

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 3. ročník, 2009, číslo 2

Vychází čtvrtletně.

Časopis byl založen v září 1990 pod názvem Konfrontace. Do prosince 2006 vyšlo 66 čísel (17 ročníků).

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

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

PhDr. Dana Dobiášová – psychoterapeutická praxe, Hradec Králové

MUDr. Vladislav Chvála – Středisko komplexní terapie, Liberec

Doc. PhDr. Michal Miovský, Ph.D. – Centrum adiktologie PK VFN a 1. LF UK, Praha 2

PhDr. Zdeněk Rieger – Středisko pro děti a mládež, Praha 4 (vedoucí redakční rady)

MUDr. Jan Roubal – soukromá praxe, Havlíčkův Brod, a Katedra psychologie FSS MU, Brno

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

Doc. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D. – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno (šéfredaktor)

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

PhDr. Bohumila Baštecká – terénní sociální práce

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

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

Dr. Kenneth Evans – FRSA, Director, European Institute for Psychotherapeutic Studies (UK)

PhDr. Petr Goldman – Psychiatrická léčebna, Praha –Bohnice

PhDr. Šárka Gjuríčová – Centrum rodinné terapie FN Motol, Praha

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

Doc. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D. – Psychiatrická klinika FN, Trenčín (SK)

Prof. PhDr. Anton Heretik, Ph.D. – Katedra psychologie FF UK, Bratislava (SK)

MUDr. David Holub – psychoterapeutická praxe, Praha

Doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc. – Psychiatrická léčebna, Praha –Bohnice

Mgr. Jiří Kubička – Institut rodinné terapie, Praha

Mgr. David Kuneš – Psychologický ústav FF MU, Brno

PhDr. Jiří Libra – Podané ruce, Brno

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

PhDr. Martin Mahler – psychoanalytik, Praha

Prof. Pavel Machotka, Ph.D. – University of Santa Cruz, California (USA)

MUDr. Petr Možný – Psychiatrická léčebna, Kroměříž

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

Prof. MUDr. Hana Papežová, CSc. – 1. lékařská fakulta UK, Praha

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

Doc. PhDr. Alena Plháčková, CSc. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc

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

MUDr. Gabriela Šivicová – Krizové centrum RIAPS, Praha

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

Prof. PhDr. Jan Vymětal – 1. lékařská fakulta UK, Praha

Výkonná redakce / Editors:

Mgr. Jiří Šupa, PhDr. Roman Hytych, Mgr. Pavel Nepustil, Zuzana Pavelková, Mgr. Sylvie Koubalíková,

doc. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D. (šéfredaktor) vybiral@fss.muni.cz, tel. 549 497 970

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

Uzávěrka čísla 2/ 2009 byla 30. 6. 2009, recenzní řízení bylo uzavřeno 7. 7. 2009. Vychází v srpnu 2009.

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

The articles are peer-reviewed.

ISSN 1802-3983 / MK ČRE 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.

OBSAH ČÍSLA 2 ROČNÍKU 2009

EDITORIAL

Zbyněk Vybíral: Editorial a něco málo navíc - - - 77

INTEGRACE VE SVĚTĚ

Jan Poněšický: Interakční analyticko-behaviorální psychoterapie - - - 78

Louis G. Castonguay, Michael J. Constantino, Martin Grose Holtforth: Pracovní spojenectví:

Kde jsme a kam bychom se měli posunout? - - - 83

VÝZKUM V PSYCHOTERAPII

Kenneth R. Evans: Praxe založená na důkazech nebo důkazy podložené praxí: Integrativní perspektiva ve výzkumu psychoterapie - - - 95

INTEGRACE V PSYCHOTERAPII V ČESKÉ REPUBLICĚ

Ján Praško: Kognitivně behaviorální terapie a její integrativní síla - - - 108

Vladislav Chvála: Integrace v psychoterapii cestou týmu. Dvacetiletá zkušenost v SKT Liberec - - - 115

Petr Moos: Pětiletý integrativní experiment ve skupinové psychoterapii - - - 121

Jan Kubánek: Sen jako místo setkání aneb od psychoterapie Integrované k Integrativní, tj. od dokončené integrace k další integraci - - - 125

KRÁTCE

Veronika Čermáková: Jeden metr čtverečný - - - 131

Zrnění Zdeňka Riegra - - - 131

RECENZE KNIH

P. Pöthe: Emoční poruchy v dětství a dospívání. Psychoanalytický přístup (M. Palková) - - - 133

R. Dallos, A. Vetere: Systemic Therapy and Attachment Narratives; Applications in a Range of Clinical Settings (D. Skorunka) - - - 135

S. Kratochvíl: Klinická hypnóza (M. Jániš) - - - 138

Děkujeme těm, kdo finančně i jinak podpořili vydávání časopisu: Janu Poněšickému, Renatě Ehm, J. Zvoníčkoví, K. Šindelářové, J. Jakubů.

EDITORIAL A NĚCO MÁLO NAVÍC

Zbyněk Vybíral

16. a 17. dubna 2009 jsme uspořádali na FSS MU s kolegy (nešlo by to zejména bez Jana Roubala a Pavla Nepustila) druhé, tentokrát již mezinárodní psychoterapeutické sympóziu nazvané **Integrace v psychoterapii**.¹ Podtitul zněl „Co, s čím a proč?“ Jako hlavní řečnický jsme pozvali ty, o kterých víme, že se integrováním odlišných psychoterapeutických zaměření zabývají léta. Američana Louise Castonguaye, z Velké Británie Kena Evanse, dále Jána Praška a Stanislava Kratochvíla.² Těžiště jejich vystoupení se nacházela jinde: v důraze na pracovní spojení v různých terapiích (L. C.), v možnostech různých kombinací toho, o čem víme, že je účinné (S. K.), v problému, jak výzkumně dokazovat účinnost méně dokazatelných přístupů, viděno (nejen) z gestalt perspektivy (K. E.) či v připravenosti KBT integrovat se s různými jinými proudy (J. P.). Jedno měli čtyři hlavní i další vystupující společně: na sympóziu jako kdyby nebylo pochyb o tom, že integraci a vzájemnému obohacování všichni straní. (Možná trochu opatrnější byl Jan Poněšický.) Sympózia před dvěma lety (o diagnostikování v psychoterapii) se účastnilo 120 lidí, letos se v sále objevilo a vystřídalalo 250 posluchačů. O téma integrace byl velký zájem.

Vznikl obraz, že toto je hlavní figura v popředí.

Je tomu tak? Anebo je integrování pořád ještě menšinou záležitostí? Tendencí, které je třeba pomáhat a které je třeba zdůvodňovat?

Proti psychoanalýze stál v psychoterapii behaviorismus. Dnes už ve své někdejší podobě neexistuje. Vůči oběma stranám se vyhranila humanistická psychoterapie. V opozici k psychoanalytickým ležením vznikla rychlejší kognitivní terapie nebo třeba „uživatelsky vstřícná“ transakční analýza. A vůči všem proudům, které léčily jen jednotlivce, vznikly rodinná, systémová a systemická pojetí.

Věřím, že pro někdejší čelné reprezentanty jed-

notlivých škol byla představa, že nabírám z vlastního i cizího, nepředstavitelná. Mnoho fundamentálních lektorů zapovídalo učňům v psychoterapii postupovat jinak, než jak jim přikazovala jejich škola (dejme tomu hlubinná skupinová analýza nebo racionálně emoční edukace). Přesto směřování různých terapií má dlouhou tradici. Museli ho jeho zastánci proboujovat a musejí dodnes (viz politika státu ve Velké Británii, která nahrává KBT, jak si lze přečíst v Evansově příspěvku).

Hledám paralelu, abych ještě jinými slovy přiblížil, jak neobvyklá a jak moc heretická či dokonce nebezpečná musela některým „čistým“ terapeutům připadat svého času představa, že při terapii psychoanalytické je možné využít prvky KBT nebo že v KBT se lze zabývat introspekci a přenosem nebo že v rámci transakční analýzy můžeme být také humanističtí a psychoanalytičtí.

Vezměme za příklad představu o výcvicích. Krátký, k polemice vybízející text vyjde v příštím čísle, zde jen pár vět:

Z psychoterapeutického výcviku se stal požadavek, jehož oprávněnost jsme přestali prozkoumávat. Vyžadují ho asociace, EAP, ČPS, zaměstnavatelé ve zdravotnictví, standardy poraden i sociálních služeb. Bez výcviku nedostanete certifikát. Myslíme si, že bez výcviku se nejde stát kompetentním, vycvičeným a zralým psychoterapeutem. Ale opravdu to nejde?

Zůstaňme jen u otázky.

Není tato dnešní něčím podobná té, kterou si kladli propagátoři integrace v psychoterapii tváří v tvář skalně zaměřeným kolegům?

Dnes víme, že není jen jedna správná terapie. Je dobré jich mít stovky a dobrá také může být – integrace v psychoterapii...

Takže, abych nezapomněl: odkud vlastně víme, že je jen jedna pravá cesta k získání kompetence v psychoterapii? Cesta vedoucí „přes výcvik“?³

¹ Pořadatelé byly: Katedra psychologie FSS MU a časopis Psychoterapie.

² Dále vystoupili: Skorunka, Skálová, Dudová, Stiburek, Rokytová, Roubal, Hytych, Benda, Kubánek, Pfeiffer, Šíkl, Chvála, Fürst, Moos, Poněšický a Vybíral.

³ Budete-li se chtít příspěvkem o nutnosti anebo nahraditelnosti výcviků zapojit do diskuse, můžete už nyní poslat svůj příspěvek (do čtyř normostran) na adresu redakce.

INTERAKČNÍ ANALYTICKO-BEHAVIORÁLNÍ PSYCHOTERAPIE

Jan Poněšický

ABSTRAKT

Skupina interpersonálně orientovaných psychoanalytiků, ke které patřil i autor tohoto pojednání, pod vedením A. Heigl-Eversové a F. S. Heigla pozorovala, že u vývojových, časných strukturálních poruch osobnosti nelze dosáhnout zlepšení symptomatiky hermeneutickými interpretacemi, tj. poskytováním alternativního vhledu s poukazem na nevědomí, které ještě spíše znejistovaly nezralou osobnost klientů. Ti přicházeli do léčby s interpersonálními problémy spíše nežli s neurotickými symptomy, chyběly jim důležité meziosobní zkušenosti vedoucí k vytvoření diferencovaných řídicích jáských funkcí nutných ke zvládnání konfliktů a frustrací. Skupina tzv. Göttingenské školy vypracovala terapeutický postup, který se soustřeďuje na manifestní, oběma stranami viditelné chování a jeho regulaci; místo principu interpretace je aplikován princip selektivně-autentické odpovědi a poskytování tzv. pomocného „já“ zástupným veitěním se do pacienta v určitých zátěžových situacích. Ve skupině je kladen důraz na vnímání jednostranných a restriktivních norem chování, pomocí něhož se členové skupiny vyhýbají nejistotě, resp. zamezují učení se novým interakcím. Interaktivním i identifikatorním učením v situaci „zde a nyní“ se tato metoda přibližuje KBT.

Klíčová slova: interakční psychoterapie, přenos, protipřenos, selektivně-autentická reakce, restriktivní norma, emoce, pomocné já

Interactive Analytic-Behavioral Psychotherapy

ABSTRACT

A group of interpersonally oriented psychoanalysts, to which belonged author

of this paper as well, has observed under guidance of A. Heigl-Evers and F.S. Heigl that an improvement of symptomatology of developmental, early structural personality disorders cannot be reached through hermeneutical interpretations, i.e. by providing alternative perspective with pointing to unconsciousness, which made immature personality of clients even more uncertain. They were coming into the treatment with interpersonal problems rather than neurotic symptoms and they were lacking for important interpersonal experiences leading to creation of differentiated controlling self-functions essential for coping with conflicts and frustration. For these reasons this so called Göttingen school group has created therapeutic method, which is concentrated on manifest to both sides visible behaviour and its regulation. The principle of selective-authentic reply instead of principle of interpretation is applied and so called "helping me" provided by vicarious empathy in stressful conditions. In this group a perception of one-sided and restrictive norms is accentuated, by which means group members avoid uncertainty or learning of new forms of interactions. Due to interactive and identificatory learning in situation "here and now" this method approximates Cognitive behavioural therapy.

Key words: interactional psychotherapy, transference, countertransference, selective-authentic reply, restrictive norm, emotion, helping me

Nejprve bych chtěl prezentovat svoji pozici ohledně integrace v psychoterapii. Jsem kritický ke smíchání „toho nejlepšího“ z různých terapeutických směrů, neboť za každým z nich stojí určité pojetí člověka,

kteřé pacienti recipují a které tvoří důležitý orientační rámec. Na druhé straně se domnívám, že je možné se zamyslet nad tím, zda lze určité postupy i poznatky jiných škol „přeložit“ do vlastního jazyka, integrovat do vlastní koncepce. O to mi v mém referátu půjde.

Při supervizi KBT terapeutů jak v ČR tak i v Německu se setkávám s paradoxním faktem, že psychoanalytici si všímají daleko více vzájemných interakcí, a tím i vzájemné modulace chování svého protějšku v terapeutické situaci „zde a nyní“, tedy sociálního učení, než KBT terapeuti. Psychoanalýza implicitně převzala koncept interpersonálního učení, což je zřejmě zvláště v jejím důrazu na přenos a protipřenos, spoluagování a společný odpor. Vždyť pacient a terapeut na sebe neustále reagují, vědomě i nevědomky, ať pozitivně nebo averzivně, čímž buď určité chování i názory spíše schvalují nebo odmítají. Jde o oboustranné vnucování vlastní subjektivity druhému, což je obecný jev. Sociolog Luhmann to charakterizuje tak, že jde o to, abychom přiměli protějšek k selekci v jeho chování, psychoanalytik Sandler jako obecnou tendenci po potvrzování vjemové i myšlenkové identity. Pakliže se o to snaží obě strany, nezbyvá než se „dohodnout“ na jakémsi společném jmenovateli. Jedná se vlastně o vyjednávání společné normy vzájemného chování i oboustranné akceptovatelných témat, která poskytují jistotu v tom, jak a o čem budeme hovořit, zda je možná kritika či naopak blízkost apod., o což jde zvláště pacientům, u kterých na základě jejich jinakosti dochází pravidelně ke zhroucení dialogu. Nejde o to, aby si terapeut nechal vnútit jejich způsob dialogu, a tím i jejich vztahový vzorec, nýbrž o to, aby ho vnímal a citlivě na něj reagoval – což je intencí psychoanalyticky fundované interakční psychoterapie.

Psychoanalýza je charakterizována především určitým pojetím člověka: Na pozadí našeho biologického citově motivačního vybavení (ono) a přijímání kulturně společ-

čenských norem (nadjá) má naše já za úkol tvorbu vlastních zkušeností s oběma tendencemi za pomoci jáských funkcí, též vrozených schopností, které se však konstituují a naplňují v závislosti na výchovných vlivech. Interakční interpersonální psychoterapie si klade za úkol jak „dovyvinutí“ těchto jáských funkcí, jakými jsou např. introspekce, vztahovost a schopnost empatie, tak i tvorbu důležitých mezilidských zkušeností – jako např. odhad účinku vlastního chování na druhé. Tak, aby nedocházelo jako doposud k neustálým nedorozuměním či konfliktům. To je důležité zvláště u strukturálních poruch osobnosti s jáskými deficity např. ve vztahu ke koherenci osobnosti a černobílému prožívání světa u hraničních poruch či u patologického narcismu. Interakční psychoterapie pracuje na úrovni manifestního chování, což znamená, že jsou kontraindikovány interpretace nevědomých pohnutek, které by svou jinakostí nejistého pacienta nejen příliš znejistovaly, ale dokonce i zahanbovaly. Technicky jde o kombinaci mateřského principu – verbalizace vcítění vedoucí k mentalizaci (pomocné já terapeuta) s možností identifikatorního učení – a spíše otcovského principu přímé emoční i kognitivní interakce, kde jde převážně o instrumentální učení zpětnými vazbami. Místo principu interpretace se tudíž jedná o princip selektivně autentické odpovědi. Tato metoda vyžaduje zvýšenou prezenci a rozlišování mezi sebou a druhým. A tak například odpověď: „Teď mám pocit, že se na mě zlobíte“ je nepřiměřená, neboť se nejedná o pocit, nýbrž o interpretaci pacientova chování. Namísto by eventuelně bylo vyjádření: „Když jste mi teď řekl to a to, tak mne to nemile překvapilo a zranilo“ či „Poté, co jste řekl to a to, z Vás pociťuji strach.“ Pokud terapeut takto verbalizuje své myšlenky, znamená to, že tomuto strachu nepodleh.

Selektivně autentická odpověď má pacientovi zprostředkovat uvědomění si, jakou reakci okolí vyvolá inscenace jeho vztaho-

vého vzorce chování, že terapeut se coby reálná osoba odlišuje od jeho očekávání a dokáže se ubránit jeho způsobu jednání. Může jít o následující intervence: „Když se chováš tak a tak, prožívám tě tím či oním způsobem a cítím k tobě to a to.“ Jde vlastně o nabídku zralého cele-objektního vztahu, což zpočátku pacienta frustruje, proto je nutno postupovat s porozuměním.

Převzetí funkce pomocného já znamená, že terapeut sděluje, jak by se v té které situaci na místě pacienta cítil či se choval, což je nabídkou pro identifikaci. Pacient se tak zároveň smiřuje s jinakostí terapeuta.

Terapeut musí dbát na to, aby pacienta nepokoušel a nevyvolal příliš silný stud za to, co neumí, či za to, že mu něco ve srovnání s terapeutem chybí. Je třeba vyvolat spíše zvědavost na svoji jinakost a zájem něco jiného vyzkoušet.

Třetí druh intervencí – zvláště ve skupinové psychoterapii – se týká opět selektivně autentické reakce terapeuta, avšak nyní na interpersonální normu vzájemných interakcí, pakliže norma působí restriktivně. Tak například na normu (= na to, co se má a co ne) vzájemného neútočení a harmonického chování může terapeut emocionálně „odpovědět“: „Mám pocit, že bych se tady mohl udusit. Člověk tu nemůže říci od plíc, co si myslí.“ To je indikované zvláště, když terapeut pozoruje, že i někteří členové skupiny by chtěli kriticky reagovat na někoho či na něco, co se ve skupině odehrává. Na skupinové i dyadické normě se často podílí i terapeut, a proto se musí stále sám sebe ptát, zda vzniká v interakci nějaká jednostrannost, která klade odpor k vyjádření druhé strany (např. hovoření o minulosti na úkor přítomné situace).

Tento druh terapie je zvláště indikovaný u těžkých poruch osobnosti s hrubě narušeným smyslem pro realitu a s vývojovým ustrnutím na úrovni tzv. částečných objektních vztahů – selfobjektů dle Kohuta. Schází zde schopnost sebereflexe i empatie, takže

psychoanalytická interpretace spojená s abstinčním postojem analytika by znamenala pro pacienta traumatickou separaci.

Mezi podnětem a následujícím chováním se dostatečně nevytvořily jáské schopnosti k dosažení uspokojení – zvláště v mezilidském kontaktu. Strukturálně narušený jedinec je tak pasivně závislý na ostatních, které potřebuje, a proto je i nenávidí. Interakční terapie tím navazuje na aktivní techniku Ferencziho a na koncept korektivní emoční zkušenosti F. Alexandra.

UKÁZKY PRÁCE

Na prvním kasuistickém zlomku budu demonstrovat situaci, ve které KBT terapeut nezaregistroval chování, implicitně ho schvaloval, a nereagoval na to, jak jeho pacient konsteluje vzájemný vztah, ač to vedlo v reálném životě k jeho symptomatice.

KBT terapeut představil ve skupinové supervizi pacienta trpícího strachem ze sexuálního selhání, který v okamžiku, kdy docházelo k intimnímu sblížení, vztahy k ženám přerušoval. Terapeut jej povzbuzoval, aby v současném stavu zamilování svůj strach překonal a nabízel k tomu účelu vhodné techniky – měl dojem, že pacient dělá pokroky. Tím více byl překvapen jeho telefonátem, že na příští (osmnáctou) hodinu nepřijde, načež již nepřišel vůbec.

V diskusi přišla zprvu na přetřes obvyklá problematika závislosti na dominantní matce, která jakoby u něj byla stále přítomna, úzkost z incestu či z pohlcení ženou se ztrátou vlastní svobody, absence otcovského vzoru atd. Postupně přešla řeč na vzájemný vztah, ve kterém se odehrávala obdobná situace: očekávání a naděje terapeuta i pacienta na úspěch mající za následek jeho selhání, které zároveň externalizoval do terapeuta. Ten měl také dojem, že v něčem selhal. Společná ideologie úspěchu zabránila verbalizaci obav ze selhání a zvládnutí i této možnosti, zvláště snášení nejistoty a zacházení s ní.

Ve druhém kasuistickém zlomku se pokusím ukázat, jak dochází ke společné do-

hodě, obapolnému odporu, který vylučuje nepříjemnou interakci, a ke znejistění vydržet. Tyto situace by se měl pacient naučit zvládat. Šlo o ženu středního věku, která referovala, že trpí pravidelnými depresemi spojenými se zvracením. Jinak je vcelku v životě spokojená, coby manažerka je úspěšná a od rodiny má pokoj. Když jí jde manžel na nervy, tak se obrátí a odejde, občas si vyjede někde na dva tři dny sama, děti jsou již z domu pryč, tak má klid. Od svých rodičů se též distancovala, jako dítě si mohla získat lásku a uznání jen dobrým výkonem ve škole a později v zaměstnání. Terapeutka pozorovala, že se ke klientce nemůže přiblížit, že by reagovala na osobní otázky odmítavě. Již tak měla pocit, že pacientka psychoterapii nedůvěřuje, a nevěděla si rady s její poznámkou, že by si přála, aby nějak „napíchl“ její problematiku. Místo toho se vyvinul jakýsi pakt neútočení s povrchními rozhovory, provázené oboustranným napětím. Jednou nebo dvakrát se pacientka rozplakala, což jí bylo zjevně trapné. Zde by bylo možno říci: „Dáváte si obličej do dlaní, jako byste se za své slzy styděla, já mám skoro naopak hezký pocit, jako bych vám byla blíže.“ To znamená, že terapeut pojmenovává neverbální příznakové chování coby stud, a svou reakcí dává najevo, že se mu pacientka nemusí vyhýbat. Rozšiřuje tím dosud velmi úzkou normu mezilidského chování orientovanou na výkon a disciplínu. Alternativně by terapeutka mohla říci: „Je mi z Vás smutno, cítím se s Vámi sama – a teď mě napadá, že i Vy jste občas prohodila, že se cítíte být sama.“ Zvláště u psychosomatických alexithymických pacientů jde o verbalizaci a klarifikaci jejich tělesných pocitů a nonverbálního chování, nikoli o interpretaci. Další návrh vhodné intervence v situaci, kdy se terapeutka cítila být zbytečná, by mohl znít: „Nevím, jak Vám být v něčem užitečná, když tvrdíte, že je ve Vašem životě vše v pořádku, myslím však i na to, že to tak vždy muselo být, vyprávěla jste, že jste se musela starat o své mladší sourozence a když něco nebylo v pořádku,

tak jste za to byla vinna Vy. Na vašem místě bych se pohybovala mezi protestem a rezignací – a tak se i já teď neodvažuji vám něco kritického sdělit.“

V podstatě jde o to vytvořit v bezprostředním dialogu prostor pro alternativní vztahové chování a prožívání, ve vztahu k terapeutovi v situaci „zde a nyní“, což by mělo být v souladu s úkoly pro „tam“ v budoucím čase.

ZÁVĚR

Na základě supervize v psychoterapeutických klinikách, kde pracují vedle sebe dynamicky orientovaní psychoterapeuti i kolegové v KBT výcviku, je nutno najít společnou řeč, resp. je možné vzájemně obohatení.

Analytičtí psychoterapeuti tak implicitně převzali princip učení, zvláště v jejich konceptu vývojové a jáské psychologie, kdy hovoří o identifikacích, např. o transformativní identifikaci či o získávání nových zkušeností ve vztazích.

V mém referátu se jednalo spíše o obohacení KBT zkušenostmi z analýzy přenosových a protiprenosových postojů a vzájemného chování. Domnívám se dokonce, že vzájemné interakce mezi pacientem a terapeutem, ovlivňování se vzájemnými pozitivními a kritickými reakcemi na sebe v situaci „zde a nyní“ by se mělo stát doménou KBT. Vždyť terapeut stále – zvláště neverbálně – posiluje něco z postojů a chování pacienta a na něco reaguje averzivně. Bohužel se KBT terapeuti – přinejmenším v praxi – chovají spíše jako experti, a to, co se děje ve vzájemném vztahu, dostatečně nereflektují.

Obě strany se snaží vnutit svému protějšku svou vlastní subjektivitu, vidění problému, se kterým pacient přišel, způsob vzájemné komunikace, výběr relevantních témat atd. Výsledkem je buď podřízení se jedné strany druhé či neustálý zápas – ten je však spojen i s hledáním možné spolupráce, takže se většinou jedná o nonverbální dohodu o tom, o čem a jak budeme spolu hovořit. Napří-

klad dojde k dohodě, že je třeba hovořit o nutnosti se prosadit. Pak následují návrhy asertivního tréninku. Zároveň jde však o souhlas, že se bude pacient chovat jako žák ke svému učiteli. Tato harmonická norma vzájemné interakce tak stojí v protikladu k proklamovanému cíli prosazovat se a nepodřizovat se.

Byl uveden příklad ze skupinové supervize KBT terapeuta na pražské psychosomatické klinice a další příklad s návrhy interakčních intervencí.

Cílem interakční psychoterapie je změna vztahového chování prostřednictvím selektivně autentických reakcí terapeuta tak, že pacient pozná své působení na ostatní. Podmínkou je koncentrace terapeuta na jeho vlastní prožívání, musí se nechat emocionálně oslovit i spolucítit. K tomu je zajisté třeba pacienta důkladně poznat. Terapeut se soustředí na situace, ve kterých pacient vnímá realitu hrubě zkresleně, což má za následek interpersonální konflikty. Má na mysli seberegulaci a regulaci vzájemného chování ve vztazích – tzv. jáské funkce. Sebeřízení zde není omezeno na kognici, nýbrž jde o empatii k sobě i ostatním a o regulativní funkci emocí. Tento typ terapie je proto indikován zvláště u pacientů s jáskými deficity, s bazální poruchou v dyadickém vztahu, s poruchou smyslu pro realitu a zvláště s poruchou regulační funkce emocí. Ty mají coby emoční kompas nastiňovat způsob a směr reagování. Mohou být buď deficitní či naopak neadekvátně silné, nediferencované. Druhým způsobem terapeutických intervencí je proto vcitování se do pacienta a zástupné reagování ve smyslu „pomocného já“.

V každém případě jde o reagování na vi-

ditelné manifestní úrovni, takže analytický princip interpretací – především, co se týče nevědomí – je vystřídán principem selektivně autentické odpovědi. V individuální terapii a zvláště ve skupině reaguje terapeut též na vzniklou, často restriktivní normu vzájemného chování především tehdy, cítili, že je na její změnu pacient již připraven. Jejím narušením a vlastní svobodnější reakcí dává možnost k budoucímu diferencovanějšímu chování. Pohybuje se tak mezi porozuměním a frustrací starého jednání, usnadňující jeho změnu.

U zmíněných časných poruch osobnosti se jedná o změnu částečných selfobjektivních vztahů směrem k vytvoření celostních vztahů se vzájemným respektem a tolerancí k jinakosti druhého. Právě toto vědomí odlišnosti já-ty stojí v protikladu ke konzumním vztahům, kde je druhý vnímán jako náhrada, část vlastní osobnosti s funkcí okamžitě uspokojovat potřeby, týkající se především vlastní stability. Například hraniční pacient jedná dle motta: „Buď jsi se mnou, nebo proti mně“. Opakovaně si potvrzuje černobílý obraz reality, který poskytuje základní orientaci a jistotu ve světě. Terapeut mu ho narušuje svým reagováním, například tím, že mu sice zprostředkovává, že je s ním, leccos však vidí kriticky.

Tuto interakční psychoanalyticky fundovanou metodu, zabývající se vývojovými jáskými deficity, přenosovou a protipřenosovou dynamikou, spoluagováním a společným odporem, by bylo možné nazvat i interakční kognitivně emocionální behaviorální terapií.

Došlo do redakce: 17. 6. 2009, k publikaci přijat 18. 6. 2009.

PRACOVNÍ SPOJENECTVÍ: KDE JSME A KAM BYCHOM SE MĚLI POSUNOUT?*

Castonguay, Louis G.^{1, 4}; Constantino, Michael J.²;
Holtforth, Martin Grosse^{1, 3}

Vznik tohoto článku byl částečně financován stipendiem třetího z autorů (MGH) uděleným švýcarskou grantovou agenturou Swiss National Science Foundation (No. 101415). Za pomoc při přípravě tohoto článku děkujeme také Joan DeGeorge a Jamesi F. Boswellovi.

ABSTRAKT

Předkládaný článek shrnuje důležitá zjištění vyplývající z několika desetiletí výzkumu zaměřeného na pracovní spojenectví (*working alliance*), i některé z klinických implikací těchto zjištění. Nastiňuje také další možné nasměrování výzkumu týkajícího se tohoto konstruktu. Doufáme, že článek poskytne účelné heuristiky pro lepší porozumění pracovnímu spojenectví, terapeutickému vztahu i procesu terapeutické změny.

Klíčová slova: pracovní spojenectví, psychoterapie, proces změny

ABSTRACT

This article describes important findings that have emerged from decades of research on the working alliance, as well as some of the clinical implications of these findings. In addition, future directions of research on

this construct are suggested. Our hope is that this article will provide useful heuristics for better understanding the alliance, the therapeutic relationship more broadly, and the process of therapeutic change in general.

Keywords: working alliance; psychotherapy; process of change

Teoretici různých psychoterapeutických přístupů rozpoznávají v pracovním spojenectví⁵ již dlouhou dobu jednu z klíčových komponent změny. Domníváme se, že v posledních deseti letech nevyšla jediná učebnice psychoterapie, která by se o spojenectví nezmínila. Jeho důležitost zdůrazňují také nejnovější léčebné manuály (a to včetně manuálů modalit, které vztah mezi pacientem a terapeutem za ústřední mechanismus změny tradičně nepovažovaly.) Pracovní spojenectví se též jeví být nejčastěji empiricky zkoumaným mechanismem změny. Kromě výzkumu procesu navíc přesáhlo i do výzkumu výsledků psychoterapie. Nedovedeme si proto představit, že se design jakéhokoliv psychoterapeutického výzkumu realizovaného v blízké budoucnosti (klinické zkoušky nevyjímaje) obejde bez měření aliance. Z klinického hlediska zaujímá spojenectví v naší conceptualizaci složek dobré terapie natolik důležitou pozici, že nevěnovat jeho kvalitě pozornost v praxi či supervizi, může být považováno za neetické.

Díky schopnosti probudit zájem z tolika možných úhlů pohledu, se téma pracovního

* Vyšlo v časopise *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, © 2006 by the American Psychological Association, Volume 43(3), Fall 2006, str. 271–279. Překlad do češtiny zde publikujeme s výslovným svolením jak vydavatele časopisu, tak všech tří autorů. Za poskytnutí článku i za získání souhlasu s jeho publikací v češtině patří náš velký dík prvním z autorů. Translation: © 2009 *Psychotherapie*.

¹ Department of Psychology, Penn State University

² Department of Psychology, University of Massachusetts at Amherst.

³ University of Bern.

⁴ Korespondenci ohledně tohoto článku adresujte Louisi G. Castonguaymu, Department of Psychology, 308 Moore Building, Penn State University, University Park, PA 16802. E-mail: Lgc3@psu.edu

⁵ Pro ustálené sousloví *working alliance* používáme v překladu výraz „pracovní spojenectví“ a pro výraz *alliance*, vyskytující se samostatně nebo ve spojení s jinými slovy, střídáme synonyma „aliance“ a „spojenectví“.

spojenectví nabízí jako optimální dějiště pro sbližování výzkumníků a praktiků psychoterapie. Pro příklad uvedeme reakci Divize 29 (Divize pro psychoterapii) Americké psychologické asociace na trend empiricky podložených psychoterapií (*Empirically Supported Psychotherapies, EST*; Chambless & Ollendick, 2001): divize 29 vytvořila komisi (Norcross, 2002), která dostala za úkol vymezit roli aliance, resp. rozšířit informace o empirických důkazech důležitosti terapeutického vztahu, v jehož popředí stojí aliance. Divize 29 (organizace známá jako zástupce a obhájce praktiků) tak v podstatě využila současný výzkum, aby ověřila a proklamovala to, čemu většina kliniků vždy věřila: Na vztahu záleží! Takové sjednocení zájmu a snaha o smíření nás vedlo k označení aliance za „vlajkovou loď“ vědecko-praktického modelu psychoterapie (Constantino, Castonguay, & Schut, 2002).

V souladu s názorem zmíněné komise vnímáme alianci spolu s mnoha jinými interpersonálními konstrukty (např. empatie, přijetí a kongruence), se kterými je v interakci, jako komponentu terapeutického vztahu. Rovněž jsme přesvědčeni, že v oblasti vymezení určujících charakteristik pracovního spojení dochází k nárůstu konsensu. Jak jsme se vyjádřili jinde, „existuje obecná shoda o tom, že aliance reprezentuje interaktivní spolupracující prvky vztahu (tj. terapeutovu a klientovu schopnost zapojení v úlohách terapie a shodu na cílech terapie) a to v kontextu emočního pouta a pozitivní citové vazby (*positive attachment*)“ (Constantino et al., 2002, str. 86). S ohledem na tuto definici si v textu stanovujeme za cíl stručně popsat dosavadní empirická zjištění týkající se terapeutické aliance, která považujeme za klíčovou, diskutovat zjevné klinické implikace takových zjištění a osvětlit, co považujeme za nejdůležitější směry budoucího výzkumu konstruktů terapeutické aliance. Věříme, že naše reflexe přinese užitečný vhled do oblasti pracovního spojení, i do oblasti terapeutického vztahu a procesu změny v psychoterapii obecně.

CO VÍME?

1. Pravděpodobně nejdůležitější zjištění plynoucí z velkého množství výzkumů je, že proměnná „terapeutická aliance“ pozitivně koreluje s terapeutickou změnou napříč řadou terapeutických modalit a klinických přístupů (Castonguay & Beutler, 2005a; Constantino et al., 2002). Na základě četných meta-analýz se míra účinku terapeutické aliance (korelace mezi aliancí a výsledkem psychoterapie) pohybuje v rozpětí od 0.22 do 0.26 (viz Horvath & Bedi, 2002; Martin, Garske, & Davis, 2000). Síla tohoto vztahu není velká, zdá se však, že vztah je robustní. Nadto, jak argumentují Horvath a Bedi (2002), taková míra účinku je pro proměnnou měřenou v rámci komplexu psychoterapie dostačující. Můžeme tedy bez obav konstatovat, že nezávisle na povaze problému a typu terapeutické modalit by měli terapeuti ve vztahu s klienty usilovat o vytváření, sledování a udržování kladné citové vazby a vysoké míry spolupráce.

2. Empirická literatura rovněž naznačuje, že kvalita terapeutického spojení pozitivně koreluje s určitými charakteristikami a typy chování klienta (např. s psychologickým smýšlením, očekáváním změny, kvalitou objektních vztahů) a negativně s jinými (např. vyhýbáním, interpersonálními obtížemi a depresogenními stavy, viz Constantino et al., 2002). Některé z těchto korelací mají navíc tendenci přetrvávat i v případech, že bereme v úvahu změnu symptomu předcházející měření aliance. To by mohlo naznačovat, že rozdíl vysvětlitelný pomocí konstruktů aliance není pouze důsledkem symptomatického zlepšení (např. Connolly Gibbons et al., 2003; Constantino, Arnow, Blasey, & Agras, 2005). Pro klinickou praxi z toho vyplývá, že terapeuti mohou být schopni odhadnout, zda bude utváření a udržování terapeutického spojení s daným pacientem jednoduché nebo naopak složité. V případech ohrožení kvality terapeutického spojení by měli terapeuti být připraveni vztahovým problémům čelit a měli by být

schopni pozměnit svůj přístup tak, aby lépe odpovídal potřebám klientů (Grosse Holtforth & Castonguay, 2005; Safran, Muran, Samstag, & Stevens, 2002).

3. Kvalitní spojení je dle výzkumu stejně tak přímo závislé i na určitých charakteristikách a typech chování terapeuta (např. na vřelosti, flexibilitě, přiměřených interpretacích; viz Ackerman & Hilsenroth, 2003). Jiné charakteristiky a typy chování mohou naopak přispívat k obtížím v terapeutickém spojení (např. rigidita, kritičnost, nevhodné sebeodhalování; viz Ackerman & Hilsenroth, 2001). V teoretické studii Henryho, Struppa, Butlera, Schachta a Bindera (1993) zaměřené na prozkoumání vztahu mezi interpersonální historií a chováním v rámci terapeutického sezení se ukázalo, že terapeuti hostilní sami k sobě se jeví jako obzvláště náchylní ke kontra-terapeutickým interakcím se svými klienty. K podobnému závěru dospěli Rosenberger a Hayes (2002), autoři případové studie zjišťující, jaký může mít na alianci dopad, pokud se materiál probíraný na terapeutickém sezení dotýká terapeutových vlastních nevyřešených záležitostí. Několik studií založených na kvalitativní analýze rovněž naznačuje, že v případech, kdy terapeutický vztah „drhne“ právě v terapeutickém spojení či se ocitá ve slepé uličce, může terapeutovo zvýšené nebo rigidní lpění na předepsaných technikách a terapeutických východiscích při nápravě těchto trhlin (*ruptures*) nejen selhat, ale dokonce je prohloubit (Castonguay, Gollfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996; Piper et al., 1999).

Než budeme schopni vynášet definitivní závěry, bude třeba uskutečnit mnoho dalších výzkumů. Předložená zjištění přesto mohou sloužit jako podnět pro několik zamyšlení. Za prvé: terapeuti by mohli zvážit jak uvést známé doporučení „poznej sám sebe“ do praxe. Pokud na sobě začnou pozorovat negativní pocity či kontraproduktivní stavy (např. nuda, frustraci), mohlo by být pro terapii přínosné vědomě a systematicky zaujmout

sullivanovskou pozici zúčastněného pozorovatele (a případně se obrátit na supervizi), aby tak minimalizovali pravděpodobnost hostilního chování vůči svým klientům. Za druhé: než aby setrvalé zdůrazňovali specifické techniky či terapeutická východiska, mohli by terapeuti v případě trhlin v terapeutickém spojení zvážit použití tzv. metakomunikačních prvků popsaných Safranem a jeho kolegy (Safran & Muran, 2000; Safran & Segal, 1990, rovněž Burns 1990). Tedy např. vyzvat klienta, aby o trhlinách v terapeutickém spojení mluvil, prozkoumat klientovu zkušenost s nimi, či rozpoznat to (a pracovat s tím), jak terapeut sám přispívá k obtížím v terapeutickém vztahu. Metakomunikační intervence mohou, v případě, že je zručně použijeme tam, kde se vyskytnou indikátory narušení aliance (viz Safran, Crocker, McMain, & Murray, 1990), nejen vylepšit kvalitu vazby (např. pomoci klientovi cítit pochopení a respekt ze strany terapeuta), ale také podpořit zapojení a spolupráci obou stran (např. shodu na úkolech a cílech, které lépe korespondují s klientovými potřebami a zároveň odpovídají terapeutově konceptuální a praktické odborné způsobilosti). Některé studie, byť předběžně, již začaly pro užití metakomunikačních zručností poskytovat oporu (např. Castonguay et al., 2004; Safran et al., 2002).

4. Fakta také naznačují, že aliance je obzvláště silným prediktorem výsledku terapie, pakliže se změní na samém začátku. Slabé spojení má navíc schopnost predikovat předčasnou opuštění terapie (viz Constantino et al., 2002). Z těchto zjištění jasně vyplývá, že je moudré, aby se terapeut soustředil na pracovní spojení již v raném stádiu terapie – ihned po jejím zahájení. Terapeuti by měli pečovat o alianci od první minuty terapie a nepředpokládat, že počáteční obtíže spojené se spoluprací či rané známky neangažovanosti časem samy ustoupí. Měli by být také připraveni zabývat se trhlinami v terapeutické alianci

již od prvního momentu, kdy se vynoří jejich příznaky. Nicméně by se terapeuti neměli v hodnocení stavu aliance omezovat pouze na raná stádia terapie. Rozporuplná zjištění týkající se vztahu mezi aliancí a výsledkem terapie ve středních stádiích léčby může mít částečně na svědomí kolísavost procesů plodících změnu. Ve studii Stilese a kol. (2004) byly například krátkodobé výkyvy tvaru písmene „V“ na křivce terapeutické aliance v průběhu času (interpretovány jako sekvence trhlin a jejich korekce) asociovány s lepšími výsledky terapie. Takové údaje vrhají nové světlo na cykly narušení a následných náprav terapeutické aliance v průběhu léčby a umožňují spatřit jejich možné využití ve prospěch terapie (viz Constantino et al., 2002; Safran et al., 2002).

5. Díky mnohaletému zkoumání na poli terapeutického spojenectví máme v současnosti k dispozici mnoho vhodných psychometrických nástrojů, zohledňujících při měření konstruktů aliance perspektivu klienta, terapeuta i pozorovatele (viz Constantino et al., 2002; Horvath & Greenberg, 1994). Existuje několik škál měřících alianci, které vycházejí z psychodynamické tradice. Minimálně jedna ze škál, the Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989), byla sestavena na základě transteoretického přístupu. Aliance tak může být měřena u jakéhokoli typu terapie. Jedním z konceptuálních důsledků dostupnosti takových nástrojů je, že alianci nemůžeme nadále vnímat jako „nespecifickou“ proměnnou, tj. proměnnou, jejíž povaze a dosahu nelze na základě dosavadních poznatků porozumět (viz Castonguay, 1993; Castonguay & Grosse Holtforth, 2005). V kontrastu s mnohaletým obrazem terapeutického vztahu je terapeutická aliance v současnosti jasně operacionalizována. Bývá také spolehlivým způsobem měřena častěji než mnoho jiných procesuálních proměnných (včetně psychoterapeutických technik). Jak jsme již dříve zmínili, aliance dle našich poznatků predikuje výsledek. Zjištění tedy naznačují,

že by mohla mít dopad na klientovo zlepšení (ačkoli příčinný vztah mezi aliancí a výsledkem ještě nebyl dostatečně potvrzen, jak z textu dále vyplývá). Takže zatímco na alianci rozhodně lze pohlížet jako na jeden ze společných faktorů, zcela jistě není faktorem nedefinovaným či nespecifickým.

Nejzjevnější klinickou implikací existence odpovídajících nástrojů měření je jejich užívání terapeutů: terapeuti by měli žádat o vyplňování dotazníků zejména klienty! Většina terapeutů se obecně cítí sama schopna kompetentně posoudit kvalitu vztahů s klienty. Výzkum však naznačuje, že se pohledy terapeuta a klienta na pracovní spojenectví rozcházejí (a to zejména v počátečních fázích terapie, viz Horvath & Bedi, 2002), a že klientův úhel pohledu má ve vztahu k výsledku terapie zpravidla větší prediktivní hodnotu (jak již bylo dříve zdůrazněno, viz Horvath & Bedi, 2002). Zatímco výše jsme tedy doporučili, abychom se jako terapeuti snažili sami sebe znát, nyní zdůrazňujeme, že bychom si také měli vypěstovat obezřetný přístup a schopnost zhodnotit, nakolik věříme svému vnímání, pokud jde o procesy odehrávající se v terapeutické místnosti. Využívání měřících nástrojů terapeutické aliance nemusí pro terapeuta představovat nejpřesnější možnost predikce výsledku terapie u konkrétního klienta, nicméně terapeuti z něj pravděpodobně budou těžit. Diskrepance mezi terapeutovým a klientovým hodnocením pracovního spojenectví mohou například odhalit trhlinu terapeutické aliance, které je potřeba se věnovat a jež by jinak zůstala nepovšimnuta. Existuje také předpoklad, že podobnost v hodnocení aliance klientem a terapeutem ve středních a pozdních fázích terapie má spojitost s jejím výsledkem (viz Horvath & Bedi, 2002).

CO POTŘEBUJEME VĚDĚT?

1. Mezi aliancí a výsledkem terapie existuje vztah. Příčinná souvislost mezi nimi však (pakliže vůbec existuje) ještě nebyla plně objasněna. Fakt, že měření spojenectví

v iniciální fázi terapie je silným prediktorem post-terapeutické změny, zvyšuje pravděpodobnost, že kvalita terapeutického spojení značnému zlepšení spíše předchází, než že by jej následovala. Některé studie navíc uvádějí, že na základě úrovně proměnné aliance lze předpovědět výsledek terapie i v případech, že kontrolujeme předcházející změnu (např. Barber, Connolly Gibbons, Crits-Cristoph, Gladis, & Siqueland, 2000; Klein et al., 2003), což by mohlo znamenat, že vztah mezi aliancí a výsledkem není pouze smyšleným způsobem, jak pojmenovat klientovo zlepšení v průběhu času. V jiných studiích však po zohlednění předcházející změny symptomů aliance s výsledkem statisticky významně nekoreluje. (např. DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis, & Gelfand, 1999; Gaston, Marmar, Gallagher, & Thompson, 1991).

Pro objasnění této otázky je zapotřebí provést další studie. Analýza dat z výzkumného projektu týkajícího se léčby deprese (*Treatment of Depression Collaborative Research Program*, TDCRP; Elkin, 1994 – viz: Meyer et al., 2002) kupříkladu ukázala, že aliance zprostředkovává dříve prokázaný kladný vztah mezi klientovým očekáváním změny před zahájením terapie a jejím výsledkem. Ve studii zabývající se kognitivní terapií deprese Hardy a kol. (2001) uvádějí, že vztah mezi nezaangažovaným stylem klienta a výsledkem terapie je zprostředkovan proměnnou terapeutické aliance. Některé studie se proto zaměřily na směr a povahu vlivu spojení na proces a výsledek terapie. Je však pravděpodobné, že pokud se tato otázka vůbec vyřeší, konsensus i tak nebude jednoznačný. Bude mít složitější podobu než „buď – anebo“. Proces změny totiž z našeho pohledu zahrnuje množství vzájemně závislých, neortogonálních a/nebo synergických vztahů mezi různými proměnnými.

2. Vedle objasnění vztahů mezi spojenectvím, zlepšením v terapii a výsledkem terapie je, jak se zdá, důležité nabídnout více teoretických objasnění pro spojitost

mezi aliancí a výsledkem. O tyto hypotézy je v současnosti nouze, což může být následek snahy definovat terapeutickou alianci panteoreticky. Horvath (2005) však argumentuje, že teoretickou diskusi ohledně konstruktu vztahu mezi pacientem a terapeutem je potřeba rozšířit. Hilliard, Henry a Strupp (2000) nabízejí dobrý příklad zkoumání terapeutické aliance pracující s hypotézou, měřením a zjištěními v rámci specifického (psychodynamicky orientovaného) teoretického rámce zahrnujícího ranou interpersonální historii, kvalitu terapeutické aliance v průběhu terapie a výsledek léčby. Autoři zjistili, že raná interpersonální historie jak na straně klienta, tak i na straně terapeuta různými způsoby, přímo i nepřímo ovlivňuje proces i výsledek terapie. Abychom doplnili užití panteoretických proměnných, je pravděpodobně potřeba provést více obdobných studií pracujících s teoreticky specifickými proměnnými.

3. Grawe (1997) uvádí, že jednou z neproduktivnějších cest, jak zlepšit výsledky účinných léčebných postupů, je odvodit z výzkumu procesu mechanismy změny a využít je k pozměnění terapeutických procedur. To, zda je spojení nejrobustnějším prediktorem změny, je ovšem sporné. Prvním a nejlogičtější krokem směřujícím k ověření této výzkumné hypotézy by proto mohlo být: trénovat terapeuty v tom, aby se starali o terapeutické spojení a aby nacvičovali jednání v případech, kdy se v oblasti aliance vynoří problémy. Efektivitu zavádění technik vyvinutých speciálně za účelem posílení aliance (Crits-Christoph, Connolly Gibbons, Narducci, Schamberger, & Gallop, 2005; Grawe, Caspar, & Ambühl, 1990) i technik při narušení aliance (Castonguay et al., 2004; Safran et al., 2002; Whipple et al., 2003) zkoumalo již vícero studií. Předběžná zjištění jsou slibná, potřebujeme však přesvědčivější důkazy přímého, jedinečného a kauzálního dopadu na zlepšení jak v oblasti výzkumu účinnosti, tak i efektivnosti psychoterapie (*efficacy* a *effectiveness*).

K tomu, abychom byli schopni testovat strategie nápravy trhlin, musíme být samozřejmě schopni problémy související se spojenectvím rozpoznat. Safran a kol. (Safran et al., 1990; Safran & Muran, 1996; Safran et al., 2002; Samstag, Muran, & Safran, 2004) s ohledem na to vymezili užitečné indikátory, včetně těch, jež charakterizuje především ústup (např. klientovy úhybné manévry) či konfrontace (např. neshoda mezi klientem a terapeutem v otázce cílů terapie). Aby jejich validita mohla být prokázána, zaslouží si indikátory více empirické pozornosti. Ta bude rovněž potřeba, abychom mohli prokázat, zda jsou některé z indikátorů více rozšířené mezi určitým typem klientů, nebo zda se některé z nich vynořují s větší pravděpodobností v určitých specificky vymezených kontextech.

Jedním z indikátorů trhlin, jež si dle našeho názoru zaslouží výjimečnou pozornost, je klientův hněv a hostilita namířená proti terapeutovi. Náročné otázky terapeutické práce s tak silnými a negativními reakcemi se věnovali experti z oblasti psychodynamické a kognitivní terapie (Binder & Strupp, 1997; Burns, 1990; Newman, 1997). Současná empirická zjištění nabízejí užitečné návody, jak se s nimi efektivně vyrovnat. Dalenberg (2004) kupříkladu zjistil, že klienti, kteří mají za sebou dlouhodobou terapii traumatu, vyjadřovali větší spokojenost s terapeuty, které vnímali jako otevřenější v reakcích na hněv, v kontrastu s terapeuty, kteří tváří v tvář hněvu zůstávali „prázdným plátnem“. Hill a kol. (2003) zjistili, že s efektivním vyřešením situací zahrnujících hněv a hostilitu se poji několik faktorů na straně terapeuta, včetně přímého sdělení vlastních pocitů rozčilení a frustrace klientům, v kontrastu s obracením pocitů dovnitř. I v této otázce je opět potřeba provést rozsáhlejší výzkum, jsme však přesvědčeni, že pokusy spojovat specifické intervence s významnými událostmi v rámci sezení (jako je například hněv) pravděpodobně (na rozdíl od spojování teoretické orientace a klientovy diagnózy) přinesou signifi-

kantní prohloubení našeho porozumění procesu změny, a učiní tak výzkumné snahy smysluplnějšími a relevantními ve vztahu k praxi.

4. Roli pevného terapeutického spojenectví pro úspěšnou terapii vyzdvihuje značné množství důkazů, stále však potřebujeme lépe porozumět procesu jeho utváření. Důležité je to zvláště ve vztahu k výcviku terapeutů. Začínající terapii jsou neustále upozorňováni na potřebu vybudovat si s klienty dobrý „raport“. Existuje několik empiricky ověřených strategií představujících vhodná vodítka pro splnění tohoto zásadního úkolu. Existují také předběžné důkazy, že terapeuti, kteří podstoupí strukturovaný terapeutický výcvik, budují lepší terapeutická spojenectví, než terapeuti s nestrukturovaným výcvikem (Hilsenroth, Ackerman, Clemence, Strassle, & Handler, 2002). Stále je však potřeba prozkoumat podmiňující vlivy specifických instrukcí podporujících alianci, definovaných jak v rámci jednoho konkrétního, tak i na průřezu různých terapeutických přístupů.

V rámci našich snah lépe porozumět utváření aliance by mohlo být moudré věnovat zvláštní pozornost prvnímu kroku jejího budování. Argumentovali jsme, že rané podoby aliance se mohou od pozdějších lišit povahou vlivu, projevu i zdrojů vztahových trhlin, jež se v nich vyskytují (Maramba & Castonguay, 2004). Kapacita klientů zavázat se ke spolupráci a/nebo vytvořit si na počátku terapie k terapeutovi kladnou citovou vazbu, mohou být ovlivněny množstvím mediagnostických charakteristik klientů (jež jsou středem zájmu dříve zmíněné komise divize 29). Vývoj spojenectví v jeho raném stádiu mohou podle nejnovějších výzkumů ovlivnit například klientovy navyké sebeověřovací snahy (Constantino et al., 2005) či vyhýbavá motivace (Grosse Holtforth et al., 2005).

Jednou z cest k lepšímu porozumění procesu utváření, udržování a boje o terapeutickou alianci je požádat experty

(velmi zkušené terapeutky), aby se pokusili popsat, jak např. na začátku budují dobré spojení, jakým směrem se aliance ubírá v průběhu léčby reagujících a nereagujících klientů, jak se úspěšně či neúspěšně pokoušejí o nápravu trhlin v terapeutické alianci, jak hledají rovnováhu (pokud použijeme výmluvných slov Linchanové, 1993) mezi zručným užitím technik a poskytováním terapeutického přijetí a podpory, a nakonec, jak se vyrovnávají s těmito komplexními tématy u různých typů klientů.

5. K předešlému bodu se váže i potřeba dalšího zkoumání vývojových vzorců aliance v průběhu léčby. Některé výzkumy naznačují, že rozdílné vzorce vývoje aliance (lineární, kvadratické, s křivkou vývoje aliance obsahující segmenty ve tvaru V) mohou mít vztah ke kladnému výsledku (Kivlighan & Shaughnessy, 2000; Patton, Kivlighan, & Multon, 1997; Stiles et al., 2004; Tracey & Ray, 1984). Zjištění však vykazují určité nesrovnalosti. Abychom mohli dospět k definitivním závěrům ohledně dynamických vzorců, je potřeba ve výzkumu pokračovat. Nové výzkumné studie by mohly poskytnout užitečné informace klinickým psychologům, kteří by pak pracovali s různými vzorci aliance, a to v závislosti na pokroku v terapii. Například, pokud se kvadratický model (nebo model křivky aliance obsahující segmenty tvaru U) u některých klientů jeví jako spolehlivý indikátor citlivosti vůči léčbě, pokles skóre aliance následující po počátečních vysokých hodnotách není potřeba interpretovat jako alarmující signál. Může naopak odrážet princip, podle kterého se věci musí zhoršit, než se zlepší. Spolehlivá zjištění z takových studií mohou pro změnu podněcovat jak kvantitativní, tak i kvalitativní zkoumání s účelem zjistit, zda a jaké vzorce vývoje aliance mohou být příčinou, výsledkem či průkazem zlepšení.

Další výzkum by měl podchytit to, jaký je efekt následování vzorců a reagování na vzorce vývoje aliance v průběhu terapie. Jedna novátorská studie (Whipple et

al., 2003) sledovala dopad na trvání léčby a výsledek na straně klienta, pakliže byla terapeutům poskytována zpětná vazba ohledně různých klientem hodnocených dimenzí terapie (včetně kvality terapeutické aliance) a byly jim doporučovány klinické strategie (*Clinical Support Tools [CST]*) napravující nedostatky. Ve srovnání s kontrolní skupinou běžné léčby, při níž nebyla poskytována zpětná vazba, absolvovali klienti ve skupině se zpětnou vazbou a doporučeními klinických strategií více sezení, výrazněji se zotavili a vykazovali nižší míru zhoršení. Tato slibná zjištění by mohla podnítit další studium oblasti dopadu pomoci terapeutům monitorovat a terapeuticky reagovat na výkyvy v pracovním spojení.

6. Věříme, že při probádávání každé z výše zmíněných oblastí a otázek by měli odborníci na poli výzkumu psychoterapie věnovat pozornost také specifickým populacím klientů a terapeutů. Rozšíření základny výzkumu je potřebné zejména v oblasti práce s minoritními klienty. Zdá se například důležité identifikovat kulturně specifické indikátory trhlin ve spojení. Ty mohou, ale také nemusí, odpovídat obecněji definovaným indikátorům, o kterých již byla řeč (viz Constantino & Wilson, v tisku). Navíc, zatímco existuje literatura naznačující, že členové etnických minorit se zvýšenou pravděpodobností opustí terapii předčasně (pokud je léčí „bílí“ terapeuti [Reis & Brown, 1999]), příčiny tohoto fenoménu objasněny nejsou. Je možné, že spojení mezi etnicitou a předčasným ukončením terapie je mediované kvalitou terapeutického spojení. Je zjevné, že pro osvětlení vztahů mezi menšinovým statutem, terapeutickými intervencemi, vytvářením aliance a výsledkem terapie je zapotřebí uskutečnit ještě mnoho výzkumů.

Intenzivněji bychom se měli zaměřit také na výzkum terapeutické aliance u poruch osobnosti (Bender, 2005). Studie s klienty trpícími poruchami osobnosti naznačují, že terapeutická aliance je spojena

s výsledkem a že se techniky zaměřené na nápravu aliance zdají být slibné (Smith, Barrett, Benjamin, & Barber, 2005). Stále je zde však mnoho otázek, které zůstávají bez odpovědi: Vynořují se v souvislosti s různými typy poruch osobnosti také různé typy trhlin a vzorců vývoje aliance? Vyžadují si různé poruchy osobnosti s ohledem na utváření a nápravu aliance rozdílné strategie intervenování?

Jako důležité se rovněž jeví identifikovat typy klientů, u kterých není zahrnutí technik zaměřených na nápravu spojení potřebné, či nestačí k dosažení zvýšeného efektu terapie. Vzhledem k tomu, že podstatná část klientů prospívá i díky manuálům, které explicitně nepředepisují intervence zaměřené na nápravu spojení, nemusí přidání těchto intervencí přinést pro klienty významný nárůst změny. Trhliny terapeutické aliance navíc nemusí být důvodem (či alespoň ne jediným důvodem) toho, proč určití klienti na empiricky podložené terapeutické přístupy nereagují. U takových klientů mohou být trhliny v alianci (pokud se vynoří) odrazem jiných obtíží, či mohou být jednoduše méně důležité než jiné, s léčbou spojené problémy. Rozpoznání toho, že selhalo empatické reagování v terapii člověka zneužívajícího drogy a neochotného změnit své chování (přestat pít), nemusí mít na terapeutovu účinnost žádný pozitivní vliv.

Pro některé jedince by naopak zahrnutí technik zaměřených na nápravu trhlin mohlo být velmi přínosné. Kupříkladu kognitivně behaviorální terapeuti léčící klienty trpící depresí, kteří vykazují vysokou hladinu reaktance (tj. odpor ke kontrole ze strany jiných osob), by měli vědět, že u těchto klientů nejsou vhodné direktivní postupy (Beutler, Blatt, Alimohamed, Levy, & Angtuaco, 2005). Nicméně, je možné, že reaktivní klienti budou mít užitek z kognitivně behaviorální terapie vedené terapeutem, který si je vědom klientovy potenciálně negativní reakce na vnímanou kontrolu a je připraven se jí zabývat (viz Castonguay, 2000; Goldfried & Castonguay, 1993). Techniky zaměřené

na nápravu terapeutické aliance mohou být také velmi užitečné pro klienty s mírnými obtížemi v oblastech citového připoutání a interpersonálních vztahů. Tyto strategie mohou připravit cestu korektivním vztahovým zkušenostem a rozvrácením opakujících se maladaptivních vzorců.

ZÁVĚR

Věřme, že po několika dekádách zkoumání procesu a efektu psychoterapie dosáhly vztahové proměnné na poli psychoterapie nového a lépe odpovídajícího statusu. Třebaže současná empirie nepotvrzuje Rogersovu (1957) hypotézu, že specifické interpersonální podmínky jsou pro změnu dostačující, výzkum zejména na poli terapeutického spojení jasně ukázal, že terapeutický vztah nemůže být vnímán jako nesespecifická proměnná, která jiné aktivní komponenty léčby pouze doplňuje. Vyvážený pohled, který se snaží roli aliance nepodcenit, zároveň ji však ani nepřecenit, podporují i výzkumná zjištění dokládající roli, kterou v procesu změny u klienta hrají jiné faktory (mohou jimi být např. techniky či charakteristiky účastníka, které terapii předcházejí, viz: Castonguay & Beutler, 2005b). Je proto na čase uznat, že komplexnost procesu změny nemůže vystihnout pouhý důraz na vztahové proměnné, jakou je např. aliance, či na kterýkoliv jiný typ terapeutického faktoru. Musíme si naopak uvědomit, že důležitou roli hraje široká škála prvků, a že tyto faktory jsou v nepřetržité interakci (Castonguay & Beutler, 2005a). Naše snaha o hlubší porozumění principům změny, které jsou do těchto vzájemně propojených procesů zasazené, tak zůstává i nadále svrchovaným cílem.

SEZNAM LITERATURY

- ACKERMAN, S. J., & HILSENROTH, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 171–185.
- ACKERMAN, S. J., & HILSENROTH, M. J. (2003). A review of therapist characteristics

- and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1–33.
- BARBER, J. P., CONNOLLY GIBBONS, M. B., CRITS-CRISTOPH, P., GLADIS, L., & SIQUELAND, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027–1032.
- BENDER, D. S. (2005). Therapeutic alliance. In J. M. Oldam, A. E. Skodol, & D. S. Bender (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders* (pp. 405–420). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- BEUTLER, L. E., BLATT, S. J., ALIMOHAMED, S., LEVY, K. N., & ANGTUACO, L. A. (2005). Participants' factors in treating dysphoric disorders. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 13–63). New York: Oxford University Press.
- BINDER, J. L., & STRUPP, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 121–139.
- BURNS, D. D. (1990). *The feeling good handbook*. New York: Plume.
- CASTONGUAY, L. G. (1993). "Common factors" and "nonspecific variables": Clarification of the two concepts and recommendations for research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 267–286.
- CASTONGUAY, L. G. (2000). A common factors approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 263–282.
- CASTONGUAY, L. G., & BEUTLER, L. E. (2005a). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know? In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 353–369). New York: Oxford University Press.
- CASTONGUAY, L. G., & BEUTLER, L. E., EDS. (2005b). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- CASTONGUAY, L. G., GOLDFRIED, M. R., WISER, S., RAUE, P. J., & HAYES, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497–504.
- CASTONGUAY, L. G., & GROSSE HOLT-FORTH, M. (2005). Change in psychotherapy: A plea for no more "non-specific" and false dichotomy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 198–201.
- CASTONGUAY, L. G., SCHUT, A. J., AIKINS, D., CONSTANTINO, M. J., LAURENCEAU, J. P., & BOLOGH, L., et al. (2004). Integrative cognitive therapy: A preliminary investigation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 4–20.
- CHAMBLESS, D. L., & OLLENDICK, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- CONNOLLY GIBBONS, M. B., CRITS-CRISTOPH, P., DE LA CRUZ, C., BARBER, J. P., SIQUELAND, L., & GLADIS, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13, 59–76.
- CONSTANTINO, M. J., ARNOW, B. A., BLASEY, C., & AGRAS, W. S. (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 203–211.
- CONSTANTINO, M. J., CASTONGUAY, L. G., ANGTUACO, L. A., PINCUS, A. L., NEWMAN, M. G., & BORKOVEC, T. D. (2005, June). *The impact of interpersonal-intrapsychic complementarity on the development and course of the therapeutic alliance*. Paper presented at the 36th annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Montreal, Canada.
- CONSTANTINO, M. J., CASTONGUAY, L. G., & SCHUT, A. J. (2002). The working alliance: A flagship for the "scientist-practitioner" model in psychotherapy. In G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp. 81–131). Boston: Allyn & Bacon.
- CONSTANTINO, M. J., & WILSON, K. R. (in press). Negotiating difference and the therapeutic alliance. In J. C. Muran (Ed.), *Dialogues on difference: Studies in diversity in the thera-*

- peutic relationship*. Washington, DC: American Psychological Association.
- CRITS-CHRISTOPH, P., CONNOLLY GIBBONS, M. B., NARDUCCI, J., SCHAMBERGER, M., & GALLOP, R. (2005). Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 211–224.
- DALENBERG, C. J. (2004). Maintaining the safe and effective therapeutic relationship in the context of distrust and anger: Countertransference and complex trauma. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 41, 438–447.
- DERUBEIS, R. J., & FEELEY, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469–482.
- ELKIN, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. In A. E. Bergin & A. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 114–149). New York: Wiley.
- FEELEY, M., DERUBEIS, R. J., & GELFAND, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 578–582.
- GASTON, L., MARMAR, C. R., GALLAGHER, D., & THOMPSON, L. W. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes. *Psychotherapy Research*, 1, 104–113.
- GOLDFRIED, M. R., & CASTONGUAY, L. G. (1993). Behavior therapy: Redefining clinical strengths and limitations. *Behavior Therapy*, 24, 505–526.
- GRAWE, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7, 1–19.
- GRAWE, K., CASPAR, F., & AMBUHL, H. (1990). Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich: Prozessvergleich. [Differential psychotherapy research: Four types of therapy in comparison: Process comparison] *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 316–377.
- GROSSE HOLTFOORTH, M., & CASTONGUAY, L. G. (in press). Relationship and techniques in CBT: A motivational approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*.
- GROSSE HOLTFOORTH, M., CASTONGUAY, L. G., NEWMAN, M. G., BORKOVEC, T. D., BOSWELL, J. F., & ANGTUACO, L. A., et al. (2005, June). *Fear of vulnerability as a predictor of alliance and session experiences*. Paper presented at the 36th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Montreal, Canada.
- HARDY, G. E., CAHILL, J., SHAPIRO, D. A., BARKHAM, M., REES, A., & MACASKILL, N. (2001). Client interpersonal and cognitive styles as predictors of response to time-limited cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 841–845.
- HENRY, W. P., STRUPP, H. H., BUTLER, S. F., SCHACHT, T. E., & BINDER, J. L. (1993). The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434–440.
- HILL, C. E., KELLEMS, I. S., KOLCHAKIAN, M. R., WONNELL, T. L., DAVIS, T. L., & NAKAYAMA, E. Y. (2003). The therapist experience of being the target of hostile versus suspected-unasserted client anger: Factors associated with resolution. *Psychotherapy Research*, 13, 475–491.
- HILLIARD, R. B., HENRY, W. P., & STRUPP, H. H. (2000). An interpersonal model of psychotherapy: Linking patient and therapist developmental history, therapeutic process, and types of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 125–133.
- HILSENROTH, M. J., ACKERMAN, S. J., CLEMENCE, A. J., STRASSLE, C. G., & HANDLER, L. (2002). Effects of structured clinician training on patient and therapist perspectives of alliance early in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 39, 309–323.
- HORVATH, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. An introduction to the Special Issue. *Psychotherapy Research*, 15, 3–7.
- HORVATH, A. O., & BEDI, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–69). New York: Oxford University Press.
- HORVATH, A. O., & GREENBERG, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223–233.

- HORVATH, A. O., & GREENBERG, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- KIVLIGHAN, D. M., & SHAUGHNESSY, P. (2000). Pattern of working alliance development: A typology of client's working ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 4, 362–371.
- KLEIN, D. K., SCHWARTZ, J. E., SANTIAGO, N. J., VIVIAN, D., VOCISANO, C., & CASTONGUAY, L. G., et al. (2003). The therapeutic alliance in chronic depression: Prediction of treatment response after controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 997–1006.
- LINEHAN, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- MARAMBA, G. G., & CASTONGUAY, L. G. (2004, November). *Beliefs and early alliance ruptures*. Paper presented at the Meeting of the North American Society for Psychotherapy Research, Springdale, Utah.
- MARTIN, D. J., GARSKE, J. P., & DAVIS, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.
- MEYER, B., PILKONIS, P. A., KRUPNICK, J. L., EGAN, M. K., SIMMENS, S. J., & SOTSKY, S. M. (2002). Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: Further analyses from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1051–1055.
- NEWMAN, C. F. (1997). Maintaining professionalism in the face of emotional abuse from clients. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 1–29.
- NORCROSS, J. C., ED. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- PATTON, M. J., KIVLIGHAN, D. M., JR., & MULTON, K. D. (1997). The Missouri psychoanalytic counseling research project: Relation of changes in counseling process to client outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 189–208.
- PIPER, W. E., OGDONICZUK, J. S., JOYCE, A. S., MCCALLUM, M., ROSIE, J. S., O'KELLY, J. G., & STEINBERG, P. I. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 36, 114–122.
- REIS, B. F., & BROWN, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 36, 123–136.
- ROGERS, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- ROSENBERGER, E. W., & HAYES, J. A. (2002). Origins, consequences, and management of countertransference: A case study. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 221–232.
- SAFRAN, J. D., CROCKER, P., MCMAN, S., & MURRAY, P. (1990). The therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27, 154–165.
- SAFRAN, J. D., & MURAN, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447–458.
- SAFRAN, J. D., & MURAN, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: Guilford.
- SAFRAN, J. D., MURAN, J. C., SAMSTAG, L. W., & STEVENS, C. (2002). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 235–254). New York: Oxford University Press.
- SAFRAN, J. D., & SEGAL, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- SAMSTAG, L. W., MURAN, J. C., & SAFRAN, J. D. (2004). Defining and identifying alliance ruptures. In D. Charman (Ed.), *Core concepts in brief dynamic psychotherapy* (pp. 187–214). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- SMITH, T. L., BARRETT, M. S., BENJAMIN, L. S., & BARBER, J. P. (2005). Relationship factors in treating personality disorders. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 219–238). New York: Oxford University Press.
- STILES, W. B., GLICK, M. J., OSATUKE, K., HARDY, G. E., SHAPIRO, D. A., & AGNEW-DAVIES, R., et al. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-re-

- pair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51, 81–92.
- TRACEY, T. J., & RAY, P. B. (1984). The stages of successful time-limited counseling: An interactional examination. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 13–27.
- WHIPPLE, J. L., LAMBERT, M. J., VERMEERSCH, D. A., SMART, D. W., NIELSON, S. L., & HAWKINS, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment failure and problem-solving strategies in routine clinical practice. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 59–68.
- Přeložila: Ester Danelová*
- Poznámka:**
- Louis Castonuguay článek nabídl k překladu do češtiny mj. i z toho důvodu, že z textu hojně vycházel při své hlavní přednášce na 2. mezinárodním psychoterapeutickém sympóziu v Brně 16. dubna 2009.*

PRAXE ZALOŽENÁ NA DŮKAZECH NEBO DŮKAZY PODLOŽENÉ PRAXÍ: INTEGRATIVNÍ POHLED NA VÝZKUM PSYCHOTERAPIE

Kenneth R. Evans

ABSTRAKT

Autor se v práci zamýšlí nad metodami a postupy zastánců praxe založené na důkazech.

Zdůrazňuje důležitost práce s důkazy k podložení praxe, ale zároveň zpochybňuje současné představy o tom, co to jsou „nejlepší důkazy“. Nesouhlasí s přehnaným důrazem na kvantitativní důkazy kvůli tomu, že je experimentální výzkum (RCT) vyzdvihován jako „zlatý standard“. Také nesouhlasí s tím, že se zastánci praxe založené na důkazech tolik zaměřují na porovnávání efektivity a výsledků různorodých forem terapie, i když výzkum naznačil, že rozdíly mezi jednotlivými terapeutickými metodami jsou méně důležité než terapeutický vztah, který je u všech přístupů klíčový. Autor dále představuje jím upřednostňovanou podobu praxe založené na důkazech. Prosazuje specifický typ důkazů podložených praxí, a to důkazy kvalitativní povahy, které se soustředí na terapeutický vztah. Také usiluje o to, aby se výzkum více zabýval terapeutickým procesem (a ne jen jeho výsledky), aby se ukázalo, jak se terapie vyvíjí v průběhu léčby. Autor je přesvědčen, že pro terapii je důležité vykonávat každodenní praxi s pocitem, že se věnují činnosti považované za stejně uznávanou jako výzkum a že se věnují něčemu, co má význam pro klienty i pro celou profesi. Kontextuálním pozadím příspěvku je současná „politická“ situace ve Velké Británii, její obsah se však podle autora vztahuje na všechny evropské národy a hlavně na USA, které jako první získávaly zkušenosti s „řízenou péčí“ a jejími důsledky. Práce je mírně upravenou čtvrtou kapitolou připravované knihy *Relational Centred Research for Psychotherapists: Exploring Meanings and Experience*, která vyjde v září

2009 v nakladatelství Wiley-Blackwell. Kromě K. R. Evanse je spoluautorkou knihy Dr. Lindoa Inlay.

Klíčová slova: důkaz, účinnost psychoterapie, výzkum, experiment

ABSTRACT

Evidence based practice or Practice based evidence: An Integrative perspective on psychotherapy research

The author of the article critiques the current preoccupations and practices of the evidence based practice movement. He emphasises the importance of work with evidence to back up practice, but at the same time he challenges existing assumptions about what constitutes ‘best’ evidence. He takes issue with the over-emphasis on quantitative evidence where the use of randomised controlled trials (RCTs) is held up as the ‘gold standard’. He also takes issue with the evidence-based practice movement’s focus on comparing the effectiveness and outcomes of various therapy modalities since research suggests differences between them are less relevant than underlying relational processes which they share. Later in the paper the author offers his preferred form of evidence based practice. He makes the case for a special type of evidence: qualitative relational-centred, practice-based evidence. He advocates more research on therapeutic process (rather than on just outcomes) showing how therapy evolves in practice and over time. He believes it is important for the practitioner to feel there are things they can do in their everyday practice which may be regarded as a respectable level of ‘research activity’ towards making a difference to the wider profession and to clients. While the

context of the paper is the current 'political' situation in the United Kingdom, the content is relevant to all European nations and especially to the USA, which was the first nation to experience 'managed care' and its consequences. This address is a slightly amended adaptation of chapter 4 of a forthcoming book *Relational Centred Research for Psychotherapists: Exploring Meanings and Experience* to be published by Wiley Blackwell in September 2009. Dr. Linda Finlay is the co-authorship of the book.

Key words: evidence, psychotherapy efficacy, research, experiment

Dopis v deníku Times ze soboty 11. dubna 2009

Vážený pane,
mít právo definovat parametry výzkumu znamená mít právo formovat jeho výsledky.

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) v současnosti trvá na tom, že jediná schválená výzkumná metoda určená pro zvažování intervence při psychických poruchách je ta, která byla navržena pro hodnocení medicínské léčby při předepsaných léčebných podmínkách. Jedinou přijatelnou metodou jsou tedy znáhodněné kontrolované testy (RCT)¹, které jsou vhodné jen pro psychotherapeutické přístupy jako např. kognitivně behaviorální terapie (KBT), které uvažují o psychických reakcích jako o „nemocích“. Není pak tedy překvapivé, že na základě těchto vlastních měřítek bude KBT považována za jediný způsob intervence se solidními důkazními základy.

Co nás překvapuje o něco více, je, že NICE je stále ještě rozhodnut – a je mu to dovoleno

– ignorovat tak rozsáhlý výzkum založený na jiných respektovaných metodách. Jeho výsledky ukazují, že mnoho různých psychotherapeutických a poradenských přístupů je efektivních, a paradigma RCT neprokázalo, že by jakákoli jediná forma terapie byla bezvýhradně nadřazena ostatním.

Jde nám nyní o to, aby nešťastné důsledky takového přístupu uznali ti, kteří se starají o blaho (well being) dětí, mládeže i dospělých ve Velké Británii. KBT neprohláší, že „vyléčí všechno“. Je to specifický přístup vhodný pro specifické obtíže. Kdyby se stal jediným přístupem podporovaným NICE na základě jeho vlastních prosazených požadavků, ostatní přínosné a životy zachraňující přístupy by upadaly. Stejně tak by upadaly i další možnosti nepodporovaných přístupů k rozvíjení své teoretické základny pomocí výzkumu.

Metoda, prostřednictvím které NICE hodnotí „důkazy“, se sama musí stát předmětem neodkladné a důkladné kontroly. Bez toho budou psychotherapie a poradenství ve Velké Británii oslabeny a, což je ještě závažnější, ohroženým dětem a dospělým bude odepřen přístup k uznávaným a důkladně probádaným therapeutickým metodám, které odpovídají jejich potřebám.

James Antrican, předseda UK Council for Psychotherapy

Dorothy Ramsey, předsedkyně Association for Family Therapy

Prof. Arlene Vetere, prezidentka European Family Therapy Association

Prof. Peter Stratton, předseda výzkumných výborů UKCP a EFTA

JE PRAXE ZALOŽENÁ NA DŮKAZECH VÝZVOU?

Psychotherapeuti a poradci jsou stále více nabádáni k tomu, aby se zabývali výzkumem, aby zjišťovali a poskytovali důkazy o účinnosti své práce a aby upřednostňovali praxi vycházející z důkazů, a tak zvyšovali kvalitu svých služeb (Rowland a Goss, 2000). Termín „důkazy“ však vybízí k mnoha otázkám, protože se s ním setkáváme

¹ [Pozn. překl.] Pro angl. „randomised control trials“ může být použito označení „znáhodněné kontrolované testy/zkoušky/studie“, ale i jen jednoduše „experiment“. Dále v textu ponecháváme zkratku vycházející z anglického označení.

v mnoha významech a konotacích². Jaký druh důkazů může nejlépe ukázat hodnotu naší práce? K jaké formě důkazů by mohli mít důvěru uživatelé zdravotní péče a ti, kteří ji financují?

Hodně záleží na tom, jak jsou „důkazy“ definované. Převládající pohled zastánců praxe založené na důkazech je takový, že tyto důkazy by měly být „vědecké“, kvantifikovatelné a měřitelné. Ale i když výsledky získané z kvantitativního výzkumu velkou měrou přispěly k celkovému rozvoji psychologie a péče o duševní zdraví, jaký význam by měly, kdyby se přinesly do terapie? Jak by mohl být kvantifikován terapeutův náhled na rozporuplnost lidského prožívání? Je vůbec možné měřit komplexní, stále se vyvíjející, mnohvrstevnatý charakter terapeutického vztahu a práci, kterou děláme?

DISKUSE O FORMĚ „DŮKAZŮ“ – KLASIFIKAČNÍ STUPNICE DŮKAZŮ

Ve svých směrnících upravujících léčbu depresí NICE doporučuje využívání svěpomocných programů založených na kognitivně behaviorální terapii (KBT) pro pacienty s lehkou depresí a pro pacienty s akutní těžkou depresí doporučuje kombinaci KBT a antidepresiv (NICE, 2004/7³). NICE sice k těmto doporučením dospěl na základě přezkoumání velkého množství důkazů, ale je poučné se podrobněji podívat na to, jak byly tyto „důkazy“ posuzovány.

NICE pracoval s klasifikační stupnicí,

kteří posuzuje důkazy na základě jejich předpokládané hodnoty. Na vrcholu stupnice jsou důkazy třídy A, které jsou získané z řízených experimentů, a to zejména ze znáhodněných kontrolovaných testů (RCT-s)⁴. Důkazy třídy B pocházejí z důkladně navržených kvantitativních studií (např. dotazování či kvaziexperimenty bez náhodného výběru, srovnávající výsledky dvou skupin za použití dvou různých léčebných metod)⁵. Ještě nižší třída, třída C, pak zahrnuje důkazy ve formě odborných posudků (zejména od lékařů a psychologů) vzniklých na základě klinických příkladů a případových studií.

Opomenutí v této verzi klasifikační stupnice jsou do očí bijící. Kde jsou názory uživatelů služeb a pečovatелů? Kde jsou názory samotných psychoterapeutů? Proč nejsou brány v úvahu důkazy podložené praxí? Proč je kvalitativní výzkum – hlavní zdroj poznatků v našem oboru – úplně odsunut stranou? Kde jsou položky související s terapeutickým procesem a jeho výsledky? Určitě se o kvalitě důkazů rozhoduje na základě jejich skutečné hodnoty, reprezentativnosti a odpovídajících souvislostí?

Stojí za to zamyslet se nad tím, jak by měla vypadat „vaše“ stupnice. Vy byste neumístili intuici a klinickou zkušenost psychoterapeutů, priority uživatelů péče a výsledky kvalitativních výzkumů na vyšší příčky? Takové bylo vlastně i rozhodnutí zvláštní skupiny Americké psychologické asociace (APA), která byla ustanovena v roce 2004, aby pomohla zmírnit rozkol mezi výzkumnými a klinickými pracovníky. Doporučila, aby se na důkazy pocházející z výzkumů nahlíželo jen jako na jeden z ně-

² [Pozn. překl.] Angl. „evidence“ se zde vyskytuje především jako předmět vědeckého sporu a je tedy překládán jako „důkaz“. Na několika místech je zvolen neutrální překlad ve smyslu „vědeckého poznatku“.

³ Tyto směrnice byly poprvé vydány v roce 2004 a upraveny v roce 2007.

⁴ Při RCT experimentech jsou systematicky měřeny výsledky léčby pacientů/klientů se stejnou poruchou a srovnávají se s výsledky těch, kteří léčbu nepodstoupili. Nezávislá proměnná (léčba) se aplikuje na závislou proměnnou (stav klienta) a měří se účinky. Náhodné rozdělení pacientů/klientů do léčebných skupin znamená, že jakýkoli následný rozdíl ve výsledku může být připsán jedině působení léčby.

⁵ Tyto experimentální designy využívají jiné metody než znáhodnění. Například experimentální plán s vyváženými skupinami se používá tak, že se participanti na základě konkrétních kritérií rozdělí do vzájemně si podobných párů. Může to být na základě věku, doby výskytu poruchy atd. U těchto druhů kontrolovaných experimentů se všeobecně předpokládá, že poskytují o trochu méně kvalitní důkazy, ale na důkladně kontrolovaný experiment se nahlíží jako na zdroj lepších důkazů, než jaké může poskytnout nevhodně provedený RTC.

kolika rozhodujících faktorů při zvažování možnosti léčby. Dospěla k tomu, že odborné posudky terapeutů a vyjádření klientů o tom, co je pro ně důležité, jsou rovnocenné zdroje informací a měly by se využívat spolu s řadou výzkumných důkazů (mimo jiné i z RCT). (Tato doporučení APA přijala a schválila jako oficiální metodiku.)

Nicméně ne všichni stoupenci praxe založené na důkazech s tím souhlasí. Někteří zastánci přísně kontrolovaných klinických experimentů zacházejí ve svých tvrzeních tak daleko, že „etická“ je podle nich jediné taková léčba, jejíž úspěšnost prokázaly klinické testy. Terapeuti, kteří odmítli používat takto prověřené terapeutické přístupy, a ti, jejichž metody v testech selhaly, byli označeni za „nezodpovědné“ (Lebow, 2007).

Postoje tohoto typu jsou velmi rozšířené a poukazují na intriky na poli vědeckého výzkumu. Mohou pak být mimo jiné použity ke zvýhodnění zájmů některých skupin, což má dopady na praxi. Na základě doporučení sestavených NICE například britská vláda dodatečně uvolnila přibližně tři miliony liber, aby financovala nedostatek terapeutů pracujících s KBT. Žádný jiný přístup nebyl takto mimořádně dotován.

Abychom uvedli další příklad, v době psaní tohoto příspěvku (2009) spustila britská vláda prostřednictvím Výboru zdravotnických profesí (Health Professions Council) postupnou regulaci poradenství a psychoterapie, která by měla být dokončena kolem roku 2011. Národní pracovní normy (National Occupational Standards)⁶ se nyní tvoří na základě přezkoumávání efektivit řady terapeutických přístupů a napříč celou profesí již panují velké obavy ohledně výsledků, protože při revizi budou mít větší váhu důkazy pocházející z RCT.

⁶ Národní pracovní normy pro poradenství a psychoterapii jsou vytvářeny Radou pro zdraví (*Skills for Health*), což je Sektorová rada (Sector Skills Council) pro britský zdravotnický sektor. Tato organizace byla také pověřena přezkoumáním účinnosti všech psychoterapeutických přístupů praktikovaných ve Velké Británii.

Tyto důkazy tedy upřednostní KBT, protože její výsledky jsou velmi dobře testovatelné pomocí RCT. To ostatně také vedlo k tomu, že velmi mnoho výzkumných studií se zabývalo právě efektivitou KBT. Ostatní terapeutické přístupy nelze zkoumat pomocí RCT tak dobře, což znamená, že výzkumy jejich účinnosti jsou v současnosti dostupné poměrně málo. Podmínky tedy nejsou pro všechny stejné⁷.

Vzhledem k významnosti a převaze důkazů z RCT je potřeba jejich vliv posoudit ještě podrobněji.

RCT POD DROBNOHLEDEM

Některé poznatky pocházející z experimentů a RCT byly při dokazování významnosti psychoterapie velmi cenné. Například Bovasso a kol. (1999) vedl patnáctiletý longitudinální výzkum dlouhodobé účinnosti terapie prováděné ve zdravotnických zařízeních ve Spojených státech. K výzkumu použil náhodně vybraný vzorek ze skupiny lidí s psychiatrickými problémy, kteří podstupovali ambulantní léčbu. Účastníci, kteří se podrobili terapii, trpěli menším stresem než ti, kteří terapii nepodstoupili nebo byli léčeni medikací. Výzkumníci došli k závěru, že „psychoterapie způsobuje oproti dřívějším zjištěním významnější změny, jakkoliv může trvat delší dobu, než se tyto změny projeví“ (Bovasso a kol., 1999, s. 537).

Jako další příklad můžeme uvést Boltonovu (2007) studii, ve které se autor zabýval působením terapie na adolescenty ve válkou zmítané Ugandě. Sledoval 314 adolescentů s depresivními příznaky, kteří žili v táborech

⁷ Výzkumný výbor UKCP nedávno začal podporovat využívání neexperimentálních výzkumů, případových studií a kvalitativních metod. „I když uznáváme ústřední důležitost přirozeného zkoumání integrativní a humanistické psychoterapie, tato studie ukazuje, že pokud byly provedeny kontrolované výzkumy, vyšly ve prospěch integrativní a humanistické psychoterapie.“ Výzkumný výbor identifikoval 78 metaanalýz a experimentálních výzkumů, které naprosto potvrdily závěry 58 neexperimentálních výzkumů nebo případových studií, jež výbor přezkoumával (Výzkumný výbor UKCP, červen 2008).

pro uprchlíky. Náhodně je rozdělil do tří skupin s různými experimentálními podmínkami (skupinová interpersonální terapie, tvořivé hry a kontrolní skupina čekatelů na terapii), přičemž aktivní intervenční skupiny se setkávaly každý týden na sezení trvající cca hodinu až hodinu a půl, a to po dobu šestnácti týdnů. Na konci tohoto období se změřily výsledky, tedy změny depresivních příznaků, a porovnály se v rámci všech tří skupin. Zjištění ukázala, že u adolescentů, kteří podstoupili skupinovou interpersonální terapii, se v porovnání s kontrolní skupinou depresivní příznaky významně snížily.

Na první pohled se zdá, že používání RCT k „dokazování“ důležitosti psychoterapie je pochopitelné a naprosto nezbytné. Je samozřejmé, že pokud byste hodlali zkoumat účinnost léku, měli byste aplikovat tento výzkumný model. Koneckonců je to relativně seriózní a nekomplikovaný způsob, jak zjistit a vyhodnotit účinek léku, který má zřetelné účinky na organismus, a porovnat ho s případy, kdy nebyl podán. Otázkou je, jestli může být psychoterapie s její emocionální a vztahovou složitostí srovnávána s léčbou pomocí léků. Existují nějaké hranice vymezující, co může být zkoumáno a dokazováno s využitím RCT?

I když jsou RCT vhodné ke zjišťování změn fyzického zdraví a chování (jako např. snížení kvantifikovatelných symptomů), už nejsou tak schopné zjistit a změřit emoční změny nebo změny vnímání vlastního života. Jak kvalitně je možné pomocí RCT uchopit praxi každodenního života, když je to metoda navržená ke zjišťování specifických účinků a působení u pacientů/klientů vyšetřovaných v přísně kontrolovaných podmínkách? Například dlouhodobá léčba se pomocí RCT studuje jen zřídka (když pomíneme několik studií, jako třeba výše zmíněnou Bovassovu), i když výzkumy ukazují, že dlouhodobá terapie častěji končí úspěšně.

Vznesením těchto zásadních otázek upozornili odborníci, kritizující nadměrnou důvěru v RCT, na množství potenciálních

nedostatků, které vyvstanou, když se experimentální výzkum použije jako jediná metoda zjišťování efektivity terapie. Argumentují tím, že využívání experimentálních studií (včetně RCT) předpokládá jasné vymezení a srovnatelnost lidských problémů, a také tím, že jednotlivé metody mohou být využity sporadicky a v samoučelně zvolené „dávce“. Kritici by se také mohli ptát, jestli změny v symptomech účastníků souvisely s typem terapie nebo spíše s jinými faktory. Znamenalo například snížení depresivních příznaků ve výše zmíněné Boltonově studii skutečně to, že členové skupiny byli méně depresivní, nebo se jen tímto způsobem sebezpřezentovali? A nebo mohlo být zlepšení pozorované u terapeutické skupiny způsobeno jinými vnějšími faktory, třeba tím, že se jim od terapeutů dostávalo zvláštní pozornosti (faktor, který nemohl být při náhodném rozdělení do skupin dostatečně kontrolován)? Tyto otázky kladou důraz na složitost a nejasnost, které k praxi neodmyslitelně patří.

Mottram vysvětluje, že podmínky nastolené v psychoterapii díky RCT představují „značnou odchylku od obvyklé psychoterapeutické klinické praxe“ (Mottram, 2000, s. 1). Zdá se, že mezi poněkud nepřírodně navrženými RCT a psychoterapeutickou praxí je zásadní rozdíl. Testy jsou uzpůsobeny k tomu, aby se zaměřily na poruchy, které se jen zřídka, pokud vůbec, vyskytují v praxi v čisté podobě. RCT se také snaží zaměřit na jednotlivé problémy a ignorují skutečnost, že většina klientů má více starostí než jen jeden hlavní problém, kvůli kterému vyhledala psychoterapii. Jak poukazují Westen, Novotny a Thompson-Brenner (2004), mnoho RCT výzkumů se opírá o diagnostický systém DSM, a to navzdory tomu, že jen velmi malé procento těch, kteří vyhledají terapii, tak udělá proto, že má konkrétní diagnózu podle DSM. Ve většině případů pacienti/klienti hledají pomoc kvůli záležitostem běžného života. To, že se všichni lidé s určitou poruchou dávají do jednoho pytle, smazává specifičnost jednotlivých

osobností a ignoruje citlivé přizpůsobení terapeutů jedinečným osobnostním rozdílům. Ramsay (cit. dle Bovasso a kol., 1999) tvrdí, že potřebujeme více výzkumů zaměřených na nehospitalizované pacienty, tedy klienty, se kterými se terapeuti osobně setkají ve svých poradnách.

Dá se říct, že i když RCT zdaleka nepředstavuje „zlatý standard“ pro výzkum v psychoterapii, je to kvalitní výzkumný nástroj s úzkým určením, který může při hodnocení výsledků psychoterapie ve spojení s dalšími metodami přeci jen přispět. Jak připouští Seligman, bývalý prezident Americké psychologické asociace: „Můj pohled na to, co považovat za „zlatý standard“, se změnil (...), když jsem zvažoval, jestli jeden způsob léčby probíhající za přísně kontrolovaných podmínek funguje lépe než způsob jiný, nebo jestli využívání kontrolních skupin přispívá k posouzení toho, jestli něco v praxi funguje“ (Seligman, 1995, s. 966).

Dokonce i profesor Michael Rawlins (2008), v době psaní tohoto příspěvku předseda NICE, v přednášce určené Královské lékařské společnosti (Royal College of Physicians) naznačil, že RCT byly vyzdviženy na „nezasloužený piedestal“ a stavěl se za to, aby se i ostatním typům výzkumu dostalo více pozornosti.

SROVNÁVÁNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÝCH PŘÍSTUPŮ: PRÁCE, KTERÁ STOJÍ ZA NÁMAHU?

Jednou z pochopitelných, ale potenciálně chybných tendencí, pramenících ze zájmu o praxi založenou na důkazech, je snaha porovnávat účinnost různých psychoterapeutických přístupů (což je diametrálně odlišné např. od porovnávání skupiny lidí, kteří podstoupili psychoterapii, se skupinou, které byly podávány léky). Ve světě psychoterapie jsou snahy hledat důkazy ve prospěch jednoho směru oproti jiným považovány za neužitečné a rozvratné. Rozsáhlý a přesvědčivý výzkum uskutečněný v průběhu několika posledních desetiletí ukázal, že význam terapeutického vztahu,

kteřý působí v rámci každého přístupu, je důležitější než specifické techniky.

V roce 1975 Luborsky a kol. vypracovali meta-analytickou studii z více než sta výzkumných projektů uskutečněných v letech 1949 až 1974. Ve studii se zaměřili na možné rozdílné efekty mezi léčebnými přístupy, a to mezi medikamentózní léčbou a terapií a mezi různými způsoby terapie. Výzkumníci zjistili, že typ podstoupené léčby neměl žádný významný vliv na výsledky terapie. Zlepšení stavu klientů, podstupujících kterýkoli z typů zkoumaných terapií, se ukázalo jako výsledek jejich vlastní zkušenosti. Při vhodné aplikaci „tzv. verdiktu ptáka Doda“ se všechny formy zkoumaných psychoterapeutických přístupů projevíly podle výzkumníků jako stejně účinné. „Je obvykle pravda, že každý vyhrál a každý musí dostat cenu“ (Luborsky a kol., 1975, s. 1003). Následná meta-analytická studie Smithové a Glasse (1977) „verdikt ptáka Doda“ potvrdila. „I přes množství prací věnovaných teoretickým rozdílům mezi jednotlivými psychoterapeutickými školami ukazují výsledky výzkumu zanedbatelné rozdíly v účinku různých druhů terapie“ (Smith a Glass, 1977, s. 33). I přesto, že byly tyto rané studie kritizovány pro zjednodušující metodologické postupy, došly k podobným závěrům i mnohem složitější projekty. Například Wampold a kol. (1997) revidovali výzkum realizovaný mezi roky 1970 a 1995 a našli jen velmi malé nebo žádné rozdíly v účinnosti různých způsobů terapie. Další důkazy předložila Psychoterapeutická sekce Americké Psychologické Asociace (APA's Division of Psychotherapy), která zveřejnila editovaný sborník nazvaný *Psychotherapy Relationships That Work* (Norcross, 2002). Zjistilo se, že největší podíl na úspěšných výsledcích mají obecné postupy, které překračují teoretickou orientaci (např. vytvoření terapeutické aliance).

Řada výzkumů dokazuje, že za nejlepší prediktor úspěšných výsledků můžeme považovat vysoce kvalitní *terapeutický vztah*. Tento poznatek platí napříč různými

terapiemi a pro široké spektrum klientových problémů (Margison a kol., 2000; Gershefski a kol., 1996; Overall a Paulson, 2002; Bryan a kol., 2004; Hubbleovo, Duncan a Miller, 2000). Při sumarizaci nejzásadnějších výsledků výzkumů do podoby poznatků týkajících se vztahu terapie a změn u pacienta/klienta, Lambert (1992) zjistil, že pouze 15 % z terapeutické změny lze přičíst faktorům specifickým pro konkrétní terapii. Třicet procent z této změny se připisuje faktorům společným pro všechny terapie (empatie, vřelost a přijetí) a dalších 40 % se ukázalo být spojeno s faktory vyskytujícími se mimo terapeutický vztah, například se změnami v životě klienta. Posledních 15 % tvoří placebo efekt. Wampold (2001) přisuzuje pouze 8 % specifickým faktorům a sedmdesát procent obecným účinkům s nevysvětlitelnou odchylkou 22 % (nespecifické účinky).

Hubble a kol. (2000) vysvětlují nedostatek poznatků, které by vyzdvihly kteroukoli metodu nebo techniku nad ostatní tím, že klienti jsou podle nich nápadití a jelikož mají schopnost využívat jakýchkoliv předkládaných léčebných postupů, mohou být sami strůjci procesu vlastní změny. Vzhledem k tomu, že všechny terapie poskytují užitečné struktury nebo nástroje pro řešení osobních problémů, klient tvořivě využívá to, co se mu nabídne. Různé terapie tedy poskytují alternativní struktury k procesu učení, který tvoří podstatu terapie. Čím více se terapeutovo racionální odůvodnění shoduje s klientovým porozuměním tomu, jak se problémy v dané konkrétní situaci řeší, tím větší je pravděpodobnost a naděje na klientův prospěch z celého procesu.

Má-li být léčba účinná, měly by se během ní indikovat spolupracující modely (*collaborative models*), které usnadňují mezilidský dialog. Ze spolupráce vyplývá *proces* změny. To je právě to, co musíme prozkoumat podrobněji, pokud chceme prohloubit naše porozumění tomu, proč terapie funguje. Výzkumy se příliš dlouho a nadměrně zaměřovaly na terapeutovy techniky a jeho vklad

do procesu terapie, a zapomínalo se na to, co sám klient přináší do terapeutického vztahu. Hubble a kol. (2000, s. 425) přidávají ironickou citaci afrického přísloví: „Pokud lvi nebudou mít svoje dějepisce, budou lovecké příběhy vždy oslavovat lovce!“

Proč se v době, kdy roste význam kvalitativní metodologie, která klade větší důraz na terapeutický vztah a klientův přínos k němu, psychoterapeutický výzkum stále věnuje účinnosti studií bez ohledu na terapeutické metody? Všudypřítomná kultura trhu s důrazem na odpovědnost, konkurenci a možnost volby nabízí klíč k řešení (Evans a Gilbert, 2005). Výzkum předpřipravený k tomu, aby stanovil nadřazenost určitých metod, má, jak se zdá, více společného se soutěživostí než se snahou o to, aby byl klinicky dokonalý. Odpor a rezistence vůči „verdiktu ptáka Doda“ pramení z nebezpečí, které představuje pro konkrétní teorie. „Pokud by to nebylo tak ohrožující (...), dávno by se tento fakt přijal jako jedno z hlavních zjištění psychologie. Pak by se mělo na čem stavět a z čeho vycházet při výzkumech místo toho, aby se neustále diskutovalo“ (Bohart, 2000, s. 129).

Faktorem, který poukazuje na srovnávací léčebné metody a techniky jako na velkou výzvu napříč různými způsoby terapie, je skutečnost, že zcela chybí neutrální jazyk nebo základní slovní zásoba sdílená konkurenčními terapeutickými teoriemi (Schmitt, Freire, 2006). V recenzi literatury Goldfried a Padawer (1982; cit. dle Goldfried, 1995, s. 203) označují několik společných faktorů, které by mohly být zkoumány napříč různými psychoterapeutickými způsoby:

Naděje: Yalom faktor popisuje jako „dodávání naděje“, tj. očekávání, že léčba může být prospěšná (Yalom, 1986).

Přijetí: Terapeut zajišťuje přijímající, pečující a pozorný vztah jako základní složku pro efektivní terapii a často unikátní zkušenost v životě člověka (Rogers, 1951).

Alternativní perspektiva: Terapeut poskytuje zpětnou vazbu, která umožňuje vnější

pohled na sebe a okolní svět a podporuje klientovo zamyšlení se nad změnou ve vnímání sebe sama.

Experimentování: Klient má příležitost opakovaně testovat realitu díky tomu, že získává nový pohled prostřednictvím vnější zpětné vazby a v podpůrném a podnětném prostředí terapie má možnost vyzkoušet si nové způsoby chování a reakcí.

Korektivní emocionální vztah: Klient má možnost nové korektivní emocionální zkušenosti, a to během sezení nebo mezi nimi. Tyto zkušenosti bývají hlavní součástí terapie.

Goldfried pokračoval v hledání společného psychoterapeutického jazyka napříč různými způsoby psychoterapie, který by umožnil lidem různých teoretických orientací, aby se zapojili do klinického dialogu. Používá například termín „bludné kruhy“, jímž popisuje opakující se destruktivní vzorce v životě klienta, a pojem „účinné cykly“, které označují jejich konstruktivní alternativy (Goldfried, 1995). (Výraz „bludný kruh“ můžeme přirovnat k „fixním gestaltům“ v gestalt psychoterapii, „repetitivním impulzům“ v psychoanalýze, „hře“ v transakční analýze a „jádrovým schémátům“ v kognitivní terapii).

I přes Goldfriedovy působivé snahy o vytvoření společného jazyka zůstávají psychoterapeuti vyhranění, preferují svůj vlastní specifický jazyk a odmítají představu, že někdo z jiného terapeutického pojetí se může odkazovat na podobné premisy, záležitosti, témata nebo procesy.

My vidíme výzkum soustředící se na společné faktory jako skutečnost, která nabízí cestu k větší spolupráci mezi psychoterapeuty. Přejeme si, aby se budoucí výzkumy založené na důkazech zaměřovaly na hlavní terapeutické postupy spíše než na vlastní výsledky výzkumu a aby bylo uznáno, že tyto procesy se dějí *napříč* všemi psychoterapeutickými způsoby.

OCENĚNÍ „PŘÍSTUPU PODLOŽENÉHO PRAXÍ“ K DŮKAZŮM

V posledních letech vzrostl zájem o *důkazy podložené praxí* spíše než o praxi založenou na důkazech. Tento fakt podporuje relativně omezený výzkum v přirozeném každodenním klinickém prostředí a za jádro bádání je pokládána klientova zkušenost z terapie (Macran et al, 1999; Foskett, 2001; Mellor-Clark a Barkham, 2003). V praxi podloženém výzkumu jsou kliničtí lékaři často hlavními výzkumníky (popřípadě ve spolupráci s akademickými pracovníky) a výzkum je začleněn do programu terapie. V takovém výzkumu mohou lékaři nabídnout podrobné popisy některých aspektů svých klinických případů, případně i popis kontextu, pacientů/klientů a práce, která je podložená důkazy o vlastní účinnosti, měřeními podle standardizovaných měřítek, praktickým pozorováním a klientovou vlastní výpovědí o sobě. Výzkumníci mohou čerpat jak z kvantitativních, tak z kvalitativních metod. Příkladem toho je studie Conwaye a kol. (2003), kteří zkoumali procesy a výsledky multimodální skupinové terapie pomocí standardizovaného měření výsledků (*the Inventory of Interpersonal Problems – 32 and the Brief Symptoms Inventory*) a současně kvalitativním přístupem (pacientova výpověď o vlastní osobě). Zajímavým zjištěním zde bylo, že odpovědi pacientů se v průběhu času lišily, což poukazuje na význam longitudinálního přístupu.

Ryan a Morgan (2004) tvrdí, že důkazy podložené praxí nejen usnadňují klientům a terapeutům zastávat svůj názor, ale také uznávají jejich přirozené znalosti a dovednosti; např. o tom, co funguje a co je potřeba změnit. Margison a kol. (2000) vidí důkazy podložené praxí jako způsob řešení otázky týkající se kvality psychoterapeutických intervencí. Výzkumy podložené praxí byly například použity k prozkoumání neočekávaných výsledků, jako je počáteční zlepšení (Stiles a kol., 2006).

Přestože neexistuje jediný model, jak provádět výzkumy podložené praxí, sho-

dujeme se s Dallos a Vetere (2005, s. 82), kteří se zamýšlejí nad tím, že „zkušenostní, teoretické a empirické důkazy jsou pro terapeutickou praxi stejně legitimní“. Rádi bychom také hájili lékaře, kteří jsou při provádění výzkumů osobami na svém místě; výzkumy uskutečňují na základě svého velkého zájmu (viz například velký počet magisterských diplomových prací, které jsou k dispozici na internetových stránkách HIPS). „Každý poradce je badatel: neustále se snažíme porozumět tomu, co se děje a týká klienta a pracujeme s tím, testujeme hypotézy a měníme naši činnost na základě důkazů“ (McGuire, 1999, s. 1).

Následující příklady tvoří zlomek toho, co představují důkazy podložené praxí.

Příklad výzkumu (1)

Strickland-Clark, L., Campbell, D. a Dallos, R. (2000). *Children's and adolescents' views on family therapy. Journal of Family Therapy, 22 (3), 324-341.*

Bezprostředně po absolvování rodinné terapie provedli výzkumníci rozhovor s pěti dětmi/adolescenty. Děti zodpovídaly otázky týkající se jejich zkušenosti s užitečností/ neužitečností událostí, které se odehrály během terapeutického sezení. K určení těchto významných momentů jim pomáhaly video nahrávky. Výzkumníci poté rozhovory a významné události analyzovali pomocí zakotvené teorie a „komplexní procesní analýzy (*comprehensive process analysis*)“. Mezi vynořující se klíčová témata patřila potřeba naslouchání, potřeba být součástí terapie, vyrovnání se s výzvami, které terapie přináší, vyvolání bolestivých vzpomínek, obtíže při sdělování toho, co si dítě myslí a cítí a potřeba podpory. Kromě toho výzkumníci zjistili, že výzkum (a nehodnotící výzkumník) děti posílil a potěšila je sama žádost, aby se výzkumu zúčastnily.

Příklad výzkumu (2)

Qualls, P.A. (1998). *On being with suffering. In R.Valle (ed) Phenomenolo-*

gical Inquiry in Psychology, New York: Plenum Press.

V této studii výzkumníci zkoumali zkušenosti devíti jedinců, kteří cestovali do východní Evropy, aby zde pracovali jako dobrovolníci s dětmi v rumunském sirotčinci. Dobrovolníci popisovali svoje vnitřní světy a v rozhovorech podrobně rozebírali své zážitky o tom, jaké to je být s trpícími. Výzkumníci (kteří sami také pracovali také dobrovolní opatrovníci) analyzovali získaná data fenomenologicky. Zážitky z nelidského zacházení s dětmi poznamenaly vnímání světa účastníků i jejich víru v Boha a uváděli psychickou i fyzickou vyčerpanost. Spolupracovníci se ocitli v různých nepříjemných stavech spojených se silnými a ambivalentními emocemi, které zahrnovaly pocity lásky, strachu a odporu zároveň. K vyrovnání se se situací jak v průběhu praxe, tak i o léta později účastníkům pomohly silně podpurné vazby s kolegy a smysl pro společenství. „Svoboda pochází z konfrontace se strachem z utrpení, rozbitím vlastní izolace a dojetím nad utrpením druhých“ (Qualls, 1998, s. 353).

Příklad výzkumu (3)

Gilbert, A. (2006). *A phenomenological exploration of the impact of a traumatic incident (death of a child) on Social Services Staff, European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy 1, 1-9.*

V tomto výzkumu šlo o fenomenologický průzkum účinků traumatické události (úmrtí dítěte) u šesti sociálních pracovníků. Výzkumník – gestalt psychoterapeut – již dříve poskytoval podporu sociálním pracovníkům a nyní se zajímal o to, jak zaměstnanci tuto nabízenou podporu přijímají a jaký význam pro ně má smrt. Došel k těmto zjištěním: spolu se šesti spolupracovníky rozlišil stupnici a jedinečnost dopadu traumatické události, důležité se ukázalo vyjádření hněvu, pochybnosti o sobě a úzkost, dále rozvoj fyzických příznaků a rozvoj uvědomování si vlastních osobních kvalit a silných stránek. Účastníci ocenili podporu od přátel, rodiny a (především) kolegů. Spolu se sebe-podpo-

rujícími strategiemi pro ně byl důležitý humor. Přestože participanti kladně hodnotili institucionální i emoční podporu, které se jim dostalo, více by ocenili větší množství informací o tom, co se stalo.

Příklad výzkumu (4)

Elliot, S., Loewenthal, D. a Greenwood, D. (2007). Narrative research into erotic counter-transference in a female therapist-male patient encounter. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 21 (3), 233-249.

Tento výzkum popisuje první autorčiny zkušenosti s erotickým protipřenosem během její klinické praxe, ve které působila jako psychoterapeut-praktikant. Osobní výpověď z terapeutického sezení autorka poskytuje ve formě narativních dat a analyzuje pomocí „free association narrative method“ (Hollway a Jefferson, 2000). Elliotová popisuje, jak hluboce ji zasáhlo naslouchání klientovi Ryanovi, který popisoval své obavy z intimity spolu s intenzivní touhou *cítit* se být dojat a *být* opravdu dojatý někým nebo něčím: „Cítil jsem se jako očarováný. Nicméně v tom okouzlení byl i pocit, jako kdybych byl unášen do „emocionální bouře“. V tom tichu jsem se cítil malý a bezmocný před něčím opravdu velkým a mocným“ (Elliot a kol., 2007, s. 242). Autorka dále vysvětluje, že klientovo vyjádření se dotklo jejich vlastních pocitů osamělosti. Přiznává svoji ambivalentní touhu uniknout z místnosti, ale zároveň i touhu obejmout klienta. Na základě osobní výpovědi Elliotové zkoumali tři další autoři, zda erotický (proti)přenos je obranou proti emocím a intimitě terapeutického vztahu nebo příležitost pro terapeutickou změnu.

Tyto čtyři nepříliš rozsáhlé studie, stručně popsané výše, ukazují, jak můžeme složky psychoterapeutické praxe prozkoumávat z pohledu lékařů i/anebo klientů. Všechny tyto výzkumné projekty vycházejí z vlastní praxe a zkušeností vědců/lékařů a jsou ovlivněny konkrétními zájmy, otázkami a nejasnostmi výzkumníků.

REFLEXE

Jsmo zarmoucení tím, že pro mnoho lékařů má výzkum často jen malou anebo vůbec žádnou relevanci pro jejich praxi. To je dost ironické zjištění vzhledem k tomu, že pokaždé, když jsme s klienty v terapii, účastníme se v podstatě určité podoby zkušenostního výzkumu (Evans, 2008). Je to ironické i proto, že vidíme tak dobré, nepříliš rozsáhlé, zajímavé a relevantní výzkumy provedené jednotlivci. Hádankou je, jak překlenout propast, která se otevírá mezi klinickou praxí a akademickým výzkumem.

Jsmo vděční za to, že se stále více uplatňuje jak kvantitativní, tak i kvalitativní výzkum. Naštěstí velká část těchto výzkumů dokazuje důležitost psychoterapie, což je argument, který mohou lékaři pozitivně využít. Zůstáváme však znepokojeni tím, že důkazy RCT se mylně používají k povýšení jedné terapeutické metody nad ostatní, a to i přesto, že další důkazy podporují hodnotu vztahových dimenzí napříč *všemi* psychoterapeutickými způsoby.

RCT, formulovány v jazyce „tvrdé“ vědy a podporované nevyhnutelnými léčebnými návody, inklinují k prezentaci lidských bytostí jako objektů nebo strojů, které mohou být měřeny, testovány, formovány a manipulovány. RCT většinou vrhá klienty do role pasivních příjemců standardizovaných léčebných postupů spíše než do role aktivního spolupracovníka a sebe-léčitele, což jsou předpoklady, které nesouhlasí s hodnotami nás jakožto vztahově orientovaných terapeutů (Elliot, 2001, s. 316). Tento přístup podle nás podporuje spíše odcizování klienta od sebe sama a ostatních, stres a nevyrovnanost, než aby podporoval zdraví a pocity pohody jedince i komunity. Tento zhoubný proces také vyvolává vážné etické otázky pro terapeuta, od něhož se vyžaduje, aby „intervenoval“ podle standardizovaného manuálu. To omezuje (nebo označuje za překonané) vztahově orientované chování terapeuta, byť je jeho léčebná hodnota prokazatelná.

Společně s tím, že podporujeme potře-

bu prokazovat účinnost v psychoterapii, obhajujeme také fakt, že nejlepší cestou k tomu je rozšířit procesy vyhodnocování praxe. Chceme i nadále vidět výzkumy účinnosti, ale také snahu vytěžit ty nejcennější informace z bohaté perspektivy klientů a terapeutů ideálně za pomoci kvalitativního výzkumu. Věříme, že by se měl klást větší důraz na zkušenosti klientů a terapeutů. Jakožto psychoterapeuti si vážíme vlastního pohledu klienta na proces změny, spoluutváření terapeutického vztahu jako nástroje změny, ale také kontextu, ve kterém léčba probíhá. A jakožto vztahově orientovaní výzkumníci si stejně tak vážíme subjektivních zkušeností účastníků výzkumu, což je složka, která spoluutváří výzkumná data, a také *souvislostí*, za kterých se tento výzkum provádí. Věříme, že pro naši práci je hlavní respekt. A to k subjektivní zkušenosti klienta/účastníka výzkumu, k jeho stanoviskům, otázkám a problémům a k jeho úhlu pohledu na důvěryhodnost léčebného procesu/výzkumného snažení.

Přeložili: Miroslav Zítka a Jitka Mansfeldová

LITERATURA:

- Bohart, A. C. (2000). The Client is the Most important Common Factor: Clients' Self-Healing Capacities and Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 127-149.
- Bolton, P., Bass, J., Betancourt, T., et al. (2007). Interventions for depression symptoms among adolescent survivors of war and displacement in northern Uganda: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 298, 519–527.
- Bovasso, G. B., Williams, W. E. and Haroutune, K. A. (1999). The Long-term Outcomes of mental Health Treatment in a Population-Based Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 529-538.
- Bryan, L., Dersch, C., Shumway, S and Arredondo, R. (2004). Therapy Outcomes: Client perception and similarity with therapist view. *American Journal of Family Therapy*, 32(1),11-26.
- Conway, S., Audin, K, Barkham, M., Mellor-Clark, J. and Russell, S. (2003). Practice-based evidence for a brief time-intensive multi-modal therapy guided by group-analytic principles and method. *Group Analysis*, 36, 413-435.
- Dallos, R. and Vetere, A. (2005). *Researching Psychotherapy and Counselling*. Maidenhead, Berkshire: Open University Press.
- Elliot, S., Loewenthal, D. and Greenwood, D. (2007). Narrative research into erotic counter-transference in a female therapist-male patient encounter, *Psychoanalytic Psychotherapy*, 21(3), 233-249.
- Elliott, R. (2001). Hermeneutic single case efficacy design (HSCED): An overview, in K. J. Schneider, J. F. T. Bugental and J. F. Fraser (Eds.). *Handbook of Humanistic Psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage (pp. 315-324).
- Evans, K. R. (2009). *Contributing to the Development of the Profession of Psychotherapy in the United Kingdom and Europe 1987 to 2008*, Unpublished Doctorate of Psychotherapy By Public Works. London: Metanoia Institute, University of Middlesex.
- Evans K. R. and Gilbert, M., (2005). *An Introduction to Integrative Psychotherapy*. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Everall, R. D and Paulson, B. L. (2002). The therapeutic alliance: Adolescent perspectives. *Counselling Psychotherapy Research*, 35(1),131-143.
- Gershetski, J. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R. and Elkin, I. (1996). Clients' perspectives of treatment for depression: Helpful aspects. *Psychotherapy Research*, 6(4), 233-248.
- Gilbert, A. (2006). A phenomenological exploration of the impact of a traumatic incident (death of a child) on Social Services staff.

- European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, 1, 1-9.
- Gilbert, M. C. and Evans, K. (2000). *Psychotherapy supervision: an integrative relational approach*. Buckingham: Open University Press.
- Goldfried, M. R. (1995). *From Cognitive-Behavior Therapy to Psychotherapy Integration*. New York: Springer Publishing Company.
- Hollway, W. and Jefferson, T. (2000). *Doing qualitative research differently: free association, narrative and the interview method*. London: Sage.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D. (Eds.) (1999). *The Heart and Soul of Change: What works in therapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- Hunt, J. C. (1989). *Psychoanalytic aspects of fieldwork*, Qualitative Research Methods, Vol. 18. Newbury Park: Sage.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of Outcome Research for Psychotherapy in J.C.Norcross and M. R. Goldstein (Eds.). *Handbook of Psychotherapy Integration*. NY: Basic Books.
- Luborsky, L. Singer, B. and Luborsky, L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapy: Is it true that everyone has won and all will have prizes? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Lutz, C. A. (1988). *Unnatural emotions: Everyday sentiments on a Micronesian atoll and their challenge to Western theory*. London: University of Chicago Press.
- Margison, F., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Mellor-Clark, J., Audin, K. and Connell, J. (2000). Measurement and psychotherapy: evidence based practice and practice based evidence. *British Journal of Psychiatry*, 177, 123-130.
- Macran, S., Ross, H., Hardy, G. E. & Shapiro, D. A. (1999). The importance of considering clients' perspectives in psychotherapy research. *Journal of Mental Health*, 8, 4, 325-337.
- Mellor-Clark, J. and Barkham, M. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: developing rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 106, 319-327.
- McGuire, A. (1999), cited in Moodley, R. (2001) (Re)Searching for a client in two different worlds: Mind the research-practice gap. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1(1), 18-23.
- Mottram, P. (2000). Toward developing a methodology to evaluate the effectiveness of art therapy in adult mental illness. Accessed March 2008 from: <http://www.baat.org/taoat/mottram2html>.
- NICE (2004/7). *Guidelines on depression*. Accessed July 2008 from: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG23>.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. London: Oxford University Press.
- Qualls, P. A. (1998) On being with suffering, in R.Valle (Ed.) *Phenomenological Inquiry in Psychology*. New York: Plenum Press.
- Rawlins, M. (2008). RCTs "placed on an undeserved pedestal" – head of NICE. Accessed January 2009 from: <http://homeopathy4health.wordpress.com/2008/10/17/rcts-placed-on-undeserved-pedestal-head-of-nice/>.
- Rowland, N. and Goss, S. (2000). *Evidence Based Counselling and Psychological Therapies*. London: Routledge.
- Schmitt Freire, E. (2006). Randomised Controlled Clinical Trials in Psychotherapy Research: An Epistemological Controversy. *Journal of Humanistic Psychology*, 46,(3), 323- 335.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer report study. *American Psychologist*, 50 (12), 965-974.
- Smith, M. L. and Glass, C. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American psychologist*, 32, 752-760.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J., and Cooper, M. (2006). Effectiveness of Cognitive-Behavioural, Person-Centred and Psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, 555-566.
- Strickland-Clark, L, Campbell, D. and Dallos, R. (2000). Children's and adolescents' views on family therapy. *Journal of Family Therapy*, 22(3), 324-41.
- UKCP (2008). *Report following the UKCP March 2008 AGM –The Current Picture regarding statutory regulation*, by Katherine Murphy. Accessed January 2009 from: <http://www.metanoia.ac.uk/OneStopCMS/Core/CrawlerResourceServer.aspx?resource=0acd6b05c24148e88a0e18e18492e951&mode=link&guid=a3c16bdc73fa4955874b8841e6982dab>.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W, Moody, M., Stich, F., Benson, K. and Hyun-nie Ahn (1997). A

- meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies. Empirically, All must have prizes. *Psychological Bulletin*, 123, 203-216.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Westen, D. Novotny, C .M. and Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130: 631-663.
- Yalom, I. D. (1986). *Theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- O autorovi:
*Ken Evans je prezidentem Evropské asociace pro gestalt terapii, tajemníkem Evropské asociace pro integrativní psychoterapii a bývalým prezident Evropské asociace pro psychoterapii. Je hlavním editorem internetového vědeckého časopisu www.europeanresearchjournal.com Je hostujícím lektorem v mnoha evropských psychoterapeutických institutech, žije v Anglii a ve Francii. Publikoval množství článků a společně s Marií Gilbert je autorem dvou knih: *Psychotherapy Supervision: An Integrative Relational Approach* (Open University Press, 2000) a *An Introduction to Integrative Psychotherapy* (Palgrave Macmillan, 2005).*
- S přednáškou vystavěnou na základě zde publikovaného textu vystoupil jako hlavní řečník na 2. mezinárodním psychoterapeutickém sympóziu („Integrace v psychoterapii – Co s čím a proč?“) pořádaném v Brně na MU ve dnech 16. a 17. dubna 2009.*
- Došlo do redakce: 22. 4. 2009, k publikaci přijat 22. 4. 2009.*

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE A JEJÍ INTEGRATIVNÍ SÍLA

Ján Praško

ÚVOD

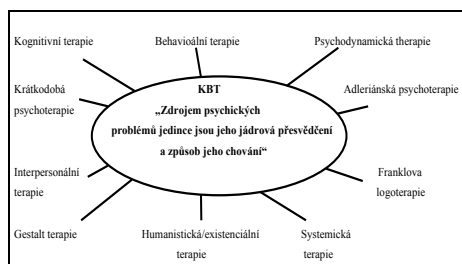
První zmínky o integraci psychoterapie se začaly objevovat na počátku 60. let minulého století, kdy se vedle psychoanalýzy začaly vyvíjet nové terapeutické přístupy. Navzdory narůstajícímu zájmu o integraci a rozšiřování technického eklektismu se situace v posledních letech radikálně nezměnila. KBT je jedním z mála modelů, který navrhuje komplexní teorii, zaměřující se na integraci silných a platných závěrů z různých psychoterapeutických škol jakožto i vývojové psychologie a observačního výzkumu. KBT je dobrým příkladem integračního přístupu v historii. Kognitivní a behaviorální terapie byly dříve dva různé přístupy, různé teorie a praxe. Čas ukázal, že i přesto, že existují významné rozdíly mezi těmito přístupy, spíše se vzájemně doplňují. K úspěšné a snadné integraci teorie a praxe došlo v 80. letech. Vědecké základy teorií, pragmaticky pozitivistická filozofie a dobré důkazy o účinnosti obou směrů široce napomohly k úplné integraci. V poměrně krátkém časovém období se ve většině západních zemí kognitivně behaviorální terapie stala jedním z hlavních, ne-li přímo hlavním psychoterapeutickým přístupem. Úspěch behaviorálních a kognitivních léčebných přístupů se odvíjí především od jejich důrazu na citlivou a promyšlenou klinickou práci na straně jedné a od jejich zaměření na základní a aplikovaný výzkum na straně druhé. Výzkum a praxe kognitivně behaviorální terapie se za posledních dvacet let enormně rozšířily. Aplikace KBT na většinu psychologických a duševních poruch se rozšířila způsobem, jaký bychom si před dvaceti lety stěží dovedli představit. Od doby, kdy se v průběhu 60. až 80. let vyvíjely rané behaviorální a kognitivní přístupy, nová generace terapeutů/výzkumných pracovníků/učitelů

provedla základní průzkum koncepčních modelů psychopatologie a uplatnila KBT na široké spektrum psychiatrických poruch.

Systematické výzkumy prozkoumávají základní kognitivní a behaviorální dimenze osobnosti a psychiatrických poruch, jedinečné zpracování a znovuvybavování informací během těchto problémů a vztah mezi citlivostí a stresem. Zvyšující se počet poruch a klinických problémů se dostal do zorného pole kognitivně behaviorálního přístupu jakožto výzva k nalezení cesty k jejich vhodnějšímu porozumění a účinnější léčbě. Je na místě říci, že tato expanze byla pravděpodobně nejvíce ovlivněna rozvíjejícím se propojením klinického výzkumu a klinické praxe. Neustále roste počet psychických poruch, pro které byly vyvinuty kognitivně behaviorální modely a terapeutické manuály, z nichž mnohé se v předvýzkumech ukázaly jako účinné. Výzkumníci na celém světě zjistili, že KBT je účinná v tak odlišných případech jako jsou deprese, úzkostné poruchy, somatoformní poruchy, poruchy osobnosti, obsedantně kompulzivní poruchy, fobie všeho druhu, poruchy příjmu potravy a u mnoha dalších psychiatrických a životních problémů. KBT je velmi nápomocná v léčbě bipolární afektivní poruchy a schizofrenie, často však v kombinaci s medikamentozní léčbou. KBT – jak se rovněž zjistilo – je prospěšná u řady chronických poruch, jako jsou např. syndrom dráždivého tračníku, hypertenze, chronický únavový syndrom, kolitida, bolest v kříži, bolesti hlavy, nespavost, rakovina atd. Důležitost empirického procesu v rámci KBT a akceptace potřeby důsledné evaluace znamená, že KBT je v silné pozici chopit se nadvlády a stát se klinicky účinnou terapií. KBT se stává pro pacienty stále dostupnější.

Úspěch KBT byl obrovský, ale měl určitá omezení. 20–40 % pacientů trpících různými problémy nereagovalo na klasické postupy KBT. Byli to především pacienti s poruchami osobnosti, hypochondrií, disociačními poruchami, drogovou závislostí, poruchami příjmu potravy, starší dospělí a další. Zdá se, že původní teorie není dostačující pro porozumění všem klientům a jejich problémům. Pro tyto podmínky jsou vyvinuté jiné terapeutické přístupy, teoreticky i prakticky. Některé z nich vykazují v různých oblastech značnou účinnost. Jakmile se odborníci z mnoha směrů stali nespokojení s omezeními, která některé ortodoxní terapie představovaly, narostl zájem o psychoterapeutickou integraci. V této chvíli mnoho terapeutů hledalo jiné přístupy nebo léčebné strategie, které by mohly pomoci při léčbě těžko léčitelných pacientů. Tato tzv. „třetí vlna KBT“ začlenila různé terapeutické strategie do KBT, ale také vytvořila nové integrační přístupy a školy, které spojují KBT s meditací (dialekticko-behaviorální terapie, na všímavosti založená kognitivní terapie), teorií rané citové vazby a gestalt terapií (terapie orientovaná na schémata, emočně zaměřená terapie), humanistickou a existenciální terapií (terapie soucítěním – *compassion therapy*), fenomenologií (terapie přijetím a odevzdáním).

Graf: Zdroje moderní kognitivně behaviorální terapie (Dattilio, 2003)



V teorii se také vyskytla snaha o integraci biologických přístupů (neurobiologické aspekty KBT) a léčby (kombinace s farmakoterapií). Proto, pokud hovoříme

o integraci v KBT, musíme zmínit určitě integraci s:

- (a) farmakoterapií
- (b) ostatními psychoterapeutickými přístupy
- (c) náboženstvím a hodnotami
- (d) neurobiologií.

INTEGRACE S FARMAKOTERAPIÍ

Mnoho z krátkodobých testů naznačilo, že kombinace psychoterapie a medicace by mohla být při léčbě úzkostných poruch a deprese účinnější než každý z léčebných přístupů zvlášť. Avšak jen málo studií zkoumalo dlouhodobou účinnost kombinace těchto přístupů. Například u panické poruchy byl dlouhodobý terapeutický prospěch větší u integrativní léčby KBT a medicace než u medikační léčby samotné a nezávislý na známých prognostických faktorech (Biondi a Picardi, 2003). Nedávný dvojité slepý, pomocí placebo kontrolovaný experiment (Barlow a kol., 2000) zkoumal samostatné a synergické účinky psychologické a farmakologické léčby panické poruchy. Kombinace imipraminu a KBT se ukázala mít značně omezený prospěch, avšak významnější prospěch byl prokázán ke konci léčby. Každý z léčebných přístupů dobře účinkoval bezprostředně po samotné léčbě a v průběhu léčby, účinek KBT byl potvrzen i katamnesticky. Jedno zjištění na základě dalšího zkoumání hovoří o relativně vysoké míře relapsů u účastníků, kteří obdrželi kognitivně behaviorální terapii (KBT) + imipramin ve srovnání s těmi, kteří obdrželi KBT + placebo.

INTEGRACE S OSTATNÍMI PSYCHOTERAPEUTICKÝMI PŘÍSTUPY

Za posledních 20 let vznikla celá řada nových přístupů integrujících KBT s ostatními psychoterapeutickými přístupy.

DIALEKTICKO-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

S dobře zdokumentovanou účinností se za pomocí dialekticko-behaviorální terapie

(DBT) léčí sebevražedné chování a hraniční porucha osobnosti (Linehan a kol., 2006). Dialekticko-behaviorální terapie vykazovala během dvouleté léčby (ale i následovně) lepší výsledky ve větším množství zkoumaných oblastí, než tomu bylo ve skupinové terapii. Jedinci, kteří podstoupili DBT, měli poloviční pravděpodobnost výskytu sebevražedných pokusů, vyžadovali méně hospitalizací kvůli sebevražedným myšlenkám a zjistilo se u nich celkově nižší lékařské riziko co do sebevražedných pokusů a sebepoškozujícího chování. U jedinců, kterým se dostala DBT, byla nižší pravděpodobnost přerušení léčby a nižší počet psychiatrických hospitalizací (a také méně návštěv psychiatrické pohotovosti, která nabízí odbornou nebehaviorální léčbu).

TERAPIE ZAMĚŘENÁ NA SCHÉMATA

Terapie zaměřená na schémata je inovativní, integrativní terapie vyvinutá Youngem a jeho kolegy (2003), která významně expanduje do tradiční kognitivně behaviorální terapie a jejích konceptů. Tato terapie je směsicí různých elementů vycházejících ze škol kognitivně behaviorálních, z teorií zaměřujících se na ranou citovou vazbu, z gestalt škol, objektních vztahů, konstruktivistických a psychoanalytických škol, která je spojuje do bohatého, sjednocujícího konceptuálního a léčebného modelu. Terapie zaměřená na schémata poskytuje nový psychoterapeutický systém, který je obzvláště dobře aplikovatelný na pacienty s hlubokými chronickými psychologickými poruchami, které do té doby byly považovány za velmi obtížně léčitelné. Giesen-Bloo a kol. (2006) srovnávali účinnost terapie zaměřené na schémata (SFT) s psychodynamicky založenou na přenos zaměřenou terapií (TFP) u pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Po 3 letech trvání SFT a TFP se měřila účinnost při snižování příznaků hraniční poruchy osobnosti – a to ve specifických a obecných psychopatologických dysfunkcích, měřily se další SFT/TFP koncepty i zlepšení kvality života.

SFT byla účinnější než TFP ve všech těchto zkoumaných oblastech.

INTEGRACE S INTERPERSONÁLNÍ PSYCHOTERAPIÍ

Hendricks a Thompson (2005) poskytli ilustraci integrace kognitivně behaviorální terapie (KBT) a interpersonální psychoterapie (IPT) na léčbě bulimie (BN – bulimia nervosa). Prvky z obou terapií (KBT i IPT) byly využívány po celou dobu léčby. KBT techniky se ukázaly být nejúčinnější při snižování záchvatů přejídání a nadměrného požívání tekutin, zatímco IPT techniky se zdály být nejvíce účinné při redukcí úmyslného vyvrhování potravy a vyvolávání průjmů.

IMAGINATIVNÍ TECHNIKY A GESTALT TERAPIE

Nedávno došlo v KBT k nárůstu klinického využívání imaginativních technik za účelem restrukturalizace systémů implicitních významů, které povzbuzují emoční distres nebo sebepodřívající chování (Edwards, 2007). Janetovy rané snahy o aplikaci těchto technik byly většinou ignorovány kromě několika málo hypnoterapeutů. Současná aplikace kognitivně behaviorální terapie byla uzpůsobena a rozšířena na počátku 80. let Perlovými metodami gestalt terapie. Někteří z Perlových myšlenkových předchůdců jsou v současnosti prověřováni, stejně jako práce některých z těch, kteří vyvinuli a formulovali integraci jeho technik do Beckovy kognitivní terapie. Celý tento proces zahájil významnou změnu v paradigmatu.

I přes to, že imaginativní změna (*rescripting*) byla po dlouhou dobu součástí KBT, v posledních letech můžeme vidět rostoucí zájem o její využívání v KBT, zejména u pacientů, kteří trpí stresem, vtíravými představami (Holmes a kol., 2007). Nárůst zájmu o imaginace vedl v současnosti k vydání speciálního souboru článků o technikách imaginativních změn s cílem: (a) prezentovat výzkum a klinickou aplikaci technik imaginativních změn na problematiku mentální imaginaci, (b) zhodnotit problema-

tickou imaginací napříč širokým spektrem psychologických poruch, které mohou být cílové pro imaginativní změnu schémat (včetně nových oblastí jakou jsou mentální poruchy, bulimie a sebevražedné sklony), (c) prozkoumat širokou škálu technik imaginativní změny pro léčbu posttraumatické stresové poruchy, stejně jako deprese, sociální fobie, fobie z hadů apod., (d) podnítit zájem o budoucí léčebné inovativní přístupy, který by využívaly technik imaginativní změny při léčbě jiných klinických poruch.

HYPNOTERAPIE

Golden (2007) popsal etiologii a léčbu syndromu dráždivého tračnicku vyvolanou agorafobií. Kognitivní, behaviorální a hypnoterapeutické techniky jsou vzájemně provázány tak, aby poskytly efektivní kognitivně behaviorální hypnoterapeutickou (KBH) léčbu pro syndrom dráždivého tračnicku (IBS) vyvolaného agorafobií. Tento KBH přístup k léčbě IBS vyvolaného agorafobií byl popsán a klinické poznatky byly prezentovány.

TERAPIE PŘIJETÍM A ODEVZDÁNÍM

Terapie přijetím a odevzdáním (ACT) je jednou z mála psychoterapií, které byly popsány v tzv. třetí vlně kognitivně behaviorální terapie (KBT). Nedávné studie týkající se ACT poukazují na fakt, že ACT může být účinným léčebným nástrojem pro širokou škálu poruch zahrnující některé úzkostné poruchy, deprese, bolest, trichotillomani, psychotické poruchy, zneužívání drog, epilepsii a diabetes (Pull, 2009). V současnosti vzniká velké množství předvýzkumů zkoumajících účinnost terapie přijetím a odevzdáním. Powers a kol. (2009) meta-analyticky kombinoval několiknásobně kontrolované studie, aby ověřil celkový dopad ACT ve vztahu k psychologickému placebo efektu, obvyklým léčebným postupům a již zavedeným terapiím. Celkem prozkoumal 18 znáhodněných kontrolovaných studií (n = 917), které byly zahrnuty do závěrečné

analýzy. Z výsledků vyplývá, že ACT je pro více problémových oblastí účinnější než kontrolované podmínky, ale doposud neexistuje žádný důkaz, že by ACT byla účinnější než stávající léčebné metody.

KOGNITIVNĚ ANALYTICKÁ TERAPIE

Kognitivně analytická terapie se vyvinula na základě propojení kognitivní, psychoanalytické terapie a v poslední době i s myšlenkami Vygotského a klade důraz na spolupráci mezi terapeutem a pacientem při vytváření a aplikování popisného redefinování stávajícího problému. Tento model vznikl na základě pokračujícího výzkumu týkajícího se účinnosti terapií a také snahy poskytnout vhodné, časově omezené léčebné metody pro veřejný sektor. Původně byla tato terapie vyvinuta jako jeden z modelů individuální terapie. Kognitivně analytická terapie však nyní nabízí obecnou psychoterapeutickou teorii využitelnou pro širokou škálu podmínek a rozličného zasazení (Ryle a Kerr, 2002). Uskutečnily se znáhodněné kontrolované studie zahrnující pacienty s hraniční poruchou osobnosti, forenzní pacienty, psychotické pacienty, mentálně hendikepované, kteří využívali kognitivně analytickou terapii (Panen a kol., 2008) a některé případové studie obtížně léčitelných pacientů (Kellett, 2007).

TERAPIE SOUCÍTĚNÍM

Terapie soucítěním je typickým propojením KBT s humanistickým psychoterapeutickým přístupem s důrazem na lidskost, empatii, laskavost, hodnoty a budoucnost. Tomuto přístupu nebylo věnováno příliš mnoho studií.

KOGNITIVNĚ NARATIVNÍ PSYCHOTERAPIE

Za poslední dobu se zvýšil zájem o studium jazykových procesů v psychoterapii. Nedávné výzkumy a teoretické formulace terapeutických procesů naznačily fakt, že bychom se měli z mikroskopické úrovně zkoumání verbálních modů posunout na úro-

veň makroskopického zkoumání, ve kterém jsou tyto módy organizovány do příběhů. Příběhy jsou v této perspektivě chápány jako základní nástroje k vytváření významu. Goncalves a Machado (1999) revidovali výzkum týkající se narativního procesu v psychoterapii a hovořili o něm v termínech, které by mohly být využity pro teorii a praxi kognitivně narativní psychoterapie.

NÁBOŽENSTVÍ A HODNOTY

Náboženství je důležité pro většinu starší dospělé populace a výsledky výzkumů obvykle ukazují pozitivní vztah mezi náboženstvím a mentálním zdravím. Zapojení náboženství do KBT může zvýšit její přijetí a účinnost v populaci. Paukert et al. (2009) revidovali studie, ve kterých zkoumali efekty spojení náboženství a KBT pro léčbu deprese a úzkosti. Tyto studie naznačují, že zlepšení příznaků deprese a úzkosti se v průběhu léčby objeví dříve, pokud KBT zahrne i náboženství, přestože pozdější účinky jsou rovnocenné. Autoři na základě empirické literatury týkající se těch náboženských aspektů, které ovlivňují mentální zdraví, doporučují integrovat náboženská přesvědčení a chování do KBT.

Hodges a Oei (2006) řeší pojmovou slučitelnost mezi kognitivně behaviorální terapií a běžnými konfucióvskými hodnotami čínské kultury. Ke srovnání výše uvedeného byly použity specifické procesy příznačné pro KBT (např. učení se dovedností, důraz na domácí cvičení, kognitivní procesy, zaměření se na přítomnost a budoucnost) a jádrové hodnoty čínské kultury, a to v souladu s „The Hofstede project“. Byla zjištěna vysoká úroveň shody mezi těmito dvěma přístupy. Autoři tvrdí, že spíše než vytváření nových terapeutických přístupů využívajících tamějších vlivů, je vhodnější několik strukturálních změn v rámci KBT, která by následně mohla být účinnou terapií pro čínské klienty. Dále navrhl, že čínští klienti by mohli mít užitek z oslovování (*challenging*) jejich iracionálního poznávání, které je spojeno se striktním dodržováním sociálních norem.

NEUROBIOLOGIE

Otázky týkající se neurobiologických účinků psychoterapie jsou nyní v psychiatrii vnímány jako nejaktuálnější. S ohledem na tento problém, poznatky pozitronové emisní tomografie (PET) naznačují, že kognitivně behaviorální modifikace vyskytující se v psychotherapeutickém kontextu mohou vést k metabolickým změnám v určitých oblastech mozku u pacientů s těžkou depresí, sociální fobií, panickou poruchou nebo obsedantně kompulzivní poruchou. Linden (2006) revidoval studie metod zobrazování mozku s psychotherapeutickým účinkem a jejich metodologické pozadí, včetně rozvoje symptomů. Studie účinku KBT na obsedantně kompulzivní poruchu (OCD) se shodovaly se snížením metabolismu v pravém ocaseťm jádru (nucleus caudatus). Kognitivně behaviorální terapie fobií měla za důsledek sníženou aktivitu v limbické a paralimbické oblasti. Zajímavé je, že podobné účinky byly pozorovány u obou nemocí po úspěšné intervenci selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), které poukazují na společné rysy biologických mechanismů u psycho- a farmakoterapie. Ve studii, která srovnávala účinky terapií a za pomoci 18FDG PET, se objevily změny u pacientů trpících panickou poruchou a byla prokázána stejná účinnost obou léčebných přístupů. Změny metabolismu mozku (za pomoci 18FDG) byly podobné ve velkém množství mozkových oblastí, jak po léčbě za pomoci KBT, tak pomoci antidepresiv, a to s významným rozdílem mezi levou a pravou částí mozku (Praško a kol., 2004).

Další studie, kterých se účastnilo větší množství pacientů, využívaly standardizovaných zobrazovacích postupů a ideálně ve spojení s molekulárními zobrazovacími technikami by mohly být užitečné k objasnění zbývajících nesrovnalostí. Toto úsilí se jeví jako prospěšné, jelikož funkční znázornění může být následně užito ke sledování účinků léčby a jako pomoc při volbě optimální terapie.

BUDOUCNOST

Kognitivně behaviorální terapie je vysoce eklektická, ale ne teoreticky „neutrální“. Využití kombinace přístupů nebo technik musí být součástí komplexní konceptuální analýzy jednotlivých případů. Kompetentní terapeut by měl být znalý různých teorií a terapeutických postupů a také být kompetentní v široké škále terapeutických dovedností a účinných, empiricky podpořených technik (z pohledu rozdílných přístupů). A to proto, aby mohl klientovi nabídnout tu nejlepší pomoc. Z kognitivního pohledu topograficky identické techniky jsou funkčně ekvivalentní pouze tehdy, pokud terapeuti s rozdílným přístupem sdílí (spolu s pacientem) odůvodnění pro jejich využití. K validizaci integrativního přístupu je zapotřebí empirického výzkumu, který prokáže jeho opodstatněnost.

V budoucnu se na cestě k širší psychoterapeutické integraci objeví mnoho překážek. I přesto, že mezi terapeutickými přístupy existuje mnoho společných faktorů, postrádáme společnou filosofii, která by je sjednotila. Absence společného jazyka bude to, co bude široké integraci psychoterapie bránit. Mezi jednotlivými psychoterapeutickými školami totiž existují odlišnosti v porozumění symptomům a rozvoji psychopatologie, mají rozdílné terapeutické zaměření a odlišné cíle. Podle KBT není symptom vnímán jako součást nějakého „hlubšího“ konfliktu, ale jako problém sám o sobě, který spojuje několik rozpoznávaných vlivů (biologických, vlivu raných zkušeností, učení, situačních faktorů, schémat atd.). Dalším je také vliv pacienta (nebo klienta) a terapeuta. KBT se zaměřuje spíše na klientovy specifické problémy než na jeho/její osobnost. Cíle KBT jsou spojeny se specifickým problémem, jsou konkrétní, měřitelné, dosažitelné v dostupném časovém horizontu. Pacient (nebo klient) je v KBT mnohem aktivnější než v jiných psychoterapeutických přístupech. Terapeut je spíše „koučem“ nebo „učitelem“ a terapie je „týmovou spoluprací“.

Učit studenty i pacienty odlišnému terapeutickému přístupu bude mít smysl. Tento způ-

sob obohacuje terapeutovu osobní filosofii a osobní zkušenosti. Mnoho terapeutů tak ve své praxi činí navzdory pojmovým odlišnostem. Nadbytečnou kritiku a „konflikty“ lze potlačit porozuměním ostatním přístupům. Jde spíše o kombinaci terapií v nejlepšímu zájmu klienta než o integraci ve smyslu, kterou navrhnou ti „nejintegrativnější“ teoretici.

Budoucnost psychoterapeutické integrace budou formovat externí vlivy, které nejsou tak zhoubné, jako je soutěživost mezi jednotlivými psychoterapeutickými školami a přístupy. Jak je známo, výdaje na poskytování zdravotní péče výrazně vzrostly v nejvíce průmyslových zemích a nyní jsou ekonomickou hrozbou pro mnoho z nich. Zajišťování psychologické terapie ovlivní potřeba brát ohled na tyto výdaje, stejně jako na ostatní zdravotní služby: naše postupy se budou muset stát vysoce vyříbené a velmi ekonomické. V širším časovém horizontu se psychologické techniky budou muset přetřansformovat do sebezpomáhajících postupů, které budou nejen ekonomicky dostupnější, ale budou také nápomocny k navrácení hlavní zodpovědnosti za ochranu a podporu vlastního zdraví do rukou klientů.

Jednou ze současných možných cest „integrace“ v klinické praxi, z níž budou mít klienti užitek, je dobrá spolupráce mezi odlišně orientovanými terapeuty. (Např. KBT terapeuti mohou pracovat se specifickými symptomy, zatímco psychodynamičtí terapeuti mohou pracovat na jiných „hlubších“ osobních problémech).

LITERATURA

- Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2000 May 17;283(19):2529-36.
- Biondi M, Picardi A: Increased probability of remaining in remission from panic disorder with agoraphobia after drug treatment in patients who received concurrent cognitive-behavioural therapy: a follow-up study. *Psychother Psychosom*. 2003 Jan-Feb;72(1): 34-42.

- Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP, Germano D, Nistico H, McDougall E, Weinstein C, Clarkson V, McGorry PD. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2008; 193(6): 477-84.
- Dattilio F. CBT - the integrative psychotherapy for the next millennium. *Psychiatrie* 2003; 7(suppl 4): 11.
- Edwards D. Restructuring implicational meaning through memory-based imagery: some historical notes. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2007; 38(4): 306-16.
- Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63(6): 649-58.
- Golden WL. Cognitive-behavioral hypnotherapy in the treatment of irritable-bowel-syndrome-induced agoraphobia. *Int J Clin Exp Hypn*. 2007; 55(2): 131-46.
- Gonçalves OF, Machado PP. Cognitive narrative psychotherapy: research foundations. *J Clin Psychol*. 1999; 55(10): 1179-91.
- Hendricks PS, Thompson JK. An integration of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa: a case study using the case formulation method. *Int J Eat Disord*. 2005; 37(2): 171-4.
- Hodges J, Oei TP. Would Confucius benefit from psychotherapy? The compatibility of cognitive behaviour therapy and Chinese values. *Behav Res Ther*. 2007; 45(5): 901-14.
- Holmes EA, Arntz A, Smucker MR. Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: images, treatment techniques and outcomes. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2007; 38(4): 297-305.
- Kellett S. A time series evaluation of the treatment of histrionic personality disorder with cognitive analytic therapy. *Psychol Psychother*. 2007; 80 (Pt 3): 389-405.
- Linchan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63(7): 757-66.
- Linden DE. How psychotherapy changes the brain-the contribution of functional neuroimaging. *Mol Psychiatry*. 2006; 11(6): 528-38.
- Paukert AL, Phillips L, Cully JA, Loboprabhu SM, Lomax JW, Stanley MA: Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *J Psychiatr Pract*. 2009; 15(2): 103-12
- Pull CB: Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Curr Opin Psychiatry*. 2009 Jan;22(1):55-60.
- Powers MB, Zum Vorde Sive Vording MB, Emmelkamp PM: Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychother Psychosom*. 2009; 78(2): 73-80.
- Prasko J, Horáček J, Záleský R, Kopeček M, Novák T, Pasková B, Skrdlantová L, Belohlávek O, Höschl C: The change of regional brain metabolism (18FDG PET) in panic disorder during the treatment with cognitive behavioral therapy or antidepressants. *Neuro Endocrinol Lett*. 2004; 25(5): 340-8.
- Ruhmland, M., Margraf, J.: Effektivität psychologischer Therapien von spezifischer Phobie und Zwangsstörung: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*, 2001: 11, 14-26.
- Ryle A and Kerr IB: *Introducing Cognitive Analytic Therapy. Principles and Practice*. John Willey & Sons Ltd. 2002; 265 pp.
- Tillmans A. Kognitivně-behaviorální terapie: vývoj, současný stav a úkoly do budoucna. *Psychiatrie* 2001; 5 (suppl 4): 6-8.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME: *Schema therapy. A practitioner's guide*. The Guilford Press, New York 2003; 436 pp.
- O autorovi:
Doc. MUDr. Ján Praško působí na Univerzitě Palackého Olomouc, Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a rovněž v Psychiatrickém centru Praha, Centrum neuropsychiatrických studií.
- Z angličtiny přeložila Jitka Mansfeldová.*
- Došlo do redakce: 6. 4. 2009, k publikaci přijat 8. 4. 2009.*

INTEGRACE V PSYCHOTERAPII CESTOU TÝMU. DVACETILETÁ ZKUŠENOST V SKT LIBEREC

Vladimír Chvála

ABSTRAKT

Autor v článku popisuje dvacetiletou zkušenost s vedením Střediska komplexní péče v Liberci, které vzniklo jako nový typ zdravotnického zařízení s péčí o psychosomatické pacienty a s důrazem na přizpůsobení léčby pacientovi. Autor zmiňuje okolnosti vzniku a samotné počátky existence tohoto pracoviště a dále popisuje specifika tamější práce. Zdůrazňuje především spolupráci odborníků z různých oborů péče (medicína, psychologie, psychoterapie...) a s tím spojené pěstování důvěry a vzájemné tolerance, mimo jiné i napříč psychotherapeutickými přístupy a školami. V závěru autor dodává naději, že vytvoření těchto malých pracovišť s tak pestrým týmem lékařů a psychotherapeutů či fyzioterapeutů je možné i v našich podmínkách

Klíčová slova: psychosomatická péče, pacient, pracoviště

ABSTRACT

Integration in psychotherapy in the way of team. Twenty-year experience in SKT Liberec

The author describes twenty-year experience with leading the Centre of complex care in Liberec, which was established as a new type of health services for the care of psychosomatic patients and with an emphasis on adjustment of the care to patient. Circumstances of the establishment and specifics of the work at this type of the workplace are mentioned. It mainly includes cooperation of experts from various fields (medicine, psychology, psychotherapy...) as well as formation of trust and toleration across psychotherapeutic schools and approaches. Finally the author holds up hopes that this type of health workplace with various team of doc-

tors and psychotherapists or physiotherapists is also possible in our conditions.

Key words: psychosomatic care, patient, workplace

Když v roce 1977 přijala WHO Engellův bio-psycho-sociální model nemoci a nahradila jím celou pestrou a v té době již nepřehlednou oblast psychosomatické medicíny, nebylo jasné, jak obtížné bude zavést tuto teorii do běžné, převážně biologicky orientované medicínské praxe. Zvláště u nás, kde materialismus devatenáctého století vydal své plody v podobě naivní ideologie vědeckého komunismu a většina psycho- a socio- věd byla označena za pavědu. S pojmem bio-psycho-sociální model bylo možné se setkat nanejvýš na lékařských fakultách. Přesto už během 80. let dvacátého století probíhaly i v tehdejší Československu výzkumy navazující na dřívější práce Raheho, Holmese a dalších, které mapovaly situaci pacientů chronicky stonajících somatoformní poruchou s nerozpoznanou psychickou či sociální komponentou v ordinacích praktických lékařů (Rahe, 1975; Holmes, 1978). S výsledky jsme se setkávali na odborných fórech, např. v Kroměříži na konferencích sociální psychiatrie během 80. let. Ukazovaly, že nejméně 20 % pacientů stoná tak, že jim pouhou biologicky orientovanou prací nelze pomoci. Autoři navrhovali zavést zvláštní školení minimálně pro praktické lékaře, aby si rozšířili erudici také v psychologické a sociální oblasti, a stali se tak v léčbě i této dosud zanedbávané pětiny pacientů kompetentnější (Baudiš, 1986). K realizaci v rozkládajícím se státě na konci 80. let už však nedošlo. V Německu podobné zkušenosti vedly k prosazení široce pojatého vzdělávání lékařů v psycho-sociální oblasti

v rámci tzv. základní psychosomatické péče na úrovni atestačního oboru, o který mohou dodnes němečtí lékaři specialisté zvyšovat svou erudici (Tress, 2004, str. 23-33). Hlavním argumentem přítom byla ekonomika. Ukázalo se totiž, že tito pacienti spotřebovávají v průměru až 9x více prostředků na zdravotní péči než ostatní (Smith, 1991). Izraelští výzkumníci doporučovali pro tuto populaci pacientů se somatoformní poruchou vytvářet specializovaná pracoviště s malými týmy složenými z lékařů a odborníků z psychosociální oblasti. Zde by se náklady měly redukovat až na čtvrtinu (Matalon, 2002). Takové pracoviště vzniklo také v Liberci už v r. 1989, tedy před dvaceti lety. Podívejme se na zkušenosti s vedením takového multidisciplinárního týmu v našich podmínkách. Zdaleka nešlo jen o integraci psychosociálních znalostí do medicíny, ale také o integraci různých typů psychoterapie a psychoterapeutických škol.

PRACOVISŤE PODLE PACIENTA

Začátky projektu sahají do osmdesátých let minulého století. Máme-li pochopit, jak se pracoviště integrovalo do stávajícího zdravotnického systému, je třeba si připomenout některá fakta z doby vzniku týmu. Nápad založit zdravotnické zařízení nového typu vznikl v diskusích mezi lékaři, psychology / terapeuti a sociologem v tehdejší manželské poradně v Liberci o psychických a sociálních okolnostech lidského stonání, o potížích s partnery, s dětmi a rodiči a dalších starostech, které se objevovaly tu v ordinaci gynekologa, praktického lékaře nebo v manželské poradně. Pokaždé lidé (pacienti/klienti) ukazovali jinou část své reality. Teprve když jsme si udělali na sebe navzájem čas, zjistili jsme, jak různé reality skrze nástroje svých odborností můžeme pozorovat u jediného člověka a jeho rodiny. Na celostátních setkáních, třeba na konferencích sociální psychiatrie v Kroměříži, jsme se dále inspirovali, a tak postupně vyvířela představa, že chronicky stonajícím pacientům, kteří po všech peripetích

skončí v ordinaci praktického lékaře, by bylo ještě možno pomoci, pokud vezmeme v úvahu kromě biologické také psychickou a sociální část jejich reality. Tomu nebránila jen tradiční struktura zavedené medicínské praxe, ale nakonec i sami pacienti, kteří se stylizují podle toho, s kým a v jakém prostředí jednájí; jinak vystupují u gynekologa, jinak u praktického lékaře, a zcela jinak u psychologa. Sami vybírají z reality to, co považují za vhodné pro toho či onoho odborníka. Nešlo tedy jen o to, jak jinak se ptát, ale také jak vytvořit prostředí, které by předem co nejméně selektovalo určitou část jejich reality k prezentaci v rozhovoru.

Navrhli jsme proto pracoviště s názvem Středisko komplexní terapie, což se zdálo být natolik „nic neříkající“ o konkrétním druhu léčby nebo o medicínském oboru, aby pacient mohl zůstat otevřen všem možnostem až do prvního setkání. Protože jsme nenašli žádnou vstřícnost u psychiatrů, obrátili jsme se na odborníka pro všeobecné lékařství a nabídli mu náš projekt. Kapacita plánovaného pracoviště nebyla samozřejmě stavěna pro všech asi 20 % pacientů praktických lékařů, ale měla být dost velká, aby stačila alespoň pro ty, kdo se chtějí léčit otevřeným způsobem nejen biomedicínskou, ale také psychoterapeutickou cestou. Doufali jsme, že i kdybychom pomohli jen části z nich, ulevíme také kolegům, kteří se jim nemohou tolik věnovat. Projekt se podařilo realizovat v září 1989. Měli jsme pracoviště ne podle předpisů nebo oboru či teorie, ale podle pacientů. Jen díky tomu jsme mohli udělat zcela neobyčejnou zkušenost s psychosomatickými pacienty, o kterou bychom se nyní po dvaceti letech rádi podělili s ostatními kolegy.

SOUBOR PACIENTŮ

Jak bylo řečeno, pracoviště je definováno způsobem stonání pacienta, nikoli oborem. V letech 1989 až 2009 jsme přijali do léčby a ošetřovali takové pacienty, kteří dlouhodobě stonali podivnými, převážně somatickými symptomy nebo kteří reagovali nestandard-

ně na běžnou léčbu u dobře definovaného onemocnění jakéhokoli oboru (astma, kožní alergie, diabetes, kardiovaskulární potíže a nemoci, symptomy GIT, poruchy příjmu potravy, bolesti a poruchy pohybového aparátu, únavový syndrom, gynekologicko-urologické nemoci, neurologické symptomy jako bolesti hlavy, záhadné parézy, záchvatovitá onemocnění jako epilepsie, poúrazové a pooperační stavy atd.). Podmínkou je dostatečně dobré vyšetření symptomů v rámci odborných ordinací a doporučení lékaře. Věk ani pohlaví pacienta nerozhodují, určující je jeho zájem se léčit. Pasivní postoj nebo jen strpění léčby na přání lékaře nebo rodičů nejsou dobrými předpoklady naší léčby. Zpracovali jsme údaje od roku 1997, od kdy používáme informační systém AMICUS. Údaje o počtech ošetřených jsou mimořádně stabilní, můžeme proto učinit dosti přesný odhad celkového počtu ošetřených za celých dvacet let (jde o 20 341 pacientů). Pro přesnější údaje se ale budeme držet spolehlivých dat od roku 1997.

Celkem jsme ošetřili 15 341 pacientů, průměrně 1 278 pacientů ročně. Protože se samozřejmě v průběhu let někteří pacienti vracejí, představuje toto celkové číslo jen 8 549 rodných čísel. Z toho bylo 3 080 mužů a 5 445 žen. Nejvíce pacientů spadá do věku 25–55 let. Pokud jde o délku léčby, sledovali jsme původně modely tzv. krátké terapie, které vycházejí z rodinné terapie především milánského týmu a Steve de Shazera. Uzavíráme s pacientem smlouvu zaměřenou na cíl terapie, obvykle na 10–15 sezení. To odpovídá praxi rodinné terapie, i když v jiných modech terapie se takový kontrakt neuzavírá, nebo jen předběžně na delší dobu. Poměrně často se stává, že je pacient léčen současně několika členy týmu, například lékař vede medikaci, psycholog nebo jiný lékař psychoterapii a současně může pacient s tělesnými obtížemi chodit na rehabilitaci. Odborníci se však o něm, pokud je to možné, vzájemně domlouvají (pacient je o tom informován). Pozoruhodné je, že jen u 15 % našich pacientů byla

použita v léčbě medikace, i když v zásadě nejsme proti dobře indikované farmakoterapii. Převažují výkony terapeutické nad klinickým vyšetřením, což jednoznačně řadí naše středisko mezi psychoterapeuticky orientovaná pracoviště, se kterými si pojišťovny v České republice nevědí rady, když nevyužívají odbornost 910 pro všechny, kdo jsou oprávněni používat kód psychoterapie, ať jsou to lékaři nebo psychologové.

INTEGRACE MEDICÍNY A RŮZNÝCH TERAPEUTICKÝCH ŠKOL V JEDNOM TÝMU

Základním teoretickým východiskem budoucího libereckého týmu se stala systemická teorie pod vlivem seminářů rodinné a systemické terapie Petra Boše v Dubí. Ta umožňovala integraci mnoha pohledů na různé části pacientovy reality, té biologické, psychické i sociální. Ponechme stranou radikální formu této postmoderní teorie, která se dostala až na pozice agnosticizmu, což může některé vědce odrazovat. Práce Gregory Batesona, chilského profesora fyziologie Humberta Maturany nebo Francesko Varely v nás ponechaly hluboký dojem (Chvála, 1992). I když se tak stalo spíše náhodou, ukázalo se, že systemická teorie umožňuje integrovat nejen biologickou realitu (Uexküll, 2003) s oblastí psychosociální (Luhmann, 1984), ale dovoluje koexistenci různých terapeutických škol v rámci jednoho týmu; patrně proto, že sama obsahuje nástroje pro pochopení systémových vlastností a práci s nimi (Schlippe, 2001). Pro uspořádání provozu jsme se inspirovali pracemi de Shazera a praxí milánského týmu, kteří ukázali, že je možné vybudovat pracoviště na principu krátké terapie (de Shazer, 1982). Odtud pochází uspořádání prvního setkání s pacientem na našem pracovišti jako nejdůležitějšího okamžiku léčby. Práce s časovou osou otevírá pohled na rodinný systém pacienta, umožňuje rozhodnout se o nevhodnějším dalším postupu a uzavřít s většinou pacientů terapeutický kontrakt (Chvála, 1995). Podle toho, zda se nám ze systemické perspektivy

zdá být prezentovaný problém problémem jednotlivce (sama se sebou), dvojice nebo celé rodiny, navrhujeme uspořádání dalšího postupu, kterým zdaleka nemusí být rodinná terapie. Pro pacienty, kteří trvají výhradně na biologické hypotéze, máme nabídku pracovat dále jen s tělem buď u fyzioterapeuta, nebo akupunkturisty s tím ovšem, že v těchto následujících krátkých kontaktech budeme stejně aktualizovat zdroje psychosociálního napětí nemocného, a tím opatrně zpochybňovat pouhý biologický původ obtíží. Někdy je možné i tyto pacienty časem získat pro psychotherapeutický postup, pokud se neuzdravili jednodušší cestou dříve (snad i ortelem, který může nabídka psychoterapie nebo spolupráce s celou rodinou představovat).

Jestli jsme v něčem měli skutečný úspěch, pak to byla volnost, s jakou jsme mohli léčebný postup tvarovat pacientovi na míru, nejen podle jeho přání a našich možností, ale i podle stále větší zkušenosti s výsledky předchozích terapií. Pro určitá témata, právě tak jako pro některá období života se hodilo jiné uspořádání nebo jiný terapeut či postup. Tak se například stalo, aniž jsme to mohli předem odhadnout nebo se o to snažili, že jsme se stali experty na poruchy příjmu potravy díky tomu, že nás rodiny samy naučily, jak s nimi zacházet co nejvýhodněji, aby léčba byla účinná a co nejkratší. Na více než stovce rodin jsme dokázali, že jsme s většinou z nich úspěšně hotovi do desátého sezení (Trapková 2000). Zkušenost nám ukázala, že je nutné vyžadovat u této poruchy léčbu celé rodiny; všechna ostatní uspořádání jsou méně účinná. Někdy je nezbytné nebo jediné možné zkusit léčbu v modu individuální terapie, ale je to pro nás jen náhradní a méně výhodná cesta. Ostatně u všech poruch, které se objevují v kritických obdobích vývoje rodiny, typicky např. v období separace, je nejvýhodnější začít od rodinné terapie. Později je možné pokračovat individuální terapií někoho z rodiny nebo i skupinovou terapií. Faktem je, že se dvacet let pečlivě držíme důsledků vlastní praxe s velkým množstvím

případů, a teprve na základě toho vytváříme teoretická zobecnění.

Z dalších psychotherapeutických škol a metod jsme v průběhu dvou desítek let zaznamenali také vlivy gestalt (tvarové) terapie, transakční analýzy, psychoanalytické terapie, psychoanalýzy, Rogersovské terapie, Ericksonovy hypnoterapie a ortelové terapie, arteterapie, Pessó-Boyden psychomotor psychoterapie, Daseins-analytické terapie a také meditativní psychoterapie bdělé pozornosti (abidharmy), která se teprve později formovala jako satiterapie. Tyto směry byly obvykle zastoupeny díky různým výcvikům jednotlivých členů, kteří v týmu působili. Jistě by bylo možné a snad také jednodušší budovat tým v duchu jediného psychotherapeutického směru. Členové takového týmu by mluvili stejnou řečí, nemuseli by podstupovat námahu spojenou s odlišností a s nutností překladu. Jenže vybírat jsme si mohli jen stěží, rozhodující bylo, kdo je vůbec ochotný s námi spolupracovat a to jen zřídka určovala psychotherapeutická orientace adepta. Něco jiného jsou sny a jiná je realita. Pracovat u nás nebylo ani atraktivní, ani finančně zajímavé. Spíše naopak. Rozhodnutí přidat se k našemu týmu a odejít ze „seriózní medicíny“ bývalo komentováno nepříjemnými poznámkami ze strany ostatních kolegů a přátel. I jen spolupráce s našim pracovištěm byla na nejmenovaném psychiatrickém oddělení nemocnice trestána odebráním osobního ohodnocení.

Můžeme se tedy ptát, zda docházelo k nějaké formě integrace, infiltrace či k vzájemné inspiraci jednotlivých škol. Oprávněně bychom mohli v takovém týmu očekávat zvýšené množství názorových konfliktů a nedorozumění vycházejících z rozdílných pohledů jednotlivých teorií. Určitě k nim také docházelo a zdaleka ne všichni, kdo u nás začali pracovat, pracují zde dodnes. Ale faktem zůstává, že polovina dnešního týmu nastoupila v několika prvních letech. Jak se tedy stalo, že pracoviště vydrželo tak dlouho v poměrně vysokém pracovním

nasazení s relativně stabilním týmem? Odpověď můžeme najít také v systemické teorii. Luhmann vyslovuje hypotézu, že sociální systémy se organizují autopoeiticky díky tzv. dvojité kontingenci, tedy nejistotě. Ta spočívá v tom, že na hranicích mezi dvěma *psychickými* systémy (tedy lidmi) panuje oboustranná nejistota ohledně záměrů toho druhého. „Jedním z nejdůležitějších důsledků této dvojité kontingence je vznik důvěry, resp. nedůvěry. Vystupuje, když je vstup do situací s dvojitou kontingencí vnímán jako obzvlášť riskantní“ (Luhmann, 2006, str. 149-151). Luhmann ukazuje, že právě překonávání této bariery a vznik důvěry je základním zdrojem tvorby sociálních (nikoli psychických) systémů. „Důvěra je strategie s větším dosahem. Ten, kdo věnuje důvěru, podstatně rozšiřuje svůj potenciál jednání.“

Jinak řečeno, pěstování týmu jde ruku v ruce s pěstováním důvěry. Čím větší vzájemná důvěra panuje mezi členy skupiny, tím může být tým kreativnější, protože tím větší diferenciací je schopen. Platí to vždy, ale zde si dovoluujeme upozornit na to, že mezi psychoterapeuty různých škol nebo mezi lékaři a psychology může být pěstování důvěry značně narušené právě z podstaty věci, z tendence vidět svět jen prizmatem své teorie. A to tím spíše, čím více je tato teorie „posuzující“, diagnostikující. Všichni to dobře známe. Kolega jedné školy použije k popisu situace pacienta termín, který ve slovníku jiného kolegy umožňuje výklad, jenž může vést k posouzení (nebo i odsouzení) referujícího kolegy. Na psychosomatickém pracovišti stačí přijít s banálním onemocněním a hned se to může nějak „vykládat“. Pohledy někoho, kdo je v týmu se svým viděním světa sám – je třeba jediný zastávce gestalt terapie – mohou zaznívat bez pochopení ostatních a časem se mohou stát bez opory nevyslovitelnými. „Malý náznak zneužití důvěry nebo také dosud přehlížené vlastnosti pak stačí k tomu, aby došlo k radikální změně vztahu. A to že se to ví, pak zase stabilizuje na důvěře založe-

ný sociální systém“ (Luhmann, 2006, str. 149). Mohli bychom to tedy parafrázovat: V týmu důvěra je, nebo neexistuje vůbec. Tým tvořený terapeuty jediné teoretické školy je z tohoto hlediska jistě stabilnější, protože se snadněji vytváří důvěra, ale nemusí být zdaleka tak kreativní, jako je tomu u týmu sestaveného z různých škol. Tato kreativita může vést k vytvoření nových pohledů na svět, jak se také zřejmě u nás stalo při vzniku modelů jako je sociální děloha nebo kombinace rodinné terapie a teorie jin-jangu (Trapková, 2004; Chvála, 2006). Tyto nové integrativní pohledy mohou dráždit svou nezvyklostí teoretiky a kritiky z oblasti psychoterapie (Vybíral, 2008). Jenže to takový je postmoderní svět: na hranicích (mezi obory, světy, systémy...) nachází nové náměty, nová témata, nové vhledy. To je také patrně ten největší zisk z námahy, jakou udržování podobného týmu představuje. Každý terapeut vychází nepochybně ze své teoretické báze a ze zkušenosti své terapeutické školy. Ostatně obvykle je každý z nás se svým pacientem sám a o tom, co se za dveřmi pracovny stalo, se můžeme dozvídat pouze zprostředkovaně, vyprávěním. Ani při sledování videozáznamů na tom nejsme o mnoho lépe. Na první pohled se zástupci různých škol ptají velmi podobně, snad až na systemika, který klade pořádké (cirkulární a reflexivní) otázky. Ale v čem se lišíme vždy, je vnitřní proces. Na ten je třeba se zeptat, ten není možno vidět. Průlomem do tohoto uzavřeného světa terapeutů je práce ve dvojicích. V průběhu času u nás pracovala řada dvojic v různých kombinacích a je třeba říci, že to bývá obohacující zkušenost. Proto jí na rozdíl od jiných týmů pomáháme, i když značně komplikuje provoz a ekonomicky není nijak podporovaná.

Nejen různé teorie ale také další okolnosti, především ekonomické, zasahují do tvorby týmu. Stačil jen náznak nejasností kolem financí a bylo po jeho kreativě. To nakonec vedlo k vygenerování systému, ve kterém je každý terapeut pokud možno nezávislý.

Neosvědčilo se nám kombinovat zaměstnanecké poměry s jinými druhy vztahů v jednom týmu, snad s výjimkou začínajících kolegů. Dnes víme proč: stav produkoval nedůvěru, a tím zchlabil kreativitu. To také souvisí se způsobem vedení takového týmu. Direktivní vedení, obvyklé ve zdravotnictví, se zde nehodí z jednoduchého důvodu. Důvěra musí být prokázána dobrovolně. Nelze ji nařít, stejně jako kreativitu. Lze jim pouze vytvářet prostor (Trapková, 1994). To však neznamená, že je třeba rezignovat na řízení pracoviště. Vytváření prostoru znamená vytvářet hranice. A to je také úkolem vedení tohoto pracoviště.

Je tady ještě jeden důvod, proč lze jen obtížně vést podobné pracoviště direktivně podle modelu běžných zdravotnických zařízení. Sám proces léčby při psychoterapii vyžaduje kromě jiného dostatek času typu *kairos*, tj. času k vyladění, k uzrání. Není možné terapii provádět na povel v čase řečeném *chronos*, tedy objektivním, panujícím v běžném světě (Trapková, 2004). To je patrně největším důvodem nedorozumění mezi pracovištěm tohoto typu a pracovišti čistě biologickými. A je to také velká záhada, se kterou si lámou hlavu pojišťovny. „Co vy to tam s tím pacientem děláte. Vždyť vy tady uvádíte, že jste s ním hovořili celou hodinu!“ křičel na nás posudkový lékař pojišťovny. Byl to vynikající chirurg, nyní v jiné roli. Co mu na to říci?

ZÁVĚR

Pokusili jsme se shrnout zkušenosti, které nabyl tým Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci za dvacet let od svého vzniku při práci s převážně psychosomatickou klientelou. Ošetřili jsme přes 20 tisíc pacientů. Většinou se na léčbě podílela určitá forma psychoterapie nejružnějších škol, proto se věnujeme otázkám možností vzájemného ovlivnění nebo inspirace a vůbec vhodnosti takového uspořádání. I když hlavním teoretickým východiskem byla systemická teorie a z ní především praxe krátké terapie, ukázalo se, že pestrá paleta pacientů s psychosomatickým onemocněním, poruchami chování či sym-

ptomu z oblasti malé psychiatrie může být s úspěchem ošetřena týmem s takto pestrou výbavou. Podle Luhmannovy systemické teorie sociálních systémů se dokonce taková pestrost jeví jako výhodná, za podmínky, že je tým veden v přátelském a důvěru budícím duchu. Nezbytná je přítom péče o hranice jak navenek, tak i uvnitř týmu. Jednotlivé skupiny pacientů z naší kartotéky by zasloužily podrobnější zpracování, k tomu však budeme potřebovat další čas. Naše zkušenost zakládá naději, že organizace péče o psychosomatické pacienty do malých pracovišť s pestrým týmem lékařů a psychologů či fyzioterapeutů, jak to navrhli izraelské autoři již v osmdesátých letech minulého století, je možná i v našich podmínkách.

LITERATURA

- Baudiš, P. a spol. (1986). Psychiatrická nemocnost v praxi obvodního lékaře. *Sborník referátů a diskuse*. Kroměříž: vydala Psychiatrická léčebna.
- DeShazer, S. (1982). *Patterns of Brief Family Therapy. An Ecosystemic Approach*. New York: Guilford.
- Holmes, T. (1978). Life situations, emotions and disease. *Psychosomatics*, 19, s. 747-754.
- Chvála, V. (1995). Časová osa - nový pohled na psychosociální souvislosti. *Kontext*, XI, č.2, s.26-31.
- Chvála, V. (1993). Radikální konstruktivismus a lékařská praxe. *Prakt. Lékař*
- Chvála, V., Trapková, L. (2006). *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál.
- Luhmann, N. (2006). *Sociální systémy. Nárys obecné teorie*. Praha: CDK.
- Matalon, A. N. (2002). A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders. *Fam Pract*, 19, s. 251-256.
- Rahe, R. H. (1975). Life ganges and Nera-future illness reports. V L. Levi, *Emotions: Thier paramterers and measurement*. s. 501-516. New York: Raven Press.
- Schlippe, A. S. (2001). *Systemická terapie a poradenství*. Brno: Cesta.
- Smith, G. (1991). *Somatization disorder in the medical setting*. Washington: American Psychiatric Press.

- Trapková, L., Chvála V. (2004). *Rodina jako sociální děloha. Portál*. Praha: Portál.
- Trapková, L., Chvála, V. (1994). Setkání tradičního a netradičního přístupu k psychiatrickému pacientovi. *Amireport, II, č.7-8*.
- Trapková, L., Chvála, V. (2000). Soubor pacientů s poruchami příjmu potravy na našich pracovištích za posledních pět let. *Prakt. lékař (80/9)*.
- Trapková, L. (2004). Čas uvnitř a čas vně. *Symposium rodinné terapie Čas pro rodinu, 2.-3. 4. 2004*. Hejnice: SOFT.
- Tress, W., Kruse, J., Ott, J. (2004). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
- Uexküll, T. von (2003). *Psychosomatische Medizin, 6.vydání*. München, Jena: Urban & Fischer.
- Vybíral, Z. (2008). Rodinný terapeut jako zastávce tradiční rodiny. *Psychoterapie, 3-4*, s. 213-220.

Došlo do redakce: 11. 6. 2009, k publikaci přijat 11. 6. 2009.

PĚTILETÝ INTEGRATIVNÍ EXPERIMENT VE SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPII

Petr Moos

ABSTRAKT

V článku popisují experiment ve skupinové psychoterapii, který pět let provádíme v libereckém Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch s kolegou psychiatrem MUDr. Alešem Fürstem a ve kterém integrujeme v jedné skupině pacientů dva odlišné psychotherapeutické přístupy, Pesso Boyden System Psychomotor a daseinsanalýzu. Oba přístupy odpovídají našim komplexním výcvikům v psychoterapii. Ačkoli jsme byli předem varováni, že tato integrace nejspíš nebude fungovat, rozhodli jsme se to zkusit a po pěti letech praxe můžeme s jistotou říci, že proces integrace vyústil v novou a zajímavou psychotherapeutickou ústavu, která funguje velmi dobře a přináší s sebou řadu nových a pozitivních psychotherapeutických efektů.

Klíčová slova: integrace, skupinová psychoterapie, PBSP, daseinsanalýza

ABSTRACT

Five-year integrative experiment in group psychotherapy

In the Centre of complex therapy of psychosomatic disorder in Liberec we conduct the experiment in group psychotherapy with my colleague psychiatrist MUDr. Aleš Fürst.

Two various psychotherapeutic approaches are integrated in one group of patients, Pesso Boyden System Psychomotor and daseinsanalysis. The both approaches conform to our complex psychotherapeutic trainings. Though we were pre-warned, that the integration is not supposed to work well, we have decided to try it and we can certainly say after five years of practise, that the process of integration have lead to a new, interesting psychotherapeutic concept, which does very well and brings a range of new and positive psychotherapeutic effects.

Key words: integration, group psychotherapy, PBSP, daseinsanalysis

Hned v úvodu bych rád podotkl, že si v tomto textu v žádném případě nekladu ambice na metodologicky přesné a formálně vědecky správné vyhodnocení integrativního experimentu ve skupinové psychoterapii, kterého se s kolegou již pět let svévolně dopouštíme. Rád bych touto cestou pouze jednoduše sdělil všem psychotherapeutům i všem teoretikům terapeutické integrace, že nám vcelku dobře po zmíněnou dobu funguje zajímavé propojení dvou svébytných psychotherapeutických směrů, konkrétně Pesso Boyden System Psychomotor (dále

PBSP) a daseinsanalýzy, a to u jedné skupiny pacientů, se kterou pracujeme ve Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci.

V dubnu roku 2004 jsme se s kolegou psychiatrem a psychoterapeutem dr. Alešem Fürstem rozhodli, že na našem pracovišti založíme klinickou terapeutickou skupinu, ve které se pokusíme integrovat PBSP s dynamickou psychoterapií daseinsanalytického zaměření. Oba přístupy odpovídají našim komplexním výcvikům v psychoterapii; dr. Fürst absolvoval výcvik PBSP a já výcvik v dynamické daseinsanalýze. Motivem našeho počínání byl prostý fakt, že s kolegou rádi spolupracujeme, dobře si rozumíme v přístupu k pacientům a máme řadu společných propojení v našem myšlení a vnímání věcí. Na začátku jsme si řekli, že tento experiment zkusíme a uvidíme, jaké nám přinese výsledky, inspirace a celkový terapeutický efekt u jednotlivých členů skupiny.

Řada kolegů nás nabádala ke skepsi a upozorňovali nás, že zamýšlený typ integrace nebude fungovat. Riziková hypotéza zněla tak, že vysoce strukturovaná a ritualizovaná práce s jednotlivcem v PBSP bude narušovat, fragmentovat a celkově zpomalovat dynamický proces celé skupiny. I přes tyto námitky jsme se však nenechali odradit a experiment jsme provedli.

Nyní uvedu několik čísel, která pro mě po několikadenním úsilí nasbírala ze zdravotnické dokumentace sestra našeho střediska Markéta Finkousová, které bych touto cestou rád poděkoval. Na základě podrobného průzkumu patientských karet zjistila, že v současné době naše skupina funguje přesně pět let, během nichž proběhlo 200 skupinových setkání. Skupinou postupně prošlo 57 pacientů, z toho 35 žen a 22 mužů, což v procentuálním vyjádření znamená 60 % žen a 40 % mužů. Relativně stabilní vysoké procento mužů ve skupině je zřejmě dáno i tím, že skupina je vedena dvěma muži-terapeuty, kteří navíc svou přítomností zajišťují celkově vyvážený poměr mužů a žen (jedna ku jedné).

Skupina funguje jako polouzavřená s maximálním počtem 12–13 pacientů a jednotlivec může ve skupině setrvat nejdéle 2,5 roku (zúčastní se tedy maximálně 100 skupinových setkání). Zatím nikdo plného počtu skupin a nejzazšího časového limitu nevyužil. Průměrně pacienti končí skupinovou terapii po necelých dvou letech docházky.

Markéta Finkousová z dokumentace dále zjistila, že věk pacientů se pohybuje od 25 do 60 let, s maximální četností v rozmezí 30–40 let. Rovněž vyhledala diagnostický profil skupiny, ve kterém se ukázalo, že nejvíce jsou zastoupeny smíšené úzkosti a deprese, panická porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, poruchy příjmu potravy, somatizační problematika, nespavost apod., tedy že se jedná zejména o okruh neurotických a psychosomatických potíží. Dokumentace dále ukazuje, že v menší míře pracujeme i s diagnostickým okruhem poruch osobnosti, hlavně s emočně nestabilní poruchou hraničního typu.

Naše pětiletá praktická zkušenost s námi navrženým integrovaným uspořádáním navíc jasně zaznamenává zajímavý jev: výrazný terapeutický efekt se dostává u pacientů, v jejichž anamnéze nalezneme týrání, zneužívání, suicidální pokusy či tragické události. Později ukážu pravděpodobné důvody.

Časový formát skupinového setkání je stanoven na 120 minut, které jsou rozděleny na dva bloky po 55 minutách a desetiminutovou pauzu. První blok vždy tvoří struktura PBSP a druhý blok dynamická část skupinové práce. Na tomto místě musím podotknout, že jiné pořadí bloků či jiný časový formát skupiny tak dobře nefunguje. Mohou se totiž mnohem snadněji objevit potíže, před kterými nás varovali kolegové a které jsem zmínil již dříve. Celkový terapeutický proces začne mít problémy s plynulostí a nevhodným uspořádáním bloků může být ve výsledku zpomalován.

PODOBA SKUPINOVÉHO SETKÁNÍ

Z textu již vyplynulo, že v našem pojetí skupinové terapie integrujeme dva psychotherapeutické přístupy. Vždy prvním je na skupinovém setkání blok PBSP, ve kterém v rámci skupiny strukturovaně pracuje jednotlivec pod vedením MUDr. Fürsta.

Pesso Boyden System Psychomotor je celostní psychotherapeutická metoda, kterou společně vytvořili manželé Albert Pesso a Diana Boyden-Pesso v 60. letech minulého století ve Spojených státech a tuto metodu stále rozvíjejí. PBSP v sobě sdružuje psychoanalytické a na rodinu orientované principy s přístupem zaměřeným na klienta (PCA – Rogers). Avšak základním a zároveň zastřešujícím principem PBSP je práce s tělem a tělovým prožíváním. Přestože Pesso přímo nevychází z tradice např. Reicha nebo Löwena, jeho metoda implicitně obsahuje jejich základní předpoklady, že **život člověka je životem jeho těla a živé tělo je svébytným a jedinečným energetickým systémem.**

Hlavní charakteristikou práce PBSP je vysoká strukturovanost, ritualizace a velký důraz na co největší bezpečí pro pacienta. Hovoří pro to i způsob práce, kterému se říká tzv. „struktura“, trvající zhruba 45 minut. Struktura je dyadickou interakcí pacienta s psychotherapeutem v prostředí celé skupiny, jejíž ostatní členové jsou podle potřeby pacienta využíváni v přesně režírovaných rolích. Na režii se podílí hlavně pacient za podpory terapeuta a v režijní aktivitě oba oscilují podle aktuálních možností a kompetence pacienta. V ideálním případě se pacient sám stává scénáristou a režisérem v jedné osobě, zatímco terapeut funguje jako jakýsi asistent celkové reže dané struktury. Pacient je během struktury opakovaně vybízen k tomu, aby sledoval a vyjadřoval se ke svému tělovému dění, aby lokalizoval v těle různé emoce a pozorně si všímal, co se s ním na tělesné úrovni děje. Terapeut od počátku struktury soustředěně pozoruje objektivní pacientův projev, snaží se zachytit a odečíst jeho emoční stav (tzv. microtrac-

king) a svá pozorování mu periodicky nabízí ve formě stručného strukturovaného komentáře, zachycujícího co nejpřesněji pacientův vlastní verbální projev. Příklad: „Kdyby tady byl svědek, mohl by vidět, jak jste smutný, když říkáte, že váš syn má problémy s alkoholem“.

Druhým psychotherapeutickým přístupem a zároveň vždy druhým blokem našeho skupinového setkání je dynamická psychotherapie s daseinsanalytickým zaměřením. Tento druhý blok skupinové práce vedu já.

Daseinsanalytický přístup se ve svých východiscích opírá o fenomenologii Edmunda Husserla, existenciální filozofii Martina Heideggera a daseinsanalytickou praxi Medarda Bosse. Jejich myšlenky hodně ovlivňují náš přístup k jednotlivci v rámci dynamického skupinového bloku a jako terapeuti se jimi řídíme oba, tedy já i kolega Fürst, bez rozdílu našeho dalšího psychotherapeutického zaměření, neboť nám jsou oběma vnitřně blízké. Každého pacienta vnímáme jako svébytnou a jedinečnou existenci a přístup k němu shrnujeme s Heideggerem do pěti základních tezí:

1. Existence je život, který sám sobě rozumí.
2. Člověk VŽDY již nějak rozumí tomu, co je.
3. Tímto způsobem člověk sám sobě odkrývá SMYSL toho, co je.
4. Každý člověk si sám nějak svůj život rozvrhuje a sám si jej nějak vykládá.
5. Za svůj vlastní rozvrh a výklad života přijímá člověk svou osobní zodpovědnost.

Takže tolik k daseinsanalýze a nyní přejdeme k naší konkrétní skupinové praxi. Jak vlastně vypadá jedno celé skupinové setkání?

V prvním bloku probíhá 55 minut vždy předem objednaná struktura jednoho z pacientů. Ten obvykle sedí uprostřed skupinového kruhu, vytváří si nejprve bezpečný prostor pro svou vlastní práci, navazuje

kontakt s terapeutem a postupně začne rozvíjet nějaké osobní téma. Ostatní členové skupiny po celou dobu struktury mlčí a jsou k dispozici pro obsazování rolí nejrůznějších hlasů a důležitých postav z pacientovy osobní historie, které se jako jednotlivé fenomény postupně objevují v souvislosti s daným tématem. Členové skupiny jsou rovněž k dispozici pro postupné obsazení rolí tzv. ideálních postav v pacientově příběhu, tedy k vytvoření jakéhosi antidota k prožitkům, které byly pro pacienta v jeho minulosti poškozující.

Jak již bylo řečeno, samotná struktura trvá zhruba 45 minut a bezprostředně po ní následuje 10 minut tzv. sdílení, kdy jednotliví aktéři velmi stručně hovoří o tom, co během struktury pociťovali, popř. o tom, na co si vzpomněli ze své vlastní historie. Řídí se přitom velmi důležitým pravidlem vyjadřovat se pouze k sobě, ke svým vlastním prožitkům a ke svým vlastním vzpomínkám. Platí zákaz hodnocení struktury, rad pro hlavního protagonistu, poučování, nálepkování apod.

V průběhu 45 minut vlastní struktury jednotlivce ostatní členové skupiny striktně mlčí. To je podstatný parametr pro další práci v dynamickém bloku skupiny. Proč? V rámci strukturovaného tématu při práci jednoho člena skupiny se ostatním vybavují jejich vlastní zážitky a emoční prožívání v minulosti či současnosti, nevědomí se dostává do pohybu, avšak zároveň s tím musí všichni na skupině mlčet a jsou nuceni veškerý narůstající emoční tlak městnat. Tento proces se pak stává důležitým základem pro práci v dynamickém bloku skupiny, kdy jsou všichni v podstatě připraveni a vnitřně motivováni k tomu, aby své osobní prožívání přinesli do skupiny.

Po desetiminutové přestávce tedy obvykle začne poměrně hutná skupinová dynamika a pacienti hned od začátku zpracovávají svá témata a obsahy, vyprovokované proběhnuvší strukturou někoho jiného. Z toho můžeme rovněž vidět, že námi zvolené experimentální skupinové uspořádání některé procesy znatelně podporuje, než aby tomu bylo naopak.

Po pěti letech práce se skupinou zjišťujeme, že náš integrativní experiment s sebou přinesl řadu pozitivních fenoménů. Např. díky vysoké strukturovanosti a bezpečnosti PBSP se tyto parametry postupně dostaly i do celkové skupinové kultury. Pacienti mají pozoruhodně vysoké procento docházky, nepřítomnost spontánně a důsledně omlouvají předem a s jasným zdůvodněním. Ve vzájemných interakcích se poměrně rychle objevuje respekt k druhému, avšak zároveň s tím funguje bezpečný prostor i pro interakční výměnu a zpracování vzájemných agresí, bez necitlivého zraňování. Velmi výrazná je skupinová koheze.

Podle reflexí pacientů na skupině vidíme, že se cítí relativně dost bezpečně, takže se následně odvažují prozkoumávat a analyzovat i velmi citlivá, intimní témata. Často použijí strukturu jako bezpečný prostor pro odhalení velkých životních ublížení a traumat, zejména v případě sexuálního zneužívání v dětství, psychického a fyzického týrání, tragických úmrtí, sebevražedných pokusů apod. Přes strukturu PBSP si pro sebe dané téma otevrou, přinesou jej do skupinového prostoru a jsou s ním pak dále schopni pracovat i v rámci skupinové dynamiky.

Velmi vhodným diagnostickým okruhem pro naši skupinu jsou pacienti s psychosomatickými obtížemi, kteří většinu svých psychických tenzí a vnitřních konfliktů chronicky potlačují na somatickou úroveň. Právě strukturovaná práce zaměřená na tělové prožívání pro ně často bývá jakousi vstupní bránou do světa jejich emocí. Dostávají se do přiměřenějšího kontaktu se svým emočním prožíváním, které potom začínají přinášet jako svůj díl do skupinové dynamiky.

Závěrem se odvážím prohlásit, že náš pětiletý integrativní experiment vyšel poměrně hezky a přinesl řadu pozitivních terapeutických efektů. Zároveň s tím ale musím zmínit i fakt, že se jednalo o postupný proces. Zjistili jsme, že integrace v psychoterapii není stavem, kdy prostě jen

slepíme dohromady třeba dva nějaké odlišné psychoterapeutické přístupy, ale že je to proces hledání, na jehož konci vznikne zcela nový, svébytný psychoterapeutický útvar. V našem případě se již nejedná o integraci PBSP a daseinsanalýzy, ale o úplně jiný výsledný celek, otevírající nové možnosti v práci a přínosný pro pacienty.

Případá mi, že zde symbolicky platí známá paradoxní rovnice, ve které $1 + 1 = 3$, tedy že se jedná o stav, kdy celek je čímsi více než jen prostým součtem jeho dvou částí.

V Liberci dne 26. 4. 2009

Došlo do redakce: 29. 4. 2009, k publikaci přijat 29. 4. 2009.

SEN JAKO MÍSTO SETKÁNÍ

aneb od psychoterapie Integrované k Integrativní, tj. od dokončené integrace k další integraci

Jan Kubánek

ABSTRAKT

Sen je zdrojem sebepoznání. Se sny pracují psychoterapie hlubinná, dynamická, humanistická i interpersonální. Základní kámen položil S. Freud, otec psychoanalýzy a psychoterapie. Freud chápal sen jako královskou cestu do nevědomí. F. Perls, zakladatel gestalt terapie, přinesl jiný způsob práce se sny – psychodrama. F. Knobloch, zakladatel Integrované psychoterapie, využívá při své práci se sny také hraní rolí. Sen se pomocí členů skupiny přehrává a klient postupně hovoří za všechny prvky svého snu, včetně osob, živočichů, rostlin či věcí a předmětů. Během této práce se objevují klientovy emoce a hypotézy, které F. Knobloch vnímá jako přenosové.

Autor článku, bývalý žák F. Knoblocha, využívá při práci se sny také psychodrama. Hraní rolí však spojil s prací s kruhy. Práce s kruhy je původní, nenáročná technika (J. Kubánek, 2008), inspirovaná pojetím sebepodřívajícího chování. Díky ní se sen stává skutečným místem setkání s klientem. Můžeme se dozvědět o sebepodřívajícím chování klienta, o jeho pozitivních zdrojích, a lépe se orientovat, kde a jak klientovi pomoci. Objevíme také prostor pro spolupráci s ostatními psychoterapeutickými směry.

Klíčová slova: sen, projekce, přenos, hraní rolí, kruh, sebepodřívající chování, intervence, integrovaná, Knobloch

Dream as a place of meeting or from Integrated to Integrative psychotherapy, i.e. from completed integration to further integration

ABSTRACT

A dream is a source of self-cognition. Deep, dynamic, humanistic and interpersonal psychotherapy as well handle with dreams. The basic stone was laid by S. Freud, founder of psychoanalysis and psychotherapy. He considered the dream as a royal way to the unconsciousness. F. Perls, founder of Gestalt therapy, brought the other method of work with dreams – psychodrama.

F. Knobloch, founder of Integrated psychotherapy, has used psychodrama while working with dreams as well. A client is talking step by step on behalf of all elements of his dream – including persons, animals, plants or things and objects. Client's emotions and suppositions that Knobloch perceives as transference appear during this work.

Author of this article, late Knobloch's student, is using psychodrama while working with dreams too. However he has connected playing roles with work with circles – an original, undemanding technique (Kubánek, 2008). It is inspired by conception of self-defeating behaviour. Due to this technique a dream becomes a real place of meeting

with client. We can learn about client's self-defeating behaviour, his positive sources, but also orientate ourselves where and how we can help. We are also revealing space for cooperation with other psychotherapeutic systems.

Key words: Dream, projection, transfer, acting roles, circle, self-defeating behaviour, intervention, integrated, Knobloch

Rád bych se s vámi podělil o jeden z možných způsobů, jak využít sny v terapeutické práci. Zmíním se i o Integrované psychoterapii, z jejíhož pole jsem „terapeuticky“ vzešel. Následující tedy odráží rovněž moji osobní cestu po pěšince integrace. Cestu od Integrované psychoterapie, která sebe sama popisuje přívlastkem vidu dokonavého, tj. dějem ukončeným, k psychoterapii Integrativní, která – dle mého názoru – vytváří větší prostor pro nové myšlenky a pro další integraci. Integrace je proces, kvas, který rozhodně ještě není ukončený.

Co je to vlastně sen? Je to poselství z božského prostoru, je to obraz budoucnosti, jsou to náhodné procesy v mozku v době jeho odpočinku?

Odpověď, která otevřela cestu k využívání snů v psychoterapii, nabídl S. Freud, když řekl: „Zdánlivě bezsmyslné chování jako parapraxie (přeřeknutí, přepsání, chybné výkony), sny a psychopatologické symptomy jsou motivované struktury, mají smysl, to jest jsou cílově zaměřené“ (Freud, 1933).

Sám Freud používal jako základní metodiku volné asociace. Tento způsob práce nalezneme jistě i nyní, a to především v hlubinných psychoterapeutických směrech. V takto uchopeném snu se mimo jiné objevují symboly a terapeut – spíše v expertní roli – nabízí jejich interpretace.

Jinou možností, jak naložit se snem, je využít Morenovo psychodrama. Tento kreativní a expresivní způsob využíval při práci se sny F. Perls, zakladatel gestalt terapie. O snech se citlivě vyjádřil domněnkou: „Sen je nejautentičtějším projevem lidského bytí“ (Perls, 1968).

Při samotné práci klient přehrává sen a hovoří za všechny jeho prvky. Tím, že klient hovoří za všechny součásti snu, nabízí své různé projekce. Zjednodušeně – co řekne klient, platí vlastně i pro něj. Význam prvků a součástí snu dává tedy mnohem více klient a to tím, jaká slova volí, když mluví za jednotlivé prvky svého snu.

Dovolím si krátké zopakování pojmu projekce. Projekci popsal Freud slovy: „*Jedinec má dispozici vidět v jiné osobě sebe sama v přítomnosti, sebe sama v minulosti nebo sebe sama, jaký by chtěl být*“ (Freud, 1933). Ve skupině lidí připisujeme naše vlastnosti, přání a tendence jiným lidem, skutečným i fiktivním. Znalost tohoto fenoménu není v laické veřejnosti ještě příliš široká, a proto se občas můžeme dozvědět zajímavé informace o mediálně známých osobách, které nevědomky prozradí i něco ze svého „stínového“ charakteru. Např.: „*Artefakt pana Kaplického se mi zdá být nesmírně nepokorný, svévolný, až arogantní.*“ (nejmenovaný politik, 2007).

Se sny pracuje i Integrovaná psychoterapie (dále IP) F. Knoblocha. Na internetu se o ní můžete mimo jiné dočíst také poněkud nepokorné tvrzení: „*IP vznikla po r. 1950 ...jako výsledek kritického zhodnocení všech existujících směrů v psychoterapii, včetně psychoanalýzy a behaviorálních psychoterapií*“ (webové stránky INCIPu, 2009). Přitom by, dle mého názoru, stačilo slovo *všech* nahradit slovem *tehdejších* a slovo *včetně* nahradit pojmem *především*. Nepokorné a nadsazené vyjádření by se rázem mnohem více blížilo pravdě. Domnívám se totiž, že IP je solidní česká dynamická a interpersonální psychoterapie a nepotřebuje nadsazenou reklamu.

Pokusím se nyní o několik řádků právě o IP, které poskytnou teoretické pozadí pro mé další hypotézy a tvrzení.

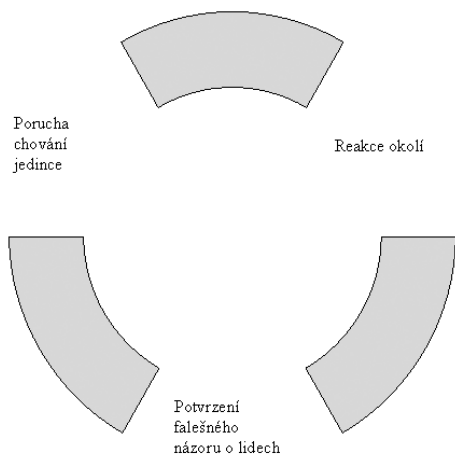
Hlavní úkoly při práci IP se točí především kolem sebepodrávajícího chování. „*Odhalení a léčení sebepodrávajícího chování jsou jedny z nejdůležitějších úkolů psychoterapie a oba jsou také obzvláště obtížné*“ (Knobloch, 1979, 1999).

„Ideálním prostředím pro odhalování a změnu sebepodrávajícího chování je psychoterapeutická komunita“ (Knobloch 1979, 1999).

Co to vlastně je sebepodrávající chování? V anglické literatuře ho najdeme jako *self-defeating behaviour*. Různí autoři používají v této souvislosti poněkud odlišné názvy. Např.

nutkání k opakování, osudová neuróza (Freud, 1933), *bludný či ďábelský kruh neurózy* (Schultz-Hencke, 1942), *neurotický paradox* (Mowrer, 1948), *cyklická psychodynamika* (Wachtel, 1977, 1993). Sám F. Knobloch sebepodrávající chování popisuje slovy: „*Sebepodrávající chování je druh maladaptivního chování, kdy jedinec nevědomky dociluje opak toho, co si přeje uskutečnit ve svých vztazích k lidem*“ (Knobloch, 1979, 1999).

Rád bych se zastavil u pohledu Schultze-Henckeho (1942): „*Určitá porucha chování jedince provokuje druhé k takové reakci, jež podpoří utvrzení a zhoršení původní poruchy. Jestli se tato porucha zakládala na nějakém falešném názoru o lidech, tento falešný názor se tím ještě víc utvrzuje.*“



Děje, které sebepodrávající chování popisuje, jsou interpersonální. IP zkoumá jedince vždy jako součást malé společenské

skupiny, a to zcela ve shodě s názorem Sulivana (1940, 1953): „*Psychiatrie je studium jevů, které se odehrávají v interpersonálních situacích, v konfiguracích dvou nebo více lidí, z nichž až na jednoho všichni mohou být více či méně imaginární.*“ Inspirována Sullivanovým (1940, 1953) výrokem „*osobnost je téměř zcela produktem interakce s významnými lidmi*“ nabízí IP dokonce „úsporný model osobnosti“, jak jej Knobloch nazývá, tzv. skupinové schéma. Není to nic jiného než skupina významných osob našeho života, současných i minulých, které jsou rozděleny do rolí a naše vztahy k nim. Zkušenosti s těmito osobami pochopitelně ovlivňují naše předpoklady o dalších osobách našeho života a v důsledku tedy i naše fungování v přirozených skupinách. Osoby skupinového schématu jsou přehledně shromážděné přenosové zdroje.

Freud (1933) se o přenosu vyjadřuje: „*Pacient přepisuje vlastnosti terapeutovi, jež měl podle něho rodič nebo jiná signifikantní osoba raného dětství.*“ Více interpersonální definici nabízí Schafer (1967): „*Přenos je nepatřičné opakování předcházejících – skutečných nebo fantazijních – interpersonálních zkušeností v současném vztahu.*“

A právě přenosové jevy jsou to, co IP nachází ve snech. V metodice se Knobloch nechal inspirovat Perlem, a tak stejně jako on používá hraní rolí. Během přehrávání snu vyplynou klientovy emoce a hypotézy, které však IP nevnímá jako projekční, ale jako přenosové, a snaží se je zasadit do klientova reálného života. Ve snu se tedy především demaskují významné osoby klientova života.

Výňatek snu z knihy *Integrovaná psychotherapie v akci* (Knobloch, 1999):

J: Seděla jsem v kuchyni a krájela cibuli. Dívám se a nemohu se rozhodnout co s ní, je uvnitř z části plesnivá. Mám to vyříznout nebo zahodit?

FK: Když se posadíte támhle na tu druhou židli, zaujmete místo té cibule a řeknete, co si ta cibule v tom snu myslí.

J: (monolog cibule): „Já vím, že nejsem

docela v pořádku, ale doufám, že mě nezahodí. S pečenými mušlemi a bramborem bych byla moc dobrá a to, že jsem trochu plesnivá, by se ztratilo.“

Zeptal jsem se jí, koho jí cibule v tom snu připomíná.

J: Já nevím – bezprostředně nikoho. (A za chvíli): Já v těchto dnech často myslím na Jeffa... (Jeff je její milý)

V ukázce snu pacientka krájí cibuli, ve které je něco v nepořádku, a ona se nemůže rozhodnout, jestli to má vyříznout nebo vyhodit. Rozbor nás nakonec dovede k tomu, že něco v nepořádku je s jejím přítelem (*přenos*). IP bude dále zkoumat její vztah s přítelem a postupně i s dalšími osobami skupinového schématu. Sen je pro IP materiál poskytující informace o přenosových jevech a především o osobách skupinového schématu.

Sen může poskytnout ale i další informace!

První okruh dalších informací se týká projekce. Když klientka hovořila za cibuli, řekla: „Nejsem docela v pořádku, jsem z části plesnivá, ale doufám, že mě nezahodí.“ Něco v nepořádku je i s ní. Může říci i za sebe: „Nejsem docela v pořádku...“ a to už je *projekce*.

Pokud si uvědomíme, že ve shodě s interpersonálním vnímáním zkoumáme jedince v kontextu malé skupiny a v rámci dynamického vnímání v kontextu jeho osobní historie, můžeme si položit otázku, kde se vzala myšlenka klientky „Nejsem docela v pořádku...“? Je to nová myšlenka nebo ji ve svém životě mívá? S kým ji mívá? Mívala ji i v minulosti? A s kým ji mívala v minulosti?

Na tomto místě mě napadá hypotéza. Zřejmě existují rodiče nebo jiné významné osoby (musíme ověřovat), které se k ní chovali tak, že si říkala: „Nejsem docela v pořádku...“. Vůči těmto osobám nebo osobě byla v *komplementární* (doplňkové) roli a její pocity, myšlenky s nimi spojené, její akce byly *komplementární* k chování těchto osob. Významné osoby, případně

jiné okolnosti jejího života ji „tvarovaly“ směrem k těmto pocitům a myšlenkám.

Zde se nabízí druhý okruh dalších informací. Máme možnost předpovídat.

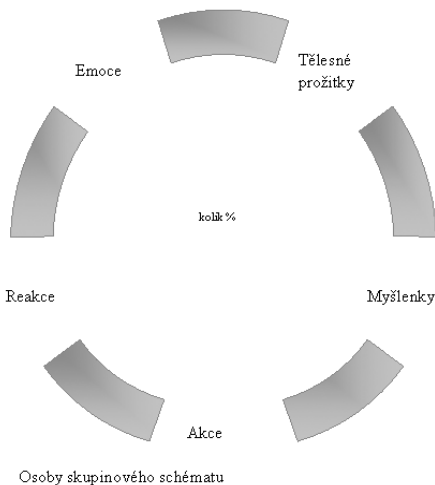
Nyní jako dospělá „vyhledává“ či „spoluvytváří“ buď podobné situace, kdy bude podobně *komplementární* jako v dětství, nebo situace opačné, kdy ona sama se chová jako její rodiče nebo jiné významné osoby, *identifikuje* se s nimi a pocity, které mívala v dětství, vyvolává v někom jiném, např. v příteli nebo později ve svých dětech. Vidíme určité polarity. Podkladem pro tyto – na první pohled protichůdné a polaritní situace – je fenomén *komplementace a identifikace*.

Skupina je systémem rolí. Tyto role jsou vzájemně vztahované, komplementární. Děti se učí svým rolím vůči rodičům a jejich role je vůči nim *komplementární*. Kromě toho se děti učí také vžívat se do rodičovských rolí. To jim pomůže předvídat chování rodičů a rozumět, co od nich očekávají. Vžívání se do komplementárních rolí je též příprava pro budoucnost.

Chlapec hraje komplementární roli syna k roli otce, ale postupně náznakově jeho roli přebírá, *identifikuje* se s ním, což je často patrné v tom, že jej napodobuje, imituje. Imitace se projevuje v jeho chování vůči např. mladším sourozencům, domácím mazlíčkům nebo i hračkám. Projevuje se ale i v postojích, chůzi a gestech.

Třetí a nejdůležitější okruh dalších informací je pomoc při rozkrytí sebepodrávajícího chování. Knobloch se domnívá, že ideálním prostředím pro odhalení a změnu sebepodrávajícího chování je psychoterapeutická komunita. Je to jistě pravda, ale v současnosti neexistuje komunita s jasnou vazbou na IP. Navíc použít sen je jistě rychlejší a levnější. Jak tedy spojit sen a sebepodrávající chování? Nejprve k sebepodrávajícímu chování. Pokud se vrátíme ke kruhu Schultze-Henkeho, zjistíme, že to je vlastně trojúhelník a něco v něm chybí. Chování klienta vyvolává reakci okolí. Na základě těchto reakcí si klient vytváří, ale

především si potvrzuje již vytvořené hypotézy o sobě a svém okolí. Následně se podle těchto hypotéz i chová. Na základě reakcí okolí ovšem klient i něco prožívá. Prožívá emoce, případně reaguje i klientovo tělo. Při práci se snem mnohdy reálně vystupují i klientovy emoce. Práce s pocity je navíc nedílnou součástí práce s klientem. Tělesné prožitky jsou zase to, co klienti často a rádi sdělují a co chtějí „řešit“, proto jsem Schultze-Henkeho kruh doplnil o emoce a tělesné příznaky. Teprve nyní je to kruh. Kruh, který vyjadřuje cyklické interpersonální děje. „*Sebe-podrávající chování je součástí cyklických interpersonálních dějů*“ (Kiesler, Anchin, 1982). Hledíme tak na děje, které jsou součástí cirkulární kauzality.



Různé psychoterapeutické školy používají různé varianty tohoto kruhu nebo jen segmenty kruhu dle priorit svého zaměření. Někteří kruhy přímo vykreslují, jiní jen cirkulárně uvažují.

Pochopitelně se používají i různé termíny. Např. *Interpersonální psychoterapie* v souvislosti s myšlenkami mluví o sebe-naplňující předpovědi. *Transakční analýza* (Erskine, Zalemanová, 1979) nazývá celý kruh vyděračský systém nebo autonomní systém. Emoce jsou potom vyděračské poci-

ty, případně autonomní pocity. *KBT* v rámci myšlenek rozlišuje automatické myšlenky, předpoklady, jádrová schémata, cirkulárně uvažují i terapeuti v *systemické terapii* či v *komunikační psychoterapii* a určité i v jiných školách či směrech.

A jak souvisí sen a výše vykreslený kruh? Docela jednoduše – ve snu zazní výroky, které můžeme zachytit a rozdělit je podle toho, jestli popisují pocity, tělesné prožitky, myšlenky, akce klienta nebo reakce okolí. Takto zachycené výroky mohou vytvořit logicky související kruh.

Dále se můžeme klienta ptát, jestli toto skutečně ze svého života zná, s kým to zažívá a jak často to zažívá. Pokud tento kruh znázorňuje situace a prožívání, kdy se klientovi nedaří, prožívá emoce, které vnímá jako negativní, můžeme hovořit o mínus kruhu (cyklické schéma interakcí mínus nebo kruh sebedoprávujícího chování). Je však možné vytvořit i kruh, který znázorňuje situace, kdy je klient spokojený a v mezilidských vztazích se mu daří (plus kruh = kruh „pozitivních výjimek“). Pokud se nám podaří kruhy vykreslit, je možné je ještě dále ověřovat. Např. rozhovorem s rodinným příslušníkem, pozorováním chování klienta ve skupině, v terapeutické komunitě nebo reflexí vlastních protipřenosů.

Dále se můžeme v terapii zabývat mínus kruhem a snažit se ho eliminovat. Zůstaneme pak zaměřeni na negativa. Zároveň se však můžeme snažit posilovat situace, kdy se klientovi daří, posilovat jeho plus kruh. Pak budeme zaměřeni na pozitivní řešení.

Společně s tím se nám nabízejí i různá místa pro intervenci u různých směrů a přístupů. Tak např. v mínus kruhu můžeme působit na těchto úrovních:

Na úrovni emocí můžeme použít abreakci, korektivní zkušenost (nacházíme v *dynamické psychoterapii*, *interpersonální psychoterapii*, i v módních *konstelacích*), můžeme se snažit rozšířit u klienta jeho schopnost uvědomovat si pocity a přiměřeně je vyjadřovat (viz *asertivita*, *emoční inteligence*, *koncentrativní a meditativní techniky*,

arteterapie, muzikoterapie, humanitní směry, TA). Na úrovni tělesných pocitů můžeme využít *relaxaci, imaginaci, koncentrativní a meditativní techniky, arteterapii, muzikoterapii, práci s tělem*.

Na úrovni myšlenek pomůže ověřování hypotéz (viz *KBT, racionálně emoční terapie*) nebo práce s hodnotami (viz *logoterapie*). Na úrovni akcí klienta využijeme nácvik (viz *interpersonální psychoterapie, KBT*), expozice (*KBT*), různé experimenty či intervence (viz *gestalt, rodinná terapie, systemická terapie*). Na úrovni reakcí na klienta budeme pracovat se skupinovou dynamikou ve skupinové psychoterapii. Můžeme ale pracovat i s párem v párové terapii, s rodinou v rodinné terapii či s významnou osobou v individuální terapii (viz *skupinová psychoanalýza, dynamická psychoterapie, interpersonální psychoterapie, rodinná terapie atd.*).

V plus kruhu to může být posilování situací, kdy se klientovi daří. Najdeme je i v *KBT, rodinné terapii a systemické terapii, v humanitních směrech, v TA* a jistě i jinde.

V praxi je možná kombinace různých přístupů.

Pokud bych se pokusil shrnout význam práce s kruhy: kruh schématicky znázorňuje cirkulární kauzalitu v interpersonálním prostoru. Je možné ho odhalit při analýze snu, ale i při rozhovoru nad tématem, které klient nabídne (např. aktuální stav či problém, nálada, vztahy). Do kruhů můžeme zasazovat klientovy obtíže a příznaky či

konkrétní situace, kterým klient nerozumí, a hledat společně s ním řešení. Schématické vykreslení kruhu výrazně pomáhá orientaci, kde se klient zrovna „nachází“ (agování, více téhož) a jak a kde je možné do kruhu zasáhnout. Můžeme se také zastavit nad osobami skupinového schématu klienta a řešit přenosové pozadí. Takto realizovaná terapie působí na způsob života klienta, snaží se vyvolat posun od sebedopřívajícího chování (mínus kruh) k funkčnímu chování a zdrojům (plus kruh). Kruh nabízí možnost uvědomění si souvislostí „horizontálních“ – cirkulární kauzality pocitů, tělesných prožitků, myšlenek, akcí a reakcí okolí – a uvědomění si souvislostí „vertikálních“ – osoby skupinového schématu (přenosové zdroje), uvědomění si souvislostí klientem vnímaných negativně, uvědomění si souvislostí klientem vnímaných pozitivně. Klient není pasivní obětí ve vlastním světě, je kompetentní utvářet své vztahy a svůj život tak, aby byl spokojenější. Kruh ukazuje, že to umí. Díky kruhům se s klientem můžeme jasně a srozumitelně setkat, setkáme se s jeho trápením v mínus kruhu a s jeho zdroji a nadějí v plus kruhu. K setkání můžeme pozvat i zástupce jiných směrů a psychotherapeutických škol, protože ***míst k pomoci klientovi je v jeho kruzích dost.*** „*Odhalení sebedopřívajícího chování klienta a jeho pozitivních zdrojů je proto možná snadnější, než se zdá.*“

Došlo do redakce: 12. 6. 2009, k publikaci přijat 19. 6. 2009.

JEDEN METR ČTVEREČNÝ

Ad) Markéta Rokytová: Psychoterapie ve zdravotnictví. Jenom? Psychoterapie 2009 (1): 57–58.

PhDr. Veronika Čermáková

Chtěla bych reagovat na článek PhDr. Markéty Rokytové: „Psychoterapie ve zdravotnictví. Jenom?“ z minulého čísla Psychoterapie.

Jsem ráda, že poukázala na téma směřování odbornosti s místem výkonu odborné práce, a také na absurdní důsledky, které z toho plynou.

Mám podobnou zkušenost a podobné otázky a z diskusí s kolegy vím, že nejen já.

O mé „odbornosti“ před několika lety rozhodly metry čtvereční (konkrétně asi jeden metr čtvereční, pokud si dobře vzpomínám), který chyběl do platných hygienických norem pro nestátní zdravotnické zařízení. Zmíněný metr čtvereční tedy rozhodl o tom, že jsem se nestala psychoterapeutem, ale poradenským psychologem, přestože celé moje vzdělání (výcviky, atestace, funkční spe-

cializace) je jednoznačně psychoterapeutické.

Na psychologické poradenství (na které vlastním živnostenský list) nemám navíc ani vzdělání, a ani odvahy.

Nedávno mě zastavil souseď a nadšeně mi ukazoval vizitku své snachy se slovy: „ona teď dělá věštecké poradenství, vlastně něco jako Ty“.

Přišlo mi to vtipné, ale také trochu smutné při vzpomínce na dvě desetiletí svého postgraduálního vzdělávání. Podobně smutné a divné jako fakt, že mi chybí metr čtvereční k tomu, abych mohla figurovat v nově připravovaném adresáři psychoterapeutů Psychoterapeutické společnosti ČLS, jejímž jsem dlouholetým členem.

Došlo do redakce: 31. 5. 2009, k publikaci přijat 1. 6. 2009.

I ZRNÍČKA... (z nicek na zahrádce Zdeňka Riegera)

ZRNKO 22

připomíná výstavu, nazvanou PSYCHI-
ATRIE. Pomoc nebo hrozba?, kterou na konci letošního jara v Praze uspořádala Občanská komise za lidská práva.

Z výstavy na mne v den, kdy jsem ji navštívil, jednoznačně vyznělo, že psychiatrie je hrozbou, která je „podvrácením medicíny“, poškozující nejen nás, obyčejné lidi, ale i umělce, jimž „ničtí kreativitu“. Odnášel jsem si poselství, že psychiatrická léčba místo pomoci zrazuje pacienty a přivádí je na cestu, která s jistotou zajistí jejich zničení. A to vše „přímým či nepřímým vlivem psychiatrů nebo psychologů, kteří tvrdili, že pomohou, ovšem ve skutečnosti fungovali jako ničivý vliv“, k čemuž sloužily „nebezpečné terapie“ – elektrošoky, ECT, psychochirurgie... Psychiatři jsou jednou dokonce představováni coby „odporná rasa“, která

– například – místo, aby dětem s ADHD změnila jídelníček, do nich dává léky (prý „u 62% dětí s diagnózou ADHD došlo během tří týdnů k výraznému zlepšení chování následkem změny jídelníčku“). „Lékař tak má na vybranou mezi realitou a fikcí, léčbou a nátlakem, medicínou a manipulací“. A také mezi službou a byznysem: „Psychiatrie je hlavní oblastí růstu pro farmaceutický průmysl“. A to vše je na výstavě zvláště 14 dokumentárními filmy o historii a současnosti psychiatrie – s tím, že tyto filmy jednostranně a bez alternativ vypovídají o psychiatrickém podvodu a hrůze. Některé ty hrůzy přivedly pořadatele k „upozornění“ na letáčku výstavy: „Tato výstava obsahuje šokující obrazový materiál a není vhodná pro osoby mladší 15 let!“ Ano – s vykřičníkem na konci. S vykřičníkem, který ve mne zanechal velký otazník. Ale opakuji: možná

se to vše dělo jen a zrovna v den, kdy jsem na výstavě byl já, kdy se vše soustředilo na „pravdivá fakta“, která by měla přispět „ke skoncování s nelidskými psychiatrickými praktikami“. Možná v jiné dny byli tvůrci výstavy laskavější a ohleduplnější (jejich „Doporučení“ na jednom z nabízených letáků to naznačuje). Přesně takoví, jako jsou psychiatři a psychologové, s nimiž mám tu čest spolupracovat. Ačkoliv – znám samozřejmě i mezi námi některé... Trojtečka. Trojtečka bez vykřičníku s otazníkem. I když – možná by byla lepší trojí dvojtečka, vyzývající k pokračování :::

ZRNKO 23

nabízí další výstavu, související s psychotherapií, kterou jsem měl tu čest ve druhém čtvrtletí roku 2009 v Praze navštívit. Pořádalo ji „Centrum současného umění DOX“. A setkal jsem se na ní nejen s Entropou Davida Černého, ale také s výstavou „Čtrnáct S“, pořádanou ve spolupráci s Českou společností pro psychoanalytickou psychoterapii v Praze. Výstava přivádí čtrnáct umělců, prezentujících „čtrnáct témat, ovlivňujících lidské vztahy, rodinu, společenství a systémy“ – témat, která jsou na výstavě formálně spojena písmenem S. Umělci, vybraní napříč generacemi, „reagují především na své vlastní intimní emocionální prožitky, které zpracovávají prostřednictvím obrazů, videí, fotografií, instalací i textů“. Jedná se – podle sdělení organizátorů – o „témata identity, hledání kořenů, ztráty a znovunalezení smyslu života, která jsou dle autorů v současném světě velmi aktuální – patří sem paralelní světy, virtualita, odcizování a poničené osobní vztahy, nemožnost komunikace a pocity opuštěnosti, které jsou bolestí současnosti. Výstavy se účastní umělci, kteří se dlouhodobě zabývají těmito tématy“.

Jaká S výstava nabízí? Zde jsou: Smutek, Samota, Sex, Superego, Soustředění, Sen, Sřed, Spojení, Stín, Strach, Setkání, Skrýš, Souvislosti a Smrt. Kdo vybrané pojmy vybral, nevím. Proč chybí kupříkladu sdílení, soucit, slast či smích – to také nevím.

Interpretace vybraných s je proto jen a jenom na nás a na vás. Já si našel cestu *odpovědí otázkou*. A současně jsem děkoval: Děkuji za inspiraci. A za připomenutí *pacoklizníka* z navazujícího ZRNka...

ZRNKO 24

se totiž táže, zda: *Existuje jiná, než integrovaná psychoterapie?*

Ptá se tak jeden pacient (to z dob, kdy jeho terapeut působil ve zdravotnictví) a pak klient (to když měl svého terapeuta v sociálních službách) a poté zákazník (měl terapeuta již v privátní praxi bez smlouvy se zdravotnickou pojišťovnou). Uvedené tázání v něm vyvolala údajně „dvě *popo* ZRNka: ZRNko 22: *po-litické* a ZRNko 23: *po-etické*.“ A také to, že – osloven integrací své role uživatele psychiatrie, psychologie a psychoterapie – začal studovat obory psychiatricko-psychologicko-psychoterapeutické. A dospěl k nápadu, že se všechny ty obory propojují v jednom příběhu – v příběhu těla dětství, potlačeného k výkonům dospělého zdraví. Z těchto důvodů je uživatel našich služeb přesvědčen, že se socio-psycho-obory propojuvat musí – musí, protože jde jenom a jen o člověka, užívajícího si uzdravování léčbou svého pacienta a klienta a zákazníka. Že tak díky jedinečnosti pohledů na jeho náš svět může dospět k integraci při porozumění školy *Bebona* (behaviorálního body narata) v sobě. A navíc – protože náš *pacoklizník* (tak – a už víte, co tento integrovaný pojem znamená) není vázán ani odbornými ani etickými ani ekonomickými a ba ani kdovíjak dalšími závazky – navíc položil otázku, zda všechny psychoterapie nejsou integrativním zrcadlem příběhů svých tvůrců, „smysluplně spojujících setkání se skrýší superega, sdílejícího separaci selfu se signály stimulů slastného sebezpřijetí strasti se spokojeností“. Hm. Zase S. Samá S. A dokonce s s radou, umocněnou háčkem nad jeho hlavičkou – radou šestou: *Mějte radost, když ztrácíte smysl své práce: ztráta smyslu bývá inspirací k jeho nalézání*.

NĚKDY SE JAKOBY NIC NEDĚJE

Peter Pöthe: Emoční poruchy v dětství

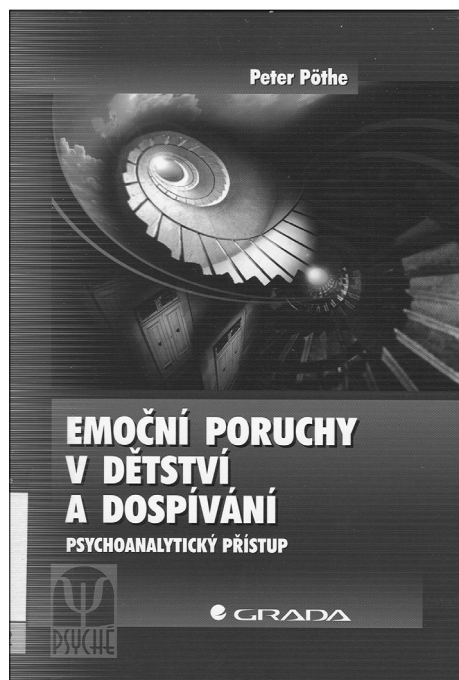
a dospívání. Psychoanalytický přístup. Praha: Grada, 2008, 154 stran

Martina Palková

Psychoterapie dětí a dospívajících byla vždy spíše okrajovým tématem, a to nejen v ČR. Stačilo se podívat do sylabů kateder psychologie, do knihoven, regálů knihkupectví, různých odborných portálů a rozhraní na internetu. Ostrý kontrast mezi stále bohatšími možnostmi vzdělávání v oblasti terapie zaměřené na dospělé a malou, ne-li žádnou nabídkou odborných kurzů, přednášek, výcviků a publikací zaměřených na psychoterapii dětskou, byl jasně patrný. Navíc se zdálo, že to nikomu ani moc nevadí.

V posledních několika letech se však situace pomalu mění. V nakladatelství Lidové noviny vyšla v roce 2004 kniha E. Cleveové **Drž tátu za ruku** o krizové psychoterapii s dvouletým chlapcem. V roce 2005 vydal Triton skvělý překlad Lucie Lucké **Psychoterapie dětí a dospívajících – psychoanalytický přístup** od editorů M. Lanyadoové a A. Horneové. Nejnověji je v Portálu k dostání **Dětská psychoterapie a poradenství** (K. Geldardová, D. Geldard, 2008). Českých a slovenských autorů je v této oblasti velmi málo. O to větší radost můžeme mít z vydání knihy dětského terapeuta a psychiatra Petra Pötheho **Emoční poruchy v dětství a dospívání, psychoanalytický přístup**.

Jak autor předesílá v úvodu, kniha neposkytuje návod ani učebnicové příklady, nenabízí přehled dílčích psychoanalytických konstruktů a teorií. Cílem je nechat čtenáře nahlédnout do ordinace psychoanalyticky zaměřeného dětského terapeuta a poskytnout mu jedinečnou možnost být v „proudu dění“ společně s ním a jeho klienty. Ne náhodou zvolil jako základní formu psaní kazuistiku. Dle mého názoru má tato volba ještě hlubší opodstatnění: dětská psychoterapie je proces, který se děje v podmínkách růstu dítěte – a právě tuto dynamiku dokáže kazuistika zprostředkovat nejvěrněji.



Jednotlivé kapitoly jsou řazeny chronologicky. Od příběhu „depressivní“ matky s čtyřměsíční Veronikou, konče „závislým“ tříadvacetiletým Patrikem. Každý příběh má svou část diagnostickou a terapeutickou. Stejně jako jednotlivé kapitoly tvoří i tyto části provázaný celek, protože diagnostiku autor nechápe v tradičním medicínském slova smyslu, ale jako oboustranný, částečně terapeutický proces, který umožňuje danému problému porozumět a hledá cesty k jeho vyřešení“ (Pöthe, 2008, str. 7).

Každá kazuistika odhaluje specifický konflikt, překážku nebo trauma, které se může objevit v konkrétním vývojovém stádiu dětského klienta v kontextu jeho jedinečného prožívání i působení vnějšího světa (zejména emočně významných osob). Do každého

případu je citlivě zahrnuta konkrétní psychoanalytická teorie, která terapeutovi pomáhá lépe poznat situaci svého klienta, odhalit důvody jeho chování, myšlení a citění, které se na první pohled mohou zdát nesmyslné či záhadné. Tak se velmi nenásilnou formou dozvídáme o psychoanalytických konceptech uznávaných vývojových psychologů a dětských psychoterapeutů jako byli Anna Freud, Melanie Klein, John Bowlby, Donald Winnicott, Wilfred Bion a další.

Jak autor poznamenává, hlavním cílem psychoanalytické psychoterapie dětí i dospělých je dosažení úlevy od psychického utrpení, náprava osobních vztahů a sociálního chování prostřednictvím psychické změny (Pöthe, 2008, str. 115). Jakými prostředky tuto změnu realizovat se mezi řádky dozvídáme již v první kazuistice. Náprava traumat a znovuoobnovení zdravého sebezpečí a sebedůvěry trpícího dítěte i dospělého probíhá v dlouhém a pro obě strany náročném psychoterapeutickém procesu, jejímž základem je terapeutický vztah. Kde jinde lze napravit škody, které právě ve vztazích vznikly?

Proces utváření ozdravujícího vztahu terapeuta a klienta v dětské psychoterapii má však jistá specifika. Jejich souhrn ale v knize nenalezneme v přehledné tabulce ani schématu. Během pročítání kazuistik o „hyperaktivním“ Filípkovi, „úzkostném“ Tomášovi nebo „impulzivní“ Elence se spíše vynořuje jakýsi *obraz* nesmírně složitý, zajímavý, napínavý i dobrodružný terapeutické práce s dítětem v nesnázích. Tento obraz se dá s jistým zjednodušením popsat takto: Terapeut v dětské psychoanalytické psychoterapii vstupuje do vnitřního psychického vývoje dítěte tam, kde ke zranění došlo a prostřednictvím přenosového vztahu pak dítě zažívá, jaké toto zranění je, a poznává, co mu k zdravému vývoji chybělo. To vše probíhá „za plného provozu“, v podmínkách vývoje dětského klienta (viz Pöthe, 2008, str. 116).

Jak je patrné z Pötheho příběhů, v dětské terapii je potřeba stále brát na vědomí, že

se zde dítě neobjevuje samo, ale je součástí systému nejbližšího „světa“, ke kterému se vztahuje. Tímto světem bývá většinou rodina, většinou zmítaná ve spleti zmatků, frustrací, bezmoci, vzteku nebo ve stavu apatie či rezignace. Terapeuta čeká hned od počátku náročný úkol, a to snažit se pochopit a procítit složitou dynamiku vztahů uvnitř tohoto systému, pojmenovat pocity, které jednotliví členové mohou mít a jak na sebe mohou působit. Celou dobu ale musí stát pevně na straně dítěte, tzn. mít se na pozoru před vědomou nebo nevědomou potřebou dospělých vmanipulovat terapeuta do role jejich „mluvčího“ nebo „advokáta“ (příklad této důmyslné manipulace ze strany dospělého je uveden např. v kazuistice Patrika, str. 109).

Jednat v zájmu dítěte znamená snažit se pochopit a přijmout jeho vnitřní svět. Ve většině případů není pochopen ani přijat institucemi a rodinou, dokonce ho nechápe ani dítě samo. Terapeut pak často jako první pojmenovává pocity zrady, zoufalství nebo hněvu, které se skrývají pod viditelnými příznaky, a dává jim tak smysl. V tom tkví síla terapie, ale i její náročnost. Terapeut je vystaven tváří v tvář intenzivním a bolestným pocitům dítěte a je velmi důležité, aby se jim nejen otevřel a přemýšlel o nich, ale také, aby je unesl, „vydržel“ je. Tak svému malému klientovi může ukázat skutečný zájem na jeho uzdravení, pomáhá mu přijmout sebe sama a učinit jeho emocionální svět smysluplným.

Závěr knihy obsahuje zápis z terapeutických sezení se dvěma klienty. Dává obrazu, který jsem si během četby příběhů z dětské terapie vytvořila, další rozměr. Ukazuje se, že ačkoliv se terapeut s některými dětmi v určitých fázích terapie doslova zapotí, jindy se zase nemusí díť na první pohled vůbec nic. Klient ani terapeut nemusí stále něco silného prožívat. Jejich hodiny nemusí být akční, zaplněné trefnými interpretacemi dětských fantazií, snů nebo tužeb. I když by si to někteří rodiče určitě přáli, terapeut

také svého klienta nepoučuje, nepřečtuje, nevychovává. Dítě si s terapeutem může hrát šachy, povídat o škole, házet polštáři, boxovat do pytle, hrát s plyšáky nebo mlčet a pouze „být“ v terapeutově přítomnosti. Děti v nesnázích, často celkově vyčerpané, zažívají s terapeutem nově pocit, že jsou přijímané a hodnotné, i když zrovna nic nemusí. To ale neznamená, že terapeut také „nic nemusí“. Neviditelný vnitřní svět dítěte se stává pro terapeuta viditelným tehdy, když o něm intenzivně přemýšlí, snaží se na něj naladit a reflektuje odezvu, kterou v něm vyvolává, a to i tehdy, kdy se jakoby „nic“ neděje. Pak může být terapie místem setkávání myslí, kde je terapeut jako přenosová osoba i plnoprávná, odborně nápomocná postava původcem emočně korektivní zkušenosti (viz Lanyadoová, Horneová, str. 155, 2005).

Knihla Pötheho má z mého pohledu několik malých nedostatků. I když jsem kazuistiky uvítala, v knize jsem postrádala hlubší ponor do teorie moderní psychoanalytické psychotherapie dítěte i vývojové psychologie, např. v kapitole před kazuistikami. Také mi někte-

ré kazuistiky připadaly nedokončené – cítila jsem potřebu dozvědět se více. Jak terapie pokračovala, jaké výsledky měla, jak dlouho trvala apod. Ukázek z terapeutických sezení mohlo být také víc. Přivítala bych záznam z terapie starších dětí, adolescentů. Přesto považují Pötheho knihu za velmi přínosnou a inspirativní pro pracovníky pomáhajících profesí, pedagogy, studenty. Díky mimořádné srozumitelnosti a čtivosti je vhodná i pro laickou veřejnost, tedy pro rodiče. Naleznou v ní argumenty, které dokládají, že psychoterapie dítěte má smysl, jakkoliv může být pro všechny strany bolestivá i časově a finančně náročná. Rychlé řešení nemusí být vždy tou správnou volbou. Citová traumata jsou často přenášena jako tajemné dědictví z generace na generaci a vždy znovu se objevují ve vztazích. Jsem přesvědčena, že hloubku a složitost mnohých psychických poruch postihuje dlouhodobá dětská terapie lépe než kódy v diagnostickém manuálu a léčí efektivněji než např. předepsaný Ritalin. V neposlední řadě může sloužit jako účinná prevence vážných psychických poruch v dospělosti.

SYSTEMIKA, NARATIVITA A CITOVÁ VAZBA: JAK TO JDE DOHROMADY?

Rudi Dallos, Arlene Vetere: *Systemic Therapy and Attachment Narratives; Applications in a Range of Clinical Settings.*

Hove: Routledge, 2009, s. 217

David Skorunka

Současná rodinná terapie je ve světě charakteristická rozvojem výzkumu a integrativními trendy. Teoretici i terapeuti v praxi se pokoušejí integrovat různé modely rodinné terapie a zároveň dochází i ke sblíživání s jinými psychotherapeutickými přístupy. V duchu tohoto trendu se na trhu objevuje publikace *Systemic therapy and attachment narratives; applications in a range of clinical settings*. Autoři Arlene Vetere a Rudi Dallos jsou přední rodinní terapeuti a kliničtí psychologové z Velké Británie. Ar-

lene Vetere se podílí na vedení doktorského programu v klinické psychologii na *Surrey University*. Aktuálně je prezidentkou Evropské asociace rodinné terapie, v níž se několik let aktivně podílí na rozvoji rodinné terapie. Rudi Dallos vede doktorský program v klinické psychologii na *Plymouth University*. Oba terapeuti mají dlouholetou klinickou zkušenost s různou klientelou. Rudi Dallos se věnuje rodinné terapii s dospívajícími s poruchami příjmu potravy a behaviorálními problémy. Arlene Vetere se zaměřuje

na problematiku násilí v rodině a důsledky různých traumat v rodině. Oba jsou autoři či spoluautoři několika odborných publikací.

Přestože autoři nepracují s rodinami společně, v posledních přibližně pěti letech spolupracují na projektu integrace systemické perspektivy, narativního přístupu a současných poznatků teorie citové vazby (*attachment theory*). Svůj projekt nazývají *attachment narrative therapy*. Přitom tvrdí, že jim nejde o vytváření nového psychotherapeutického přístupu, ale o integrativně pojatý rámec pro psychoterapii v individuálním, párovém či rodinném uspořádání. Svě pojetí důkladně „předávají“ v jednom ze vzdělávacích kurzů londýnského *Institute of Family Therapy*. Na toto téma vydali několik odborných textů a jejich aktuální publikace navazuje na knihu Rudiho Dallose *Attachment narrative therapy; integrating narrative, attachment and systemic therapies* z roku 2006. Propojení systemické perspektivy s narativním konceptem a současnými poznatky teorie citové vazby již na první pohled působí jako ambiciózní, takřka neuskutečnitelný projekt. Hned v úvodu je ale třeba říci, že autoři sice hovoří o integraci poznatků ze tří odlišných oblastí poznání, avšak místo vytvoření nadřazené, komplexnější teorie nabízejí jen smysluplné propojení tří perspektiv. Slůvko „jen“ v předcházející větě je nepatřičné, neboť propojení takových robustních konceptů, donedávna víceméně samostatných oblastí poznání s různým pojmoslovím, je náročným a úctyhodným záměrem. Snahy autorů v tomto směru jsou užitečné bez ohledu na to, jaké nedostatky či nesrovnalosti v konečném výsledku „objeví“ kritický pozorovatel.

Jakým způsobem autoři představují svůj projekt čtenáři? Daří se jim obohacujícím a zároveň srozumitelným způsobem nastínit, v čem vidí propojení zmíněných perspektiv a v čem je nabízený integrativně pojatý rámec přínosný pro klinickou praxi? Částečně napoví struktura knihy. Nejprve autoři popisují svou profesní cestu včetně osobních zkušeností, které, jak oba soudí,

jejich odborný zájem a směřování významně ovlivnily. V následující kapitole představují základní východiska modelu *attachment narrative therapy* (ANT). Objasňují styčné body mezi jednotlivými perspektivami, které samy o sobě nepostihují plně komplexitu vzniku potíží a terapeutického procesu. Popisují stádia terapeutického procesu v rámci modelu a také nabízejí svůj pohled na teorii změny, která je důležitou součástí formulace hypotéz a volby intervence v rodinné terapii. Další kapitolu autoři věnují životnímu cyklu jedince a rodiny. Tato kapitola koncepčně navazuje na předchozí vývojové modely v rodinné terapii, ale je doplněna o některé novější poznatky, které se týkají ukládání emočně „nabitě“ zkušeností do různých paměťových systémů a vzniku narativních reprezentací, jež úzce souvisejí s převládajícími vzorci citové vazby v rodině. Další kapitoly jsou věnovány různé problematice, se kterou mají autoři zkušenost a ve které je podle nich aplikace jejich integrativního modelu přínosná. Jedná se o následující:

- ◆ projevy agrese a násilí v rodině; porucha pozornosti a hyperkinetická porucha v rodině;
- ◆ láska a sexualita; párová terapie založená na modelu *attachment narrative therapy*;
- ◆ trauma a disociace;
- ◆ ztráta a zármutek z pohledu teorie citové vazby;
- ◆ závislost na alkoholu a stres spojený s jídlem v rodině.

Tyto kapitoly ocení především čtenář-terapeut, který se s uvedenou problematikou setkává denně v klinické praxi. V závěru publikace autoři uvádějí příklady některých metod práce s jedincem, párem či rodinou. Jejich volbu a formát využití nahlíží optikou svého integrativního modelu.

řii studiu některých kapitol se můžeme dočkat drobných překvapení. Například čtenář obeznámený s myšlenkami českých terapeutů V. Chvály a L. Trapkové na-

leze v kapitole o životním cyklu rodiny několik důvěrně známých poznatků. Ty jsou pochopitelně vyjádřeny trochu jiným jazykem a s akcentem na jiné vztahové fenomény. Občas se může čtenář zmocnit pocít, že podobné myšlenky či souvislosti zazněly v psychotherapeutickém výcviku těchto terapeutů nebo se objevily v jedné z jejich knih. Knihu *Rodinná terapie psychosomatických poruch* zmíněných českých terapeutů připomene publikace britských kolegů i tím, že součástí úvodu je upřímná autorská reflexe vlastních významných formativních zkušeností v osobním a profesním životě. Poukázání na tyto okolnosti by ale nemělo odradit ty čtenáře, kteří se k pojetí Trapkové a Chvály staví kriticky. Zde totiž víceméně podobnosti končí. Publikace českých autorů je z větší části originálním plodem dlouholeté klinické praxe dvou zkušených terapeutů a lektorů a pouze okrajově odkazuje na jiné, spřízněné modely rodinné terapie. Naproti tomu text britských kolegů explicitně navazuje na dlouhodobou tradici britské psychoanalytické školy, psychodynamicky orientované rodinné terapie a vývoj v oblasti teorie citové vazby. V neposlední řadě se pokouší existující vlivné perspektivy propojit v integrativním duchu.

Není jednoduché vyváženým stylem posoudit kvality publikace a její přínos pro českého čtenáře. Recenzent totiž projekt autorů důvěrně zná, sympatizuje s jejich integrativním úsilím a navíc před časem absolvoval jejich vzdělávací program na toto téma v Londýně. Mnohé z uvedených poznatků v knize jsou mu známé a snahy autorů propojit tři různé koncepty mu nepřipadají křečovitě. Lze ale očekávat, že na tom podobně budou i jiní čtenáři? Jsou čeští rodinní terapeuti obeznámeni s aktuálním vývojem v oblasti citové vazby nebo s narativním konceptem v jeho komplexní podobě? Co když v komunitě českých rodinných terapeutů přetrvává eufemisticky řečeno zdrženlivost k takovým modernistickým „teoriím“ jako je citová vazba? Není pro některé systemické či rodinné terapeuty

pojem narativity pouhým odkazem na externalizaci problému anebo post-moderní a post-strukturalistické pojetí terapeutů Whitea s Epstonem či Freedmanové s Coombsem?

Snaha o integraci systemické a narativní perspektivy s poznatky teorie citové vazby se minimálně v pojetí Dallose s Vetere jeví jako samozřejmá, a tak se můžeme podívat, že k ní dochází až v několika posledních letech. K tomuto procesu přispívá i vývoj v neurověděch, zejména výzkum paměťových systémů, vývoje neuronálních spojů a emoční regulace s využitím zobrazovacích technologií. V tomto smyslu velmi pravděpodobně nejde o krátkodobý trend, ale spíše o dlouhodobé směřování vývoje v psychoterapii a rodinné terapii. Z tohoto trendu mohou vytežit i dříve spíše opomíjené či méně preferované perspektivy. Přínos publikace je bezesporu v integrativním zaměření. Z praktického pohledu je to nejvíce patrné v kapitolách věnovaných konkrétní problematice, s níž rodiny vstupují do terapie. Zohlednění emočních procesů v rámci citových vazeb a jejich vytváření v určitém kontextu jakožto formy zvládání zátěžových a někdy vysloveně traumatizujících událostí do systemické formulace a procesu rodinné terapie je podnětné pro práci s rodinami nejen s uvedenými problémy a diagnózami. Konkrétní příklady z praxe, na nichž autoři demonstrijí svou integrativní konceptualizaci, svůj terapeutický postoj a konkrétní kroky, jsou dalším kladem publikace. Stejně přínosný je také důraz na budování terapeutické aliance s rodinou jako předpoklad úspěšné práce s citlivými tématy, intenzivními emocemi a traumatickými zkušenostmi v rodině. Porozumění obsahu pak usnadňuje srozumitelný a vcelku čtivý styl autorů, kteří evidentně nepíší jen pro své akademické kolegy, ale především pro studenty.

Na druhou stranu nelze pominout, že některé aspekty terapeutické práce jsou pojednány příliš obecně, aniž by bylo jasné, v čem se integrativní model zásadně liší od jiných psychotherapeutických přístupů.

To se týká některých teoretických i klinicky zaměřených pasáží. Tento fakt pro změnu může posílit názor těch terapeutů a teoretiků, kteří vyzdvihují právě nespecifické, společné faktory a podobnosti mezi donedávna horlivě se vymezujícími psychoterapeutickými modalitami.

Porovnáme-li dvě podobně zaměřené publikace, pak v rovině teoretické vychází lépe již zmíněná *Attachment narrative therapy* od Rudího Dallose. V ní jsou podrobněji zpracovány poznatky týkající se paměťových systémů a výzkumu v *attachment theory* i s ohledem na jejich zohlednění v praxi. Čtenáři může být slabou útechou poznámka autorů, že jejich kniha právě na tuto publikaci navazuje. Některé kapitoly jsou v knize Dallose a Vetere příliš stručné. Nabízí se domněnka, jestli pod silícím tlakem na publikování v akademickém světě nešili autoři své dílo příliš horkou jehlou. Konkrétně část věnovaná práci s rodinami s poruchami příjmu potravy mohla být obsáhlejší, zvláště

když na tomto poli se rodinná terapie může pyšnit rozsáhlým výzkumem i klinickou efektivitou. Naproti tomu pasáže věnované traumatu a disociaci a zejména emoční regulaci (násilí, agrese, ADHD) z perspektivy citové vazby a ANT jsou obohacujícím pohledem na tuto problematiku zvláště pro ty, kteří nemají pregraduální psychologické vzdělání a působí v oblasti duševního zdraví / nemoci.

S ohledem na uvedené, subjektivně vnímané klady a nedostatky lze publikaci doporučit každému, koho zajímají pokusy o integrování na první pohled oddělených disciplín a přístupů v rodinné terapii a psychoterapii. Své si v knize najdou jak začínající, tak zkušenější rodinní terapeuti i psychoterapeuti jiného zaměření. V kombinaci s Dallosovou *Attachment narrative therapy* jde o zajímavý komplet, který ztělesňuje aktuální britskou scénu rodinné terapie i předpokládaný další vývoj v této oblasti.

NOVÉ VYDÁNÍ KLINICKÉ HYPNÓZY

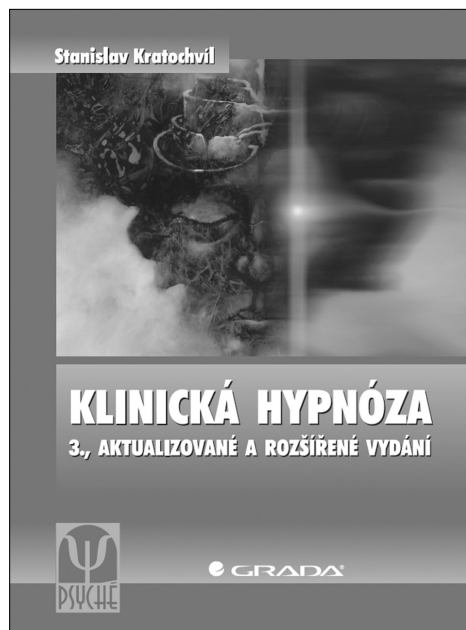
Stanislav Kratochvíl: *Klinická hypnóza. 3. doplněné a aktualizované vydání.* Praha, Grada Publishing, 2009, 304 stran.

Martin Jániš

Od jara 2009 se na pultech knihkupectví objevuje dílo věnované klinické hypnóze od významného kroměřížského hypnoterapeuta Stanislava Kratochvíla. Kniha vychází od roku 1990 již ve svém třetím vydání (aktualizovaném a rozšířeném), a to poté, co byla v předchozím nákladu brzy vyprodána, a tudíž po dlouhém období v knihkupectvích nesehnatelná.

Kniha může být označena za povinnou literaturu pro všechny, kdo se chtějí hypnózou zabývat. Autor v ní učí začínajícího terapeuta hypnóze krok za krokem, povzbuzuje ho k jejímu praktikování a dává mu nahlédnout do svých zkušeností i do zkušeností mnoha jiných hypnoterapeutů, jejichž práci měl někdy možnost i osobně pozorovat a jejichž díla během své dlouholeté praxe

prostudoval (přitom se odvolává na téměř 500 titulů věnovaných danému tématu). Čtenář se tak může dozvědět, jak je možné si u pacienta zajistit spolupráci při terapii, jakými způsoby jej lze do hypnózy uvést, na co je třeba při hypnotickém sezení dbát („desatero“ podávání léčebných sugescí), i jak zvládnout případnou neúspěšnou hypnotizaci. Většinou se čtenář dozvídá i doslovné znění možných sugescí, což mu může být užitečné zejména na začátku praxe, kdy se ještě zkušenostmi nepropracoval k improvizaci a vlastní tvořivosti. Vedle těchto čistě „technických“ informací může mít čtenář prospěch i z postojů, které se Stanislav Kratochvíl snaží ve své knize předat a kterých se i sám drží. Uvedeme z nich některé:



Provádění hypnózy je třeba postavit na výsledcích vědeckých výzkumů naznačujících, na které symptomy je hypnóza účinná a na které nikoliv. Sám autor to dává najevo tématy své knihy: léčebné ovlivňování spánku, prohlubování relaxace, ovlivňování bolesti, působení na úzkost, strach a trému, ovlivňování deprese, podpora léčby závislostí atd. Ke všem těmto tématům autor podává doporučení, varování i návrhy vhodných sugescí.

Hypnóza může být dalším bodem spolupráce mezi psychologii a lékařskou vědou. Je totiž využitelná (jak kniha konkrétně ukazuje) v mnoha oborech interní medicíny i v takových lékařských disciplínách, jako je neurologie, kožní lékařství, chirurgie, anesteziologie, stomatologie apod.

Hlavní účel hypnotizace je v jejím léčebném účinku – nikoliv v exhibici hypnoterapeuta či produkci zábavy pro případné diváky.

Hypnoterapie cítí „zakázku“, s níž pacient přišel, a zaměřuje se na léčbu symptomatikou (např. migrénu, neschopnost ze strachu absolvovat vyšetření u zubaře atd.). Lze ji však využít i k odragování potlačených emocí.

Hypnoterapie správně prováděná respektuje i své meze. Ustupuje od odstraňování symptomů tam, kde lze tušit jejich hlubší dynamické kořeny. Tolik k některým postojům autora, které v knize zaujímá.

Pro ty, kdo již vlastní některé z předchozích vydání knihy, lze uvést možné přínosy ze zakoupení vydání nového. Rozšířena je zejména část o výsledcích výzkumu terapeutického využití hypnózy; u některých kapitol jsou odkazy na literaturu, která vyšla až po roce 2001; u několika oddílů (týkajících se např. ovlivňování bolesti, léčby bulimie či dráždivého tračnicku, týkajících se podpory odvykání kouření, léčby posttraumatické stresové poruchy atd.) autor uvádí poznatky z literatury od doby druhého vydání knihy.

Za zmínku stojí i autorův zdrženlivý, vymezující se či dokonce kritický postoj vůči ericksonovské hypnoterapii (hypnoterapii následovníků Milтона H. Ericksona). Čtenář by možná od významného učitele a organizátora hypnoterapeutických kurzů uvítal systematictější zpracování této nepřehledné a kontroverzní problematiky, aby tak mohl ještě více obohatit svou terapeutickou praxi.

Je rovněž škoda, že kniha neobsahuje podrobný rozbor několika konkrétních kauzistik. Na nich by čtenář mohl nahlédnout do životního osudu klienta žádajícího o hypnózu, do příběhu samotné terapie i do myšlenkových pochodů, případně dilemat, samotného hypnoterapeuta.

Oproti předcházejícímu vydání v knize chybí seznam českých a moravských hypnoterapeutů – tedy těch, kteří jsou v hypnóze vyškoleni a jsou ochotni převzít péči o pacienty. Autor ale odkazuje případně zájemce o tyto informace na webovou stránku PhDr. Pavla Humpolíčka, kde je tento seznam uveden a pravidelně aktualizován (<http://www.psycholog.coolnet.cz/Hypnoterapeute/>).

Léta, po která se „Klinická hypnóza“ úspěšně na knižním trhu pohybuje, prověřila její kvalitu i užitečnost pro lékaře a psychology. Doporučit ji mohou mnozí čeští hypnoterapeuti. I já se k tomuto doporučení přidávám.

A S T R A *

Autonomie
Systém
Terapie
Rodičovství
Attachment

OTEVÍRÁME NOVOU PROFESNÍ SKUPINU

**zaměřenou na rodinnou terapii specializovanou
na péči o děti s poruchami attachmentu
a s komplexním vývojovým traumatem.**

**Jedná se o děti, které prožily rané trauma,
předčasný porod – dlouhodobý pobyt v inkubátorech,
dětí opuštěné, zanechané v kojeneckých ústavech,
dětí týrané, zanedbávané a zneužívané.**

Můžete se přihlásit do specializačního výcviku
(100 hodin) zaměřeného
na terapii poruch attachmentu
a komplexního vývojového traumatu.

Výcvik je založen na Dyadické vývojové psychoterapii
(Dr. Daniel Hughes, USA)
a principech terapeutického rodičovství.

Úvodní výcvik povede Dr. Arthur Becker-Weidman, USA.
Výcvik je vhodný pro rodinné terapeuty
s praxí a se zájmem o děti v náhradní rodinné péči
(adopce, pěstounská péče)
a děti s historií raného komplexního traumatu
(separace, dlouhodobá hospitalizace,
násilí v rodině a podobně).

Začátek výcviku 16. 11. 2009

**Více informací bude poskytnuto na základě motivačního dopisu.
Posílejte na adresu: vrtbodyaska@natama.cz.**

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); zaslát lze samozřejmě i texty kratší. Do max. rozsahu je třeba zahrnout i abstrakt ve dvou jazycích a literaturu.

Pro rubriky K diskusi a Kongresy (konference) přijímáme texty do maximálního rozsahu **8 normostran** (14 400 znaků včetně mezer) a texty kratší.

Recenze knih přijímáme v maximálního rozsahu **5 normostran**. Mohou být kratší.

Příspěvky zasílejte opatřeny:

Názvem v češtině (resp. slovenštině) a názvem v angličtině

Klíčovými slovy v češtině (3–5) a *key words* v angličtině

Abstraktem (jde o souhrn obsahu v rozsahu 10–15 řádků), a to v češtině i angličtině

Seznamem literatury

Připojte nejdůležitější profesní informace o autorovi – v rozsahu do 10 řádků

Ke jménu autora uveďte vždy pracoviště a kontakt na autora, který bude uveřejněn.

Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány.

Recenzní řízení je oboustranně anonymní.

Příspěvky jsou posuzovány dvěma recenzenty. Redakce a redakční rada mají právo text odmítnout ještě před recenzním řízením z důvodů 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 WORD, ať už jsou zaslány jako příloha na e-mailovou adresu výkonné redakce psychoterapie@fss.muni.cz či doručeny na poštovní adresu časopisu na el. médiu (disketa 3,5 nebo CD). Stránku textu tvoří **zpravidla 30**

řádků (řádkování 2) po 60 úhovech a velikosti písma 12. **Nutné:** Klávesou „enter“ odděluje pouze odstavce. stránky čísly. 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.

Pokyny pro citování:

V zájmu shodného uvádění literatury (a citací v textu) prosíme o dodržení následujícího vzoru. Seznam literatury je uspořádán abecedně podle příjmení autora. V textu jsou 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, lze uvést pouze prvního a zkratku „et al.“. V seznamu literatury se užívá plné formy citací, důsledně celý název knihy, podtitul knihy, místo vydání: nakladatel; u časopisů vždy ročník, (číslo) a strany v časopisu (viz níže).

Lze citovat i zdroje z internetu – vždy s uvedením internetové adresy a datem stažení (vyhledání) textu.

Příklady citací v textu

Citace práce jednoho autora:

Rogers (1998) tvrdí, že... *Nebo:* ... alespoň to tvrdí existenciálně zaměřených psychoterapeutů (Yalom, 2006 *nebo také:* srov. Yalom, 2006 *nebo viz:* Yalom, 2006).

Citace práce více autorů: Fonagy a Target (2005) se ve své práci zabývají... *nebo...* Vodáčková a kol. (2002) poukazují na... *nebo* Lambert et al. (2001) uvádějí, že...

Odkazy na několik zdrojů: na této skutečnosti se shoduje více autorů (Polsterová, 2005; Yalom, 2006).

Přímá citace autora (při přímé citaci se uvádí strana, na níž 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 tip odkazů v celém článku).

Všechny odkazy musejí být uvedeny v závěrečném oddílu LITERATURA. Naopak neuvádějte knihy či články, které jste v textu příspěvku nezmínili.

Vzory záznamů v závěrečném oddílu

LITERATURA:

Kniha [uvádějte i podtitul]:

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

Článek v časopise [dva letopočty v závorce „(1936/2002)“ uvádějte jen tam, kde je důležité zdůraznit rok první publikace textu]:

Libiger, J. (2003). Placebo: klamání nemocného nebo nástroj poznání? *Psychiatrie* 7 (4), s. 290–300.

Rosenzweig, S. (1936/2002). Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration* 12 (1), s. 5–9.

Seligman, M. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist* 50 (12), s. 965–974.

Kapitola v knize nebo článek ve sborníku:

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

Další pokyny k formátování vašich textů

Příspěvky nijak graficky neupravujte, zejména nepoužívejte funkci „Vložit“ – „Poznámka pod čarou“; všechny poznámky v textu označte pouze číslem (horní index) a text poznámek uveďte za koncem celého článku. Obrázky, tabulky, grafy zasílejte výlučně jako zvláštní přílohy.

Ke zlomu potřebujeme „čistý“ (syrový) text. (Do textu např. nevkládejte „tlusté čáry“.)

Vyšla nová, velmi zajímavá kniha:

ÚVOD DO PBSP (Pesso Boyden Systém Psychomotor)

Albert Pesso
Diane Boyden-Pesso
Petra Vrtbovská



PBSP
*PBSP
jako terapeutický systém
v kontextu neurobiologie
a teorie attachmentu*
Úvod do
PESSO BOYDEN SYSTEM PSYCHOMOTOR

SCAD

Publikace je světovou prvotinou, která erudovaně a celistvě popisuje tuto již velmi známou psychoterapeutickou metodu.

Autoři, Albert a Diane Pesso, jsou v Česku velmi známí.

Pesso Boyden psychoterapeutický systém je zde dobře znám mezi odborníky i veřejností, rovněž zde působí desítky vyškolených terapeutů

Kniha je primárně určena široké odborné veřejnosti: psychologům a psychoterapeutům, pedagogům a konzultantům i obci pomáhajících profesí. Jistě také zaujme laickou veřejnost zájímaví se o psychologii.

Spoluautorka, Petra Vrtbovská, zasazuje PBSP do kontextu dalších terapeutických systémů.

O kvalitě díla mimo jiné mluví i fakt, že je vydáváno ve spolupráci s psychiatrickou klinikou I. lékařské fakulty UK.

Knihu můžete objednat na adrese: info@natama.cz

a kupovat v knihkupectvích.

Rozsah knihy: 200 stran
Cena: 200 Kč

ERRATA:

Ad Šupa, J.: „Snad ta budoucnost nebude tak zlá“ (Zpráva z 30. konference sociální psychiatrie 20. – 22. 11. 2008), Psychoterapie 3(1), s. 49 – 53.

Krátce po vydání čísla 1/2009 mi napsal pan Petr Možný, že v mé reportáži z konference vyznívá jedna část textu, že ve Velké Británii tvoří psychiatři z 90 % národnostně lidé z Indie a Pákistánu. Kontroloval jsem své poznámky a kontaktoval jsem přednášejícího a zjistil jsem, že mi v textu vypadla část informace. Na str. 52 dole tedy mělo být: V Británii došlo k redukci lůžek ve velkých nemocnicích. V oblasti, kde přednášející působil, žije mnoho lidí s různými typy problémů v různých penzionech rozestých po pobřeží. Multikulturní oblasti odpovídá i multikulturní složení týmu.

Středisko pro děti a mládež v Praze 12 - Modřanech (Rakovského 3138) přijme muže – psychologa se zájmem o spolupráci s dětmi a s rodinami, nejlépe na celý úvazek. Zájemce o zaměstnání anebo o další informace prosíme, aby volali na telefon 241 772 127.

Pokračovací kurz hypnózy (II)

pro absolventy úvodních kroměřížských kurzů hypnózy, pořádaný sekci pro hypnózu České psychoterapeutické společnosti, se koná v Kroměříži ve dnech 5.–9. října 2009.
Informace a přihlášky na e-mailu kratochvils@plkm.cz.