, K., & Heidenreich, T. (2020). (How) Do therapists use mindfulness in their clinical work? A study on the implementation of mindfulness interventions. *Mindfulness*, 11(2), 401–410.
- Mutz, M., & Müller, J. (2016). Mental health benefits of outdoor adventures: Results from two pilot studies. *Journal of Adolescence*, 49, 105–114.
- \*Polsinelli, A. J., Kaszniak, A. W., Glisky, E. L., & Ashish, D. (2020). Effects of a brief, online, focused attention mindfulness training on cognition in older adults: A randomized controlled trial. *Mindfulness*, 11(5), 1182–1193.
- \*Pots, W. T., Fledderus, M., Meulenbeck, P. A., Peter, M., Schreurs, K. M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 208(1), 69–77.
- \*Reynolds, L. M., Bissett, I. P., Porter, D., & Consedine, N. S. (2017). A brief mindfulness intervention is associated with negative outcomes in a randomised controlled trial among chemotherapy patients. *Mindfulness*, 8(5), 1291–1303.
- Rice, M. E., & Harris, G. T. (2005). Comparing effect sizes in follow-up studies: ROC Area, Cohen's d, and r. *Law and Human Behavior*, 29(5), 615–620.
- Shallcross, A. J., Lu, N. Y., & Hays, R. D. (2020). Evaluation of the Psychometric Properties of the Five Facet of Mindfulness Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 42, 271–280.
- \*Shorey, R. C., Elmquist, J., Gawrysiak, M. J., Strauss, C., Haynes, E., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2017). A randomized controlled trial of a mindfulness and acceptance group therapy for residential substance use patients. *Substance Use & Misuse*, 52(11), 1400–1410.
- Soler, J., Elices, M., Franquesa, A., Barker, S., Friedlander, P., Feilding, A., ... & Riba, J. (2016). Exploring the therapeutic potential of Ayahuasca: acute intake increases mindfulness-related capacities. *Psychopharmacology*, 233(5), 823–829.
- Stewart, J. M. (Ed.) (2014). *Mindfulness, acceptance, and the psychodynamic evolution: Bringing values into treatment planning and enhancing psychodynamic work with Buddhist psychology*. New Harbinger Publications.
- \*Strauss, C., Lea, L., Hayward, M., Forrester, E., Leeuwrik, T., Jones, A. M., & Rosten, C. (2018). Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: Findings from a pilot randomised controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 57, 39–47.
- Šlepecký, M., Praško, J., Kotianová, A., & Vyskočilová, J. (2018). *Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii: Nové směry*. Praha: Portál.
- \*Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Veehof, M. M., & Schreurs, K. M. (2015). Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy: a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(1), 66–80.
- Van Dam, N. T., Van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., ... & Fox, K. C. (2018). Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on Psychological Science*, 13(1), 36–61.
- Wielgosz, J., Goldberg, S. B., Kral, T. R., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2019). Mindfulness meditation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 285–316.
- \*Wong, S. Y. S., Yip, B. H. K., Mak, W. W. S., Mercer, S., Cheung, E. Y. L., Ling, C. Y. M., ... & Lee, T. M. C. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy v. group psychoeducation for people with generalised anxiety disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 209(1), 68–75.

- \*Wong, S. Y. S., Zhang, D. X., Li, C. C. K., Yip, B. H. K., Chan, D. C. C., Ling, Y. M., ... & Mak, W. W. S. (2017). Comparing the effects of mindfulness-based cognitive therapy and sleep psycho-education with exercise on chronic insomnia: a randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(4), 241–253.
- \*Wong, C., Yip, B. H. K., Gao, T., Lam, K. Y. Y., Woo, D. M. S., Yip, A. L. K., ... & Ho, S. C. (2018). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) or psychoeducation for the reduction of menopausal symptoms: a randomized, controlled clinical trial. *Scientific Reports*, 8(1), 1–10.
- \*Woolhouse, H., Mercuri, K., Judd, F., & Brown, S. J. (2014). Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: a pilot randomised controlled trial of the MindBabyBody program in an Australian tertiary maternity hospital. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), article: 369.
- Xia, T., Hu, H., Scritan, A. L., & Eisendrath, S. (2019). The many roads to mindfulness: a review of nonmindfulness-based interventions that increase mindfulness. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 25(9), 874–889.
- \*Yang, M., Jia, G., Sun, S., Ye, C., Zhang, R., & Yu, X. (2019). Effects of an online mindfulness intervention focusing on attention monitoring and acceptance in pregnant women: a randomized controlled trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(1), 68–77.
- Žvelc, G., & Žvelc, M. (2021). *Integrative Psychotherapy: A Mindfulness-and Compassion-Oriented Approach*. New York: Routledge.
- Došlo do redakce 17. 10. 2020, v revizovaném znění 17. 12. 2020. K publikaci přijato 18. 01. 2021.*



## PSYCHOTERAPEUTICKÉ METODY V PRAXI: PRŮZKUM ROZDÍLŮ MEZI RESORTY

### Psychotherapeutic methods in practice: Differences among sectors

Tomáš Řiháček, Michal Čevelíček, Jan Roubal

*Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno, CZ;*

*e-mail: rihacek@fss.muni.cz, michal.cevelicek@gmail.com, jan.roubal.cz@gmail.com.*

*Psychoterapie. 15 (2), 177–194; ISSN 1802-3983*

#### ABSTRAKT

Psychoterapie je činnost vykonávaná v mnoha resortech a kontextech. Cílem této studie bylo popsat rozdíly v používání psychotherapeutických metod mezi resorty zdravotnictví, sociálních služeb, školství, ozbrojenými a bezpečnostními složkami a privátní praxí.  $N = 373$  respondentů odpovědělo na online dotazník mapující používání terapeutických technik, principů terapeutické změny, subjektivně vnímanou roli terapeuta v terapeutickém vztahu a další dílčí aspekty terapeutické praxe a vzdělávání. Statistická analýza ukázala poměrně značné množství rozdílů v oblasti technik, ale jen málo rozdílů ve zbývajících oblastech. Provádění psychoterapie v jednotlivých resortech má tedy svá specifika, která je však nutno chápat jako relativní, vezmeme-li v potaz značnou variabilitu mezi terapeuty „uvnitř“ resortů. Průzkum dále odhalil prostor pro zlepšení praxe v oblasti frekvence supervize, obeznamnosti s etickými principy terapeutické práce a zakotvenosti psychotherapeutů v odborných společnostech.

*Klíčová slova:* psychotherapeutické metody; psychotherapeutické techniky; principy změny; role terapeuta; resorty

#### ABSTRACT

Psychotherapy is an activity performed in many sectors and contexts. The aim of this study was to describe the differences in the use of psychotherapeutic methods among health services, social services, education, the armed and security forces, and private practice.  $N = 373$  respondents answered an online questionnaire mapping the use of therapeutic techniques, principles of therapeutic change, the subjectively perceived role of the therapist in the therapeutic relationship, and other aspects of the therapeutic practice and education. Statistical analysis revealed a relatively large number of differences in techniques, but only few differences in the remaining areas. Therefore, the implementation of psychotherapy in different sectors has its specifics. However, these must be considered relative to a substantial variability among therapists “within” the sectors. The survey also revealed room for improvement in the frequency of supervision, familiarity with the ethical principles of psychotherapy, and the membership of psychotherapists in professional societies.

*Keywords:* psychotherapeutic methods; psychotherapeutic techniques; principles of change; role of therapist; sectors

Psychoterapie je velmi pestrá disciplína vykonávaná v mnoha resortech a kontextech a nesnadno odlišitelná od dalších, jakými jsou např. krizová intervence či poradenství. I když má svůj původ v psychiatrii a byla dlouho považována za její součást, po 2. světové válce se okruh profesionálů poskytujících psychoterapii postupně rozšířil i na psychology (Lambert et al., 2004) a několik posledních dekad jsme svědky prosazování psychoterapie jako samostatné profese. Některé země napříč Evropskou unií uznávají psychoterapii jako profesi nezávislou na systému zdravotnictví a zakotvují samostatné profesní působení psychoterapeutů v zákoně, zatímco v jiných zemích je psychoterapie pokládána za součást nadřazených oborů, například zdravotnictví nebo sociálních služeb (Aherne & McElvaney, 2016; Van Broeck & Lietaer, 2008). Politické boje o vymezení psychoterapie, její postupné rozruznění do řady přístupů, ale i fakt, že jejím jádrem zůstává mezilidský vztah, který se vzpírá technickému třídění, vedly k tomu, že je obtížné psychoterapii v její celistvosti definovat a ohraničit.

V této studii se nezabýváme vymezováním psychoterapie jako profese, ale chápeme ji jako činnost či soubor metod, které mohou být v praxi různě uplatňovány. Zajímá nás, jakým způsobem jsou psychoterapeutické metody využívány v různých kontextech. Vycházíme přitom z definice psychoterapie, kterou přijala Americká psychologická asociace: „Psychoterapie je erudovaná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů odvozených z uznávaných psychologických principů, jejichž účelem je pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo

osobní vlastnosti směrem, který účastníci považují za žádoucí“ (American Psychological Association, 2013, s. 102).

Pro účely zmapování podob psychoterapeutické praxe jsme rozlišili tři aspekty terapeutické práce: (a) *technický aspekt* – ten představuje viditelnou část práce terapeuta, tedy techniky, intervence a postupy, které terapeut používá (operacionalizovali jsme ho pomocí seznamu technik rovnoměrně reprezentujících hlavní terapeutické přístupy); (b) *konceptuální aspekt* – ten zachycuje, jak terapeuti konceptualizují terapeutickou změnu a v jakých pojmech o ní uvažují (operacionalizovali jsme ho pomocí transteoretických principů terapeutické změny); (c) *vztahový aspekt* – ten vyjadřuje, jak terapeuti vnímají svou vlastní roli v terapeutickém vztahu (operacionalizovali jsme ho pomocí metafor symbolizujících různé aspekty terapeutické role).

### *Cíle studie*

V této studii jsme si položili za cíl zmapovat, zda a do jaké míry se liší psychoterapeutická praxe mezi resorty zdravotnictví, sociálních služeb, školství, ozbrojenými a bezpečnostními složkami a privátní praxí. Primární cíl spočíval v porovnání těchto resortů z hlediska (a) používaných intervencí/technik, (b) principů terapeutické změny a (c) subjektivně vnímané role terapeuta v terapeutickém vztahu. Sekundárním cílem pak bylo zachytit specifika v dalších vybraných aspektech praxe (délka terapie, intenzita, uspořádání [setting], závažnost potíží klientů a pracovní zátěž terapeutů) a vybraných aspektech vzdělávání a etické praxe (absolvování sebezkušenosti, využívání supervize a intervize, znalost etického kodexu, kontinuální vzdělávání a členství



**Tomáš  
Řiháček**

**Je psycholog a psychoterapeut. Působí na Katedře psychologie Fakulty sociálních studií MU v Brně, kde se zabývá zejména výzkumem psychoterapie.**

v odborných společnostech). Studie se inspirovaly průzkumy pravidelně prováděnými v USA s cílem zmapovat charakteristiky amerických psychoterapeutů, jejich praxi a postoje (Norcross, Hedges, & Castle, 2002; Norcross, Prochaska, & Farber, 1993; Norcross & Rogan, 2013; Prochaska & Norcross, 1983) activities, affiliations, theories, and selected attitudes. 410 members of APA Division 29 (Psychotherapy). Žádná z těchto studií ve však nezaměřila na porovnání praxí v jednotlivých resortech.

## METODA

### *Respondenti*

Vzorek tvořilo  $N = 373$  českých odborníků<sup>1</sup> využívajících ve své práci psychoterapeutické metody (z nich bylo 64 % žen) ve věku mezi 25 a 71 lety ( $M = 40,17$ ,  $SD = 10,17$ ). Délka jejich praxe se pohybovala mezi 0,5 a 45 lety. Přibližně polovina respondentů (51,7 %) měla v době sběru dat

<sup>1</sup> Pro zjednodušení dále označujeme tyto osoby jako „psychoterapeuty“ či „terapeuty“ (generické maskulinum zde používáme s vědomím, že většinu vzorku tvořily ženy).

plně ukončený psychoterapeutický výcvik, ostatní se nacházeli v různých fázích jeho dokončování.

Respondenti reprezentovali řadu primárních profesí: psychologii (62,5 %), sociální práci (19,0 %), pedagogiku<sup>2</sup> (17,4 %), psychiatrii (5,9 %), nelékařské zdravotnické profese (3,2 %), adiktologii (2,4 %), lékařství mimo psychiatrii<sup>3</sup> (1,9 %), teologii (1,9 %) a jiné<sup>4</sup> (11,0 %). Někteří respondenti uvedli více než jednu primární profesi, proto suma přesahuje 100 %. Pokud jde o kontext jejich praxe, 49,6 % poskytovalo psychoterapii v rámci privátní praxe, 34,3 % v rámci sociálních služeb, 33,8 % ve zdravotnictví, 16,1 % v rámci školství a 8,6 % v rámci ozbrojených a bezpečnostních složek. Někteří respondenti opět uvedli více pracovních kontextů, proto suma přesahuje 100 %. Ve vzorku byly zastoupeny všechny kraje, nejvíce hlavní město Praha (27,1 %) a Jihomoravský kraj (21,2 %), nejméně pak Karlovarský (1,3 %) a Pardubický kraj (1,1 %).

### *Dotazník*

Data byla sesbírána příležitostným způsobem pomocí dotazníku vytvořeného přímo pro účely tohoto průzkumu. Jeho první část zachycovala demografické údaje (věk, pohlaví, kraj, nejvyšší dosažené vzdělání, primární profesi a členství v národních

<sup>2</sup> Včetně sociální pedagogiky, speciální pedagogiky a andragogiky.

<sup>3</sup> Např. ošetrovatelství, fyzioterapie, porodní asistence apod.

<sup>4</sup> Psychoterapeutická studia, arteterapie, koučink, ekonomie, herectví, hudebník, zemědělské inženýrství, strojní inženýrství, marketingová komunikace, matematika, sociologie, filozofie, management, elektrotechnika a informatika, žurnalistika, muzikologie, agroturistika ad.

odborných společnostech). Následující část dotazníku mapovala povahu samotné psychoterapeutické činnosti a byla rozdělena na tři sekce. Všechny otázky týkající se praxe respondentů byly přitom zarámovány úvodní formulací tak, aby na ně respondenti odpovídali ve vztahu k poslednímu roku své praxe.

První sekce měla za cíl zachytit viditelný způsob terapeutovy práce, a proto se respondentů dotazovala na míru používání vybraných psychoterapeutických intervencí. Seznam intervencí byl vytvořen tak, aby reprezentoval čtyři široce chápáné teoretické orientace, z nichž každá byla zastoupena čtyřmi technikami: kognitivně-behaviorální orientace (nácvik zklidňujícího dýchání, behaviorální experiment, kognitivní restrukturalizace a nácvik sociálních dovedností), humanisticko-experienciální orientace (zvědomování a zesilování emocí, terapeutovo sebeodhalení, vyjadřování empatického porozumění a fenomenologická deskripce), psychodynamicko-psychoanalytická orientace (volné asociace, interpretace přenosu, interpretace vnitřního konfliktu a analýza snů) a systemicko-postmoderní orientace (externalizace problému, otázky na výjimky z problému, cirkulární dotazování a zázračná otázka). Výběr technik byl konzultován s předními českými odborníky v rámci každé z teoretických orientací – ti byli požádáni, aby identifikovali techniky, které podle jejich názoru jejich teoretickou orientaci nejlépe reprezentují. Navíc bylo přidáno ještě několik intervencí reprezentujících další aspekty praxe (focusing, neverbální/arteterapeutické techniky, nácvik sociálních dovedností, poskytování informací a doporučení, vysvětlování podstaty problému či onemocnění).

Druhá sekce měla za cíl zachytit, jak terapeuti o své práci přemýšlejí, tj. jaký terapeutický záměr sledují svými intervencemi. Sekce obsahovala seznam desíti vybraných transteoretických principů terapeutické změny, který byl vytvořen na základě studií Grencavage a Norcrosse (1990) a Tschachera et al. (2014). Seznam principů byl rovněž konzultován s odborníky reprezentujícími hlavní teoretické orientace. Výsledný seznam zahrnoval následující principy změny: porozumění problému/vhled, sebezpřijetí, naděje, korektivní zkušenost, přesvědčování (persuaze), rozvíjení nové dovednosti, mezilidská blízkost, expozice/testování reality, aktivace zdrojů a emoční vyjádření. Každý z principů byl v dotazníku operacionalizován jednou položkou, která byla formulována bez použití odborného žargonu, aby se snížila pravděpodobnost, že bude automaticky asociován s určitým terapeutickým směrem (dotazník tedy obsahoval např. položku „...aby klient/pacient lépe porozuměl svému problému či situaci“, ale nikoli slova „porozumění problému/vhled“).

Třetí sekce měla za cíl zachytit, jak terapeut vnímá svou roli v terapeutickém vztahu. Obsahovala seznam dvanácti vztahových metafor: lékař, průvodce, trenér, učitel, vychovatel, detektiv, rádce, konzultant, zpovědník, opravář, vzor a přítel. Seznam jsme vytvořili tak, že jsme formou brainstormingu shromáždili metafory popisující různé aspekty psychoterapeutického vztahu a vyloučili jsme z něj duplicitu a metafory příliš vzdálené terapeutické praxi. Míra využívání intervencí, uplatňování principů změny a výstižnosti metafor byla měřena pomocí šestibodové škály (0 = nikdy, 1 = výjimečně, 2 = občas, 3 = často,

4 = na většině sezení, 5 = na každém sezení).

Další část dotazníku obsahovala otázky zaměřené na psychoterapeutické vzdělání: absolvované výcviky, fázi dokončenosti výcviku, počet hodin sebezkušenosti a obeznámenost s etickým kodexem.

Poslední část se pak zaměřovala na údaje o praxi, jako je délka praxe v letech, kontext praxe (zdravotnictví, sociální služby, školství, ozbrojená a bezpečnostní složky, privátní praxe a další), typ pracoviště, nejzávažnější úroveň problémů, s nimiž se respondenti ve své praxi běžně setkávají, pracovní zátěž (průměrný počet sezení za týden), teoretická orientace, frekvence formální supervize či neformální intervize a další vzdělávání. Obsahovala také otázky na uspořádání, v němž respondenti s klienty pracují (individuální, párová, rodinná a skupinová terapie, práce s dětmi), intenzitu a délku poskytované terapie a aktuální pracovní zátěž (počet sezení za týden).

Míra závažnosti problémů byla měřena pomocí položky převzaté z dotazníku Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (DPCCQ, Orlinsky & Rønnestad, 2005). Otázka sestává z osmi stupňů závažnosti od „žádné nebo minimální symptomy; sociálně fungující; celkově spokojený se životem; pouze každodenní problémy nebo starosti“ až po „reálné nebezpečí ublížení sobě nebo druhým (např. suicidální pokusy, opakované násilí) nebo selhávání v udržování minimální osobní hygieny nebo velmi vážné těžkosti v komunikaci (např. značná inkoherece nebo mutizmus)“.

Široce chápaná teoretická orientace byla měřena pomocí čtyř položek, v nichž respondenti vyjadřovali, do jaké míry se cítí



**Michal  
Čevelíček**

**Je psycholog, pracuje jako odborný pracovník na Katedře psychologie Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity, věnuje se především výzkumu psychoterapie.**

být ve své praxi ovlivněni každou z následujících orientací: kognitivně-behaviorální, humanisticko-experenciální, psychodynamicko-psychoanalytickou a systemicko-postmoderní. Respondenti odpovídali na šestistupňové škále od „vůbec“ až po „velmi výrazně“. Tyto položky byly také převzaty z dotazníku DPCCQ (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

### **Postup**

Projekt byl schválen Etickou komisí pro výzkum Masarykovy univerzity (ref. č. EKV-2016-006). Dotazník byl distribuován elektronicky pomocí webové platformy LimeSurvey (LimeSurvey Project Team, 2015) hostované na Fakultě sociálních studií MU v Brně. Sběr dat probíhal v období března až června 2016. Průměrná doba vyplňování dotazníku byla 22 minut. Abychom maximalizovali velikost vzorku, použili jsme několik způsobů šíření dotazníku: (1) oslovili jsme několik národních asociací zastřešujících psychoterapeuty a poradce s prosbou, aby odkaz na dotazník

rozšířily mezi své členy; (2) obeslali jsme všechny české výcvikové instituty s prosbou o rozšíření dotazníku mezi své absolventy a studenty; (3) k šíření jsme využili také Facebook a osobní e-maily.

Dotazník otevřelo celkem 794 respondentů, ale pouze 378 jej vyplnilo celý. Pět z nich uvedlo, že nemá žádný psychoterapeutický výcvik ani kurz ani aktuálně žádným takovým výcvikem či kurzem neprocházejí. Tyto respondenty jsme ze vzorku vyřadili, čímž vznikl výsledný soubor  $N = 373$ .

### *Statistická analýza*

Statistická analýza byla provedena pomocí statistického programu R verze 4.0.3 (R Core Team, 2020). Proměnné zachycující používání intervencí, principy změny a vztahové metafory byly nejprve zredukovány pomocí analýzy hlavních komponent (PCA) do menšího počtu obecnějších komponent, abychom snížili počet statistických testů a tím i riziko „nalezení“ falešných (tj. ve skutečnosti neexistujících) rozdílů. Tyto analýzy byly podrobně popsány jinde (Řiháček & Roubal, 2019, 2020; Řiháček, Roubal & Motalová, 2020) a jejich prostřednictvím bylo odvozeno celkem 12 komponent (šest vztahujících se k intervencím, tři týkající se principů změny a tři týkající se vztahových metafor).

K testování rozdílů mezi resorty jsme pak použili komponentové skóry odvozené z výsledků PCA regresní metodou. Protože předpoklady pro použití parametrických metod nebyly u řady proměnných splněny, testovali jsme rozdíly mezi resorty pomocí neparametrických metod, které jsou robustní vůči nevyváženým vzorkům, odchylkám od normálního rozložení a odleh-

lým hodnotám. Pro každou proměnnou jsme nejprve pomocí Kruskal-Wallisova testu ověřili celkovou existenci rozdílů. V případě statisticky signifikantního testu ( $p < 0,05$ ) jsme pak provedli post hoc porovnání mezi jednotlivými resorty pomocí metody popsané Siegellem a Castellanem (1988) prostřednictvím balíčku *pgirmess* (Giraudoux, 2018). Velikost účinku vyjadřujeme pomocí koeficientu  $r$  vypočítaného podle vzorce  $r = Z / \sqrt{N}$ , kde  $Z$  je statistika získaná pomocí Mann-Whitneyho testu a  $N$  je velikost vzorku. Velikost efektu  $r$  interpretujeme v souladu s obecně přijímanými kritérii: 0,10 = malý efekt, 0,30 = střední efekt a 0,50 = velký efekt (Cohen, 1992).

Abychom celkově posoudili míru podobnosti/odlišnosti praxe v různých resortech, provedli jsme multivariační analýzu vzdáleností. V rámci každé z 12 komponent zachycujících používání intervencí, principy změny a vztahové metafory jsme nejprve pro každý resort stanovili mediánovou hodnotu. Na základě této datové matice jsme vypočetli euklidovské vzdálenosti mezi všemi dvojicemi resortů.

Statistické testování rozdílů jsme provedli pouze v rámci primárního cíle studie. V rámci sekundárních analýz uvádíme výsledky pouze deskriptivně.

### VÝSLEDKY

Z celkového vzorku uvedlo 144 (38,8 %) respondentů, že psychoterapeutické metody používají v rámci více než jednoho resortu. Mezi nejčastější kombinace patřilo spojení privátní praxe s některým z ostatních resortů, vyskytovaly se ovšem i kombinace tří resortů (5,6 %). Pro účely analýzy rozdílů mezi resorty jsme mohli využít pouze respondenty, kteří svou praxi provozovali vý-

**Jan  
Roubal**



**Učí na Masarykově univerzitě v Brně, kde také pracuje v Centru pro výzkum psychoterapie. Pracuje jako psychoterapeut, psychiater, lektor psychoterapie a supervizor.**

hradně v rámci jednoho resortu, jejich počty viz tabulka 1 a obrázek 1. Avšak souhrnné údaje, které uvádíme pro celý soubor, zahrnují i respondenty pracující ve více resortech. Pro označení resortů v grafech a tabulkách používáme následující zkratky: ZDR = zdravotnické zařízení, SOC = sociální služby, ŠKOL = školství, OBS = ozbrojené a bezpečnostní složky, OSVČ = privátní praxe.

### ***Primární analýza: Intervence, principy změny, role terapeuta***

#### *Rozdíly v používaných intervencích*

Terapeutické intervence představují viditelný, zvenčí snadno pozorovatelný aspekt terapeutické práce. Na základě předchozí analýzy (Řiháček & Roubal, 2019) jsme seznam jednotlivých technik rozdělili na šest komponent: (a) psychodynamické, (b) systemické, (c) humanistické, (d) kognitivně-behaviorální, (e) psychoedukační a (f) neverbální / na tělo zaměřené intervence.

Tabulka 1 ukazuje, že v oblasti intervencí existuje poměrně mnoho rozdílů mezi re-

sorty: Terapeuti ve zdravotnictví statisticky významně častěji uváděli používání psychodynamických intervencí než terapeuti v sociálních službách. Terapeuti ve zdravotnictví spolu s terapeuty v privátních praxích též častěji uváděli humanistické intervence než terapeuti v ozbrojených a bezpečnostních složkách. Terapeuti ve školství častěji uváděli používání neverbálních / na tělo zaměřených technik než terapeuti v sociálních službách – a obě tyto skupiny pak společně uváděly častější používání systemických technik než terapeuti ve zdravotnictví. Terapeuti v ozbrojených a bezpečnostních složkách pak používali psychoedukaci častěji než ti ve zdravotnictví a privátních praxích. Terapeuti v privátní praxi častěji používali kognitivně-behaviorální techniky než ti v sociálních službách. Další trendy, které nedosáhly statistické významnosti, lze najít v tabulce 1 či na obrázku 1.

#### *Rozdíly v principech změny*

Principy změny nejvíce odrážejí terapeutovu konceptualizaci své práce, tedy způsob uvažování nad tím, jak nastává terapeutická změna. Předchozí empirická studie s využitím analýzy hlavních komponent na stejných datech (Řiháček & Roubal, 2020) ukázala, že na základě odpovědí respondentů lze jednotlivé principy zredukovat do třech obecnějších komponent: (a) zkoumání a pochopení klientovy zkušenosti v akceptujícím prostředí, spojené s testováním reality a poskytováním korektivní zkušenosti, (b) podporování klientových vlastních zdrojů a (c) rozvíjení nových dovedností a poskytování doporučení.

Tabulka 1 ukazuje pouze jediný statisticky významný rozdíl: terapeuti ze zdravotnictví významně častěji uváděli využí-

vání první komponenty než terapeuti v sociálních službách. Ve školství byl – v kontrastu ke zdravotnictví a privátní praxi – patrný také poměrně výrazný (i když nesignifikantní) trend k rozvíjení nových dovedností a poskytování doporučení.

#### *Rozdíly v povaze terapeutovy role*

Analýza metafor popisujících terapeutovu roli ve vztahu s klientem odhalila tři obecnější komponenty: (a) mentor, který učí, trénuje či superviduje klienta a zaujímá vůči němu direktivní, avšak nepatologizující postoj, (b) poskytovatel zdrojů, který nedirektivním způsobem nabízí klientovi různé zdroje (např. radu, vhled, vztahovou blízkost, bezpečný prostor, podporu či inspiraci), avšak nechává na klientovi, jak s nimi naloží, a (c) odborník na léčbu, který pohlíží na klienty/pacienty jako na nemocné/poškozené a sám se stává nepostradatelným činitelem změny. Podrobnější diskuze k těmto komponentám viz Řiháček, Roubal a Motalová (2020).

Tabulka 1 ukazuje, že terapeuti v sociálních službách a ozbrojených a bezpečnostních složkách si statisticky významně častěji osvojili pozici mentora než terapeuti ve zdravotnictví (a také než terapeuti v privátní praxi, ale tento trend nedosáhl statistické významnosti). V případě dalších dvou komponent nebyl nalezen žádný statisticky významný rozdíl.

#### *Celková míra odlišnosti mezi resorty*

Tabulka 2 ukazuje celkovou míru odlišnosti mezi resorty vypočtenou na základě všech dvanácti výše uvedených komponent (čísla v tabulce reprezentují „vzdálenost“, platí tedy „čím vyšší číslo, tím větší odlišnost“). Je patrné, že charakterem používa-

ných technik, principů změny i vnímáním terapeutovy role si byli nejpodobnější terapeuti ve zdravotnictví a v privátní praxi. Naopak největší rozdíly panovaly mezi psychoterapií ve školství na jedné straně a psychoterapií ve zdravotnictví a privátní praxi na straně druhé.

#### *Další charakteristiky praxe*

##### *Délka terapie*

Respondenti odhadli, že 28 % terapií ukončili do 5 sezení (ultra krátkodobá terapie) a dalších 38 % bylo ukončeno do dvacátého sezení (krátkodobá terapie). Střednědobá terapie (do 50 sezení) se objevila ve 22 % případů a 13 % případů vyžadovalo dlouhodobou práci (více než 50 sezení). Z obrázku 2 je patrné, že dlouhodobá terapie byla poskytována především ve zdravotnictví a privátní praxi, zatímco v ostatních resortech výrazněji převažovala krátkodobá práce.

##### *Intenzita terapie*

Nejobvyklejší frekvence terapeutických sezení byla jedenkrát týdně (37,6 %), následováno frekvencí dvakrát měsíčně (30,2 %) a méně častými sezeními (22,5 %). Intenzivní forma práce s vyšší než jednotýdenní frekvencí byla nejméně obvyklá (9,7 %). Z obrázku 3 je patrné, že rozdíly mezi resorty nebyly výrazné. Lze konstatovat, že zatímco u respondentů ve zdravotnictví a sociálních službách byla nejčastější jednotýdenní frekvence, ve školství a v ozbrojených a bezpečnostních složkách bylo využívání různě intenzivních forem péče vyrovnanější.

##### *Uspořádání terapie (setting)*

Na obrázku 4 vidíme, že zdaleka nejvy-



**Tabulka 1. Rozdíly mezi resorty**

Proměnná	1	2	3	4	5	<i>H</i>	<i>p</i>	Post hoc	<i>r</i>
	ZDR	SOC	ŠKOL	OBS	OSVČ	( <i>df=4</i> )			
<i>Deskripce</i>									
<i>n</i>	57	61	17	23	64				
Pohlaví (% žen)	67 %	67 %	88 %	65 %	59 %				
Délka praxe M (SD)	11,54 (9,33)	4,82 (3,76)	5,76 (6,29)	10,96 (9,40)	11,17 (10,16)				
<i>Terapeutické intervence</i>									
Psychodynamické	0,18	-0,61	-0,64	-0,20	-0,04	13,612	0,0086*	ZDR > SOC	0,29
Systemické	-0,45	0,25	0,64	0,01	0,12	15,204	0,0043*	SOC, ŠKOL > ZDR	0,30; 0,33
Humanistické	0,20	-0,27	0,08	-0,73	0,00	17,321	0,0017*	ZDR, OSVČ >	0,42; 0,35
Psychoedukační	-0,29	0,04	0,16	0,77	-0,49	21,428	0,0000*	OBS OBS > ZDR, OSVČ	0,37; 0,42
Neverbální/_na tělo zaměřené	0,13	-0,27	0,88	-0,02	-0,16	13,376	0,0096*	ŠKOL > SOC	0,38
Kognitivně-behaviorální	0,16	-0,49	-0,81	0,09	0,22	16,709	0,0022*	OSVČ > SOC	0,28
<i>Principy terapeutické změny</i>									
Zkoumání, pochopení, akceptace, testování reality	0,29	-0,20	0,14	-0,15	0,35	16,467	0,0025*	ZDR > SOC	0,34
Podporování zdrojů	-0,15	0,14	0,12	-0,22	-0,08	2,800	0,5919		
Dovednosti a doporučení	-0,35	0,24	0,63	0,17	-0,22	12,635	0,0132*	-	
<i>Vnímání role terapeuta</i>									
Mentor	-0,66	-0,09	0,48	0,38	-0,42	20,353	0,0000*	SOC, OBS > ZDR	0,31; 0,38
Poskytovatel zdrojů	0,10	-0,37	-0,16	-0,35	-0,04	6,717	0,1516		
Odborník na léčbu	0,06	-0,38	-0,24	-0,04	-0,20	7,338	0,1191		

*Poznámka:* Hodnoty v tabulce představují mediány faktorových skóreů.

**Tabulka 2. Euklidovské vzdálenosti mezi resorty**

	ZDR	SOC	ŠKOL	OBS	OSVČ
ZDR	-	1,85	2,47	2,03	0,84
SOC		-	1,54	1,36	1,42
ŠKOL			-	1,93	2,20
OBS				-	1,84
OSVČ					-

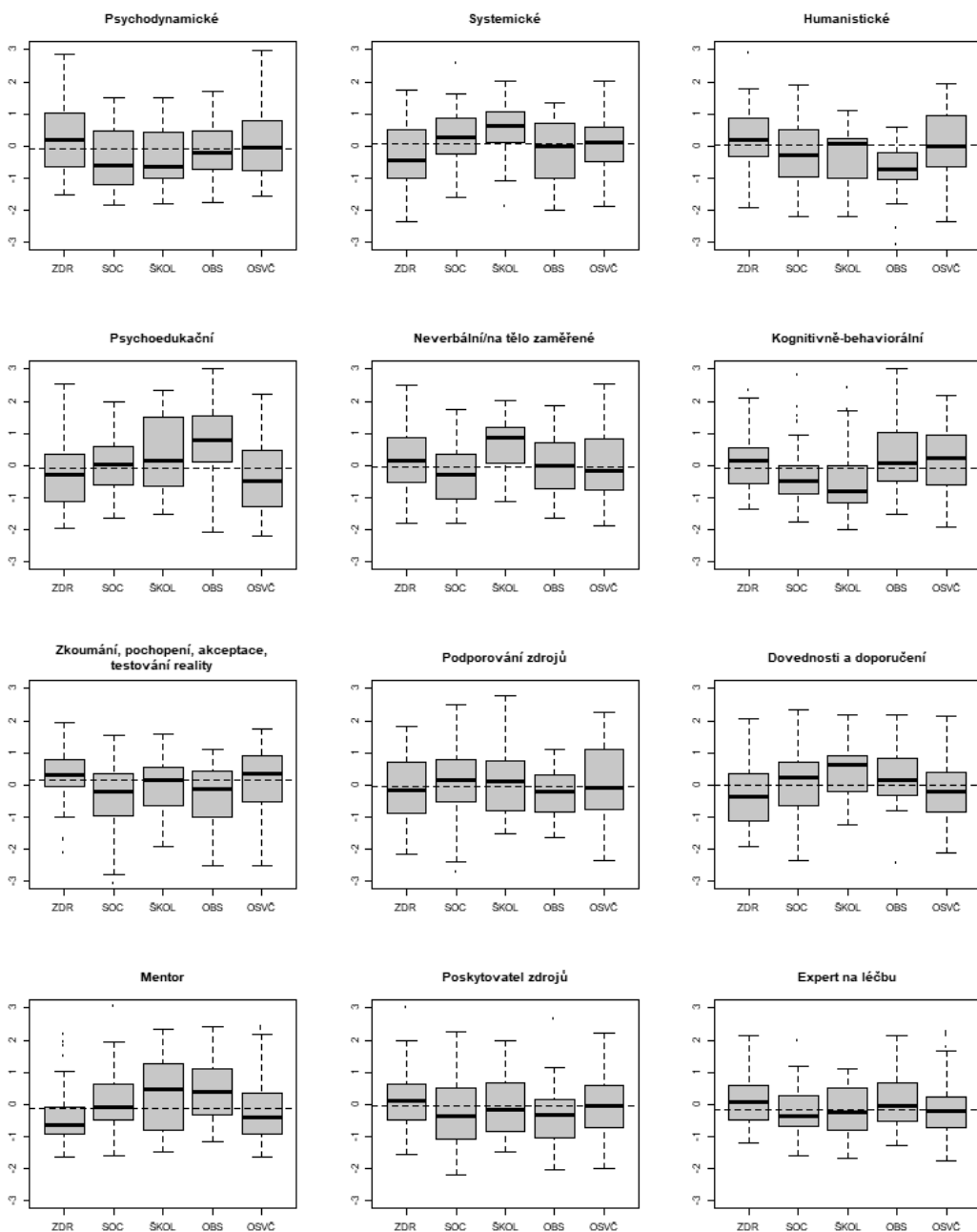
užívanější napříč resorty byla individuální forma terapie (60,4 %). Skupinové uspořádání bylo využíváno ve 14,0 % případů,

práce s dítětem v 10,9 % případů, rodinná terapie v 8,2 % případů a párová pouze v 6,5 % případů. Resorty se lišily zejména využíváním skupinové terapie (nejvíce v případě ozbrojených a bezpečnostních složek) a práce s dětmi (nejvíce ve školství).

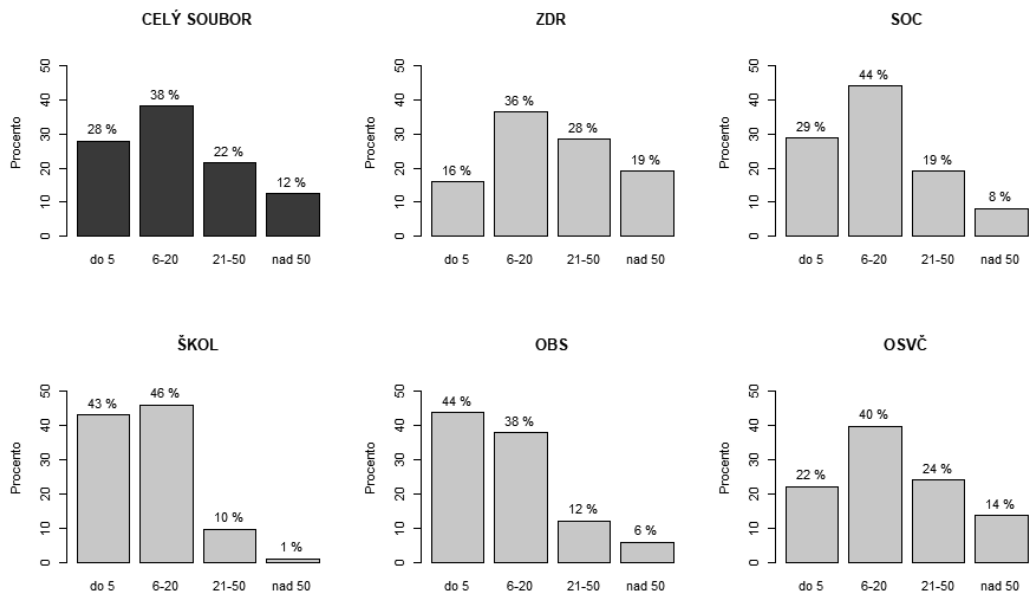
### *Závažnost potíží*

Obrázek 5 ukazuje, s jakou nejvyšší závažností klientových potíží se respondenti ve své praxi běžně setkávali. Nejvyšší zá-

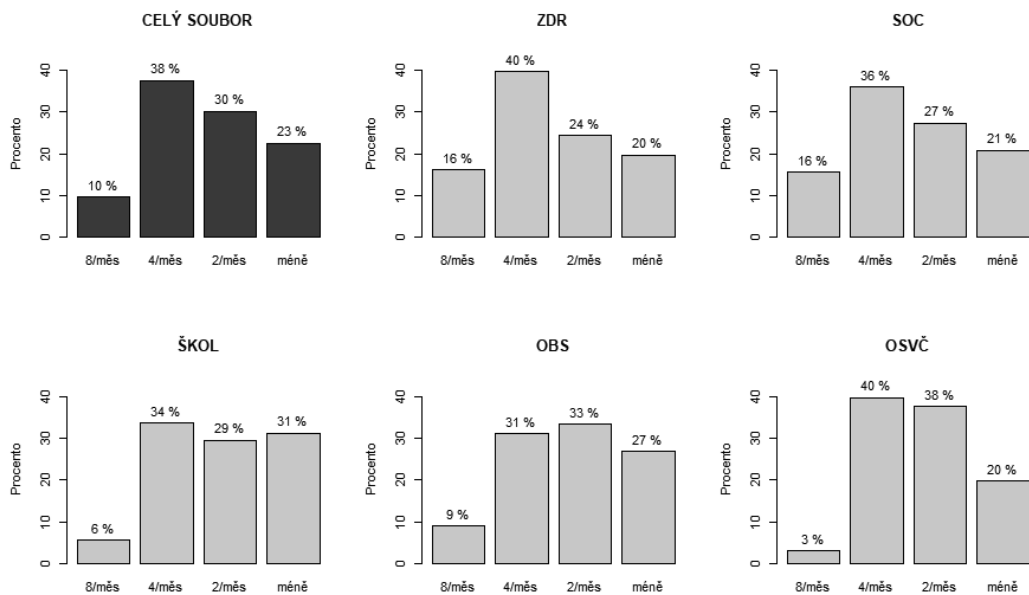
**Obrázek 1. Rozdíly mezi resorty. Plné čáry znázorňují medián resortu, šedé boxy interkvartilové rozpětí. Přerušovaná horizontální čára znázorňuje medián celého vzorku (N = 373).**



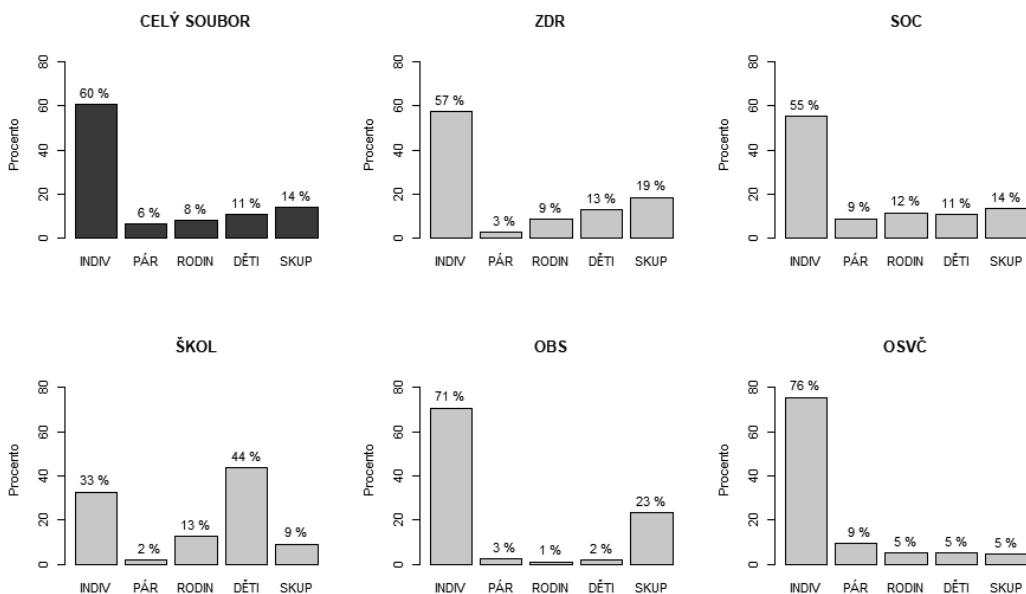
**Obrázek 2. Délka terapie v závislosti na resortu**



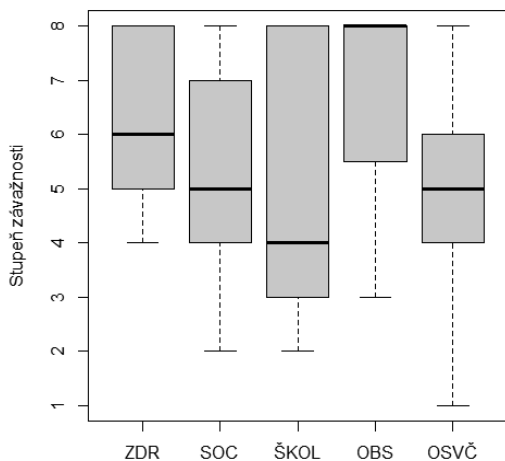
**Obrázek 3. Frekvence terapeutických sezení v závislosti na resortu**



**Obrázek 4. Využívání různých uspořádání v závislosti na resortu**



**Obrázek 5. Nejvyšší závažnost potíží v závislosti na resortu**

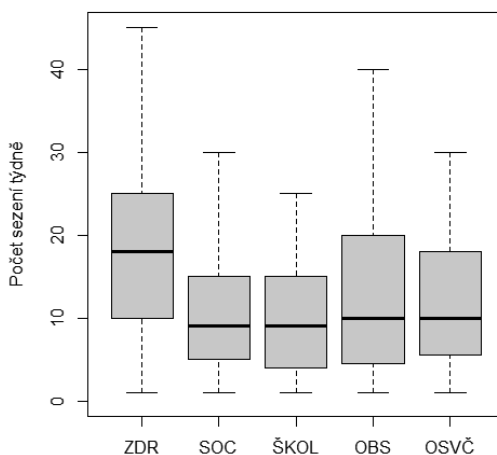


važnost udávali terapeuti v kontextu ozbrojených a bezpečnostních složek, následovalo zdravotnictví. Největší variabilita byla patrná v případech privátní praxe.

*Pracovní zátěž*

Mezi resorty existoval výrazný rozdíl v počtu sezení, která terapeuti týdně absolvovali. Zatímco ve zdravotnictví byla mediánová

**Obrázek 6. Pracovní zátěž terapeutů v závislosti na resortu. Jeden respondent v privátní praxi uvedl 60 sezení (v grafu není zobrazen)**



hodnota 18 sezení týdně, ve zbývajících resortech to bylo 9 až 10 sezení. Obrázek 6 ale ukazuje, že i v rámci resortů existovala mezi terapeuti značná variabilita.

### *Vzdělávání se a etická praxe*

#### *Sebezkušenost*

Jednou ze složek terapeutického vzdělávání je terapeutova vlastní zkušenost v roli klienta, často označovaná jako sebezkušenost či osobní terapie. V našem vzorku prošlo sebezkušeností v nějakém rozsahu 94,9 % respondentů (příp. 98,7 %, vezme-li v potaz pouze ty s plně dokončeným výcvikem) a 59,8 % absolvovalo sebezkušenost delší než 100 hodin (67,3 % u respondentů s plně dokončeným výcvikem). Mezi resorty nebyly téměř žádné rozdíly v procentu terapeutů, kteří absolvovali alespoň nějakou formu sebezkušenosti.

#### *Supervize a intervize*

Další významnou složkou kontinuálního vzdělávání a předpokladem dobré praxe je supervize. V rámci našeho vzorku 82,3 % respondentů absolvovalo za poslední rok alespoň jednu hodinu supervize své vlastní práce a 76,9 % absolvovalo více než pět hodin. Podobnou roli může plnit i kolegiální sdílení v podobě intervize, které využilo 95,4 % respondentů, v délce více než 5 hodin pak 87,9 % respondentů. Množství supervize či intervize přitom nijak nesouviselo s délkou praxe či s dokončeností výcviku (korelační koeficienty se pohybovaly mezi  $r_s = -0,08$  a  $0,02$  a byly nesignifikantní). Znamená to, že vnímaná potřeba supervize a intervize se s přibývajícím praxí nesnižovala, což lze považovat za pozitivní jev. Procento terapeutů, kteří absolvovali alespoň nějakou supervizi, variovalo napříč

resorty takto: ZDR = 78,9 %, SOC = 91,8 %, ŠKOL = 70,6 %, OBS = 65,2 % a OSVČ = 82,8 %. Ve využívání intervize byly jen minimální rozdíly.

#### *Znalost etického kodexu*

Za jednu z podmínek etické praxe lze považovat znalost etického kodexu vztahujícího se k psychoterapii či poradenství. V rámci našeho vzorku 60,9 % respondentů odpovědělo, že se s některým z etických kodexů podrobně seznámili, a dalších 16,1 % se k němu opakovaně vrací. Zbývajících respondenti se s etickým kodexem seznámili jen letmo (20,9 %), případně vůbec (2,1 %). Zde bychom ideálně očekávali stoprocentní obeznámenost, a výsledky tak lze pokládat za výzvu výcvikovým institutům, aby důsledněji dbaly na tento aspekt vzdělávání. Procento terapeutů, kteří odpověděli, že se s etickým kodexem seznámili podrobně nebo opakovaně, variovalo napříč resorty takto: ZDR = 71,9 %, SOC = 72,1 %, ŠKOL = 70,6 %, OBS = 87,0 % a OSVČ = 82,8 %.

#### *Kontinuální vzdělávání*

Dalšího vzdělávání nad rámec výcviku (seminářů, workshopů, konferencí apod.) se účastnilo 82,6 % respondentů alespoň dvakrát ročně a dalších 13,9 % jednou ročně. Jednu akci za poslední dva roky absolvovalo 1,6 % a žádnou akci pak 1,9 % respondentů. Účast na dalším vzdělávání nijak nesouvisela s délkou praxe ( $r_s = 0,02$ , nesig.) ani dokončeností výcviku ( $r_s = 0,02$ , nesig.). Tento výsledek svědčí o tom, že respondenti si byli dobře vědomi potřeby kontinuálního vzdělávání. Procento terapeutů, kteří se dalšího vzdělávání účastnili alespoň dvakrát ročně, variovalo napříč re-

sorty takto: ZDR = 89,5 %, SOC = 78,7 %, ŠKOL = 70,6 %, OBS = 78,3 % a OSVČ = 79,7 %.

#### *Členství v odborných společnostech*

Zajímalo nás také, zda čeští terapeuti a poradci považují za důležité sdružovat se v národních odborných společnostech. Souhrnně lze konstatovat, že 44,2 % bylo členem alespoň jedné odborné společnosti a 15 % bylo členy dvou a více společností. Procento terapeutů, kteří byli členy alespoň jedné odborné společnosti, variovalo napříč resorty takto: ZDR = 57,9 %, SOC = 11,5 %, ŠKOL = 23,5 %, OBS = 34,8 % a OSVČ = 57,8 %.

#### DISKUZE

Cílem této studie bylo prozkoumat míru odlišnosti psychoterapeutické praxe napříč resorty. Stěžejní pro porovnání bylo dvanáct dimenzí popisujících používané intervence (techniky), využívané principy terapeutické změny a subjektivně vnímanou roli terapeuta v terapeutickém vztahu. Celkově můžeme konstatovat, že zatímco v oblasti používaných intervencí jsme našli značné množství rozdílů, ve zbývajících dvou oblastech jich bylo poměrně málo. Rozdíly, které dosáhly statistické signifikance, se pohybovaly v pásmu středně velkých rozdílů. Pohled na obrázek 1 signalizuje, že se jedná o rozdíly pouze relativní, vezmeme-li v potaz značnou variabilitu, která existuje mezi terapeuty „uvnitř“ resortů. Přesto lze tyto rozdíly považovat za dostatečně velké, abychom mohli pojmenovat relativní specifika jednotlivých resortů. Při jejich charakteristice přihlížíme i k některým výraznějším trendům, které nedosáhly hladiny statistické signifikance.

Psychoterapie ve zdravotnictví je ve srov-

nání s jinými resorty více založena na psychodynamických a humanistických přístupech (a méně naopak na systemických a psychoedukaci). Terapeuti zde relativně nejvíce akcentují principy změny založené na zkoumání, pochopení a akceptaci a korigování klientovy zkušenosti. Naopak méně se věnují rozvíjení nových dovedností a poskytování doporučení a nejméně se hlásí k roli mentora. Po ozbrojených a bezpečnostních složkách je zdravotnictví druhým resortem, v němž terapeuti pracují s psychopatologicky nejzávažnějšími případy. Terapie ve zdravotnictví probíhají nejčastěji s jednotýdenní frekvencí a terapeuti poskytují téměř dvakrát více sezení týdně než terapeuti v jiných resortech.

Psychoterapie v privátní praxi se svým charakterem nejvíce podobá té ve zdravotnictví. Oproti jiným resortům zdůrazňuje humanistické a kognitivně-behaviorální techniky (a naopak méně využívá psychoedukaci). V oblasti principů změny a terapeutovy role je zde možné najít podobné trendy jako ve zdravotnictví (důraz na zkoumání, pochopení a akceptaci a korigování klientovy zkušenosti; naopak menší důraz na rozvoj nových dovedností a doporučení; odklon od role mentora), ovšem ne tak vyhraněné. I zde se častěji než jinde setkáme s dlouhodobou terapií. V privátní praxi existuje největší variabilita v závažnosti potíží, s nimiž se terapeuti u klientů setkávají.

Psychoterapie v sociálních službách je v porovnání s jinými resorty více založena na systemických (a naopak méně na psychodynamických, kognitivně-behaviorálních a neverbálních / na tělo zaměřených) přístupech. Je zde kladen významně menší důraz na zkoumání, pochopení a akceptaci a korigování klientovy zkušenosti. Naopak

existuje určitý trend k rozvíjení nových dovedností a poskytování doporučení, akcentována je role mentora. Podobně jako ve zdravotnictví, i zde je nejčastější každotýdenní frekvence.

Psychoterapie ve školství je v porovnání s jinými resorty více založena na systematických a neverbálních / na tělo orientovaných (a naopak méně na psychodynamických a kognitivně-behaviorálních) přístupech. Oproti jiným resortům se zde častěji setkáváme s důrazem na rozvíjení nových dovedností a poskytování doporučení, což pravděpodobně souvisí s častou prací s dětmi. Z výsledků se však dozvídáme, že psychoterapeuti v tomto resortu poměrně hojně pracují i s dospělými.

Psychoterapie v ozbrojených a bezpečnostních složkách akcentuje psychoedukační postupy (a naopak méně jsou zastoupeny přístupy humanistické). Respondenti svou roli více než v jiných resortech vnímají jako roli mentora. Tento resort je dále charakteristický nejčastějším využíváním skupinové psychoterapie a též nejvyšší mírou psychopatologie u klientů.

Mezi resorty nebyly téměř žádné rozdíly v procentu terapeutů, kteří absolvovali nějakou formu sebezkušenosti. Porovnáme-li tato data s výzkumem na rozsáhlém vzorku terapeutů různých národností, kde nějakou formu osobní terapie absolvovalo 87 % respondentů (Orlinsky, Schofield, Schroder, & Kazantzis, 2011), můžeme konstatovat, že u českých terapeutů je toto procento dokonce vyšší.

Větší variabilita existovala ve využívání supervize. Ačkoli bylo celkově poměrně časté, pouze v sociálních službách se blížilo stu procentům a značně neuspokojivé bylo zejména v ozbrojených a bezpečnostních

složkách. Kontinuální vzdělávání lze považovat za další z důležitých pilířů budování a udržování vlastní „profesní kondice“, zdroj sebereflexe a předpoklad etické praxe. Z tohoto pohledu si nejlépe vedli terapeuti ve zdravotnictví a největší rezervy byly patrné ve školství. Celkově tedy v míře využívání supervize i kontinuálního vzdělávání existuje prostor pro zlepšení.

Za nedostatečnou lze považovat míru obeznámenosti s etickými principy. Zejména v resortech zdravotnictví, sociálních služeb a školství více než čtvrtina dotázaných uvedla, že se podrobně neseznámila s některým z relevantních etických kodexů. Přestože sama znalost etického kodexu ještě negarantuje etické jednání terapeuta, lze ji považovat za jeden z jeho předpokladů. Z hlediska dobré praxe je tedy jakákoliv jiná než stoprocentní obeznámenost obtížně tolerovatelná. Znalost etických principů není jen formální požadavek, ale pomáhá předcházet riziku poškození klientů a terapeutům nabízí vedení v komplexních a nejednoznačných situacích, s nimiž se setkávají (Barnett, 2019).

Fakt, že více než polovina vzorku nevedla členství v žádné z odborných společností, lze považovat za problematický, neboť odborné společnosti mohou svými požadavky i nabídkou dalšího vzdělávání přispívat k regulaci a zkvalitňování praxe. Jako nejproblematičtější se z tohoto pohledu jevíly resorty sociálních služeb a školství a ozbrojená a bezpečnostní složky.

#### LIMITY

Hlavním limitem studie je potenciální nereprezentativnost vzorku. Protože charakteristiky základní populace nejsou známy (neznáme celkový počet terapeutů, jejich vě-

kové složení, poměr absolventů různých výcviků ani poměrné zastoupení terapeutů v různých resortech), není možné spolehlivě posoudit, jak dobře náš vzorek tuto populaci reprezentuje. Lavinový způsob sběru dat nám také neumožňuje spolehlivě vyčíslit míru návratnosti dotazníku: dotazník vyplnilo 47,6 % z těch, kdo jej otevřeli, neznáme však počet všech, kteří byli osloveni.

Věkové rozložení vzorku je celkově zešikmené směrem k mladším terapeutům (pouze polovina měla již dokončený výcvik). Nevyvážené věkové složení skupin reprezentujících jednotlivé resorty (viz tabulka 1) by mohlo být příčinou některých zjištěných rozdílů. Psychodynamické techniky byly častěji preferovány zkušenějšími terapeuti, zatímco systemické techniky častěji udávali terapeuti s kratší délkou praxe (Řiháček & Roubal, 2019). Zkušenější terapeuti měli tendenci více akcentovat roli odborníka na léčbu (Řiháček, Roubal & Motalová, 2020), zatímco ti s kratší délkou praxe upřednostňovali rozvíjení nových dovedností a poskytování doporučení (Řiháček & Roubal, 2020). Nemůžeme ale s jistotou říct, zda jsou rozdílné preference v těchto dimenzích dány primárně délkou praxe, nebo zkušeností s prací v určitém resortu. Ostatní z námi sledovaných dvanácti dimenzí terapeutické práce s délkou praxe nijak nesouvisely. Nabízí se otázka, zda i samotné věkové složení skupin reprezentujících jednotlivé resorty můžeme pokládat za odraz rozdílů mezi resorty (lze např. předpokládat, že terapeuti častěji zahajují svou praxi v nějaké instituci a teprve později si založí privátní praxi). K jejímu zodpovězení ale nemáme potřebná data.

Velikost vzorku a nevyvážené zastoupení terapeutů z jednotlivých resortů omezovalo

možnosti statistické analýzy. Některé potenciální méně výrazné rozdíly mezi resorty nebylo možné díky malé velikosti vzorku prokázat jako statisticky významné. Větší počet respondentů by také umožnil použití parametrických metod, s jejichž pomocí by bylo možné kontrolovat vliv třetích proměnných (např. zmíněné délky praxe) na zjištěné rozdíly mezi resorty.

Výběr technik, principů změny i vztahových metafor byl do určité míry arbitrární (dva respondenti např. ve zpětné vazbě poznamenali, že jim mezi technikami scházela imaginace). Další oblasti potenciálních rozdílů mohly zůstat nezahrnuté. Položky reprezentující principy změny byly formulovány transteoretickým způsobem (tj. bez odborného žargonu), neověřovali jsme však, jestli respondenti přesto některé principy změny automaticky neasociovali s konkrétními terapeutickými směry. Reliabilita jednotlivých komponent byla v některých případech neuspokojivá (Cronbachova  $\alpha$  se pohybovala mezi 0,78 a 0,55) a mohla způsobit, že některé potenciální rozdíly zůstaly nezachyceny. Při interpretaci výsledků je také nutné vzít v potaz, že odpovědi v dotazníku reflektují pouze to, jak terapeuti uvažují o své praxi, což nemusí reálně praxi přesně odpovídat. Stejně tak naše data nezachycují, jak případné rozdíly vnímají klienti/pacienti.

## ZÁVĚR

Provedený průzkum mezi českými psychoterapeuty představuje příspěvek k současné živé debatě o vymezení psychoterapeutické profese v České republice. Tím, že se zaměřuje na existující praxi a zabývá se konkrétní činností psychoterapeutů, doplňuje podstatnou měrou obecné diskuse



hledající optimální uplatnění psychoterapie v České republice do budoucna. Tento dotazníkový průzkum přinesl zjištění, že mezi resorty existují určité rozdíly v aplikaci psychoterapeutických technik, principů terapeutické změny i ve vnímané roli terapeuta v terapeutické vztahu. Tyto rozdíly je nutno chápat jako relativní, uvážíme-li, jak moc se mezi sebou liší různí terapeuti pracující v témže resortu. Považujeme je však za dostatečně výrazné na to, aby mělo smysl hovořit o specifičnosti práce v jednotlivých resortech a dále ji podrobněji zkoumat. Průzkum také odhalil prostor pro zlepšení praxe, zejména v oblasti frekvence supervize, obeznámenosti s etickými principy terapeutické práce a nízké míře zatopenosti psychoterapeutů v odborných společnostech.

#### PODĚKOVÁNÍ

Děkujeme všem, kdo cennými návrhy a kritikou přispěli k tvorbě dotazníku. Děkujeme také všem, kdo se podíleli na jeho šíření.

*Role autorů:* Všichni tři autoři se podíleli na koncipování studie a tvorbě dotazníku. První autor provedl sběr dat a jejich analýzu a formuloval první verzi textu. Druhý a třetí autor provedli revizi textu a schválili jeho konečnou podobu.

*Konflikt zájmů:* Studie vznikla za podpory specifického vysokoškolského výzkumu, projekt č. MUNI/A/1216/2020, kterou poskytl MŠMT.

#### LITERATURA

Aherne, D., & McElvaney, R. (2016). A call for dialogue: Psychotherapists and psychologists

- specialising in psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 18(1), 58–74.
- American Psychological Association (2013). Recognition of Psychotherapy Effectiveness. *Psychotherapy*, 50(1), 102–109.
- Barnett, J. E. (2019). The ethical practice of psychotherapy: Clearly within our reach. *Psychotherapy*, 56(4), 431–440.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
- Corsini, R. J. (2008). Introduction. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (pp. 1–14). Thompson.
- Giraudoux, P. (2018). *pgirmess: Spatial Analysis and Data Mining for Field Ecologists. R package version 1.6.9*. <https://CRAN.R-project.org/package=pgirmess>
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372–378.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (2004). Introduction and historical overview. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 3–15). John Wiley.
- LimeSurvey Project Team. (2015). *LimeSurvey: An Open Source survey tool*. LimeSurvey Project Hamburg, Germany. URL <http://www.limesurvey.org>.
- Norcross, J. C., & Halgin, R. P. (2005). Training in psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 439–458). Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Hedges, M., & Castle, P. H. (2002). Psychologists conducting psychotherapy in 2001: A study of the Division 29 membership. *Psychotherapy*, 39(1), 97–102. <https://doi.org/10.1037//0033-3204.39.1.97>
- Norcross, J. C., Prochaska, J. O., & Farber, J. A. (1993). Psychologists conducting psychotherapy: New findings and historical comparisons on the psychotherapy division membership. *Psychotherapy*, 30(4), 692–697. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.30.4.692>
- Norcross, J. C., & Rogan, J. D. (2013). Psycho-

- logists conducting Psychotherapy in 2012: Current practices and historical trends among Division 29 members. *Psychotherapy*, 50(4), 490–495. <https://doi.org/10.1037/a0033512>
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., Schofield, M. J., Schroder, T., & Kazantzis, N. (2011). Utilization of personal therapy by psychotherapists: A practice-friendly review and a new study. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67(8), 828–842.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1983). Contemporary psychotherapists: A national survey of characteristics, practices, orientations, and attitudes. *Psychotherapy*, 20(2), 161–173. <https://doi.org/10.1037/h0088487>
- R Core Team. (2020). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>
- Řiháček, T., & Roubal, J. (2019). Využívání psychoterapeutických technik v praxi. *E-psychologie*, 13(1), 1–17.
- Řiháček, T., & Roubal, J. (2020). Common principles of psychotherapeutic change: Patterns of use. *British Journal of Guidance and Counselling*, 48(4), 489–499.
- Řiháček, T., Roubal, J., & Motalová, K. (2020). Facets of the psychotherapy relationship: A metaphorical approach. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 23(3), 311–319.
- Siegel, S., & Castellan, N. J. (1988). *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. MacGraw Hill.
- Tschacher, W., Junghan, U. M., & Pfammatter, M. (2014). Towards a taxonomy of common factors in psychotherapy – Results of an expert survey. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(1), 82–96.
- Van Broeck, N., & Lietaer, G. (2008). Psychology and psychotherapy in health care: A review of legal regulations in 17 European countries. *European Psychologist*, 13(1), 53–63.
- Došlo do redakce 9. 3. 2021, v revidovaném znění 30. 4. 2021. K publikaci přijato 4. 5. 2021.*

## UKAŽ MI TO! DIALOGICKÉ VYUŽITÍ PÍSKOVIŠTĚ PŘI PRÁCI S MALÝMI DĚTMI V PRAXI KLINICKÉHO PSYCHOLOGA

**Show me!**

**Dialogical use of sandtray while working with families with small children in a clinical psychology practice**

**Lucie Hornová, Jana Adámková**

*Dialogický institut pro psychoterapii, s.r.o., Žamberk, CZ; e-mail: lucie.hornova@gmail.com*

*Psychoterapie. 15 (2), 195–212; ISSN 1802-3983*

### ABSTRAKT

Využití pískoviště při práci s malými dětmi má v psychoterapii dlouhou tradici. V tomto článku se autorky zaměřují na popis využití pískoviště v rámci prvního sezení s rodinou s dítětem s psychosomatickými příznaky. Ve své praxi autorky vychází ze současného dialogického přístupu v rámci rodinné terapie. Jejich pozornost tak nesměřuje pouze na práci s dítětem, ale také na práci s ostatními členy rodiny. Terapeut zde osciluje mezi dítětem, které prozkoumává své pocity a sděluje svůj pohled prostřednictvím pískoviště, a rodiči (popř. sourozenci), které terapeutickými prostředky podporuje v jejich schopnosti dítě slyšet a porozumět mu. Na rozdíl od jiných škol slouží dialogicky využití pískoviště především k prohloubení komunikace v rámci rodiny. Svoji práci autorky demonstrují ve dvou kazuistických ukázkách. V teoretické reflexi definují sedm kroků důležitých pro dialogickou práci s pískovištěm. V závěru zachycují indikace a kontraindikace pro dialogickou práci s pískovištěm.

### ABSTRACT

Use of sandplay/sandtray has a long tradition in psychotherapy of young children. In this article authors focus on the use of sandtray in the first session with a family with a psychosomatic child. In their day-to-day practice the authors root themselves in dialogical approach as a part of a broader family therapy context. Their focus is not just on working with the child but also on working with the whole family system. The attention of therapist in this approach oscillates between being with the child who explores his/her feelings and experiments with his/her own “voice” in expressing it and between his/her parents (and siblings) whom he/she supports in their ability to listen and understand the child. Compare to other therapeutic schools, the dialogical use of sandtray serves mainly to improve the communication within the family. The authors demonstrate their work in presenting two case studies. In the theoretical reflection they present seven steps in the dialogical use of sandtray. In the conclusion they define some pros and cons of the dialogical use of sandtray.

## ÚVOD

Aplikace dialogismu v naší ambulantní praxi výrazně zformovala naši práci s jednotlivci i rodinami se širokou škálou diagnóz. Dialogické využití pískoviště v rámci prvního sezení s rodinou se pro nás v posledních řádově deseti letech stalo rutinní záležitostí. Zejména u dětí s psychosomatickou diagnózou (bolesti hlavy, břicha, enuréza, enkopréza, ekzémy, nezvládnutý diabetes atd.), ale i u dětí s problematickým chováním, úzkostnou či depresivní symptomatikou se nám práce s pískovištěm jeví jako velmi užitečná. Využití pískoviště je samozřejmě mnohem širší než jen při prvním sezení s rodinou s psychosomatickým dítětem. Běžně používáme pískoviště nejen k dlouhodobé práci s dětmi i dospělými, ale také k supervizi. Někdy v rámci rodinné terapie používáme pískoviště dvě, nebo ho kombinujeme s jinými technikami. V tomto článku se chceme pro přehlednost soustředit pouze na jeho využití při prvním sezení rodinné terapie (RT) zaměřené na dialogický přístup. Pozorný čtenář jistě v naší práci rozpozná inspiraci technikou kresby „začarované rodiny“ (Matějček & Strobachová, 1984). Od kresby začarované rodiny se naše práce liší tím, že se jedná o manipulační techniku. Ta skýtá větší prostor pro experimentování, váhání, prozkoumávání různých vztahových potenciálů a různých způsobů nakládání se situací. Právě v tomto prostoru váhání se z našeho úhlu pohledu skrývá hlavní potenciál techniky pískoviště. Efektivita práce s pískovištěm je v dnešní době již považována za prokázanou (Roesler, 2019; Taylor, 2015; Homeyer & Sweeney, 2016). Jde tedy spíše o to nalézt v rámci jednotlivých terapeutických přístupů konzistentní a etické využití této metody.

V rámci systemického rodinného přístupu klademe důraz na opakovanou oscilaci mezi dítětem pracujícím v pískovišti a rodiči, kteří jeho práci přihlíží. Spolupráce s celou rodinou, nikoliv pouze s dítětem, z našeho pohledu umožňuje hlubší a trvalejší změnu v rámci celého systému. Dialogický pohled v rámci systemické praxe klade důraz na polyfonickou přítomnost různých hlasů, na striktně neinterpretativní zacházení s nabízeným materiálem a na bezpečí svobodného procesu experimentování s různým uchopením situace v dané chvíli. Tím se blíží systemická dialogická práce např. práci gestaltové, nicméně klade důraz na práci s celým rodinným systémem. Vzhledem k tomu, že se nám v tomto směru podařilo nalézt pouze minimum odborné literatury, rádi bychom tímto článkem přispěli k rozšíření možnosti využití dialogického přístupu při práci s rodinami s malými dětmi.

Na začátku následujícího textu uvedeme menší exkurz do historie vývoje využití terapeutického pískoviště. Dále nabídneme ilustrativní kazuistiku popisující náš způsob práce s pískovištěm, aby bylo možné si další text propojit s konkrétnější představou. Poté popíšeme využití pískoviště v rodinné terapii a možnosti propojení s principy dialogického přístupu v rodinné terapii. Na další kazuistickou ukázkou navazujeme sedmi kroky pro dialogickou práci v pískovišti s rodinou tak, jak krystalizovaly z naší zkušenosti. V závěru zmíníme některé indikace a kontraindikace pro dialogické využití pískoviště při práci s rodinou s dítětem s psychosomatickými potížemi.

## HISTORICKÝ PŘEHLED VYUŽITÍ PÍSKOVIŠTĚ

Jako první použila figurky a pískoviště

práci s dětmi britská pediatrička Margaret Lowenfeld (1935, 1939), která o technice hovořila jako o *World Technique* [Technika světa]. Žádala děti, aby za pomoci malých objektů poskládaly svět tak, jak ho vnímají. Na její práci navázala jungiánská analytička Dora Kalff (1989, 2003), která definovala zásady *sandplay*. Pojem *sandplay* (doslova hra v písku) dnes odkazuje k jungiánskému způsobu práce s terapeutickým pískovištěm, my budeme v následujícím textu užívat pojem *sandtray* (doslova písek v tácku-pískoviště), který obecně označuje využití terapeutického pískoviště a figurek.

Samotné pískoviště je obvykle obdélníkového tvaru. Tradiční rozměr určený Lowenfeldovou je 46 x 69 x 5 cm. Je však možné použít cokoli v podobných rozměrech, co máme k dispozici. My například používáme běžně dostupnou bílou plastovou krabici s víkem z IKEA (50 x 77 x 19 cm), je samozřejmě možné si pořídit i pískoviště přímo určené pro psychoterapii. Obecně je při výběru krabice-pískoviště třeba dodržet podmínku, že celé pískoviště je možné pojmout pohledem najednou, vidět obraz celý (příliš velké pískoviště to dítěti neumožňuje) a zároveň je potřeba, aby pískoviště poskytovalo dostatečný prostor pro stavění figurek a hru v písku. Také je vhodné, aby pískoviště mělo rovné dno i víko, aby se v členitém dnu ruce nezadržávaly. Hrubost písku záleží na preferenci, je však vhodné, aby neprášil a bylo možné z něj alespoň hrubě modelovat terén. Co se týče předmětů v pískovišti, existují různé názory. Existují terapeuti, kteří používají širokou paletu figurek zvířat, lidí, pohádkových bytostí, rostlin, budov, rozličných miniatur a symbolických předmětů čítající někdy i stovky kusů.



**Lucie  
Hornová**

**Mgr., Ph.D. Klinický psycholog, supervizor. Absolvovala FFMU obor psychologie. Pracovala se závislými v Anglii, později v ČR. Má výcvik v Rogersovské individuální terapii a v rodinné systemické terapii (Chvála, Trapková). V roce 2008 založila a od té doby vede tým ambulance klinické psychologie v Rychnově nad Kněžnou. Druhou ambulanci klinické psychologie a psychoterapie provozuje spolu s Mgr. Pilátem v Brně. Na teoretické i praktické úrovni se věnuje problematice vedení multidisciplinárního terapeutického týmu a práci v terapeutických párech. Pracuje s dětmi, dospělými a rodinami. Specializuje se na psychoterapii psychosomatických poruch a práci s rodinami vysokým stupněm násilí. Spolu s Mgr. Adámkovou lektoruje kurzy práce s pískovištěm. Od roku 2008 je školitelem klinické psychologie, členem AKP a SOFT a evropským reprezentantem v EFTA (Evropské asociace rodinných terapeutů) a členem vedení rady EFTA. Absolvovala studium systemické supervize na Tavistocké klinice v Londýně. Je registrovaným evropským systemickým supervizorem a supervizi se věnuje v ČR i zahraničí. Dlouhodobě se zajímá o dialogické přístupy v psychoterapii. Na TAOS institutu v USA získala Ph.D. v praktickém výzkumu na téma „Dialogická koterapie“. V rámci tohoto výzkumu došlo k adaptaci technik „otevřeného dialogu“ v její ambulanci praxi. Je členkou DIP-Dialogického institutu pro psychoterapii a lektorkou výcviku v Systemické rodinné terapii (dialogické a postmoderní přístupy).**

Pro Kalff bylo důležité, aby se jako terapeutka propojila s klientem nejen na osobní rovině, ale také na rovině symbolické. A právě k tomu dopomáhají figurky a drobné objekty, které při práci v pískovišti materializují vnitřní, často nevědomé, myšlenky a pocity.

Pro účely popisované v tomto článku však postačí sbírka alespoň 30 plastových figurek zvířat. Nutné je, aby byly obsaženy různé typy zvířat (divoká, krotká, zubatá, s otevřenou tlamou, jiná mateřského charakteru, užitečné jsou také podmořské a podzemní druhy). Je také důležité, aby figurky byly různých velikostí a některé druhy figurek mohly tvořit rodinu (např. dvě velké žirafy a dvě malé), vhodná je také skupina úplně stejných figurek (např. ptáků).

V 60. a 70. letech se výrazně rozvíjela terapie hrou, v jejímž rámci se rozvíjela i práce s pískovištěm (Axline, 1979; Crenshaw & Stewart, 2016; Hartwig, 2021; Kaduson & Schaefer, 2020). Pískoviště (sandtray) je nyní samostatnou technikou používanou napříč terapeutickými školami. Sandtray implementuje na člověka orientovaný přístup (Axline & Carmichael, 1947), kognitivně-behaviorální směr (Knell, 1993), adleriánský přístup (Kottman & Schaefer, 1993), gestalt terapie (Oaklander, 2001) a na řešení zaměřený přístup (Nims, 2007, Taylor 2015; Berg & Steiner, 2003; Hartwig, 2021; Nims, 2007; Zatloukal & Žákovský, 2019).

V terapii dětí sledujeme v posledních letech příklon k začleňování celého rodinného systému přímo do terapeutického procesu dítěte (Miller, 1994) a také snahu nalézt způsoby, jak angažovat aktivně i malé děti do procesu rodinné terapie.

Pískoviště je dnes využíváno v terapeutické práci s dospělými (Schadler a De Domenico, 2012) i s dětmi (von Gontard et al., 2010), nejčastěji je používáno v léčbě traumatu (Freedle, 2017; Ramos & De Matta, 2018; Troshikhina, 2012). Svě místo nachází také v supervizi terapeutů a poradců (Stark & Frels & Garza, 2011).

Obecně můžeme říci, že klient v pískovišti za použití figurek symbolicky zobrazí svůj vnější a vnitřní svět. Ammann (1991) doplňuje, že jde o kreativní přístup, do kterého jsme zapojeni tělem, myslí i duchem. Homeyer a Sweeney (2011) popisují sandtray terapii jako expresivní a projektivní techniku, která umožňuje rozkrývat a zpracovávat vnitřní obsahy skrze užití figurek a pískoviště jako neverbálního prostředku komunikace. Proces je vedený klientem a pouze facilitovaný vycvičeným terapeutem.

#### KAZUISTIKA 1: KUŘÁTKO, CO JE A NENÍ

Přichází rodina s Kristýnkou (jméno dívky bylo změněno z důvodu anonymizace), které jsou čtyři roky. Do ambulance je přivádějí její úporné bolesti hlavy až migrenového typu spojené se zvracením. Tento symptom se objevil asi před čtyřmi měsíci. Byla komplexně vyšetřena bez nálezu. Měla za sebou týdenní hospitalizaci na oddělení dětské neurologie.

Rodiče líčí s úzkostí stav Kristýnky. V podstatě je nechávám mluvit jen krátce a obracím se na Kristýnku. Dívka se mnou navazuje kontakt snadno. Ze začátku si povídáme o tom, co má ráda, jaké to je ve školce, kdo všechno s nimi bydlí, jen ona a rodiče, taky mají kočku. Po chvíli si všimnu, že už ji více zajímá prostor pracovny a že ztrá-

cí pozornost. Směřem ke Kristýnce říkám: „*My si tu teď budeme chvíli povídat nějaké dospělácké věci. Ale ještě předtím si půjdeme spolu chvílku hrát, co říkáš?*“ Vstávám a přesouvám se do dětského koutku pracovní a usedáme společně s dítětem na zem. „*Podívej se, co tady pro tebe mám připravené. Tady jsou různá zvířata.*“ Chvilí se spolu přehrabujeme v krabici s figurkami. Dívka sama spontánně některé vytahuje a pojmenovává. Povídamy si o tom, jaká zvířata má ráda. „*Jsou tu různá zvířata. Malá i velká, divoká i krotká. Některá známá, některá trochu zvláštní.*“ Vždy nechávám dítě, aby našlo nějaký příklad. „*A tady je takové pískoviště.*“ Otevírám krabici a přisouvám k dítěti. Pomalu se dotýkám písku, Kristýna mne následuje. Chvilí přesíváme písek mezi prsty. Ale pozornost Kristýnky se zase obrací ke zvířátkům. „*Ta zvířátka tě zaujala. Já, když vidím, jak tě to baví, jak jsi tím zaujatá, tak bych ti ráda dala úkol, můžu? Kdybys mohla každému, kdo u vás doma bydlí, vybrat tady nějaké zvíře a dát je tady do toho písku tak, jak to u vás doma je. A nezapomeň na sebe. Teď si zase chvílku budu povídat s vašima, a pak si to společně prohlédneme.*“ Kristýna kývá a začíná přebírat figurky. Chvilí s ní ještě sedím na zemi, pak se vracím k rodičům a více mluvíme o kontextu jejich rodiny, jak dceřiny bolesti hlavy vnímají a jak tomu rozumějí. Dívka je s pískovištěm poměrně rychle hotová, figurky vybírala najisto a moc neváhala. Přesouvám se opět k ní na zem a ptám se, jestli si to můžeme spolu prohlédnout. V písku je figurka kočky, žirafy, slepice a kuřátka, všechny stojí rovnoměrně pohromadě. Souhlasí a hned sama popisuje, že ona je kočička, máma je slepička a táta je žirafa. „*Aha, hmm. A tady*

*vidím ještě to, hmm*“ a ukazuji ke kuřátku. Kristýnka říká, že to je kuřátko. Pak chvíli mlčí a dodá, že je tam jen tak, že se jí tam líbí. Chvilí si povídamy o jednotlivých figurkách, co spolu dělají, co mají rády. Pak sama spontánně figurku kuřátka z pískoviště vyndává ven, že tam nepatří. Když se ptám, koho tam někdy bolí hlava, tak ukazuje na slepici a na kočičku. A komentuje to, že je jim smutno, protože tam není to kuřátko. „*Aha?*“ naznačuji zájem. Dívka říká: „*Oni jsou smutní, že tam teď není. Z toho to je.*“ „*Slepička, kočička a žirafa jsou smutní, že tam kuřátko teď není. A kočičku z toho bolí hlava?*“ „*Hmmm*“. Během této práce sleduji i reakce rodičů. Když dojde na řeč o kuřátku, je vidět, že se paní lesknou oči a oba rodiče se jakoby přiblížili k sobě navzájem i k pískovišti. Ještě se ujistím, zda Kristýnku k pískovišti napadá ještě něco důležitého. Říká, že už ne a rozhlíží se po dalších hračkách, co jsou v místnosti. Vracím se k rodičům a ptám se, co viděli. Naznačím také, že jsem si všimla, jak se jich dceřina práce dotýká. Paní otevírá téma, že před několika měsíci přišla spontánním potratem o miminko. Byla velmi zasažena tím, co Kristýnka říkala, protože měla za to, že dcerka o probíhajícím těhotenství ani nevěděla. Vzhledem ke v zásadě zdravému rodinnému prostředí se v následujícím hovoru daří téma ztráty miminka postupně zpracovat. Rodiče přicházejí s nápadem udělat doma společný rituál rozloučení se s miminkem. Během tohoto hovoru si Kristýnka hraje dál v pískovišti s figurkami. Všímám si, že kuřátko je nyní zařazené mezi ostatními zvířaty v pískovišti. Obracím se na Kristýnku a ptám se, jestli si myslí, že to rodiče dneska dobře vyřešili. Dívka se usmívá a prstem hladí kuřátko

a říká, že jo. Na další sezení se dostavila maminka s Kristýnkou bez tatínka, dívka si hned po příchodu do pracovny sedá k pískovišti. Maminka vypráví o tom, že od minulého sezení bolesti hlavy nebyly a že si udělali společný rituál rozloučení s míminkem. Kristýnka si nejprve hraje s figurkami stejnými jako minule, ale po chvíli zapojí i další figurky a zvířátka si v pískovišti společně hrají. Ptám se dívky, jestli jsou v pískovišti dneska všichni spokojení. Odpovídá krátce, že ano, je však patrné, že ji více zajímá hra než rozhovor. Po zbytek sezení hovořím s maminkou a dívka si uvolněně hraje v pískovišti.

#### PÍSKOVIŠTĚ V SOUČASNÉ RODINNÉ TERAPII

Přestože rodinná terapie byla v minulosti kritizována pro přílišné zaměření na mluvené slovo (např. Shotter, 2011), v rodinné terapii existuje i dlouhá tradice využití neverbálních technik jako jsou např. sochání, práce s kameny, rodinnou deskou, figurkami a dalším projektivním materiálem (Duhl et al. 1973; Satir, 1972; Papp et al. 2013). Dle naší zkušenosti pískoviště dobře rozšiřuje nabídku těchto možností.

V základech rodinné terapie stojí myšlenka, že jednotkou, kterou je třeba se v terapii zabývat, není jednotlivec, ale systém (Ludewig, 1994; von Schlippe & Schweitzer, 2001). Systém neustálých vzájemných interakcí, který má tendenci k utváření vnitřní stability (homeostázy). Systemicky uchopované pískoviště se tak zaměřuje na prozkoumávání vztahového potenciálu jednotlivých postav, nikoliv na interpretaci symbolů či vnitřního světa jednotlivce (von Schlippe & Schweitzer, 2001).

V postmoderní tradici rodinné terapie se

terapeut kotví v pozici zvědavosti (Cecchin, 1987), neexpertní pozici (Anderson & Goolishian, 1994) a v pozici orientované na zdroje a řešení (DeShazer, 1985). Klienti i terapeut pozorným jazykováním spolu-vytvářejí, jak „*by věci mohly být*“, tak, aby všichni zúčastnění dosáhli požadované míry spokojenosti (nikoliv v tom, kdo jak problém vidí, či co je jeho příčinou). Jednoznačně upouštíme od postupu (1) popis problému, (2) vyslechnutí různých úhlů pohledu, (3) hledání řešení. Předností pískoviště je možnost prozkoumávání a sdílení „ještě nevyřčených“ obsahů. Jednání předchází verbalizaci („*Ukaž mi to!*“). Postupná verbalizace, „zpomalená“ procesem odehrávajícím se v pískovišti, tak otevírá lepší prostor pro tvorbu společného jazyka, který se tak rovnou stává součástí řešení. Proces „zpomalené“ prvotní verbalizace problému tak přímo otevírá cestu k větší spokojenosti všech zúčastněných. Jsme tak pozorní k neetablování dominantního deficitního příběhu (de Shazer, 1991) a dbáme na to, aby již prvotní verbalizace obsahovala transformační zážitek, který se už odehrál na neverbální úrovni v pískovišti. Klient, který v systému postupně získává hlas, se tak stává vzácnou příležitostí k novému formulování reality.

#### DIALOGISMUS V PÍSKOVIŠTI

V dialogismu, tak jak jej definuje současná rodinná terapie, je dialog vnímán jako proces pozornosti k sobě a k partnerovi v dialogu, nikoliv jako způsob dosahování řešení (Seikkula, 2011). Dialogismus se teoreticky kotví v současných neurofyzilogických poznatcích o *vztahové podstatě mysli* (ang. *relational mind*) (Trevarthen, 2012; Stern, 2004). Hypotetizování se neodehrává v hla-





**Jana  
Adámková**

**Psycholog pracující ve zdravotnictví. Vystudovala psychologii na PedF UK, nyní v doktorském studiu tamtéž. Má dokončený psychoterapeutický výcvik PCA (PCA institut Brno); Nedirektivní terapie hrou (Sandra Padevilla, Person Center, Praha); v současnosti je ve výcviku Pesso Boyden System Psychomotor (Česká asociace Pesso Boyden psychomotorické psychoterapie, Praha). Praxe: Psychiatrická nemocnice Bohnice, v současnosti Ambulance klinické psychologie Lucie Hornové, vlastní soukromá praxe a psycholog na klinice Psyon. Je členem DIP-Dialogického institutu pro psychoterapii, lektorka Systemického výcviku v rodinné terapii (postmoderní a dialogické přístupy) Spolu s Lucií Hornovou lektor terapeutické práce s pískovištěm.**

vě terapeuta, nýbrž transparentně v dialogu s klientem/rodinou (Bertrando, 2007). Jde nám tedy o proces dialogování, který se v pískovišti odehrává. Tento proces stimulovaný komentáři/otázkami terapeuta se zde odehrává primárně na neverbální úrovni. Klient tak vstupuje do spíše instinktivního jednání rukama a verbalizace (pokud je potřebná) probíhá zpětně.

Terapeut se připojuje ke klientovi opatrným popisem toho, co vidí (gestalt terapeuti by řekli fenomenologicky) a zároveň otázkami prozkoumává potenciál jednání jednotlivých postav (Anderson, 2009). Svě

vlastní postřehy přináší jako možnosti či otázky k ověření. Zároveň se důsledně drží slovníku určovaného klientem. Pro klienta je klíčový prožitek, že je to on, kdo určuje terapeutovo pochopení situace, že o jeho vidění situace terapeut přemýšlí a že reaguje na klienta, nikoliv na „problém“, který vyžaduje řešení. Pro dialogismus je typická emoční přítomnost terapeuta (Bernards et al., 2017). Způsob přítomnosti se v tomto momentě téměř podobá rogersovské akcentaci empatie a kongruence. V dialogismu hovoříme o „*ztělesněném naladění*“ (ang. *embodied attunement*) (Cromby, 2012; Kykyri et al., 2017). V průběhu terapie i terapeut zažívá silné emoce zobrazované v pískovišti. Domníváme se, že je důležité tyto emoce *sdílet* jako terapeutův prožitek, avšak do pískoviště jako takového nezasaňovat. Terapeut ponechává na klientovi, zdali terapeutův prožitek rezonuje s jeho vnitřním světem natolik, že se v pískovišti zobrazí.

Klíčovým pojmem pro současnou dialogickou rodinnou terapii vypůjčený Jaakem Seikkulou od literárního teoretika Bachtina (1984) je *polyfonie hlasů*. Polyfonií rozumíme nehierarchizovanou souběžnost, kde jednotlivé hlasy na sebe reagují, přesto je však každý nesený svojí vlastní melodií (Seikkula, 1994; Hornová 2020). Pro dítě (ale někdy i pro jeho rodiče) může být obtížné nechat zaznít svoje vidění situace. Bránit mu v tom může jak loajalita, tak komplexnost situace či nedostatek verbálních schopností. Hra je pro dítě přirozeným prostředkem, který dobře zná. Většinou je zvyklé, že ve hře „se smí“ vyjadřovat i věci jinak problematicky sdělitelné. Je tak pro něj snazší vyjádřit svoje postoje nejprve neverbálně.

## UKAŽ MI TO!

Některé děti se naopak snadno chytají do verbálních odpovědí „jak by měly být“. Instrukce „*ukáž mi to*“ nebo „*zkus mi to ukázat*“ je vrací z naučené percepce do reálných kreativních možností. Dítě například řekne „*my si doma všichni rozumíme*“, ale na výzvu „*ukáž mi to*“ staví figurky daleko od sebe. Nebo pokud je dítě, které je zvyklé odpovídat, že figurka zobrazující jeho zlobení je špatné a neměla by být přítomna, vyzváno „*ukáž mi to*“, tak v reálné situaci pískoviště jednoznačně vystoupí její užitečnost ve vztahu k ostatním postavám.

## HRAVÉ HLEDÁNÍ POLYFONIE

Hravé prostředí pískoviště umožňuje dobře korigovat intenzitu sdělení tak, aby bylo pro další členy systému ještě přijatelné. Umožňuje věci „říct i neříct“ (*pejsek může nadávat, nebo říkat „vrr, haf“, nebo dítě osciluje mezi „kočička říká“ a „máma říká“*). Je zásadní, aby terapeut toto právo dítěte respektoval. Dítě si tak může „po očku“ kontrolovat reakci rodičů na svůj názor, a tak bezpečně experimentovat s vlastním hlasem. Tuto interakci terapeut registruje, případně komentuje. Vytváří tak prostor pro vznikající nové hlasy v dialogu mezi rodičem a dítětem. Terapeut, i když sedí na zemi v plně angažovaném kontaktu s dítětem, zároveň udržuje vědomí toho, že rodiče naši interakci pozorně sledují. Dialog mezi terapeutem a dítětem tak podporuje dialog mezi dítětem a rodiči. Mikrosvět pískoviště tak zrcadlí a zároveň spoluvytváří dialog probíhající v rámci terapeutického prostoru mezi všemi zúčastněnými. Domníváme se, že je zásadní pomoci dítěti rozvinout „svůj hlas“, ale zároveň neříct v rámci hry více,

než je mu příjemné, nebo je pro něj bezpečné. Současně také pomoci rodičům unést vidění dítěte s respektem k sobě i k dítěti. Domníváme se, že je to právě prožitek dialogu a spoluvytváření verbálního uchopení, který má terapeutický potenciál.

Hravý ráz pískoviště umožňuje dítěti experimentovat i v „dělání odpovědí“. Odpověď, která „by se nabízela“ a dítě by ji zřejmě v rámci dominantního diskurzu při pouze verbálním projevu nabízelo, nemusí vizuálně či technicky „sedět“. Tato zkušenost tak často vede k reflexi, že nabízená odpověď vlastně neodpovídá realitě. Dítě tak hledá *vizuálně* vyhovující možnost a samo v sobě tak vytváří prostor k naslouchání svému hlasu a alternativní možnosti řešení.

V neposlední řadě máme za to, že hravý charakter pískoviště dobře umožňuje uchopit pocitovou ambivalenci, kterou dítě prožívá. Figurka tygra s vyceněnými zuby, kterou dítě označí jako „kočička“, či postava oscilující mezi dvěma figurkami dobře umožňují tuto ambivalenci znázornit.

## CO JSTE VIDĚLI?

Poté, co terapeut skončí první část práce s dítětem v pískovišti, většinou podpoří dítě v další hře a vrátí se ze země do křesla k rodičům. „*Co jste viděli?*“ je standardní otázka, kterou otvíráme prostor pro reflexi rodičů. Považujeme za důležité tento prostor nechat široký tak, aby rodiče mohli reflektovat jak impulzy z pískoviště, tak vlastní emoce. Výše popisovaná hravost pískoviště i v této situaci umožňuje rodičům informace z pískoviště brát vážně, nebo je bagatelizovat. Je důležité tuto bagatelizaci umožnit, a pak s ní ale nadále terapeuticky

pracovat, než bude rodič připraven informace od dítěte přijmout. Stejně, jako má dítě možnost v pískovišti „řít i neřít“, tak i rodiče potřebují mít možnost „slyšet i neslyšet“, „vidět i nevidět“.

V předchozí fázi, kdy byla konverzace vedená primárně s dítětem, rodiče svým nasloucháním vytvářeli aktivní kontext. Stejně tak nyní, kdy je konverzace vedena primárně s rodiči, dítě hrající si v pískovišti nyní už volně, pozorně naslouchá. To, co slyší, se často promítá do jeho volné hry. Tato volná hra dítěte opět připoutá zpět naši pozornost s nabídkou verbalizace hlasu, který hrou vytváří. Fakt, že terapeut tuto volnou hru zachytí a případně ji komentuje, podporuje rodiče i dítě v zahrnutí dětského hlasu.

## KAZUISTIKA 2

Na první setkání přichází matka se sedmiletou dcerou Annou (jméno dívky bylo změněno z důvodu anonymizace). Anička má ještě starší sestru Katku (10 let). Rodiče jsou v procesu rozvodu, již asi tři měsíce spolu nežijí, dívky k tátovi jezdí na víkendy jednou za dva týdny. Terapii matka vyhledala pro úporné bolesti břicha s křečemi, které na Aničku přicházejí v nepravidelných záchvatech, trvá to asi půl roku. Dívka byla somaticky vyšetřena bez nálezu.

Anička vstupuje do kontaktu se mnou, ale je vidět jistá nesmělost. V drobné konverzaci cestou do pracovny odpovídá spíše jednoslovně. V pracovně usedá vedle mámy.

V úvodním rozhovoru se dostáváme k tomu, že pro obě dívky teď nastala řada změn. Rozpad rodiny, stěhování, přechod do nové školy, odtržení od kamarádů. Když se doptávám na starší sestru, matka říká, že Katka nemá problémy, že to všechno zvládá dob-

ře, jen se jí moc nechce na víkendy k otci. Paní má tendenci rychle začít hovořit o tom, v jak náročné situaci se nachází, jak na ní leží péče o dívky, větší pracovní zatížení a k tomu starosti s rozvodovým řízením. Tělesným potížím dcery moc nerozumí, je zoufalá, byly na různých vyšetřeních a nikde jim nepomohli. Obracím se na mámu, vlastně docela důrazně, ale zároveň s porozuměním, že slyším, jak moc jí záleží na tom, aby se holky měly dobře a že je to teď pro všechny náročné období a že je už hodně unavená a bezradná. Pak se jedním dechem obracím na Aničku. „*My si tu teď budeme ještě chvíli s mámou povídat nějaké dospělácké věci. Ale ještě předtím si půjdeme spolu chvíli hrát, co říkáš?*“ Vstávám a přesouvám se do dětského koutku pracovny a usedáme společně s dítětem na zem.

„*Podívej se, co tady pro tebe mám*“ a otevírám krabici s pískem. Zpomaluji svoji řeč a trochu ji tiším. Vědomě držím soustředěný a otevřený prostor orientovaný na dítě. Jako bych vytvářela kolem nás intimní bublinu soukromí, i když máma stále sedí poblíž. Pomalu se písku dotýkám. „*Je to úplně čistý písek, je trochu studený. Dá se přesýpat, dá se v něm hrabat.*“ To, co říkám, je vedeno dítětem, popisují a zároveň ho zvou do společné aktivity. Otevírám prostor, ve kterém se můžeme setkat. Bez nutnosti mluvit, skrze činnost, společný prožitek. Když se Anička více ponoří do zkoumání písku, uvolňuje se, noří do něj ruku, pak i druhou, zahrabává se, já paralelně dělám podobné věci, v podobné dynamice. Zасыпávám nejprve svoji ruku, když dívka naváže oční kontakt, pak zkusím spolu s ní zahrabávat i její ruku. Chvíli jsme spolu beze slov. Když jsme takto navázaly a upevnily kontakt, tak přesunu pozornost

ke krabici se zvířátky. „*Hele, tady jsou všechna možná zvířata*“. Chvilí si je spolu prohlížíme. Anička některá vyndává z krabice a pojmenovává je, o některých si krátce povídáme. „*Když vidím, jak tě to baví, tak bych ti ráda dala úkol, můžu?*“ Anička přikývne a dívá se na mne. „*Kdybys mohla každému členu vaší rodiny vybrat tady nějaké zvíře a dát je tady do toho písku tak, jak to u vás je. Třeba kdyby máma mohla být nějaké zvíře, tak co bys jí vybrala. Každému nějaké vyber a dej je do toho písku tak, jak to u vás je, a nezapomeň na sebe. Já si teď zase chvilku budu povídat s mámou, a pak si to společně prohlédneme. Až budeš hotová, tak mi řekni, ano?*“ Chvilí ještě sedím s Aničkou na zemi, když vidím, že se zabrala do práce, přeseďám si opět k matce. V rozhovoru ještě více mapuje kontext toho, co teď rodina zažívá. I když mluvím s mámou, sleduji, jak dívka pracuje s pískovištěm. Vybrala poměrně rychle velkou žirafu a medvěda, pak ještě doplnila malou žirafu a tygra. Pak je postavila do pravidelného úzkého kruhu uprostřed pískoviště, figurky se dívají do středu. Anička mi říká, že už je hotová. Sedám si opět k ní na zem a ptám se jí, jestli necháme mámu hádat, kdo je kdo. Dívka souhlasí. Máma uhodne, že ona je velká žirafa, pak tipne, že táta je tygr. Dcera ji opraví, že táta je medvěd. Máma pak doplní, že si myslí, že tedy tygr bude Anička a malá žirafa je Katka. Dívka pojmenovává figurky jako medvěd, tygr, žirafa a malá žirafa. Chvilí se na obrázek tiše dívám, pak přesunu pohled na Aničku a říkám: „*Vidím, že všechny figurky tady jsou spolu v kruhu. Napadá mně....to, co jsi tady ukázala, je to spíš tvoje přání, to jak bys ráda, aby to bylo, nebo jak to teď opravdu je?*“ „*Tak to bylo. Chtěla bych to tak.*“

„*Tomu úplně rozumím, to je velké přání. ...Ale to bohužel spolu nedokážeme zařídít... Myslíš, že bys mohla ještě ukázat, jak je to pro tebe teď?*“ Anička kývá. Dává medvěda do jednoho rohu, žirafu a malou žirafu na druhou stranu pískoviště. Tygra vyndává a váhá. Popisuji, co vidím v písku a že figurku tygra drží v ruce, jako by bylo teď těžké tam umístit zvíře, které by představovalo ji. Anička pak dává tygra zpět do krabice s figurkami. „*Když je to teď takhle, chtěla bys pro sebe vybrat jinou figurku? V klidu se podívej, co by se hodilo.*“ Když sleduji, jak vybírá, vidím, že se opakovaně vrací k menší figurce medvěda a také ke kočce, jako by váhala. „*Jako by teď bylo těžké se rozhodnout. Někdy můžeme pro jednoho člověka dát víc figurky.*“ Anička vkládá do pískoviště zhruba doprostřed cesty mezi medvěda a žirafy nejprve kočku a pak, s rychlým pohledem na mámu, i figurku menšího medvěda. Dívka je v tělesné tenzi. Menší medvěd stojí trochu blíž k velkému medvědovi a kočka je orientovaná směrem k žirafám. Popisuji, co vidím a doplňuji, že si všímám, že je to pro ni zřejmě náročné.

Pak si s Aničkou povídáme o dění v pískovišti. Kdo si s kým hraje? Prý žirafy s kočkou a medvěd s malým medvědem. Nerada se potkává žirafa s medvědem, „*nemají se rádi*“. Když je kočka nebo malá žirafa smutná, tak si toho všimne žirafa. Když je smutná žirafa, tak si toho všimne malá žirafa a kočka, jdou pak blíž. Ale když je smutný malý medvěd, tak si toho nevšimne nikdo. On se spíš zlobí. „*Aha, a co dělá, když se zlobí?*“ Anička ho trochu zamáčkne do písku. „*Hmm, teď jako by byl míň vidět. Je důležité, aby nebyl moc vidět?*“ Anna přikývne. „*A ukážeš mi, pro koho to je*

*důležité?“ Ukáže na žirafy. „A je někdo, kdo je s tím medvědem rád?“ „Tenhle medvěd,“ ukazuje na většího. „Jsou si ti medvědi v něčem podobní?“ Anička se zaráží, trochu zase přihrabuje písek okolo menšího medvěda. „Teď mi přijde, že ses trochu zarazila, když jsem řekla, že by si ti medvědi mohli být podobní... A když je smutný tenhle medvěd, co se stane?“ ukazují na většího. Anička se chvíli zamyslí a pak vyndá z krabice lvici a dá ji vedle medvěda. „Teď jsi tam přidala další figurku vedle medvěda.“ „To je lvice.“ „A máš na mysli někoho, když jsi ji tam dala?“ „To jen, že by měl k sobě někoho.“ „Aha, přála bys tomuhle medvědovi, aby měl k sobě někoho blízkého?“ Přitaká. „Vybrala jsi pro sebe dvě figurky, kočku a medvěda. V čem je šikovná kočka, co dobře umí? A v čem medvěd?“ „Kočka je hodná. A ten medvěd je silnější.“*

Během pasáže s podobností medvědů jsem si povšimla vzrůstajícího napětí u mámy, která děj sleduje. Domlouvám se s Aničkou, že se zase chvíli otočím na mámu a ve společné práci budeme pokračovat za chvíli. Otáčím se na mámu s otázkou, co viděla. Říká, že holky jsou hodně rozdílné a má tendenci povídat, v čem všem je šikovná starší dcera. Vědomě ji zastavuji a ptám se, čeho si váží na Anně. Chvíli se zamýšlí a říká, že umí být živelná, někdy hodně veselá, ale i jiné emoce dává najevo intenzivně, taky se umí dost zlobit. A to jí dělá starost. Opět ji zpomaluji s tím, že rozumím tomu, že Anička má možná jiný temperament než její sestra, také asi jiný, než má ona (máma). A že pro nás rodiče může být výzvou, vychovávat dítě, které má jinou intenzitu a tempo než my sami. Paní se uvolňuje, dodává, že je pro ni náročné dceři někdy rozumět, pochopit, co se v ní

děje. A že jí to připomíná konflikty, které měla s manželem. Že má strach, aby nebyla dcera po něm. Navazují na to tím, že je třeba Anička v něčem tátovi podobná a v něčem zase úplně jiná. A že děti mají před sebou zase úkol propojit v sobě to, co zdědily po mámě s tím, co po tátovi a že to může být komplikovanější, když spolu rodiče nevycházejí. Ptám se, v čem vidí, že je Anička úplně svá? Paní se na dceru zadívá, říká pak, že má dobré nápady, že někdy vymyslí řešení, které by ji samotnou nenapadlo. Že je odvážná, neztratí se mezi ostatními dětmi. A zároveň je citlivá k tomu, co se kolem ní děje. Zatímco o tomto mluvíme, sleduji, jak Anička dál zachází s pískovištěm. Prohlíží si opět figurky, v ruce drží tygra, který byl v písku na začátku. Ještě směrem k mámě říkám, že si uvědomuji, jak je tohle pro obě náročné a že si vážím toho, že to Anička tady otevřela. To, že se dějí těžké věci, to se stává, ale není běžné, že o tom dokážou takto společně mluvit.

*„Všimla jsem si, že když jsme si s mámou povídaly o tom, v čem jsi jedinečná, tak jsi vzala figurku tygra a máš ji v ruce. Chtěla bys ji umístit někam do písku?“* Chvilku mu hledá místo a pak ho umísťuje kus dál ode všech ostatních, ale nejvíce poblíž malému medvědovi a kočce. *„Mám pro Tebe ještě jeden úkol, zkusíš to? Co kdybys zkusila to trápení, kvůli kterému jste dneska přišly, taky začarovat do nějakého zvířete a zkus ho dát do toho pískoviště tam, kde bývá.“* Vybírá černobílého většího krokodýla s otevřenou tlamou se zuby a dává ho ke kočce a malému medvědovi. *„Mohla bys mi ukázat, co ten krokodýl dělá?“* Anička bere krokodýla do ruky, zkusí ho přiblížit k malému medvědovi tak, že se dotýkají, pak že na něj krokodýl dává jednu přední nohu.

Nějak to pořád není ono. Zkouší, jestli se figurka medvěda vejde krokodýlovi do tlamy. Několikrát vypadne, tak ho pootočí a zatlačí ho tam více, až se vzpříčí břichem v tlamě krokodýla. Pak ho pokládá zpět do písku, čelem k žirafám. „*A co ty ostatní zvířata na to?*“ Pak je společně posouvá blíž k žirafám a žirafa také přiblíží ke krokodýlovi s malým medvědem v tlamě. „*Hmm, to vypadá, že ten krokodýl nějak zařídil, že jsou si tihle blíž?*“ „*Jo. On teď není vidět tak.*“ „*Tenhle medvěd, myslíš?*“ ukazují na menšího. Souhlasí. „*Ukážeš mi, pro koho to je důležité?*“ „*Tady,*“ ukazuje na žirafy. „*Mají strach trochu z něho. Utekly by.*“ „*Má tu ještě někdo z někoho strach?*“ „*Tahle z tohohle,*“ ukazuje na žirafu a velkého medvěda. „*A je tu někdo, kdo umí zařídít, aby strach neměly?*“ Anička posouvá tygra blíž ke skupince a dává kočku za něj. Pak si to chvíli prohlíží, a pak naznačí, že tygr by mohl kousnout krokodýla do ocasu. „*To vypadá, že tygr kouše krokodýla?*“ „*Jo!*“ „*Řekla bys mi něco o tom tygrovi?*“ „*Nebojí se, má sílu, ale je taky hodnej.*“ „*S kým se ten tygr dobře zná?*“ „*S kočkou a tímhle medvědem,*“ ukazuje na menšího. „*Umí někdo zařídít, aby tygr přišel?*“ „*Máma a táta taky.*“ „*Máma a táta?*“ „*Jo, když hezky mluví. I babička.*“

Po domluvě s dívkou se opět obracím na mámu a ptám se, co viděla. Paní se vrací k pocitu úlevy, když se v písku objevil tygr. Na začátku, když byl v první scéně, tak ho vnímala víc jako agresivní zvíře, ale teď se její vidění posunulo a spíš ho vidí jako odvážného. Pak dodává, že jsou určité věci, o kterých by se mnou ráda třeba příště mluvila o samotě.

V následujícím setkání, na které přichází jen matka Aničky a Katky, hovoříme o je-

jích zkušenostech s otcem dívek. Zpracováváme pocity strachu a ohrožení, které v ní vzbuzoval svou vznětlivostí a nepředvídatelností. Zaměřujeme se na odlišování obrazu bývalého partnera a obrazu Aničky. Také se dostáváme k tomu, že Katce není zřejmě úplně dobře v tom, když se vlastně o mámu stará. Že možná i ona potřebuje prostor dát hlas třeba i těm částem, které mají tátu rády. Domlouváme se na individuální terapeutické práci s mámou se záměrem zvýšit její kapacitu pro přijetí dívek se vším, co k nim patří. V následujících setkáních paní popisuje, že bolesti břicha Aničky se objevují méně často, dívky více přijímají nastavený režim kontaktu s tátou a paní si teď sama více všímá toho dobrého, co s dívkami zažívá.

## 7 KROKŮ PRO DIALOGICKOU PRÁCI V PÍSKOVIŠTI

Tyto kroky jsme sestavili jako shrnutí výše popsaného textu na základě posledních 15 let praxe.

### 1. Zpomalení. Navázání vztahu

Jakmile ukážeme dítěti pískoviště, přijde klíčový moment výrazného zpomalení tempa. Někdy k tomuto účelu slouží pomalé společné prohlížení figurek, kdy dítě figurky pojmenovává (*Co to je za zvířátko?*) a odpovídá na jednoduché otázky (*Tohle zvíře je divoké, nebo krotké? Žije na dvorku, nebo v lese?* apod.). Důležité je, aby tyto otázky byly přiměřeně těžké, aby se dítě mohlo „předvést“, ale zároveň nebyly příliš lehké, aby nepůsobily dětinsky. Terapeut tak má příležitost se vyladovat na slovník a přemýšlení dítěte. Druhá fáze je společné zanoření rukou do písku, kdy se společně v písku po-

malu přehrabujeme. Osobně si většinou s dítětem v této chvíli vykládám o písku na pláži a o moři. Ruce terapeuta a ruce dítěte se tak náhodně v písku setkávají „pod hladinou“. Většinou mám tendenci si v této chvíli počkat, až se dítě začne bavit vzájemným dotekem rukou, nebo alespoň už před tímto dotekem neuhýbá.

## 2. Instrukce

Instrukce k zadání stavby pískoviště vychází z instrukce ke kresbě začarované rodiny. Během času se nám ustálila. *Já, když to vidím, jak jsi šikovný/á, jak Ti to dobře jde, tak bych Ti ráda dala úkol, můžu?* – pokud dítě řekne ne, tak dál nepokračuji, ale zůstaneme u přehrabování v písku. Toto se stává v praxi jen výjimečně, ale tento impuls od dítěte je z našeho pohledu důležité respektovat. Pokud souhlasí, pokračuji: *Kdybys mohl/a každému, kdo u Vás doma bydlí, každému členu vaší rodiny vybrat tady nějaké zvíře a dát je tady do toho písku tak, jak to u Vás doma je. Takže třeba: kdyby máma mohla být nějaké zvíře, tak bys jí vybral/a... tak, ale to už neprozrazuj... každému nějaké vyber a dej je do toho písku tak, jak to u Vás doma je, a nezapomeň na sebe. Já si teď zase chvilku budu povídat s Vašíma, a pak je necháme hádat, schválně jestli pak uhodnou, kdo je kdo, ano? Tak až budeš hotový/á, tak mi řekneš, ano?* Po této instrukci se zvednu ze země, kde do té doby s dítětem sedím, a opět si sedám do křesla k rodičům. Abych zredukovala míru jejich úzkosti z instrukce, zcela měním téma. Většinou se začneme doptávat na to, co všechno již rodiče s dítětem zvládli, co se daří, případně na porod a raný vývoj dítěte. Tímto způsobem

určujeme směřování konverzace od obavy z terapeutovy interpretace jednání dítěte k hovoru orientovanému na zdroje a potenciál všech zúčastněných.

## 3. Připojování se k dítěti

Poté, co dítě postaví pískoviště a oznámí, že je hotové, domluvíme se většinou, že nechá rodiče hádat, kdo je kdo. V této fázi můžeme z pozice terapeuta pozorovat vzájemnou empatii mezi rodiči a dítětem a podpořit respekt k prostoru dítěte. Necháme si od dítěte upřesnit, jak chce, které zvíře pojmenovávat. Připojujeme se popisem toho, co vidíme, ale beze vší interpretace. Začneme prozkoumávat vztahový potenciál jednotlivých postav. Zde si většinou pomáháme systemickými otázkami, např.: *Když je třeba tady ta kočička smutná, kdo si toho první všimne? Když si tady ty dvě zvířátka spolu povídají, co dělá tady to třetí?* Někdy je dobré zařadit práci se zakázkou, např.: *Kdybys to pískoviště mohla/a začarovat tak, aby v něm byli všichni spokojení, jak by to vypadalo?* Důležité je, aby dítě dané situace především ukazovalo.

## 4. Dialogování

Přesto, že v první fázi terapeut hovor svými otázkami směřuje od interpretací a deficitních hypotéz („*Kdo za to může?*“) k orientaci na prozkoumávání vztahových vzorců a potenciálu jednotlivých postav, je důležité, aby v této fázi terapeut zpomalil, nechal na sebe obraz v pískovišti působit („*Aha, takhle to je...*“), reflektoval svoje vlastní emoce a nepřecházel příliš rychle k řešení. Tlak na řešení je v této chvíli často vedený spíše úzkostí terapeuta, než zájmem dítěte. Dopřáváme

tak klientovi zážitek velké pozornosti k jeho prožitkům i pozornosti ke každému drobnému pohybu v pískovišti. Považujeme za klíčové, aby si terapeut v této fázi nevytvářel žádné hypotézy o „dobrém“ řešení, ale zůstával s dítětem autenticky v jeho hledání. Řešení není nutné „vymyslet“, ono se „stane“. Role terapeuta je pomoci dítěti rozvinout škálu přítomných hlasů a počkat si na řešení. Terapeut ovšem v této chvíli není „pasivní“, či „odpojený“, spíše autenticky „napjatý“, jak to dopadne.

Externalizaci popsanou v bodě 5 terapeut může, nebo nemusí zařadit. Záleží, zda má pocit, že pískoviště již dostatečně zobrazuje vnitřní dilemata dítěte (jako např. v kazuistice 1), či že by zpřítomnění příznaku pomohlo lépe zobrazit jeho pocity (jako v kazuistice 2).

### 5. Externalizace

Externalizace slouží ke zpřítomnění příznaku, se kterým rodina přichází. Principy externalizace již byly popsány jinde (např. White & Epston, 1990). Považujeme za důležité nepojmenovat příznak přímo, ale nechat na dítěti, jak jej uchopí. Většinou používáme instrukci typu: *Když vidím, jak Ti to dobře jde, tak mám pro Tebe ještě jeden úkol. Co kdybys zkusil/a to trápení, kvůli kterému jste dneska přišli, taky začarovat do nějakého zvířete... táák... a zkus ho dát do toho pískoviště tam, kde bývá.* Při práci s externalizací si většinou pomáháme obvyklými systemickými otázkami: *Jak dlouho už (tohle zvíře) s vámi bydlí? Je tam pořád, nebo se objevuje jenom někdy? Kdo si toho první všimne, když se objeví? Kdo ho umí nejlépe zahnat? Co dobrého umí zařídit? Kdo*

*ho nejlépe zná?, atd.* Podstatné na celé situaci je, aby ji dítě především ukazovalo, případně při tom komentovalo. Není nutné situaci příliš rychle „dotahovat do zdárného konce“. Důležité je počkat si na moment, kdy dítě zažívá kontrolu nad situací v pískovišti. Dítě většinou přijde samo s kreativním řešením, často pouze naznačeným, někdy i verbálně komentovaným. V takové chvíli se obvykle otáčíme zpět k rodičům s obvyklou otázkou: *Co vidíte?*

### 6. Dialog s rodiči + prostor pro hlas dítěte

Pro terapeuta je důležité se nedopouštět ani v této chvíli interpretací. Pokud rodič řekne, že viděl dítě, jak si hraje v písku, je to v pořádku. Rodiče zde potřebují prostor zpracovat informace od dítěte, což nebývá snadné. Často otevírají témata ze svého vlastního dětství či partnerské potíže. Pokud otevřou citlivá témata, dítě většinou monitoruje jejich hovor a „komentuje“ ho svoji vlastní hrou v písku. Je důležité mít na mysli, že terapeutickou jednotkou není pouze to, co se odehrává v pískovišti, ale celý rodinný systém. Rodiče často sami potřebují uchopit vlastní ambivalence a váhání ve vztahu k hlasu dítěte, které jsou přirozenou součástí emočních vazeb. Jako terapeuti jsme často v roli těch, kdo jsou nadšeni z míry otevřenosti v komunikaci (a podporujeme tak schopnost unést obtížnost polyfonie hlasů). Zároveň je třeba někdy situaci chránit před interpretacemi ze strany rodičů. ( /matka/ *Přišlo mi hrozné, jak mě dala jako vlka, to jsem tak agresivní?... /T/ No, to by mě nenapadlo, to nevím, ale přišlo mi důležité, že vlk je v tomto obraze právě vlkem*



*a může tak zařizovat zásadní věci...“)* Bylo by snadné v podobné chvíli pro rodiče vklouznout do reakce agrese-deprese a buď obvinít sebe, nebo dítě. Samotný fakt, že dítě je ochotné rodičům takto obtížné věci sdělovat, svědčí o kvalitě jejich rodičovství. Ve výchově museli řadu věcí dělat velmi zdařile, když mají takto šikovné dítě. Pokud dítě zachycuje momenty z konverzace mezi rodiči v pískovišti, obvykle se na něj ještě krátce obracíme a pomáháme mu formulovat jeho prožitky ze současného dění. Děti zde obvykle lavírují mezi ukazováním a verbalizací. Někdy také na chvíli pískoviště opouští a jdou si sednout za některým z rodičů. V takové situaci považují za důležité, aby se dítě mělo možnost vrátit do zážitku „metapozice“ a kontroly v pískovišti.

### 7. Závěr

Na závěr je důležité s dítětem pískoviště ukončit a „uklidit“. Je třeba, aby zážitek vzhledu byl natolik „jenom hraním“ a natolik „vhledem“, nakolik si určí rodina. Často se stává, že po tomto prvním sezení se rodiče rozhodnou požádat o párovou terapii. S dítětem pak většinou domlouváme „svolení“, zdali mi rodiče svěří do péče. Dítěti pak obvykle nabízíme pokračování arteterapeutickými sezeními. Zároveň se domlouváme na výhledovém společném setkání. Často se stává, že psychosomatické potíže dítěte vymizí již po tomto prvním sezení a rodině se otevře prostor pracovat s dalšími tématy.

### ZÁVĚR

V tomto textu jsme se snažili zachytit dialogickou práci s pískovištěm v rámci RT tak, jak ji používáme na prvním sezení

s rodinou s dítětem s psychosomatickými příznaky. Specifika výše popsané práce spočívají ve využití pískoviště jako prostředku k facilitaci dialogu mezi rodičem a dítětem. Na rozdíl od jiných terapeutických škol (kde je práci přítomno pouze dítě) se nesoustředíme pouze na změnu odehrávající se v krabici s pískovištěm, nýbrž na integraci této změny v rámci celého rodinného systému. Terapeut tak neustále osciluje mezi podporou dítěte a podporou rodiče ve vyjadřování a naslouchání hlasům tvořících polyfonii. Výzvou pro terapeuta je důsledné „netlačení“ na řešení problému, nýbrž „vyčkávání“ spontánně se objevujícího řešení, které dítě, potažmo rodina, přináší.

Jak jsme již zmínili v úvodu, výše popsaný způsob práce s pískovištěm v rámci prvního sezení zdaleka není jediným možným způsobem využití pískoviště v rámci RT. Na výše popsané úvodní sezení většinou navazujeme buď prací s celou rodinou a pískovištěm, případně dočasným rozdělením na párovou terapii rodičů a samostatnou arteterapii dítěte, které se posléze spojí v opětovné terapeutické setkání celé rodiny. V tomto článku také spíše popisujeme práci s dítětem předškolního či mladšího školního věku. Dialogická rodinná terapie s využitím pískoviště s teenagerem má přirozeně svá specifika, kterým jsme se v tomto textu nevěnovali. Nicméně z naší zkušenosti práce s pískovištěm a dospívajícími také dobře funguje.

Předpokladem pro práci s pískovištěm je dosažení mentálního věku alespoň tří let a schopnost dítěte používat symbolickou hru. Tudíž může být použití této techniky limitováno u dětí s pervazivní vývojovou poruchou. Pro děti velmi úzkostné bývá

důležité proces práce s pískovištěm ještě více zpomalit a výše popsané rozložit do několika sezení. Celkově se dá říct, že pokud dítě práci s pískovištěm odmítá, máme tendenci toto vnímat jako důležitý signál o závažnosti situace v rodině. Někdy se také setkáváme s dětmi, u kterých byla již technika pískoviště použita nepříliš šťastným způsobem na jiném pracovišti (např. ve škole) a děti ji prožily jako manipulativní. Jako rizikové v tomto ohledu vnímáme především intruzivní zasahování zvenčí, ať již přímými zásahy do pískoviště nebo interpretativním zacházením s prací dítěte.

#### SEZNAM LITERATURY

- Ammann, R. (1991). *Healing and transformation in sandplay: Creative process become visible*. La Salle, IL: Open Court.
- Anderson, H. (2009). *Konverzace, jazyk a jejich možnosti*. Postmoderní přístup k terapii. NC publishing, a.s.
- Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 25–39). London, UK: Sage.
- Axline, V. (1979). *Play Therapy* (Reprint ed.). Ballantine Books.
- Axline, V. M., & Carmichael, L. (1947). *Play therapy: The inner dynamics of childhood*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostoevsky's poetics*. (C. Emerson, Trans. & Ed.) Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Balfour, R. N. (2013). Sandplay therapy: From alchemy to neuroscience. *Journal of Sandplay Therapy*, 22(1), 101–116.
- Bernards, J., Bradford, A., Johnson N.L. & Miller, R.B. (2017). *Physiological Attunement and Influence in Couple Therapy: Examining Roots of Therapeutic Presence*. Thesis. Brigham Young University. USA.
- Bertrando, P. (2007). *The Dialogical Therapist*. Karnac Books. London.
- Carlson, J. (Ed). Publisher: American Counseling Association; 2002, pp. 95–104. [Chapter 7]
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing-circularity-neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 26: 405–413.
- Chesley, G. L., Gillett, D. A., & Wagner, W. G. (2008). Verbal and Nonverbal Metaphor With Children in Counseling. *Journal of Counseling & Development*, 86(4), 399–411. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00528.x>
- Cromby, J. (2012). Feeling the way: Qualitative clinical research and the affective turn. *Qualitative Research in Psychology*, 9, 88–98.
- DeShazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York. Norton.
- De Shazer, S. (1991). *Putting Difference to Work*. W. W. Norton & Company.
- Duhl, F. J., Kantor, D., & Duhl, B. (1973). Learning space, and action in family therapy: A primer of sculpture. *Seminars in Psychiatry*, 5, 167–183.
- Freedle, L. R. (2017). Healing trauma through sandplay therapy: A neuropsychological perspective. In B. Turner (Ed.). *The Routledge international handbook of sandplay therapy* (pp. 190–206). New York: Routledge.
- Hearn, J., & Lawrence, M. (1981a). Family sculpting: I. Some doubts and possibilities. *Journal of Family Therapy*, 3, 341–352.
- Homeyer, L. E., & Sweeney, D. S. (2011). *Sandtray therapy – A practical manual*. Hove: Routledge.
- Hornová, L. (2020). *Co-therapy and Dialogical Approach-an inspiration from Scandinavian countries*. Doctoral dissertation. NTNU. Norway.
- Hornová, L. (2021). Dialogical Co-therapy. *Australian and New Zealand Family Therapy Journal*. 41: 325–341.
- Jefferson, C. (1978). Some notes on the use of family sculpture in therapy. *Family Process*, 17, 69–76.
- Kaduson, H. G., & Schaefer, C. E. (Ed.). (2020). *Play Therapy With Children: Modalities for Change*. American Psychological Association.

- Keeney, B. (2009). *The Creative Therapist: The Art of Awakening a Session*. Routledge.
- Kalff, D. M. (1989). The sandplay. A contribution from C.G. Jung's Point of view on child therapy. *Journal of Sandplay Therapy*, 16(2), 49–72.
- Kalff, D. M. (2003). *Sandplay. A psychotherapeutic approach to the psyche*. Cloverdale, CA: Temenos Press.
- Knell, S. M. (1993). *Cognitive-behavioral play therapy*. Northvale, NJ: J. Aaronson.
- Kottman, T., & Schaefer, C. E. (1993). *Play therapy is action: A casebook for practitioners*. Northvale, NJ: J. Aaronson.
- Kykyri, V. L., Karvonen, A., Wahlström, J., Kaartinen, J., Penttonen, M., & Seikkula, J. (2017). Soft prosody and embodied attunement in therapeutic interaction: A multi-method case study of a moment of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 30(3), 211–234.
- Lowenfeld, M. (1935). *Play in childhood*. London: Victor Gollanz.
- Lowenfeld, M. (1939). The world pictures of children. *British Journal of Medical Psychology*, 18, 65–101.
- Marcella D. Stark, Rebecca K. Frels & Yvonne Garza (2011): The Use of Sandtray in Solution-Focused Supervision, *The Clinical Supervisor*, 30:2, 277–290
- Matějček, Z., Strobachová, I. (1984). Kresba začarované rodiny, *Československá psychologie*, 25, 1984.
- Miller, W. (1994). Family play therapy: History, theory and convergence. In C. Schaefer, & L. Carey (Eds.), *Family play therapy* (pp. 3–19). Northvale, NJ: J. Aaronson.
- Nims, D. R. (2007). Integrating play therapy techniques into solution focused brief therapy. *International Journal of Play Therapy*, 16, 54–68.
- Nylund, D., & Corsiglia, V. (1994). Becoming Solution-(Focused) Forced in Brief Therapy: Remembering Something Important We Already Knew. *Journal of Systemic Therapies*, 13(1), 5–12. <https://doi.org/10.1521/j Syst.1994.13.1.5>
- Oaklander, V. (2001). Gestalt play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10, 45–55.
- Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in open dialogue: Fidelity criteria. The University of Massachusetts Medical School.
- Papp, P., Scheinkman, M., & Malpas, J. (2013). Breaking the mold: Sculpting impasses in couples' therapy. *Family Process*, 52, 33–45.
- Peller, J. E., & Walter, J. L. (2000). *Recreating Brief Therapy: Preferences and Possibilities*. W. W. Norton & Company.
- Ramos, D. G., & de Matta, R. M. (2018). Sandplay: A method of research with trauma. In C. Roesler (Ed.). *Research in Analytical Psychology: Empirical Research*. London: Routledge.
- Satir, V. (1972). *Peoplemaking*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Schadler, G., & De Domenico, G. S. (2012). Sandtray-worldplay for people who experience chronic mental illness. *International Journal of Play Therapy*, 21(2), 87–99. doi:10.1037/a0027192
- Seikkula, J. (2011). Becoming Dialogical: Psychotherapy or a Way of Life? *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 179 Volume 32 Number 3 2011 pp. 179–193.
- Shotter, J. (2011). Embodiment, abduction and expressive movement: A new realm of inquiry? *Theory and Psychology*, Sage.
- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York, NY: Norton.
- Sweeney, D. (2002). Sandplay with couples. In R.E. Watts (Ed.), *Techniques in marriage and family counseling* (pp. 95–104). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Troshikhina, E. (2012). Sandplay therapy for the healing of trauma. Retrieved from <http://www.inter-disciplinary.net/wpcontent/uploads/2012/02/troshikhinatpaper.pdf>
- Turner, B. (2005a). Neurobiology and the sandplay process. *Journal of Sandplay Therapy*, 16(2), 99–113.
- von Gontard, A., Löwen-Seifert, S., Wachter, U., Kumru, Z., Becker-Wördenweber, E., Hochadel, M., Schneider, S., & Senges,

- C. (2010). Sandplay therapy study: A prospective outcome study of sandplay therapy with children and adolescents. *Journal of Sandplay Therapy, 19*(2), 131–139.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. WW Norton & Company, New York.
- Zatloukal, L., & Žákovský, D. (2019). Zázrak tří květin: Terapie zaměřená na řešení s dětmi a dospívajícími. Portál.

Došlo do redakce 14. 2. 2021, v revidovaném znění 8. 5. 2021. K publikaci přijato 7. 9. 2021.

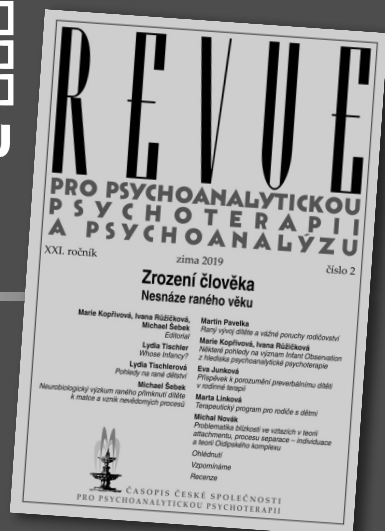
# REVUE

## PRO PSYCHOANALYTICKOU PSYCHOTERAPII A PSYCHOANALÝZU

Časopis České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii (ČSPAP) je jediné odborné periodikum zabývající se psychoanalýzou a psychoanalytickou psychoterapií v češtině.

Vychází dvakrát ročně a obsahuje původní klinické i teoretické práce předních českých a zahraničních odborníků, recenze a informační servis.

Podrobnější informace (témata a obsahy jednotlivých čísel, editoriały, objednávkový formulář atd.) naleznete na [www.cspap.cz](http://www.cspap.cz), sekce Revue. Své dotazy a objednávky zasílejte na [revue@cspap.cz](mailto:revue@cspap.cz).



## POJETÍ PSYCHOTERAPIE MIMO ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ V SOUČASNÉM PRÁVU A PROBLEMATIKA OCHRANY KLIENTA

### Psychotherapy and law - the concept of psychotherapy outside medical facilities in contemporary law and the issue of client protection

Tibor A. Brečka<sup>1</sup>, Zdeněk Fiala<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva FBMI ČVUT v Praze, CZ;

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, CZ;

Katedra řízení lidských zdrojů, ŠKODA AUTO Vysoká škola, CZ;

e-mail: tibor.brecka@seznam.cz

<sup>2</sup>Katedra správního práva a správní vědy, Policejní akademie České republiky v Praze, CZ;

e-mail: fiala@polac.cz

*Psychotherapie. 15 (2), 213–218; ISSN 1802-3983*

#### ABSTRAKT

Tématem příspěvku je analýza vybraných právních aspektů poskytování psychoterapie mimo zdravotnická zařízení, zejména problematika postavení psychoterapie v současném českém právu a ochrany klienta mimo zdravotnická zařízení.

*Klíčová slova:* Psychotherapie, právo, ochrana osobních údajů

#### ABSTRACT

The topic of the paper is the analysis of selected legal aspects of providing psychotherapy outside medical facilities, especially the issue of the position of psychotherapy in contemporary Czech law and client protection outside medical facilities.

*Key words:* Psychotherapy, law, personal data protection

#### ÚVOD

Cílem předkládaného textu je z pohledu práva analyzovat problematiku uchopení psychoterapie v současném právu a představit

problematiku ochrany klienta z toho vyplývající. Text je zaměřen na dospělé, nikoliv dětské a dospívající klienty, jejichž problematika má svá další specifika.

#### POJETÍ PSYCHOTERAPIE V SOUČASNÉM PRÁVU

Pokud bude tento pojem vyhledáván v Národní soustavě povolání (NSP), skončí proces neúspěchem, neb tento pojem NSP nezná. Přesto se však termín psychoterapie vyskytuje v následujících předpisech České republiky. Prvním je vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, a to v ustanovení § 22 vymežujícím činnost adiktologa, v § 23 vymežujícím činnost psychologa ve zdravotnictví a v § 163a vymežujícím činnost klinického adiktologa. Dalším je zákon č. 45/2013 Sb., o obětech trestných činů a o změně některých zákonů (zákon o obětech trestných činů), který pojem psychoterapie zmiňuje v ustanovení § 25 jakožto položku, kterou je možno uhradit v rámci poskytnuté peněžité pomoci a podobně v § 28, který se mj. zabývá výši

oné peněžité pomoci. Zmínit lze i vyhlášku č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. A podobně, jako tomu bylo u vyhlášky č. 55/2011 Sb., i zde se s pojmem psychoterapie setkáme v souvislosti s požadavky na výkon profese adiktologa v § 20a, v § 21 o požadavcích na psychologa ve zdravotnictví a klinického psychologa. O psychoterapii marginální nacházíme zmínku i v zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, a to v ustanovení § 2848, který se zabývá pojištěním pro případ nemoci a jeho plněním. Poukázat lze rovněž na zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který v ustanovení § 116a o pracovnících v sociálních službách obsahuje asi nejdůležitější zmínku o psychoterapii: „*Odbornou způsobilostí manželského a rodinného poradce je vysokoškolské vzdělání získané řádným ukončením studia jednooborové psychologie nebo magisterského programu na vysoké škole humanitního zaměření současně s absolvováním postgraduálního výcviku v metodách manželského poradenství a psychoterapie v rozsahu minimálně 400 hodin nebo obdobného dlouhodobého psychoterapeutického výcviku akreditovaného ve zdravotnictví.*“.

Z výše uvedeného vyplývá, že právní předpisy s pojmem psychoterapie pracují, aniž by jej však legálně definovali a zaměřují se spíše na podmínky jejího výkonu.

Pojem psychoterapeut je právně použit v kapitole 4 bod 42.2 přílohy vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Děje

**Tibor A. Brečka**



**Mgr., MBA, LL.M. Psychoterapeut (člen ČAP; ČPS ČLS JEP), akademický pracovník, doktorand 1. LF UK.**

se tak účelově ve spojení s vykazováním zdravotních výkonů psychoterapeutických, což mohou činit pouze „psychoterapeuti se specializací v systematické psychoterapii“ (lékaři včetně psychiatrů a kliničtí psychologové) (Telec, 2017).

Podpůrnou psychoterapii, zaměřenou například na pacientovo duševní vyrovnání se s určitou situací a její prožití, může hrazeně poskytovat lékař nepsychiatr, jak vyplývá z práva veřejného zdravotního pojištění; srov. pořadové č. 38. přílohy 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů (Telec, 2017). Telec dále uvádí, že „*jestliže by profesní označení »psychoterapeut« používal někdo jiný, jednalo by se o jednání, které by bylo objektivně způsobilé vyvolat nebezpečí záměny s psychoterapií jako zdravotním výkonem hrazeným z veřejného zdravotního pojištění, respektive zdravotní službou. Nesprávné používání profesního označení „psychoterapeut“ by mohlo naplnit skutkovou podstatu zakázané nekalé soutěže podle občanského zákoníku nebo nekalé obchodní praktiky podle zákona o ochraně spotřebitele*“ (Telec, 2017). Je

možno souhlasit s druhou тезí, tedy že by mohlo dojít k naplnění oněch skutkových podstat, čemuž se však dá předejít jasným informováním klienta o povaze vztahu a péče, což by mělo být součástí vstupních informací – informovaného souhlasu (viz níže).

Pokud však vystoupíme z resortu zdravotnictví a sociálních služeb, je situace o něco složitější. Mimo resort zdravotnictví a sociálních služeb se jedná o problematiku poskytování psychoterapie v rámci nestátních, nezdravotnických soukromých zařízení a osob samostatně výdělečně činných (OSVČ), které nespádají pod výše uvedené právní úpravy. Z pohledu zákona č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání (živnostenský zákon) se jedná buď o živnost vázanou s názvem Psychologické poradenství a diagnostika dle přílohy č. 2 k zákonu č. 455/1991 Sb., která ovšem stanovuje předpoklady k výkonu této činnosti (*vysokoškolské vzdělání ve studijním oboru psychologie a v případě jednooborového studia 1 rok praxe v oboru a v případě víceoborového studia 3 roky praxe v oboru*) a není jen o psychoterapii – psychodiagnostiku je jiná odborná metoda s jiným dosahem své činnosti, než je tomu u psychoterapie, ale meritem příspěvku je psychotherapeutická činnost poskytovaná jako živnost volná, tedy dle přílohy č. 4 k zákonu č. 455/1991 Sb., tedy zejména obor č. 60 Poradenská a konzultační činnost, zpracování odborných studií a posudků (teoreticky by v určitých případech mohlo jít i o obor č. 72 Mimoškolní výchova a vzdělávání, pořádání kurzů, školení, včetně lektorské činnosti, č. 78 Poskytování služeb osobního charakteru a pro osobní hygienu, č. 79 Poskytování služeb pro rodinu a domácnost a č. 80 Výroba, obchod a služby jinde nezařazené).

*„Každý člověk požívá ústavně zaručeného hospodářského práva podnikat, tedy i pomáhat jiným lidem ve věcech jejich zdraví za hospodářským účelem vlastní obživy, ledaže by to bylo omezeno zákonem.“ (Telec, 2018).*

Lze tedy uzavřít, že psychoterapie je jaksi rozkročena mezi právem veřejným a soukromým. Klíčové je, do jaké míry se jedná o přímé či nepřímé působení na zdraví (Telec, 2018). Pokud je vykonávána ve zdravotnictví, je řízena právem zdravotnickým, pokud nikoliv, spadá zejména pod oblast práva živnostenského a občanského, tedy jedná se o soukromoprávní závazek (Telec, 2018).

Další možností by mohla být určitá forma certifikace či normalizace (Telec 2018). Certifikace je v současné době však pouze nepovinná a související s absolvováním psychotherapeutického výcviku a dobrovolným členstvím v některé z profesních asociací. Normalizace v rámci vytvořené normy v rámci České agentury pro standardizaci formou technické normy neproběhla. Zde je vidět důležitost osvěty klientů a pacientů, aby byli při výběru psychoterapie obezřetní a zjistili si, zda je daný psychotherapeut členem některé profesní organizace či nikoliv, neb právě ono nepovinné členství by mělo být zárukou kvalitně poskytovaných služeb. Navíc by tímto bylo jasnější, co přesně pro psychotherapii znamená ustanovení § 5 odst. 1 občanského zákoníku. V tomto diskurzu zabývající se poskytováním psychotherapie mimo zdravotnická zařízení, pro nás bude stěžejní zejména občanský zákoník, a to zejména díl 9. Péče o zdraví.

#### OCHRANA KLIENTA

Pokud neexistují specifické právní normy pro výkon psychotherapie poskytované

v rámci volné živnosti, jak je tomu s ochranou klienta? Ve zdravotnictví je toto řešeno celou řadou právních norem (viz např. Mach, 2010). Jak je tomu však u volné živnosti?

Je nutné začít u Listiny základních práv a svobod, zejména je třeba upozornit na článek 7 o nedotknutelnosti osoby a článek 10 o právu na ochranu osobních údajů. Dále je nutné zmínit i Úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, v jejímž čl. 5 je formulována jako obecné pravidlo povinnost tzv. informovaného souhlasu. Dále stojí za zmínku i čl. 24 hovořící o náhradě za způsobenou újmu. Tuto oblast je možno řešit různými formami pojištění.

Při ochraně klienta si je nejprve nutné uvědomit, že psychoterapie, jakožto jedna z forem léčby, spadá pod oblast péče o zdraví. Není možné používat či označit jakýkoliv postup jako terapeutický a nemít na zřeteli, že ač není prováděn ve zdravotnickém zařízení, stále se jedná o formu péče o zdraví, a tudíž je poskytovatel vázán těmito právními normami. Pokud se poskytovatel těmito předpisy nechce řídit, není možné dané úkony nazývat (psycho) terapeutickými, již jen kvůli významu onoho řeckého slova *θεραπεύει*, tedy léčit. Jak uvádí Telec (2018), nebezpečí špatné volby péče o zdraví si neseme každý sám. V případě, že nastane poškození zdraví třetí osobou (jejím špatným rozhodnutím, špatnou diagnózou či léčebným postupem), má zdravotní pojišťovna právo na náhradu nákladů na zdravotní služby (Telec, 2018). Je tedy ve vlastním zájmu psychoterapeuta postupovat *lege artis*.

Problematiku toho, co je a není zdravotní služba, zmiňuje mj. i rozsudek Nejvyššího správního soudu 2 As 122/2017–73 [38]



**Zdeněk  
Fiala**

**Doc. JUDr. PhDr., Ph.D. Akademický pracovník**

v otázce homeopatie. I když není homeopatie uvedena v zákoně č. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, soudy nižší instance projednávaly a uložily provozovateli pokutu dle tohoto zákona. Definice zdravotních služeb dle tohoto zákona vychází z these, že se jedná o služby poskytované podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů. Nejvyšší správní soud došel k závěru, že homeopatie toto nespĺňuje, a proto není možné ji považovat za zdravotnickou službu a regulovat ji zákonem o zdravotních službách. Ve světle tohoto rozhodnutí by bylo možné o psychoterapii, tedy minimálně o některých jejích etablovaných směrech, uvažovat jako o zdravotní službě. Problém by ovšem nastal i v rámci uznání psychoterapie jako zdravotní služby, protože pak by zase nebylo možné její poskytování mimo rámec a povolení dané tímto zákonem. Pravomocné rozhodnutí však v souvislosti s psychoterapií neexistuje. Ne vždy, a ne na každý obor psychoterapie je však možné aplikovat pravidla vědy v evidence based smyslu. Mnoho výzkumů je kvalitativních, nikoliv kvantitativních a obecně některé směry, zejména ty vycházející z postmoderních filosofí či stojící



na silném subjektivismu, je velice obtížné zkoumat v tomto slova smyslu. Navíc některé formy a školy psychoterapie mohou věcně tvořit volné profesní přechody mezi duchovní péčí, léčitelstvím, odpočinkem, uvolněním, výchovou, uměním a zdravotnictvím podle zdravotnického práva (Telec, 2018). Otázkou, kdy je psychoterapie obsahem zdravotní služby v režimu zdravotnického práva a kdy, pokud vůbec, tomu tak není, se věnuje i Telec (Telec, 2017). Ač to není dáno žádným zákonem, existují profesní sdružení a asociace, jejichž posláním je mimo jiné dohlížet na dodržování etických pravidel výkonu psychotherapeutické profese, které jsou zejména v této profesi nesmírně důležité a na kvalitu poskytované péče. Ochrana klienta je pak zaručena zejména členstvím osoby, která poskytuje psychotherapeutickou péči, v některé z těchto profesních organizací. Do širokého povědomí obecné veřejnosti by se měla dostat právě tato informace, tedy že pokud daný poskytovatel není členem žádné profesní organizace, existuje velice reálné riziko minimálně problematické kvality poskytované péče. Jinými slovy jedna z prvních věcí, co by si měl klient o poskytovateli psychotherapeutických služeb zjistit je právě to, zda je členem některé z profesních organizací. Je to totiž zejména etická dimenze, která může posloužit správnému vykonávání psychotherapie mimo zdravotnické zařízení.

I přesto, že se pohybujeme mimo rámec zdravotnických zařízení, je jasné, že se své ochrany mohou klienti domáhat mj. na základě výše uvedených právních norem svých práv v občanskoprávním řízení či dokonce v řízení trestním, pokud by byla naplněna skutková podstata daného činu.

Jedná se zejména o § 81 a 82 občanského zákoníku na ochranu osobnosti. Jelikož je tématem poskytování psychotherapie mimo zdravotnická zařízení, nelze opomenout ani zákon č. 634/1992 Sb., o ochraně spotřebitele, zejména pak § 4 – 5a. Důležitá jsou však ustanovení občanského zákoníku, zejména § 2637, 2642, 2643 a 2645. Tyto pasáže rámují základní východiska správné péče. Tedy zejména postupovat s péčí řádného odborníka a v souladu s pravidly oboru a také snahu zlepšit či zachovat zdravotní stav klienta. První je v souladu s etikou v psychotherapii, která je však dobrovolná podobně jako členství v profesní organizaci. Jsou to tedy právě profesní organizace, které by měly dbát na osvětu mezi klienty a snažit se o jasné propojení výkonu profese psychotherapeuta s členstvím v některé z profesních organizací. Druhá zrcadlí základní zásadu etiky v medicíně, tedy *primum non nocere* (primární jest neškodit). Jasný je také důraz na dobrovolnost a souhlas s úkony, o kterém bude pojednáno níže. Právně vágní by však mohla být ona pravidla daného oboru, které můžeme v současnosti spatřovat zejména v etických kodexech různých profesních společností, jiná úprava, tedy zákonná či normalizační, není. Určitá forma obecné normy by tedy mohla být prospěšná. Tím by se pak i lépe určovala tzv. střední jakost plnění dle § 1915 občanského zákoníku.

Jelikož se pohybujeme v rámci živnostenského zákona, další možností je právo živnostenské kontroly, jakož i právo dozoru obecními živnostenskými úřady, jak stanoví spotřebitelské právo, stejně tak zůstává i dozor České obchodní inspekce či možnost soukromoprávního režimu mimosoudního řešení spotřebitelského sporu (Telec, 2018).

## ZÁVĚR

Pojem psychoterapie není v českém právním řádu legálně vymezen. Je-li psychoterapie poskytována mimo zdravotnická zařízení, nevztahují se na ni pravidla vymezené zákonem o zdravotních službách. Vycházíme tedy v tomto směru z norem soukromého práva. Soukromoprávní postavení psychoterapeutů poskytující své služby lze považovat v reflexi stávající praxe za dostačující, z pohledu klienta však nese i svá rizika, která by mohla být výrazně redukována členstvím a dozorem v rámci profesní asociace.

*Role autorů:* První autor provedl rešerši a analýzu literatury, druhý autor poskytoval odborné konzultace. Všichni autoři přispěli ke vzniku textu článku a schválili jeho konečnou podobu.

## LITERATURA

- Česko. Vyhláška č. 39/2005 Sb., vyhláška, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání.
- Česko. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- Česko. Vyhláška 134/1998 Sb., vyhláška, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.
- Česko. Zákon č. 40/2009 Sb., zákon trestní zákoník.
- Česko. Zákon č. 45/2013 Sb., zákon o obětech trestných činů a o změně některých zákonů (zákon o obětech trestných činů).
- Česko. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.
- Česko. Zákon č. 108/2006 Sb. zákon o sociálních službách.
- Česko. Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).
- Česko. Zákon č. 455/1991 Sb., zákon o živnostenském podnikání (živnostenský zákon).
- Česko. Zákon č. 634/1992 Sb., zákon o ochraně spotřebitele.
- MACH, Jan. Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.
- Národní soustava povolání. (2019). Nsp.cz. Retrieved 2 September 2019, from <https://www.nsp.cz/>
- Rozsudek Nejvyššího správního soudu 2 As 122/2017–73 ze dne 19.09.2019, čj. 2 As 122/2017–73.
- TELEC, Ivo. Právo přírodního léčitelství. Vydaní první. Praha: Leges, 2018. 336 stran. Praktik. ISBN 978-80-7502-306-3.
- TELEC, Ivo. (2017). Psychoterapie a právo. Psychotherapy and Law. Časopis Zdravotnického Práva A Bioetiky, 7(2), 16–28. Retrieved from <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php>
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně: úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: série Evropských úmluv – č. 164, Oviedo, 4.IV.1997; O zákazu klonování lidských bytostí: dodatkový protokol k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: série Evropských úmluv – č. 168, Paříž, 12.I.1998. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2000. ISBN 80-85047-26-8.
- Úplné znění Ústavního zákona České národní rady č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky: Úplné znění Usnesení České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky; Úplné znění zákona č. 90/1995 Sb., o jednacím řádu Poslanecké sněmovny; Některé další související právní předpisy. (2009) (Vyd. 5). Praha: Armex.

## SPIRITUALITA, EMBODIMENT A ROLE VŮLE V PSYCHOSOMATICE A PSYCHOTERAPII

### Spirituality, embodiment and the role of will in psychosomatics and psychotherapy

Jan Poněšický

e-mail: ponesicky@aol.com

*Psychoterapie. 15 (2), 219–222; ISSN 1802-3983*

Co je spiritualita a jak se vymyká dosavadnímu psychologickému, psychotherapeutickému a psychosomatickému myšlení?

Jedná se o víru v něco nadpřirozeného, podobného náboženské víře v Boha, v Boží lásku a pomoc? Samozřejmě i takováto představa má úzdravný účinek, náš mozek nerozlišuje vizualizaci od reality.

Ovšem, stejně jako považujeme za základní potřeby nutné ke zdravému životu jistotu, spolehlivé vztahy na jedné straně a individuaci a osobnostní vývoj na straně druhé, je možno přemýšlet o spirituální potřebě, tak důležité k udržení zdraví, potažmo přežití, o roli víry a naděje coby vrozených evolučně výhodných dispozic. Jsem nejen homo sapiens, nýbrž i homo religiosus. Tomuto „spirituálnímu obratu“ v medicíně je věnována stále větší pozornost. Ruku v ruce je zkoumán vliv placebo – opět víry v něco mocného, co uzdravuje. Psychosomatickým pozadím těchto úvah je pojem oduševnělého těla, recipročně ztělesněného duševna (Poněšický, 2021). Víru v uzdravení může poskytnout pacientům i jejich lékař, pakliže přesvědčivě poukáže na nutnost změny dosavadního stylu života, které pacient uvěří a bude se o ni snažit. To by byl námět pro účinnost psychosomatického poradenství.

Jaká propojení existují mezi spirituali-

ty, psychikou (a mozkiem)? Role lásky, optimismu či důstojně vedeného života – existují nějaké konstanty, životní řád (vedoucí k řádnému, zdravému životu)? Anebo vznikají stále nové otázky, na které hledáme odpovědi?

Bio-psycho-sociální model psychosomaticky se poměrně zřídka zabývá jak tím „nejnižším“ – fungováním těla ve stresu i v klidu, tím, jak reaguje na pohyb, stravu, na naše myšlenky a přesvědčení, jeho sebe-úzdavnými schopnostmi a „řečí těla“, tak i tím „nejvyšším“ – spiritualitou. Tím se chci ve svém příspěvku zabývat.

**Embodiment**, ztělesnění, zvláště stresových či traumatických zážitků, též známo jako tělesná paměť, je zdůrazňováno coby následek emocionálních problémů z dětství.

Wilhelm Reich spojoval svalové napětí s obranným reflexem proti projevům tabuizovaných pudů a emocí. Nevědomě „pomáhá“ tento tělesný postoj psychické námaze udržet dosavadní rovnováhu mezi impulzivní a obrannou stránkou naší osobnosti. Za to ovšem člověk „zaplatí“ tělesným napětím, svalovými bolestmi, jež mohou vést až k psychofyzickému vyčerpání – narcistické formě deprese (Poněšický, 2019).

Embodimentem se rozumí rozšíření tohoto původního konceptu na celé tělo, všech-

ny jeho části a funkce. Mnozí psychoanalytici se domnívají, že je v něm uloženo naše nevědomí z preverbální doby života (obsahuje tudíž touhu po spojení, kontaktu a lásce, včetně s ní spojených frustrací).

V pozdějším věku – to je všeobecně rozšířený konsens – se toto ztělesnění rezervuje jen coby následek psychického traumatu. Jedná se o jakési obejití (přeskočení) neúnosného vědomého kognitivně-emocionálního prožívání do tělesné sféry. Pro to je též používán termín depersonalizace.

Domnívám se, že celý náš život neustále ztělesňujeme: vše, co prožíváme, se odehrává i v našem těle. Naše myšlenky, emoce, fantazie, přesvědčení, naši víru v uzdravení – to vše je spojeno nejen s mozkovou činností, působící dále na funkce našeho těla, nýbrž to také působí přímo na něj (Poněšický, 2020, 2021). Tak například reaguje i transplantované srdce, bez spojení nervů s mozkem, na nejrůznější situace, třeba na úlek, ihned tachykardií, dříve, než se k němu dostane adrenalin či noradrenalin. Reaguje i bezprostředně na láskyplnost, či naopak na nepřátelství? Zde se dostáváme k jednomu důležitému aspektu **spirituality**. **Zde, co se týče spirituality a zdraví vycházím z představy jak oduševnělého těla, tak i reciproční domněnky ztělesněného duševna (Poněšický, 2021).**

H. Benson (1997), kardiolog a výzkumník mozkové činnosti na Harvardské univerzitě, pozoroval, že pacienti ze 70–80 % preferují jak při terapeutických relaxačních metodách, tak i v reálném životě, víru v Boha či něco mocného, nadpřirozeného, co jim pomáhá v léčbě jejich nemocí. Usuzuje z toho, že se jedná o vrozenou evolučně výhodnou tendenci, která nás odlišuje od zvířat. Ta má dle něj kvalitativně efektivnější

účinek nežli jiná přesvědčení či vizualizace. Cituji: „My všichni disponujeme genetickou predispozicí nacházet ve víře uzdravení“ (s. 247). Možná, že nejde tolik o víru jako o nalezení spojení s Bohem či s universem, skrze které člověk dostává vše, co potřebuje. Tak pacienti věřící v pomoc Boží žijí zdravěji a déle nežli ateisti. A ti, kteří musí překonat řadu obtíží (finančních, tělesných apod.), aby se dostali do Lourdes, mají větší naději na uzdravení nežli např. typičtí západní intelektuálové. Benson zřejmě vychází z toho, že to, co prospívá našemu zdraví, potažmo přežití, je vrozenou základní motivací. Tak je tomu i s láskou a potřebou smysluplného života. Opět cituji: „Protože se podepisuje neustálé zabývání se nesmyslností našeho života negativně na našem zdraví, je nasnadě domněnka, že náš mozek obsahuje touhu po jeho smyslu“ (s. 250). Zde se naskytá (diskutabilní) otázka, jaký smysl života je zdravý. (Například Erich Fromm klade do protikladu biofilní a nekrofilní životní orientaci.)

Jak ovlivňuje **víra v uzdravení**, a samo-zřejmě i s ní spojené chování, sebeúdržavné potenciály?

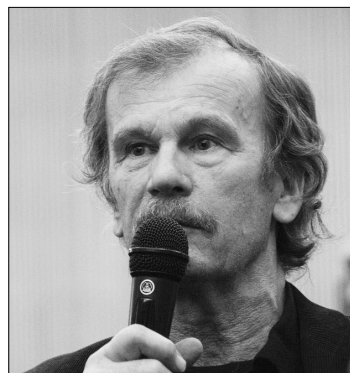
Nebudu vyjmenovávat všechna ta četná pozorování i experimenty, jež potvrzují tuto hypotézu (Hamilton, 2008). Sem patří i vliv placebo, které Benson označuje jako rozpomenutou pohodu, jež má léčebný vliv, a J. Dispenza doporučuje vytvoření vlastního placebo, víry v něco, co pomáhá, čímž není nemocný člověk tolik závislý na chování lékaře.

**Placebo**, tedy v podstatě víra a optimistický postoj, je přímo úměrné uzdravování a protichůdné stresu a strachu (např. z rakoviny), tj. aktivují náš uklidňující systém (vagotonii, produkci acetylcholinu, oxy-

tocinu, serotoninu a endorfinů), snižují hladinu kortizolu a zánětlivých cytokinů v krvi, reaktivují náš imunitní systém (více Poněšický, 2020). Tudíž, řada psychicky vyvolaných reakcí (zde vírou) způsobí změnu vnitřního prostředí v organismu. Ta má za následek epigenetickou změnu (zapnutí či vypnutí genové aktivity), což iniciuje produkci působků vedoucí k výše zmíněným antistresovým pochodům.

Co to znamená? My jsme schopni aktivovat produkci látek, které mají úzdravný účinek – jen mnohdy nevíme jak, či to dokonce zamezujeme nezdravým vedením života. Náš organismus má obrovské sebe-úzdravné možnosti. I léky působí většinou jen ve spojení s vírou v jejich účinek. Tak vymizelo těhotenské zvracení po podání léků na zvracení (emetik), když byly pacientky přesvědčeny o opaku. Astmatické obtíže lze jak vyvolat, tak jim i zamezit inhalací pouhé vodní páry dle toho, jakou víru vyvolá lékař v pacientovi.

Zde se dostáváme k problematice **vůle**, kterou zvláště opomíjí psychodynamická a analytická psychoterapie. Psychoanalytici rozeznávají tři druhy přenosového odporu v psychoterapii, které je třeba překonat (snahou, resp. vůlí): Na počátku terapie se vztahově terapeutovi otevřít, později se vzniklým přenosem zabývat a nakonec přenést získaný vhled a z něho plynoucí změnu svého vztahového chování do každodenní praxe. Avšak k tomu je třeba vůle a s ní spojené odvahy. Poněkud zjednodušeně lze z psychoanalytického hlediska definovat vůli jako jednu jáskou funkci. Vůle má však řadu aspektů, které je nutno analyzovat, resp. vzít v úvahu. Jde např. o uvědomění si existenciálního problému, že se musíme ve skutečnosti neustále rozhodovat (což



Jan  
Poněšický

**Doc. MUDr. PhDr., Ph.D. Odborný lékař pro psychosomatickou medicínu a psychoterapii, psychiatr, klinický psycholog a psychoanalytik vyučuje na PVSPS (Pražské vysoké škole psychosociálních studií) v Praze, na Institutu psychodynamické psychoterapie v Drážďanech a na Psychoanalytickém institutu v Lipsku. Předtím pracoval zhruba 35 let na různých psychoterapeutických a psychosomatických klinikách v Německu. Svoje znalosti a zkušenosti shrnul do své poslední knihy „Proces změny v dynamické psychoterapii a psychoanalýze“ (Poněšický, 2019).**

se děje většinou automaticky a nereflektovaně). S tím souvisí jasnost či absence našich způsobů chování a vedení života vůbec. Zde posuzuje – opět automaticky – náš emocionální limbický systém hodnotu chování, které je nám sympatické, přitažlivé či cizí. (To se týká osobního výběru psychoterapeutického směru, který zastáváme a praktikujeme často s přesvědčením, že je objektivně lepší než ostatní psychoterapeutické školy.)

Zde opět vynikne náš etický postoj, a tak lze **definovat psychoterapii** jako léčbu psychoterapeutem v interakci s pacientem, a nikoli jen jako léčbu rozhovorem či psychologickými prostředky. Zastávám zde názor, že hlavní úkol a expertnost psychoterapeuta záleží v umění nastolit podmín-

ky k otevřené a autentické interakci. Ale je to jen má osobní a mně sympatická představa?

Ohledně toho všeho, zvl. co se týče spirituality, jsme teprve na počátku. Oproti „body turn“ před 30 až 40 lety se dnes hovoří (píše a praktikuje) o spirituálním obratu, a to nejen v psychoterapii, nýbrž v celé medicíně. Tak je v nemocnicích v USA či v Anglii již běžná spolupráce mezi lékaři a přírodními léčiteli.

Zároveň se zde otvírá širší prostor pro (zvláště psychoterapeutické) poradenství s podporou vůle pacientů žít zdravým způsobem. Pro nás, psychoterapeuty, se naskytá otázka, do jaké míry patří k psychoterapii

zabývání se motivací a jejím podporováním, aktivací vůle spojenou s vírou a přesvědčením, jak změnit svou životosprávu.

#### LITERATURA:

- Benson, H. (1997). *Heilung durch Glauben*. München: Wilhelm Heyne Verlag.
- Dispenza, J. (2014). *Du bist das Placebo*. Burgain: KOHA.
- Hamilton, D. (2012). *Achte auf deine Gefühle*. Berlin: Ullstein.
- Stackeová, D. (2020). *Psychosomatická medicína 2020 – nástroje psychosomatické medicíny*. Praha: Palestra.
- Poněšický, J. (2019). *Proces změny v dynamické psychoterapii a psychoanalýze*. Praha: Triton.
- Poněšický, J. (2021, v tisku). *Duše a tělo v psychosomatické medicíně*. Praha: Triton.

## PROF. GERT WALTER SPEIERER OSMDESÁTILETÝ

Jan Vymětal

Jubilant je emeritním profesorem lékařské psychologie na univerzitě v německém Řezně, kde založil v r. 1976 Institut lékařské psychologie. V jeho čele stál až do doby emeritování r. 2006. Je lékařem, psychologem a doyenem německé rogersovské – na člověka zaměřené psychoterapie.

S kolegou Speierem naše psychoterapeutická obec spolupracovala ještě v dobách nsvobody od r. 1987. Jezdil do Prahy, kde přednášel a kde současně probíhala příprava na společné výzkumné projekty. Pracovní kontakty nebyly v té době bez rizika, protože výzkumná činnost u nás nebyla oficiálně schválena a žádostí o její legalizaci bychom ji téměř jistě znemožnili. Po převratu se rozvinula mezi řezenským Institutem lékařské psychologie a Ústavem humanitních studií 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze bohatá spolupráce, zahrnující společné výzkumy, přednáškovou činnost a společné časopisecké publikace. Na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy byl jmenován hostujícím profesorem a opakovaně oceněn děkany fakulty. Jako příklad výzkumné spolupráce bych uvedl srovnávání strategie vedení a průběhu psychoterapie rogersovského typu u nás a v Německu, nebo zachycení a analýza inkongruencí pacientů – jejich vnitřních rozporů a nesouladů, jež souvisejí s etiopatogenezí poruch zdraví. Typy inkongruencí (a další okolnosti) pak usnadňují diferencovanou indikaci a vlastní léčbu psychologickými prostředky. Dnes již nepochybujeme o tom, že i v případě psycho-



terapie právě diferencovaná indikace a diferencovaná léčba nejlépe zajistí její příznivý průběh a výsledek. To není jen otázkou „návoru na věc“ a samozřejmostí, nýbrž zjištěným poznatkem, kdy zároveň víme, jak postupovat, známe indikační kritéria a vhodné léčebné strategie.

Pokud jde o psychoterapeutickou činnost oslavence, tak ta je skutečně rozsáhlá, systematická a důkladná. V r. 1970 stál v Hamburku u zrodu dnešní německé Společnosti pro psychoterapii a poradenství zaměřené na člověka. Psychoterapii sám praktikoval, vyučoval, poskytoval supervizi a zkoumal. V odborném světě je znám zejména jako autor již zmíněného diferenciálního modelu inkongruence (*Differentielle Inkongruenzmodel*, 1994, Asanger Roland Verlag, 4. vydání 2018), zvláštní pozornost pak věnoval dynamice skupinové práce a skupinám se-

tkání (*Persönliche Begegnung Encounter, 2021, Tredition GmbH*). Zde je patrné jeho ovlivnění americkým humanistickým psychologem Carl R. Rogersem (1902–1987), u kterého v letech 1973–1974 v La Jolla pobýval a pracoval. Zbývá doplnit, že psychologii a psychoterapii studoval v 60. letech minulého století v Hamburku u prof. Reinharda Tausche (1921–2013), kde vzniklo první vzdělávací a výcvikové centrum rogersovského, na člověka zaměřeného přístupu v Evropě. Zde jsou naše společné odborné kořeny.

Publikační, vědecká i společenská činnost kolegy je opravdu bohatá a různorodá. Kupříkladu byl řezenským radním (za bývalou Stranu zelených), také stál více let jako vo-

lontér v čele Přírodovědného muzea v Řezně. Lze obdivovat i jeho vitalitu – na naší fakultu jezdil každoročně přednášet – až do doby pandemie, jež mu znemožnila osobní návštěvy Prahy.

Rád bych i touto formou milému kolegovi a příteli, znalci umění a vína, popřál i do dalších let duševní pohodu a zdraví – od nichž se odvíjí vše ostatní. A také mnoho radosti s vnoučaty. V duchu tradice zvolejme: Vivat, crescat, floreat!

Prof. PhDr. Jan Vymětal  
Ústav humanitních studií v lékařství  
1. lékařské fakulty UK  
Karlovo nám. 40  
128 00 Praha 2

# PSYCHOSOM

**NEZÁVISLÝ ČASOPIS PRO PSYCHOSOMATICKOU  
A PSYCHOTERAPEUTICKOU MEDICÍNU**

ISSN 2336-7741 (Print) ISSN1214-6102 (Online)

Časopis zaměřený na psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu zařazený v seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v ČR od r. 2015. Vychází 4x ročně od r. 2002 a je určen především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať v medicínské praxi, v dalších humanitních oborech, ve výzkumu či při studiu. Je indexován v ERICH Plus. **Vychází nezávisle na farmaceutických firmách.**



## PSYCHOTERAPEUT NENÍ OMNIPOTENTNÍ

říká v rozhovoru a ohlédnutí se za svým životem Hana Junová

Jakub Hučín

### Z jakých zdrojů jste jako začínající terapeutka vycházela?

Když jsem začínala, o psychoterapii jsem nevěděla vůbec nic, na fakultě se skoro nepřednášela, protože to byla tehdy „buržoazní pavěda“. Ale pak jsem se dostala k docentu Knoblochovi a tam jsem naskočila do toho jeho známého systému. Knobloch nás nutil a bylo to dobře, abychom si prodělali psychoanalytický výcvik, což byl tehdy jediný směr, ve kterém nějaký výcvik probíhal. Byli tu jenom čtyři analytici, které IPA schválila, a my jsme k nim tajně po večerech jednou týdně chodili. Už tohle bylo proti pravidlům, má se chodit daleko častěji. A já jsem jim tam navíc ještě trochu zlobila. Měla jsem problém si nechat platit od pacientů, což je další z principů psychoanalýzy. Taky mi nesedělo, že se až přespříliš všechno interpretovalo. Tak to bylo takové to pendlování mezi „knoblochiádou“ a psychoanalýzou, každé to bylo trochu jiné, ačkoliv Knobloch z psychoanalýzy taky trochu vycházel. Byla jsem do toho vhozená tedy opravdu šíleně po hlavě, v pondělí jsem nastupovala na oddělení k doktoru Haasovi a ve středu jsem odjížděla sloužit do Lobče s jedinou psychoterapeutickou instrukcí – je tam zima, vezmi si tlusté ponožky a svetr.

### Jak se to promítlo do péče o pacienty?

Moje první zkušenost s pacientem proběhla na jednom semináři u Knoblocha, kam zval i pacienty. Řešil jednoho pána, který měl manželku a milenkou a já jsem



Foto archiv Markéty Rokytové

tam ve svatém rozhořčení vykládala, jak se mi nelíbí, když je někdo nevěrný – prostě tahala jsem tam morálku a vůbec jsem nevěděla, co to psychoterapie je. Knoblocha jsem obdivovala, ale nebyla jsem schopná dělat terapii jako on. Nejvíc jsem se naučila od Míly Bendové, to byla jedna lobečská terapeutka. Měla ohromnou empatii a dokázala říkat i nepříjemné věci tak, že z ní bylo cítit, že má lidi ráda a že to s nimi myslí dobře. Byla naprosto přirozená, uměla se smát, být vážná. A já jsem si říkala, to je ono, tohle bych se chtěla naučit.

Ještě jeden zdroj byl v pozdějších letech pro mne důležitý. Podílela jsem se na konci

šedesátých let na vzniku terapeutického výcvikového systému SUR (Skála-Urban-Rubeš) a prožila tam i sebezkušenost ve skupinové terapii, dokonce ve skupině docenta Skály. V SURu jsem to měla trošku komplikované, protože prakticky od začátku jsem tam byla v atypické několikaroli: jako řadový člen skupiny, terapeut skupiny, lektor a později i supervizor. Skálova osobnost byla velice inspirující, vytvářelo se společenství lidí budujících nový systém a vlastně svým způsobem i pozitivní deviaci. SUR mi dal Skálův vzor, nový směr mého přemýšlení a pro mou hierarchii hodnot to nejdůležitější - řadu celoživotních blízkých přátel, se kterými jsem dodnes ve velice blízkém kontaktu a jsem za to vděčná.

### **Kdybychom se vrátili k té péči o pacienty...**

Tak samozřejmě, měla jsem občas psychoanalyticky pacienty na gauči, ale moc mi to nešlo. Lepší to bylo, když doktor Kučera, u kterého jsem si pak psychoanalýzu dodělávala, rozhodl, že bych mohla dělat výcvikovou terapeutku. Tam jsem si už o prachy mohla říkat, nepřicházeli mi tam lidé s problémy, ale něco se naučit a to je jako když učíte někoho anglicky. Sice pořád byli na gauči, povídali o sobě, ale už se mi při tom lépe dýchalo.

Víc jsem pracovala s pacienty v Lobči, kde jsem s nimi dělala pracovní terapie, kydali jsme hnůj a pracovali na zahradě a mě to s nimi bavilo, i když jsem měla pořád strach, aby se někomu něco nestalo, když šli třeba pracovat s pilou a sekyrkou do lesa.

### **Čím pro vás byla tahle práce důležitá?**

Byla jsem tam dva roky trochu jako takový dozorce, přitom jsem makala s nimi,

řezala, fidlala, hnůj jsme přehazovali všichni a mě na tom bavilo, že jsme byli takoví všichni, taková parta. A při takové práci bylo potom těžké oddělovat role.

### **Takže to zároveň překáželo v terapii?**

No musela jsem být odpoledne jiná než dopoledne. A někdy to bylo trochu složité, protože dopoledne jsem s nimi chtěla být kamarád a najednou jsem začala být terapeut. Ale tam to prostě takhle bylo a bylo pro terapii i důležité, že jsem pracovala s nimi a mohly se tam rozvíjet i ty obyčejné lidské vztahy.

### **Spíš vám to tedy v terapii pomáhalo...**

Určitě, nemyslím si, že by to pro mě byl nějaký stres. Ten jsem spíš měla, když přišel někdo hodně složitý a já jsem nevěděla, jak s ním pracovat, protože jsem měla pocit, že toho ještě moc neznám. Ale ty běžné mezilidské vztahy jsem brala prostě tak, jak přicházely. Třeba jsme tam dělali maškarní plesy a já jsem se převlíkla za strašidlo. Šla jsem tam takhle převlečená a vedle mě si sedli pacienti a začali si o mě povídat. A říkali si, schválně jestli ta Junová přijde v něčem, nebo nepřijde a jeden říkal, že ne, že paní doktorka určitě ne, a druhý, že si myslí, že je taková, že by mohla přijít a já přitom seděla vedle nich. A potom se šlo tancovat a ten jeden mě popadl a pojď jdeme tancovat. A najednou s hrůzou zjistil, že to jsem já, a hned letěla šuška po pacientech, že Junová jde za strašidlo. A to bylo hrozně fajn. Jsem hrozně ráda, když se v terapii objeví humor.

### **Humor v terapii?**

Ano, tak jak jsem to viděla u té Míly, kdy dokázala něco říct trochu nadlehčeně

a ti lidé viděli, že to s nimi myslí dobře. To mě strašně inspirovalo a už bych bez toho nemohla být.

Ale byly tam i momenty, které jsem ráda neměla – to byly večerní kluby, které si připravovali pacienti. A jednou nám s Mílou dali úkol podlézat pod židlemi. Sice jsme to udělali, ale pak jsme je tiše prokleli, protože jsme se pod těmi židlemi nějak vzpříčily a bylo to nepříjemné. Tak jsem vždycky čekala, s čím na večerní klub přijdou a jestli se mi do toho bude chtít, nebo ne.

### **Čím dalším jste si obohacovala ty své primární terapeutické zdroje?**

No psychoanalýza by mi určitě nestačila, přeci jenom jsem taková zvědavá, tak jsem se snažila ještě něco si načíst u konkurence a když jsem začala učit, zamilovala jsem si Yaloma, to byl takový můj guru. Od něko-ho jsem dostala v angličtině jeho knížku Skupinová psychoterapie, pak jsem ještě dostala od Prochasky a Norcrosse knížku o psychotherapeutických směrech. A tam se mi hrozně líbilo, jak se různé psychotherapeutické směry dívají na stejná témata. Zkoušela jsem to sama dělat, když jsem měla třeba na starosti jedno číslo jako do-datek k Psychologii dnes, anebo jsem to viděla na konferenci v Hamburku. U Prochasky a Norcrosse se mi strašně líbilo, že uvedli kazuistiku jedné ženy a potom ukazovali, jak by k ní přistupoval terapeut z různých terapeutických směrů. Vedlo mě to k tomu, že jsem přemýšlela, co to tedy ta psychoterapie je a proč se ta pacientka dokáže vyléčit, i když s ní někdo praští o gauč, nebo když s ní někdo povede behaviorální nácviky. A vždycky mě to vracelo k nějakým vztahovým aspektům terapie. A pak jsem si s potěšením přečetla

v nějakém výzkumu, který se týkal důležitosti různých aspektů v terapii, že ten vztahový jednoznačně vede a že teorie není zanedbatelná, ale vztah je daleko důležitější. Od začátku jsem to nějak intuitivně tušila a tímhle se mi to potvrdilo.

### **Začala jste se dívat i směrem k existenciální psychoterapii, k Yalomovi...**

A k Franklovi. Měla jsem velkou kliku, že jsem se potkala se spoustou psychotherapeutických hlavounů, znala jsem Frankla, Morena, Yaloma. A jednou mě přemluvili na psychotherapeutické dny do Lindau, kde měl přednášku Franklův žák Alfred Längle, se kterým jsme se strašně skamarádili a to kamarádství trvá doteď. Chodila jsem pak na jeho seminář o logoterapii a moc se mi to líbilo. V poslední době trochu provokuju analyticky, protože jim říkám, že lidé potřebují v současné situaci hledat smysl života a ne hloubat nad oidipáky a jinými věcmi. A zároveň že se terapeuti potřebují víc dívat na to, co se děje kolem nás, že nestačí, když jenom sedíme ve svých pracovnách, ale že potřebujeme umět zacházet i s elektronickou komunikací, že potřebujeme třeba i víc vědět o uprchlících, abychom věděli, co prožívají a že jejich výbuchy emocí nejsou hysterie. Ale nikde na fakultě nevidím, že by se učilo, jací jsou Američani, Vietnamci a že pořád cpeme věci kolem sebe do nějakých svých zaběhaných škatulek našich terapeutických směrů a vůbec se nevzděláváme v tom, co se kolem nás děje.

### **A v čem by se podle vás měli terapeuti víc vzdělávat?**

Asi aby se učili víc dívat na realitu kolem. Možná, že jim křivdím a dívají se dost, ale

narážím na to třeba teď při prezidentské kampani. Jsem taková praštěná a přihlásila jsem se jako dobrovolník Drahošovi na sbírání podpisů a narážím na lidi, kteří vůbec nevědí, kdo to je Drahoš a kdo bude prezidentem a nezajímá je to. Nemůžeme jenom sedět v těch našich místnostech a nestarat se o to, co se děje. Potřebujeme o tom víc vědět, abychom dokázali s lidmi mluvit.

### **Když se podíváte zpátky, jakým vývojem jste prošla?**

Když jsem byla v Lindau, měl tam jeden profesor strašně krásnou přednášku o tom, jak jsou mladí terapeuti do všeho hrozně hrr a jdou do věcí, u kterých starým terapeutům vstávají vlasy na hlavě a mají s tím úspěch, protože je z nich to nadšení cítit. A že udělají něco, co by starý zkušený terapeut neudělal. A to u sebe cítím taky. Jsem teď daleko opatrnější, už bych určitě nevykládala něco o nevěře, jako tomu pánovi v Lobči. Často jsem procházela nějakým vývojem díky tomu, že se mi děly věci o mně beze mě – byla jsem zvolená do první psychoterapeutické etické komise, pak mě zase šoupli do evropské rady a všude mě to nutilo víc o věcech kolem psychoterapie a etiky přemýšlet, třeba o tom, co je teď u nás aktuální, kdy se psychoterapeuti nebo psychologové vyjadřují k různým věcem ve sdělovacích prostředcích.

### **V jakém smyslu?**

No že se k něčemu vyjadřujeme, aniž o tom něco víme, protože jsme toho člověka, který něco spáchal, nevyšetřili a ani se s ním nesetkali. A kdybychom ho vyšetřili, nemůžeme se vyjadřovat, protože jsme vázáni mlčenlivostí. Chodila jsem třeba na semináře jednoho svého kolegy a nějak

se mi to nezdálo, tak jsem se vnutila na jedno jeho sezení. Taky dělal chyby, že se k něčemu vyjadřoval, aniž o tom věděl víc, ale dokázal se ptát i na realie, jako kdo rozhoduje o dovolené a podobně. A z toho se dalo zjistit hodně. Stalo se mi něco podobného – chodila ke mně jedna nešťastnice, která měla s jedním mužem dceru, a přišla si poplakat, že její muž je fajn, ale že chce koupit dceři kabát a jí ne. A málem jsem se na to chytla. Ale pak jsem se zeptala, kolik kabátů má ona a kolik dcera a vyšlo najevo, že paní má čtyři a dcera jenom jeden. A už jsme si tím pádem povídaly na jiné úrovni. Díky tomu se mi znovu ukázalo, jak je důležité mít v terapii ten princip a znalost reality, abychom neskákali pacientům na povrchní vějičky, ale starali se o to, jak to v realitě doopravdy je a pracovali s tím.

### **Co vám pomohlo naučit se zpomalit a být opatrnější v terapii?**

To neumím tak docela říct, ale mám pocit, že pro mě bylo docela důležité, když jsem poprvé dokázala nemachrovat a říct pacientům: já nevím, anebo: teď to cítím tak a tak, ale musíme o tom ještě mluvit, ještě je brzo na to říct, jak to je. A přitom se nebála, že ke mně přestanou chodit, nebo že se na mě ve skupině budou koukat divně. A strašně se mi ulevilo. A tak jsem učila studenty nepospíchat, nechat tomu čas, přemýšlet o tom. Třeba teď mám v supervizi jednu psycholožku, která má v péči asi čtrnáctiletou dívku, která si ubližuje a chce si vzít život. Rodinná situace je tam složitá, její nejlepší kamarádka si vzala život... a ona si láme hlavu, jak jí má pomoci. A tohle mě učí, že terapeut není onnipotentní, že má nějaké hranice a že se může snažit dělat to nejlepší a přesto se stane malér.

### **Držet si hranici a zároveň být angažovaná ve vztahu s pacientem, to není úplně jednoduché...**

Nějak jsem se s tím už smířila, že jsem podle sebe udělala všechno, co jsem mohla a víc už nemůžu. Měla jsem kdysi jednoho pacienta, šikovný chlap to byl, ale začal být depresivní a volal mi třeba ve dvě v noci, že je mu špatně. A pak jednou volal v neděli a já jsem tušila, že je něco jinak, protože mi řekl: sbohem. Tak jsme vzali auto a jeli k němu a on se chystal někam odjet svým autem a já se bála, že si něco udělá. Stoupla jsem si před to jeho auto, že ho nikam nepustím. Ale pak jsem si řekla: jaké právo mám já zasahovat někomu do života? Vždyť já bych nechtěla prožít ani den z jeho života, který poslední roky vedl. Jak mu můžu bránit v tom, pro co se rozhodl. A nechala jsem ho odjet. A on se za tři dny vrátil, byl u nějakých svých přátel a byl docela v pohodě. Tohle byla pro mě jedna z lekcí, že prostě nemůžeme úplně všechno, i když nám na tom člověku záleží.

### **To vede k velké pokoře...**

Přesně tak. Prostě nemůžeme pacienty cpát do našich hierarchií hodnot. Můžeme mu říct, jakou máme hierarchii hodnot my, ale tu svojí si musí najít on sám. Jsem třeba strašně šťastná a mám pocit největšího úspěchu, když pacient řekne, že si ně něco přišel a opakuje moje slova, která jsem mu říkala před měsícem. Nikdy jsem mu neříkala: vidíte, já jsem vám to říkala, ale byla jsem ráda, že jsem ťukla na něco, co je pro něj taky důležité. Odborné terminologii jsem se spíš vyhýbala a používala jsem slova, která používali ti pacienti. Nikdy jsem neříkala: je to tak a tak, ale spíš jsem se ptala: jak to vidíte, myslíte, že je to tak?

### **Mluvíte hodně o lidském proměňování vás jako jako terapeutky směrem k pokoře. Prošla jste i nějakým odborným a teoretickým vývojem?**

Já jsem od všeho trochu, nejsem vyhraněná jenom jedním směrem. Kdysi jsem třeba do Česka přitáhla transakční analýzu, stejně tak logoterapii. A vždycky jsem říkala studentům, že i u těch velkých pánů psychoterapie spousta jejich myšlenek vznikla z jejich osobního života – Adler byl neduživý a vymyslel komplex méněcennosti, Freud měl zase zvláštní vztah k mamince, Berneho zase nechtěli... Ale takové hodně integrující je to u mě přes neverbální techniky, ty mě baví a používám je všude.

### **Jak jste se k nim dostala?**

Hrozně ráda tancuju a s tatínkem jsme se strašně nablbli. Když byla nějaká rodinná sešlost, dělali jsme pantomimické etudy, pak se k tomu na oddělení přidala psychogymnastika – někam jsme při rozvíčce běželi, tak jsme začali přidávat: představte si, že běžíte někam. Nebo: udělejte bez přemýšlení nějaký pohyb, nebo: představte si, že židle před vámi je nějaká osoba, jak byste se k ní choval? Najednou jsou ti pacienti zaskočení, nečekají to, že je to nějaká hra nebo že si uděláme nějakou scénku a musí nějak reagovat.

### **Když se teď podíváte zpátky na svůj celoživotní vývoj v psychoterapii, čím podle vás psychoterapie tedy vlastně léčí?**

Především vztahem. A proto mám teď i velké starosti s tím, co se děje v psychoterapeutické obci, kdy se vedou diskuse o tom, kdo terapii smí a nesmí dělat a dává se důraz na věci, které nejsou tak podstatné.

# Ordinace dostupná ODKUDKOLI

Ambulantní  
informační systém  
pro efektivní chod  
Vaší ordinace a více  
času na pacienta

## Proč si zvolit CGM MEDISTAR?

- Všechna data v bezpečí profesionálního cloudu
- Bez nutnosti instalace a aktualizací
- Jednoduché přihlášení přes webový prohlížeč
- Možnost pracovat odkudkoli – na počítači v ordinaci i doma či u pacienta
- Většina prémiových funkcí v ceně základní verze
- Uživatelsky přívětivý systém
- Aktivní zákaznická podpora

**CGM MEDISTAR** plně podporuje  
očkování proti COVID-19  
i antigenní testování.

Pro více informací či pro vyzkoušení  
demoverze zdarma navštivte **cgmmedistar.cz**

Nebo nás kontaktujte na e-mailu  
**obchod@cgmmedistar.cz** nebo na lince  
**+420 246 007 820**

## Pokyny pro přispěvatele časopisu Psychoterapie (Praxe – Inspirace – Konfrontace)

### Délka příspěvků:

Pro rubriky **Teorie, Praxe a Výzkum v psychoterapii** přijímáme texty do maximálního rozsahu 18 normostran (32 400 znaků včetně mezer), u výzkumných studií 23 normostran. Maximální rozsah zahrnuje také abstrakt v češtině a angličtině a seznam použité literatury. Pro rubriku **K diskusi** přijímáme texty do maximálního rozsahu 8 normostran (14 400 znaků včetně mezer). **Recenze knih** přijímáme v maximálním rozsahu 5 normostran (9 000 znaků včetně mezer).

**Výzkumné studie** a abstrakty strukturujte do oddílů: Problém, Metoda, Výsledky, Závěr.

### Příspěvky zasílejte opatřeny:

1. Názvem v češtině (resp. slovenštině) a názvem v angličtině
2. Klíčovými slovy v češtině (3–5) a *key words* v angličtině
3. Abstraktem v rozsahu maximálně 1 000 znaků v češtině a v angličtině
4. Popisem rolí autorů (viz níže „Role autorů“)
5. Seznamem literatury (viz níže „Pokyny pro citování“)
6. Připojte velmi stručný medailon autora v rozsahu maximálně 500 znaků

Ke jménům všech autorů uveďte vždy anglický i český název pracoviště ve formátu *Název instituce* (v případě akademického pracoviště *Název katedry, Název univerzity* NEBO v případě neakademického pracoviště *Název instituce*), *Město, Stát* a e-mailový kontakt na autora, který bude uveřejněn.

**Recenzní řízení** je oboustranně anonymní. Recenzovány jsou všechny příspěvky kromě krátkých zpráv. Příspěvky jsou posuzovány dvěma recenzenty. Redakce a redakční rada mají právo text odmítnout ještě před recenzním řízením z důvodu nedodržení pokynů pro autory.

### Pokyny k formální stránce textů:

Redakce přijímá původní příspěvky v českém jazyce, slovenštině nebo angličtině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky jsou přijímány v elektronické podobě ve formátu MS Word

zaslané jako příloha na e-mailovou adresu výkonné redakce [psychoterapie@fss.muni.cz](mailto:psychoterapie@fss.muni.cz).

Stránku textu tvoří 1800 znaků včetně mezer (**zpravidla** 30 řádků při řádkování 2 po 60 úbozech a velikosti písma 12). **Nutné:** Klávesou „enter“ odděluje pouze odstavce. Stránky číslyte. Pro zdůraznění kapitol lze použít dva stupně jejich členění (např. 1. Terapeutický přístup; 1.1. Dosavadní výzkumy).

**Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť** – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění.

### Role autorů:

Před seznamem literatury na konci článku popište **Role autorů** při psaní textu (jak se autoři podíleli na vzniku článku) a **Konflikt zájmů** (např. finanční podpora vzniku článku). Pokud žádný konflikt zájmu není, napište „Bez konfliktu zájmů“. Dobrovolně můžete uvést **Poznámky** (např. poděkování).

### Příklad popisu Role autorů:

Výzkumná studie: První autor a druhý autor provedli sběr dat a jejich analýzu a podíleli se na sepsání kapitol Metoda, Výsledky a Diskuse, třetí autor provedl rešerši literatury a podílel se na sepsání kapitol Úvod a Diskuse. Všichni autoři přispěli ke vzniku textu článku a schválili jeho konečnou podobu.

Teoretická studie nebo studie z praxe: První a druhý autor se podíleli na rešerši literatury a psaní kapitol 1 (Úvod), 2 (Teoretická konceptualizace) a 5 (Závěrečné shrnutí). Třetí autor je autorem komentářů z praxe (kapitoly 3 a 4). Všichni autoři přispěli ke vzniku textu článku a schválili jeho konečnou podobu.

### Pokyny pro citování:

Prosíme o dodržení následujícího vzoru při citování literatury v textu a sestavování seznamu literatury. Seznam literatury musí být uspořádán abecedně podle příjmení autorů a musí obsahovat všechny zdroje použité v textu. V textu musí být odkazy na literaturu uváděny příjmením autora a rokem vydání práce, při více pracích jednoho autora v jednom roce rozlišujte písmeny malé abecedy (2007a; 2007b). V případě dvou autorů uvádějte oba autory.

Má-li práce tři a více autorů, uveďte pouze prvního autora a zkratku „et al.“ nebo „a kol.“ (zvolte vždy jen jednu zkratku a používejte ji v celém textu).

Všechny odkazy použité v textu musejí být uvedeny také v závěrečném oddílu Literatura.

V seznamu literatury naopak neuvádějte knihy či články, na které se v textu neodkazujete.

V případě knih využívejte následující formát: Autor1, Autor2 a Autor3. (Rok vydání). *Název knihy, podtitul knihy*. Místo vydání: Nakladatel.

V případě časopisů vždy využívejte následující formát: Autor1, Autor2 a Autor3. (Rok publikace). Název článku. *Název časopisu*, Ročník(Číslo), Strany v časopisu.

Lze citovat i zdroje z internetu – vždy s uvedením internetové adresy a data přístupu.

### **Příklady citací v textu:**

#### Citace práce jednoho autora:

Rogers (1998) tvrdí, že... **NEBO** ... alespoň to tvrdí existenciálně zaměřením psychoterapeuti (Yalom, 2006) **NEBO** (srov. Yalom, 2006) **NEBO** (viz Yalom, 2006)

#### Citace práce více autorů:

dva autoři: Fonagy a Target (2005) se ve své práci zabývají...

tři a více autorů: Vodáčková a kol. (2002) poukazuje jí na... **NEBO** Lambert et al. (2001) uvádějí, že...  
*Zvolte vždy pouze jednu zkratku v celém článku.*

#### Odkazy na několik zdrojů (jména autorů se uvádí v abecedním pořadí):

Na této skutečnosti se shoduje více autorů (Polsterová, 2005; Yalom, 2006).

#### Přímá citace textu (uveďte stranu, kde se pasáž v původní práci nachází):

Někdy se považuje za důležité připomínat, že „zakladatelé gestalt terapie měli osobní zkušenost... v rámci herectví a výrazového pohybu“ (Mackewn, 2004, s. 165) **NEBO** (Mackewn, 2004:165). *Zvolte jednotně jeden typ uvedení strany v celém článku.*

### **Příklady záznamů v závěrečném oddílu LITERATURA:**

#### Knih (uvádějte i podtitul):

Fonagy, P., Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie: perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.

#### Článek v časopise:

Libiger, J. (2003). Placebo: klamání nemocného, nebo nástroj poznání? *Psychiatrie*, 7(4), 290–300.  
Rosenzweig, S. (1936/2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 5–9.  
Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974.

Dva letopočty (tj., Rosenzweig, 1936/2002) uvádějte, jen pokud je důležité zdůraznit rok první publikace textu.

#### Kapitola v knize nebo článek ve sborníku:

Polsterová, M. (2005). Gestalt terapie: vývoj a využití. In J. Zeig (Ed.), *Umění psychoterapie* (s. 516–533). Praha: Portál.

### **Etické aspekty**

Pokud článek popisuje pokusy na lidech, uveďte, zda studie byla před zahájením schválena místní etickou komisí. U pokusů na zvířatech uveďte, zda byly dodrženy ústavní nebo národní předpisy a směrnice pro chov a experimentální používání zvířat nebo přiložte čestné prohlášení o souhlasu etické komise.

Odesláním rukopisu do časopisu Psychoterapie stvrzujete, že článek nebyl odeslán do další redakce a je určen k publikování výhradně v časopise Psychoterapie.

Pacienti/klienti mají právo na soukromí, které nesmí být porušeno bez jejich informovaného souhlasu. Identifikační údaje nesmí být uvedeny v psaném textu, na fotografiích nebo v rodokmenech, pokud není tato informace nezbytná z vědeckého hlediska a pokud pacient (nebo jeho rodič či opatrovník) neposkytl informovaný souhlas k uveřejnění těchto údajů. V tomto případě musí být pacient obeznámen s rukopisem. Poskytnutí informovaného souhlasu pacientem musí být oznámeno v otištěném článku. (podle: International Committee of Medical Journal Editors [“Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”] – February 2006).