

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 8. ročník, 2014, číslo 1

Vychází třikrát ročně, závěrečné číslo má zpravidla dvojnásobný rozsah.

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

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

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

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

Mgr. Júlia Halamová, Ph.D. – Soukromá psychologická a psychotherapeutická praxe, Institut aplikované psychologie, Fakulta sociálních a ekonomických věd, Komenského univerzita, Bratislava

Jakub Hučín – soukromá psychotherapeutická praxe, Praha

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

PhDr. Jiří Jakubů, Ph.D. – Terapeutické centrum Cetra, Praha

Mgr. Radim Karpíšek – Psychosomatická klinika, Praha

PhDr. Julián Kuric – Soukromá psychologická a psychotherapeutická praxe, Brno

PhDr. Martin Lečbýšek, Ph.D. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP v Olomouci

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

MUDr. Jan Roubal (vedoucí redakční rady) – soukromá praxe, Havlíčkův Brod, a Katedra psychologie FSS MU, Brno

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

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

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

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D. – terénní sociální práce

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

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

Ken Evans – FRSA, Director of Scarborough Psychotherapy Training (UK)

PhDr. Petr Goldman – Psychiatrická léčebna, Praha-Bohnice

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

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

MUDr. Vladislav Chvála – Středisko komplexní terapie, Liberec

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

Mgr. Jiří Kubička – Institut rodinné terapie, Praha

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

Prof. PhDr. Alena Plhánková, CSc. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc

Doc. RNDr. Dan Pokorný – University of Ulm [University Hospital for] Psychosomatic Medicine and Psychotherapy Am (D)

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

MUDr. Gabriela Šivicová – Krizové centrum RIAPS, Praha

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

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

Výkonná redakce / Editors:

Bc. Lenka Bloudíčková, Mgr. Tereza Škubalová, Mgr. Rafal Marciniak, Mgr. Barbora Petránková,

Mgr. Michal Čevelíček

PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor) romhyt@gmail.com, 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 1/2014 byla 2. 4. 2014, recenzní řízení bylo uzavřeno 31. 3. 2014. Vychází v dubnu 2014.

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

The articles are peer-reviewed.

ISSN 1802-3983 / MK ČR E 18868

© Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity

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

OBSAH / CONTENT

EDITORIAL

Roman Hytych - - - 5

TEORIE / THEORY

A. Heretik, A. Heretiková-Marsalová: Humor v psychoterapii: Možnosti a limity (Humor in psychodiagnostics and psychotherapy – possibilities and limits) - - - 6

T. Řiháček: Poradenství versus psychoterapie? (Counseling versus psychotherapy?) - - - 13

VÝZKUM / RESEARCH

T. Bolek, J. Roubal: Intuice: Teoretický rámec a kvalitativní výzkum využívání intuice v práci gestalt terapeutů (Intuition: Theoretical Framework and Qualitative Study of Using Intuition by Gestalt Therapists in their Practice) - - - 23

Petra Vondráčková: Vztahová vazba terapeuta v rámci psychoterapeutického procesu (Therapist's attachment in the psychotherapeutic process) - - - 33

PRAXE / PRACTICE

M. Čevelíček, J. Roubal, R. Hytych: Využití formulace případu ve výuce a výcviku psychoterapie (Case formulation use in psychotherapy teaching and training) - - - 44

P. Sakař: Společná psychoterapie dítěte a rodiče (Infant-parent psychotherapy) - - - 55

DISKUSE / DISCUSSION

J. Kožnar: Jak nenalézt duhu aneb Psychoterapií lze i škodit - - - 65

O. Marlinová: K diskusi o Vztahové psychoanalýze - - - 67

Z. Macek: Vznikla ČAP – Česká asociace pro psychoterapii - - - 68

J. Vymětal: Dvojí ohlédnutí - - - 69

RECENZE / REVIEWS

Kottler, Jeffrey A. (2010). On Being a Therapist. (Filip Abramčuk) - - - 72

Kunovits-Vogtová, B. (2013). Tovil: Léčebný rituál jako psychoterapie. (Roman Hytych) - - - 75

Děkujeme za finanční podporu Janu Poněšickému.

I EDITORIAL

Milí čtenáři,

když se dívám do obsahu jarního čísla, mám radost, že se nám podařilo rovnoměrně naplnit texty tří našich stěžejních rubrik Teorie – výzkum – praxe. Na rozdíl od posledního čísla loňského roku tak „nevězíme v (pro)pasti teorií“, použijí-li sousloví Zbyňka Vybírala z předchozího editoria. V čem můžete na jaře uvíznout, spočínáte-li u publikovaných textů? Číslo otevírá článek manželů Heretikových, věnující se možností využití humoru v psychoterapii. Ačkoli text samotný neobsahuje humorné scénky či vtipy (o tom více v knize jednoho z autorů), snad vás téma vyprovokuje k tomu, abyste si z vlastní pokladnice vzpomínek vybavili, kdy se vám podařilo terapeutický humor použít, tj slovy autorů nesmát se klientovi ale smát se společně s ním. Aneb terapeutické sebepodpory není nikdy dost ☺.

Prostor pro zamyšlení přináší text Tomáše Řiháčka hledající odpověď na otázku, zda je možné smysluplně rozlišovat mezi poradenstvím a psychoterapií. Věřím, že jde o hodnotný příspěvek do diskuze, která je v historii oboru dlouhodobě přítomná a odpovědi na ni s sebou nesou velmi konkrétní a praktické konsekvence. Příkladem může být diskuse v české psychoterapeutické obci posledních let, která vedla k tomu, že v současnosti v České republice existují dvě psychoterapeutické profesní společnosti, podobně jako tomu je už několik let v Polsku.

V rubrice výzkum předkládá Tomáš Bolek a Jan Roubal výsledky kvalitativního výzkumu používání intuice u gestalt terapeutů. Snad z výsledků výzkumů neprozradím příliš, když zde poukážu na nalezený rozpor mezi teoretickým uchopením intuice, např. jako jednu ze základních psychických funkcí

(C. G. Jung), a výpověďmi respondentů, kteří ji užívají výjimečně, nejsou zvyklí ji vědomě reflektovat a těžko ji zasazují do teoretických východisek svého přístupu. Článek Petry Vondráčkové představuje přehled výzkumů zkoumajících roli vztahové vazby terapeuta v rámci psychoterapeutického procesu. Pro čtenáře zajímavější se o téma vztahové vazby lze připomenout text od stejné autorky publikovaný před rokem či předeslat, že tematické číslo v příštím roce se na vztahovou vazbu zaměří.

Čtenář prakticky zaměřený ocení kazuistiku Patra Sakaře o společně psychoterapii matky a čtyřleté dcery v rámci psychoanalytického přístupu. Text Michala Čveříčka a kol. se věnuje praktickému využití konceptu formulace případu ve vzdělávání a nabízí dva konkrétní případy aplikace jednak v rámci psychoterapeutického výcviku, jednak v kontextu univerzitního studia.

Na co se můžete těšit příště? Letošní tematické číslo se bude věnovat novým poznatkům neurověd a jejich přínosu pro psychoterapii. Číslo je téměř naplněno a věříme, že kvalitními texty. Doufáme, že též novinky na našem webu vás potěší. V lednu byl otevřen v archívu fulltextový přístup k dalšímu ročníku časopisu (2011) a těší nás, že jsme z vaší strany zaznamenali výrazný zájem o on-line zpřístupnění archívu. V blízké době plánujeme přechod na redakční systém OJS, který se dotkne především autorů a recenzentů časopisu. Důvodem je zpřehlednění redakční práce takovým způsobem, jak je tomu zvykem u renomovaných periodik, v České republice na této platformě funguje například časopis Adiktologie.

Vážení čtenáři, přeji vám příjemné čtení.

14. 4. 2014, Brno Roman Hytych

HUMOR V PSYCHODIAGNOSTIKE A PSYCHOTERAPII – MOŽNOSTI A LIMITY

Humor in psychodiagnostic and psychotherapy – possibilities and limits

Anton Heretik, Andrea Heretiková Marsalová

ABSTRAKT:

Téme humoru sa venovali najväčší filozofi od antiky až po súčasnosť. Čiastkových psychologických teórií humoru je tak veľa, že Raskin a Attardo ich rozdelili do 3 skupín – metateórií: 1. psychoanalytické, 2. kognitívne-percepčné, 3. sociálne-behaviorálne. Autori v úvode referujú o možnostiach ako využiť humor – jeho pochopenie a emočné prežívanie – v diferenciálnej diagnostike psychických porúch. S Testom vtipov sa vyšetrovali skupiny pacientov so schizofrénnymi a depresívnymi poruchami, závislosťami ako aj skupiny zdravých ľudí. Humor ako terapeutický prostriedok sa využíva v rôznych psychoterapeutických smeroch. Spoločnými účinnými faktormi humoru v psychoterapii sú vplyv na „atmosféru“ v terapeutickom vzťahu, podpora kognitívnych faktorov (vňad, prerámcovanie, reštrukturalizovanie), facilitácia abreakcia napätia a úzkosti, zlepšenie sociálnych zručností (asertivita, sociálna atraktivita) klienta. Humor je zároveň prostriedkom udržiavania duševného zdravia a pohody terapeuta. Základnými princípmi použitia humorných stimulov, napr. vtipov, sú načasovanie, primeranosť situácie a vnímavosť klienta. Limity použitia humoru v psychoterapii sú, ako na strane klienta (kognitívne a afektívne poruchy), tak aj na strane terapeuta (kognitívny štýl, terapeutické metazručnosti a osobný zmysel pre humor).

Kľúčové slová: teórie humoru, psychopatológia humoru, humor v rôznych psychoterapeutických prístupoch

ABSTRACT:

The greatest philosophers from antiquity to present were focused on the topic of humor. There are so many partial psycho-

logical theories of humor, that they were splited by Raskin and Attardo to the 3 groups – metatheories: 1. psychoanalytical, 2. cognitive-perceptional, 3. social-behavioral. The authors report possibilities how to use humor – its comprehension and emotional experiencing – in the differential diagnostics of psychiatric disorders. The Test of Jokes was used by groups of patients with schizophrenia, affective disorders, dependences and by healthy participants as well. Humor as a therapeutic tool is used in different psychotherapeutic approaches. Common effective therapeutic factors of humor are: influence on “atmosphere” of therapeutic relationship, support of cognitive factors (insight, reframing, restructuralization), facilitation of abreaction of tension and anxiety, improvement of social skills (assertiveness, social attractiveness) of the client. Humor is also a tool for saving a mental health and wellbeing of the therapist. The basic principles of the use of humorous stimulus (e.g. verbal jokes) are timing, adequacy to situation a perceptiveness of the client. The limits of use of humor in the psychotherapy are on the both sides – by client (cognitive and affective disorders), on the side of therapist his cognitive style, therapeutic metaskills and personal sense of humor.

Key words: theories of humor, psychopathology of humor, humor in different psychotherapeutic approaches

ÚVOD

„Komickú obrazotvornosť chápeme predovšetkým ako niečo živé. Budeme ju preto rozoberať, i keď nejde o vec veľmi vážnu, s úctou, ktorú sme povinní všetkému čo žije“.

HENRI BERGSON

Citát z diela francúzskeho filozofa Bergsona „Smiech: esej o význame komična“ (1966) jasne odpovedá na otázku prečo sa vôbec zaoberať humorom. V psychológii patrí k tomu, čo nazývame marginálna psychológia. Chápeme ju ako oblasť, ktorá (v súčasnosti) nie je v centre pozornosti psychologického výskumu a nie je ani veľmi „spoločensky významná“, ale zaoberá sa niečím hlboko ľudským, ako je práve humor (alebo aj naše sny). Z literatúry o teóriách humoru (napr. Goldstein a McGhee 1972; Borecký 2000; Raskin 2008; Titze a Eschenroedrer 2007; Heretik 2013) je zrejmé, že pokusom filozoficky, či psychologicky vysvetliť humor sa zaoberali najväčší myslitelia histórie. V súčasnosti je výskum sústredený do interdisciplinárneho časopisu Humor, ktorý vychádza vyše 20 rokov. Odkazujeme čitateľa na tieto zdroje a uvádzame len orientačný prehľad najznámejších teórií a ich predstaviteľov:

teória superiority (Platon, Aristoteles, Hobbes, Bergson)
 teória evolučné (Darwin ai)
 teória inkongruencie (Schopenhauer, Kant, McGhee)
 teória prekvapenia (Stanley, Hollingworth)
 teória ambivalencie (Descartes, Hegel)
 teória uvoľnenia a úľavy, teória vzrušenia (Spencer, Berlyne)
 teória konfigurácie, Gestalt (Maier)
 psychoanalytické teórie (Freud ai)

Teórií humoru je teda toľko, že vznikla potreba zoskupiť ich do metateórií ako sa o to pokúsili Raskin a Attardo (in Raskin, 2008). Klasifikujú ich ako: 1. Psychoanalytické teórie, 2. Kognitívne-percepčné teórie, 3. Sociálne-behaviorálne teórie. Do prvej skupiny patria práce Freuda a jeho nasledovníkov o mechanizmoch a motivácii humoru. V druhej skupine sú teórie, ktoré zdôrazňujú kognitívne faktory ako odhalenie inkongruity, kontrastu, zvláštnych podnetových konfigurácií, pričom emočný zážitok sprevádza vhlad, rozriešenie, interpretáciu. Predstaviteľom tretej skupiny je najmä teória

superiority. Zážitok humoru pramení z „náhlejšej pýchy“, pocitu prevahy a nadradenosti pri pozorovaní slabosti a nedostatku druhých. Vysvetľuje teda humor, ktorý je často „politicky nekorektný“ (sexistický, rasistický, zameraný na sexuálne, či etnické menšiny).

PSYCHOPATOLÓGIA HUMORU – DIAGNOSTICKÉ MOŽNOSTI

K psychopatológii humoru sme sa dostali na podnet psychiatra E. Guensbergera. Rozlišoval chcený a nechcený humor. O chcený humor ide, ak úmyselne a cielene produkuje humor s cieľom pobaviť ostatných ľudí. Sem ostatne patrí aj cielené použitie terapeutického humoru. Nechcený humor sa nám stáva, napr. pri psychopatológii všedného dňa – chybných úkonoch, prerieknutiach, zabudnutiach. Nechcený humor sa stáva aj psychicky chorým napr. schizofrénni pacienti prekvapia svoje okolie (vrátane skúsených klinikov) nečakanými verbálnymi produkciami a správaním, ktoré budia emócie humoru. Z tohto pozorovania odvodil Guensberger hypotézu, že poruchy myslenia a emotivity u psychotikov sa musia prejavovať v pochopení a prežívaní humoru a to špecifickým a teda i diferenciálne diagnosticky významným spôsobom. Oslovil preto najskôr D. Adamišovu a potom aj ďalších psychológov Psychiatrickej kliniky FN v Bratislave, K. Vajdičkovú a A. Heretiku, aby začali pracovať na diagnostickom prostriedku, nazvanom pracovne Test vtipov. Prvá verzia metódy obsahovala 10 slovných a 10 kreslených vtipov a vznikla výberom podnetov z dobových československých humoristických časopisov (najmä Roháč a Dikobraz). Obsahovo sa vtipy zaoberajú manželskými problémami, konzumom alkoholu, zosmiešňujú charakterové vlastnosti ako je lakomstvo, zlomyseľnosť, chvastúnstvo. Úlohou vyšetrovaného je vysvetliť pointu vtipu a ohodnotiť jeho subjektívnu smiešnosť/zábavnosť na stupnici od 1 do 5. Interpretácie vtipov sa hodnotili podľa primeranosti 0–2 bodmi (podobne ako je to v subteste porozumenie z Wechslerových

škál inteligencie). Maximálne skóre pre emočné hodnotenie bolo teda 50 bodov a pre pochopenie póint 20 bodov, v slovnej i kreslenej časti. Navyše sme kategorizovali „zvláštne fenomény“, ktoré sme, podobne ako sa to robí v Rorschachovej metóde, pridávali osobitným formám odpovedí. Popísali sme ich 15 – zlyhanie, odmietnutie, parapointa, bizarná pointa, fabulácia, asociačný skok, disociácia, spontánna asociácia, osobný vzťah, subjektová a objektová kritika, deskripcia, pseudofilozofovanie. Prvé výsledky sme publikovali v časopise Čs. psychiatria (Guensberger a spol. 1982). Metódu sme pôvodne overovali na skupine 51 pacientov so schizofrénnymi psychózami a 22 pacientov s depresiami. Kontrolnú skupinu tvorilo 30 zdravých subjektov. (Vyhýbali sme sa termínu normálna skupina, pretože ju tvorili pracovníci Psychiatrickej kliniky. A ako hovorí klasický vtíp, medzi psychiatrami a ich pacientmi je ten rozdiel, že psychiatri majú kľúče.) S testom vtípv potom viedol prvý autor rad diplomových prác poslucháčov psychológie na FF UK v Bratislave, pri čom vznikli aj ďalšie dve paralelné, modernejšie verzie. Niektoré zistenia sa sumarizovali už pri príležitosti 25 rokov používania metódy (Heretik a Vajdičková 2004).

Pri zhrnutí výsledkov z výskumov s Testom vtípv môžeme konštatovať, že pacienti so schizofrénnymi psychózami majú výrazne nižšie skóre pochopenia v porovnaní s depresívnymi a zdravými subjektmi. Z jednotlivých foriem schizofrénie mali najnižšie skóre porozumenia pacienti so simplexnými a chronickými schizofréniami, najvyššie skóre pacienti s paranoidnými schizofréniami. Pacienti so schizofrénnymi psychózami v porovnaní s kontrolnými skupinami produkujú aj najviac zvláštnych fenoménov najmä parapóint, disociácií, asociačných skokov, neologizmov a interpretácií nepodstatných detailov. Zistili sa aj významné negatívne korelácie v skóre pochopenia so skóre v psychopatologických škálach (BPRS, PANSS) a s percentom poruchových asociácií v slovne asociačnom

experimente. Depresívni pacienti sa nelišili v skóre pochopenia od zdravých subjektov a mali vyššie skóre ako závislí od alkoholu a pacienti so schizofrénnymi psychózami. Mali však významne nižšie skóre emočného prežívania humoru a produkovali aj špecifické fenomény, ako sú katastrofizovanie, subjektívna kritika, nadmerné generalizácie, ktoré zodpovedajú Beckom (2005) popísaným kognitívnym schémam a omylom. Zistili sa aj významné negatívne korelácie medzi skóre emočného prežívania a skóre v sebaopisovacej škále depresivity (BDI). Navyše sa objavil významný vzťah medzi intenzitou depresie, úzkosnosťou ako osobnostnou črtou (STAI) a maladaptívnymi štýlmi humoru (agresívnym a sebaznevažujúcim) podľa HSQ (Humor Styles Questionnaire). U zdravých subjektov – VŠ študentov – sa zistili nevýznamne vyššie skóre porozumenia póintám a emočného prežívania u mužov ako u žien. Poslucháči humanitných fakúlt skórovali významne vyššie ako študenti technických smerov. Introverti mali nesignifikantne vyššie skóre porozumenia ako extroverti, a významne koreloval tento kognitívny ukazovateľ s mierou intuície podľa MBTI (Balgová-Ficová, 1994; Koyš, 1997; Bašová, 2002; Spodniaková, 2003; Valúch, 2008; Molnárová, 2011).

Môžeme zhrnúť, že pri Teste vtípv ide o neštandardnú semiprojektívnu metódu. Jej použitie si vyžaduje značnú klinickú skúsenosť a interpretáciu zistení v kontexte anamnézy a výsledkov ďalších psychodiagnostických metód.

HUMOR V PSYCHOTERAPII

V ostatných rokoch sa autori venujú najmä použitiu humoru v psychoterapii. Publikovali tri práce o vzťahu humoru k sexu, k smrti a snom v psychoterapii (Marsalová a Heretik 2008, Heretiková Marsalová a Heretik 2009, 2010). Humor v psychoterapii sa dá vymedziť rôzne, napr. ako „... akýkoľvek zákrok, ktorý vedie k zlepšeniu zdravotného stavu, pričom pacient bol povzbudzovaný k tomu, aby sa na svoju

životnú situáciu pozrel s humorom, aby objavil, vyjadril, pochopil jej absurditu a nesúlad..." (Franzini, 2001, s. 172), alebo ako srdečnú, radostnú, či humornú interakciu, ktorá je konštruktívne využitá na zlepšenie klientovej psychickej pohody (Kulka, 2008). Ponúkame stručný prehľad psychoterapeutických smerov, v ktorých sa pracuje cielene s humorom, alebo humor môže byť (ne)žiadúcim efektom terapie. Ide o o vyslovene subjektívny výber založený na znalostiach a skúsenostiach autorov.

Psychoanalytickú teóriu humoru rozpracoval najmä Freud v základnom diele *Vtip a jeho vzťah k nevedomiu* (2005). Popísal nielen techniky vtipu (zhustenie, dvojzmysel, presun), ale aj zámyery vtipu. Odlíšil nevinné vtipy (založené najmä na hre so slovami) od konceptuálnych vtipov, ktoré umožňujú ventiláciu sociálne tabuizovaných tém, najmä hostilných a sexuálnych. Humor podľa Freuda patrí zároveň medzi najzrelšie obranné mechanizmy osobnosti, ktorými sa človek bráni pred úzkosťou a zážitkami zlyhania v konfrontácii s nárokmi prostredia. Osobitne sa Freud venoval podobnosti medzi snovou a vtipovou prácou. Popisuje spoločné mechanizmy ako sú zhustenie, presun, transformácia. Rozdielmi sú: 1. Sen je „asociálny“, vtip sociálny, 2. Sen vyjadruje latentné želania, vtip je rozvinutá hra, 3. Sen má vzťah k rôznym potrebám, vtip len ku slasti, 4. Sen je o vyhnutí sa nepríjemnosti, vtip slúži na dosiahnutie slasti. Mnohé vtipy môžu napomáhať aj k pochopeniu fenoménov prenosu a protiprenosu. O tom ako používal humor vo svojej praxi sám Freud vieme len veľmi málo a sú to len anekdotické historky. Podľa Morrealla (2008) bol z psychoanalytikov veľkým propagátorom použitia humoru v terapii Martin Grotjahn, naopak jeho kritikom Lawrence Kubie v práci „The Destructive Potential of Humor in Psychotherapy“.

V **kognitívne behaviorálnej psychoterapii** A. Ellis (2001, 2002) zdôrazňuje v schéme A-B-C odhalenie iracionálnych presvedčení. Iracionálne presvedčenia majú

totiž obrovskú zotrvačnosť a donucovaciu schopnosť, ktorú Ellis vtipne nazval „*musturbácia*“. Aj z tohto dôvodu môže byť zmena iracionálnych presvedčení klienta náročný cieľ. Práca na myšlienkach a presvedčeniach je preto dopĺňaná *domácimi úlohami* klienta, v ktorých má testovať ako nové presvedčenia, tak aj alternatívne formy správania. Perfekcionista musí chodiť v pokrčenej košeli a udržiavať na pracovnom stole „tvorivý neporiadok“ a plachý muž oslovuje neznáme ženy a pýta sa ich na čas, či na správnu cestu. Rovnako ako Ellis vedie aj Beck (2005), okrem zmeny kognitívnych schém a omylov (ako sú napr. nadmerná generalizácia, selektívna abstrakcia, personalizácia, katastrofizovanie) svojich pacientov k odskúšavaniu nových postojov a asertívnych foriem správania v bežnom živote. Súčasne s tým si pacienti monitorujú svoju náladu, aby si overili, že nové kognitívne a behaviorálne schémy im prinášajú pozitívny efekt. Ak sa podarí kognitívna reštrukturalizácia, či prerámčovanie s humorným aspektom, je pravdepodobnejšie že si to klient lepšie zapamätá.

Humor má osobitné miesto aj v **existencialistickej psychoterapii** pri práci s takými zásadnými existenciálnymi ako sú naša osamelosť, sloboda, zodpovednosť, či konečnosť a smrť. Richman (2006/2007) zhrnul svoje skúsenosti s použitím humoru pri práci s klientmi s úzkosťou zo smrti, priáním umrieť a starnutím. Vyberáme z nich: Humor sa zvyčajne objavuje spontánne. Posilňuje sociálnu kohéziu, ak sa ľudia na stretnutí smejú spolu. Humor má potenciál redukovať stres a podporovať život. Smrť je menej desivá, keď jej nemusíme čeliť osamotení. Štruktúra humoru umožňuje prezentovať mnohonásobnú realitu, získať odstup od seba a urobiť nevyhnutnosť smrti znesiteľnejšou. Pozitívnosť pri terapeutickom humore neznamena, že obsah je pozitívny, ale že umožňuje vidieť hrozivé veci v inom pozitívnejšom kontexte. Humor v terapii však vyžaduje „hojivého“ terapeuta vyžarujúceho empatiu. Zakladateľ **logoterapie** Frankl (1996) popísal viacero

stratégií ako prežiť neznesiteľné podmienky koncentračného tábora, kde bol život človeka dennodenne v ohrození – ako je zachovanie vnútornej slobody a mať pre koho, alebo pre čo žiť. Patrí sem aj to, čo nazval „lágový humor“. „*Humor je zbraňou duše v boji o prežitie... Humor dokáže vytvárať odstup a postaviť človeka nad situáciu, hoci len na sekundy...*“ (Frankl, 1996, s. 43). Najväčší humorný potenciál však má Franklova metóda *paradoxnej intencie* (Frankl, 1999). Psychoterapeutický klient si má paradoxne želať, aby nastala situácia či stav, ktorého sa najviac bojí. Metóda cieli proti vyhybavému správaniu neurotikov a je vlastne expozíciou patologickej situácii v predstavivosti. Dôležitým mechanizmom paradoxnej intencie je (asi mechanizmom recipročnej inhibície) humor, ktorý berie strachu vietor z plachát. Podobne sa pracuje s humorom, ktorý umožňuje náhľad a abreakciu v Peseschkianovej pozitívnej, naratívnej psychoterapii (Kulka, 2008).

Humor je často spontánnym situačným produktom v **experienciálnych psychoterapiách** ako sú Gestalt psychoterapia, či Procesorientovaná psychoterapia. Zakladateľ **Gestalt terapie** Fritz Perls bol podľa pamätníkov neštandardná osobnosť. Vo svojom vystupovaní a pri práci s klientmi bol značne vzdialený kliše vážneho a všetkému prikyvujúceho terapeuta. Aj na väčšine fotografií ho vidíme vysmiatého. Humor sa prejavil aj v štýle a jazyku, ktorým písal svoje knihy napr. *Gestalt terapie doslova* (1996). Dve významné polarities osobnosti nazval topdog a underdog. *Topdog* je ten vždy spravodlivý, autoritársky, vie všetko lepšie, pracuje s posolstvami ako „mal by si“ a „nemal by si“. *Underdog* je stále v obrane, podriaďuje sa, ospravedlňuje, hovorí „robil som, čo som mohol“ a „tak som sa snažil a nevyšlo to“. Otvorenou otázkou zostáva, či klienti „grilovaní“ Perlsom na horúcej stoličke mali emočné zážitky humoru. V **procesorientovanej psychoterapii** Arnolda Mindella sa okrem auditívneho a vizuálneho pracuje aj v kinestetickom, či proprioceptívnom kanáli. Vzhľadom na zásadu začia-

točnikovej mysle, nevieme v akom kanáli a aké signály sa objavujú v najbližšej chvíli. Pravdupovediac práca procesorientovaného terapeuta by mohla, pri pohľade zvonku cez okno ambulancie, vyzeráť dosť bláznivo a smiešne. Zo začiatku síce vidíme ako sa dvaja ľudia rozprávajú a terapeut pozorne prikyvuje klientovi. Po chvíli sa však postaví, predvádzajú nepochopiteľné výjavy, potom spolu zápasia, či tancujú, klient sa chvíľami smeje, chvíľami plače. Mindellova manželka a spolupracovníčka Amy (Mindell, 1991) zaraďuje zmysel pre humor medzi *metazručností* (metaskills) terapeuta. Teda niečo, čo sa ťažko dá naučiť z kníh, alebo v psychoterapeutickom výcviku. Je to súčasťou osobnosti, charizmy terapeuta, ktorá robí jeho štýl práce originálnym a neopakovateľným.

Skupinová psychoterapia poskytuje snád najviac príležitostí k zámernému i nezámernému humoru. Humor tu možno odhaliť vo všetkých jeho psychogenetických fázach ako ich popísal Freud – od *hravého humoru*, ktorý vzniká náhlymi zmenami situácie a prekvapeniami, napr. v psychogymnastických etudách („molekuly“), cez *žartovanie* v rámci hrania rolí až po štádium zmyslupného tendenčného humoru, teda *vtipu* v užšom slova zmysle, pri prehrávaní manželských konfliktov v psychodráme. Veľa neurotických klientov trpí *gelotofóbiou*, strachom z vysmiatia. Termín zaviedol Titze (in Titze, Eschenroeder, 2007). V skupinovej psychoterapii sú klienti vystavení množstvu situácií, ktoré volajú po tom, aby sa zosmiešnili. Dospelí ľudia sa v psychogymnastike hrajú na rôzne zvieraťá, v arteterapii maľujú výtvary bez štipky talentu, v psychodráme prehrávajú svoje smiešne zlyhania v partnerskej komunikácii. Ako je možné, že smiech ostatných neubližuje, ba môže byť priamo hojivý? Terapeutická skupina je proste miesto, kde si človek môže zažiť pocit bezpečia, akceptácie, podpory zo strany druhých, zážitku, že ich s terapeutom a ostatnými členmi skupiny spájajú podobné ťažkosti, ale aj podobný cieľ – práca na sebe a zmena. A zážitok, že smiech ostatných nemusí znamenať výsmech.

Židovský humor vzniká ako kolektívny obranný mechanizmus tisíce rokov tak ťažko skúšaného národa. V mnohých oblastiach spĺňa kritériá toho, čo psychológia nazýva múdrosť – zaoberá sa základnými otázkami zmyslu života, odráža limity poznania a neistoty sveta, vyznačuje sa mimoriadnym rozsahom, hĺbkou a rovnováhou, dá sa využiť pre dobro a pohodu seba a iných. Univerzálnosť tohto humoru má až archetypálny charakter. Židovské anekdoty tematicky pokrývajú najdôležitejšie oblasti života – lásku, sex, manželstvo, výchovu detí, vieru a zmysel života, zdravie, choroby a smrť a množstvo slabých stránok ľudských charakterov. (Výber židovských anekdot použitelných v psychoterapii ponúkame na inom mieste – Heretik 2013). Židovské, a nielen židovské anekdoty pokladáme za prostriedok, ktorý môže pomôcť terapeutovi pochopiť štruktúru rôznych životných zážitkov klienta. Zároveň terapeut môže vtip ponúknuť ako objektívnu amplifikáciu (zosilnenie), podobne ako sa to robí v jungiánskej a procesorientovanej psychoterapii s mýtmi a rozprávkami. Ide vlastne o interpretáciu na úrovni kolektívneho nevedomia, ktorá umožní klientovi lepšie pochopenie a prepracovanie svojej skúsenosti.

Spoločné **účinné faktory humoru** v psychoterapii môžeme zosumarizovať nasledovne:

1. Humor mení „atmosféru“ – intimitu v dyadickom vzťahu, kohéziu v terapeutickej skupine
2. Humor podporuje kognitívne faktory – vhlád, prerámcovanie, reštrukturalizovanie
3. Humor uľahčuje katarziu – abreakciu napätia a úzkosti
4. Humor zlepšuje sociálne zručnosti – aserivitvu a sociálnu atraktivitu klienta
5. Humor pomáha v terapeutickom spracovaní existenciálnych tém (sexualita, smrť)
6. Humor slúži psychohygiene terapeuta ako prostriedok proti vyhoreniu

(Heretik a kol., 1983; Marsalová, 2007; Heretiková Marsalová a Heretik, 2008, 2009, 2010; Titze a Eschenroeder, 2007).

Všeobecné zásady pri použití humoru v psychoterapii vymedzili Araoz a kol. (2006). Upozornili na: a) *timing* (správne načasovanie vtipu závislé od vývoja vzťahu terapeut – klient a prepracovania témy) b) *vhodnosť situácie* (momentálna atmosféra, emočné vyladenie klienta) a c) *vnímavosť klienta* (trvalé osobnostné črty a kognitívne štýly).

Limity použitia humoru sú prítomné na oboch stranách. U pacientov vyplývajú najmä z ich kognitívnych a emocionálnych porúch v prežívaní humoru. U depresívnych ľudí je to najmä patická nálada a kognitívne schémy v myslení, u schizofrénnych pacientov poruchy myslenia, autizmus. U pacientov s neurotickými poruchami je častým limitom anxieta a gelotofóbia (strach z vysmiatia a humorných podnetov). U terapeutov sú najväčšími limitmi ich kognitívny štýl, metazručnosti a aj osobný zmysel pre humor (Thwaites a Dagman 2004; Kuiper a kol., 2004; Titze a Eschenroeder, 2007; Heretik, 2013).

ZÁVER

Psychológia humoru prináša nové podnety pre klinickú prax ako diagnostickú, tak i terapeutickú. Test vtipov sa dá použiť ako neštandardná doplnková metóda v diferenciálnej diagnostike psychóz. Humorné aspekty má celý rad psychoterapeutických metód vychádzajúcich z veľmi rôznorodých smerov a škôl. Spájajú ich však podobné účinné mechanizmy a limity v použití. Na záver ešte parafrázujeme výrok J. Richmana (2006/7): *Terapeutický humor neznáma, že sa smeje na pacientovi, ale že sa smeje spolu s ním.*

LITERATÚRA

- Araoz, D. L., Kaplan, D., Lazarus, A. et.al. (2006). Humor in Counseling: Leader perspectives. *Humor*, 19,(4), s.397–404.
- Balghová-Ficová B. (1994). *Psychopatológia humoru*. Diplomová práca, FF UK Bratislava.
- Bašová, J. (2002). *Predbežná štandardizácia Testu vtipov*. Diplomová práca, FF UK Bratislava.

- Beck, A. T. (2005). *Kognitívna terapia a emoční poruchy*. Praha: Portál.
- Bergson, H. (1966). *Smiech: esej o význame komična*. Bratislava: Tatran.
- Borecký, V. (2000). *Teorie komiky*. Praha: Hynek.
- Ellis, A. (2001). *Člověče neboj se*. Praha: Nakl. Lidové noviny.
- Ellis, A. (2002). *Trénink emocí*. Praha: Portál.
- Frankl, V. (1996). *...a přesto říct životu ano*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakl.
- Frankl, V. (1999). *Teorie a terapie neuróz*. Praha: Grada.
- Franzini, L. R. (2001). Humour in therapy: The case for training therapists in its use and risks. *Journal of General Psychology*, 128 (2), s. 170–193.
- Freud, S. (2005). *Vtip a jeho vztah k nevědomí*. Praha: Psychoanal. nakl.
- Goldstein, J. H., McGhee, D. (1972). *The Psychology of Humor*. New York: Academic Press, 1972.
- Guensberger, E., Adamišová, D., Heretik A., Vajdičková, K. (1982). Možnosti diagnostického využitia interpretácie vtipov. *Československá psychiatrie*, 78 (6), s.382–387.
- Heretik, A. (2013). *Humor je vážna vec. Psychológia a psychopatológia komiky*. Bratislava: Trio.
- Heretik, A., Vajdičková, K. (2004). Test vtipov po 25 rokoch. *Psychiatria*, 11(2), s. 72–74.
- Heretiková Marsalová, A., Heretik, A. (2009). Smrť a humor v psychoterapii. *Psychiatria-psychosomatika*, 16(4), s. 207–208.
- Heretiková Marsalová, A., Heretik, A. (2011). Sen a humor v psychoterapii (koniec trilógie). *Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika*, 18 (2), s. 36–38.
- Koyš, B. (1997). *Diagnostické využitie zmyslu pre humor (u alkoholikov a pacientov s depresívnou symptomatológiou)*. Diplomová práca FF UK, Bratislava.
- Kuiper, N. A., Grimshaw M., Leite, C., Kirsch, G. (2004). Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor on psychological well-being. *Humor* 17 (1/2), s. 135–168.
- Kulka, J. (2008). Využití humoru v psychoterapii. *Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika*, 15(2), s. 135–138.
- Marsalová, A., Heretik, A. (2008). Sex a humor v psychoterapii. *Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika*, 15(4), s. 241–244.
- Mindell, A. (1992). *Telo a sny*. Bratislava: Stimul.
- Mindell, Amy (1991). *Moon in the water: The metaskills of processoriented psychology*. Cincinnati: Union Inst.
- Molnárová, F. (2011). *Diagnostika štýlov humoru u psychiatrických pacientov*. Diplomová práca FF UK, Bratislava.
- Morreall, J. (2008). *Application of Humor: Health, the workplace and education*. In V. Raskin (Ed.): c. d., s. 449–478.
- Perls, F. (1996). *Gestalt terapie doslova*. Praha: Votobia.
- Raskin, V. (Ed.). (2008). *The Primer of Humor Research.*, Mouton de Gruyter, Berlin, New York.
- Richman, J. (2006/7). The role of psychotherapy and humor for death anxiety, death wishes and aging. *Omega*, 54 (1), s. 41–51.
- Spodniaková, S. (2003). *Psychológia humoru. (Humor pacientov so schizofréniou a depresiou)*. Diplomová práca FF UK, Bratislava.
- Thwaites, R., Dagman, D. (2004). Moderating variables in the relationship between social comparison and depression. *Psychol. psychother.* 77(2), s.309–323.
- Titze, M., Eschenroeder, CH. T. (2007). *Therapeutische Humor. Grundlagen und Anwendungen*. Frankfurt a. M.: Fischer verl., 5. Aufl.
- Valúch, F. (2008). *Psychopatológia humoru. Diagnostické využitie testu vtipov*. Diplomová práca FFUK, Bratislava

Prof. PhDr. Anton Heretik, PhD., je klinický psychológ a psychoterapeut (dynamická a procesorientovaná psychoterapia). Pracuje na Katedre psychológie FF UK v Bratislave a v súkromnej psychoterapeutickej praxi (anton.heretik@gmail.com)

MUDr. Andrea Heretiková Marsalová je psychiatier a psychoterapeut (dynamická psychoterapia). Pracuje v súkromnej ambulancii v Devínskej Novej Vsi a na Psychiatrickej klinike UNB Ružinov v Bratislave (andrea.marsalova@gmail.com)

Došlo do redakcie 19. 12. 2013, v revidovaném znění 28. 1. 2014. K publikaci přijato 2. 2. 2014.

PORADENSTVÍ VERSUS PSYCHOTERAPIE?

Counseling versus psychotherapy?

Tomáš Řiháček

Vznik tohoto článku byl podpořen z prostředků grantového projektu GAP407 /11/ 0141.

ABSTRAKT

Text hledá odpověď na otázku, zda je možné smysluplně rozlišit poradenství a psychoterapii. Analýza je založena na přehledu dostupné literatury vymezující rozdíl mezi psychoterapií a poradenstvím a na polemice s touto literaturou. Autor se zamýšlí nad rozdíly ve třech oblastech – cíl, metoda a předmět práce – a přináší argumenty, které tyto rozdíly zpochybňují. V závěru předkládá model, který umožňuje pohlížet na rozdíly mezi oběma obory na třech různých rovinách a vnáší tím určitou strukturu do jinak nepřehledné problematiky.

Klíčová slova: Psychotherapie, poradenství, metoda, profese

ABSTRACT

The text seeks to answer the question whether it is possible to distinguish meaningfully between counseling and psychotherapy. The analysis is based on a review of available literature defining the differences between psychotherapy and counseling, and on disputation with this literature. The author examines the differences in three areas - the aim, the method and the object of work – and brings arguments which put these differences into question. In conclusion, he presents a model that allows us to look at the differences between the two disciplines at three different levels and thus brings some structure to an otherwise confusing issue.

Key words: Psychotherapy, counseling, method, profession

Pojmy psychotherapie a poradenství jsou někdy rozlišovány, někdy volně pokládány za synonyma. Řada autorů se jejich vzájemného vztahu zlehka dotýká, málokdy se ale pouští do hlubšího rozboru. Domnívám se však, že tato otázka za bližší pohled stojí, neboť se jako červená nit táhne dějinami psychotherapie a konec konců souvisí se současným sporem o šíři pojmu psychotherapie.

Psychotherapie je obtížně definovatelným oborem, který se ve větší či menší míře překrývá s řadou dalších způsobů pomáhání: kromě (psychologického) poradenství mezi ně patří např. krizová intervence (Vodáčková et al., 2002), koučování či specifitěji tzv. klinický koučink (Růžicka, 2012), mediace (Holá, 2011), pastorální poradenství (Kašparů, 2002), filozofické poradenství¹ či doprovázení v širším smyslu (Vávrová, 2012), nebo dokonce psychoanalýza, která někdy bývá samotnými psychoanalytiky proti psychotherapii vymezována (viz např. Kwiatkowski, 1994). Hledání dělicí čáry je přitom mnohdy nesnadné (viz např. Vybíral, 2013) a v určitém smyslu je pouze záležitostí konsenzu. Z otázky věcné (*Co je podstatou psychotherapie?*) se tak snadno stává otázka politická a mocenská (*Kdo se může nazývat psychotherapeutem?*).

Řada autorů používá pojmy psychotherapie a poradenství (am. *counseling*, br. *counseling*) víceméně jako synonyma (např. Dryden, 2008; Feltham a Horton, 2006; Kwiatkowski, 1998; Mackewn, 2004; Rogers, 1942; Smitková, 2011). Argumentují obvykle tak, že obě disciplíny „v zásadě vyžadují od odborníků tytéž způsobilosti, schopnosti, osobní kvality; směřují ke stejným cílům; a probíhají mnohdy identicky“ (Smitková, 2011, s. 221). V tomto smyslu uvedl již Rogers (1942), že ač pro oddě-

¹ http://cs.wikipedia.org/wiki/Filosofické_poradenství

Tabulka 1. Rozdíly mezi poradenstvím a psychoterapií uváděné v literatuře

PORADENSTVÍ	PSYCHOTERAPIE
<i>Zaměření práce</i>	
Pracuje s méně patologickou populací (Norcross, 2000); pracuje s problémem (Kratochvíl, 2006; Orlinsky, 2007); zaměřuje se na (vyřešení dané situace nebo životní události (McLeod, 2007); pracuje s problémy aktuálního charakteru, zaměřuje se na situaci (Matějček, 2011); zaměřuje se na řešení dilemat a zlepšování copingových strategií (Orlinsky, 2007), resp. využití existujících copingových zdrojů (Dryden et al., 1989 [*]).	Pracuje s vážněji narušenou populací (Norcross, 2000); léčí diagnostikované poruchy (Kratochvíl, 2006; Orlinsky, 2007) či problémy trvalejšího rázu (Matějček, 2011); většina psychoterapií zachází „hlouběji“ než poradenství (McLeod, 2007); zaměřuje se na člověka jako celek (Corsini, 2008), na změnu osobnosti (Dryden et al., 1989 [*]), na úlevu od utrpení a korekci maladaptivních návyků, konfliktů a postojů (Orlinsky, 2007).
Zaměřuje se na vnější svět klienta (Dryden et al., 1989 [*]); konceptualizuje klienta jako člověka v sociálním kontextu; zaměřuje se především na klientovy silné stránky a zdroje (McLeod, 2009); uvažuje nemedicínsky, používá pojem „klient“ (Dryden et al., 1989 [*]).	Zaměřuje se na vnitřní svět klienta (Dryden et al., 1989 [*]); konceptualizuje klienta jako jedince, který má problémy s psychologickým fungováním; zaměřuje se především na patologii klienta (McLeod, 2009); uvažuje medicínsky, používá pojem „pacient“ (Dryden et al., 1989 [*]).
<i>Způsob práce</i>	
Je obvykle krátké, jednorázové či předem časově vymezené (McLeod, 2007); délka poradenského sezení by měla být flexibilní; opakovaná sezení mají formu kontroly a sledování účinků doporučení (Matějček, 2011).	Může být dlouhodobá či „tak dlouhá, jak je potřeba“ (McLeod, 2007); často probíhá s větší frekvencí (Rowan, 2005); sezení má obvykle jasně vymezený čas (Matějček, 2011).
Je speciálně zaměřené (např. na manželskou problematiku); poradce má značné znalosti v určité specifické oblasti chování (např. rodina, zaměstnání, závislosti, handicap) a je závislý na této znalosti a svém selském rozumu (Corsini, 2008; Rowan, 2005), používá užší škálu intervencí (Corsini, 2005).	Je většinou otevřená různým teoriím, postupům a jejich kombinacím; terapeut je obeznán s řadou teorií a procedur k dosažení požadovaných výsledků (Corsini, 2008); používá širší škálu intervencí (Rowan, 2005).
Poradce s klientem obvykle pracuje kolaborativně a používá metody, které přesahují jakýkoli konkrétní protokol či manuál. Poradenství bývá nazýváno obvykle podle kontextu (jako poradenství pro studenty, manželské poradenství apod.) (McLeod, 2009).	Léčba může zahrnovat aplikaci intervencí podle definovaného protokolu, manuálu či specifického terapeutického modelu. Obvykle bývá nazývána podle určité teorie (terapeutického přístupu) (McLeod, 2009). Psychoterapeuti více používají konfrontaci a obecně vyvíjejí větší tlak na klienty a kladou na ně větší požadavky (Rowan, 2005).
Poskytuje informace, rady a návody (Corsini, 2008; Kopřiva, 1990); podle jiných autorů se naopak vymezuje proti udělování rad (Dryden a Mytton, 1999; McLeod, 2009).	Pomáhá lidem objevit, proč myslí, cítí se a jedná tak, že jsou s tím nespokojeni (Corsini, 2008).
Poradce musí volit „rychlejší“, účelovou cestu, tj. více manévrovat s uvědomováním klienta tak, aby si uvědomil závažnost a význam svého problému (Vybiral, 2000), pracuje strategicky (Dryden et al., 1989 [*]).	Psychoterapeut nemá s klientem manévrovat, vnucovat mu své připsování důležitosti (Vybiral, 2000); má vyjadřovat vnitřní konflikty klienta pokud možno bez zaujetí vlastního postoje či praktického doporučení (Kopřiva, 1990), práce je založena na přenosu (Dryden et al., 1989 [*]).
Poradce se klientovi „nepřipomíná“, poradenský vztah zůstává v pozadí, poradenský proces neumožňuje pracovat s obranami (Matějček, 2011).	Psychoterapeut je zřetelně přítomen v terapeutickém vztahu, může přímo zažívat klientovy obrany a pracovat s nimi (Matějček, 2011).
Obvykle humanistické (Dryden et al., 1989 [*]).	Obvykle psychoanalytická (Dryden et al., 1989 [*]).
Poradce je učitel/expert (Corsini, 2008).	Psychoterapeut je detektiv (Corsini, 2008).
<i>Institucionalizace</i>	
Je činností vyžadující odborníky, ale zahrnující také „paraprofesionály“ a dobrovolníky; může být vykonáváno i v rámci jiné pracovní role (tzv. <i>embedded counselling</i> , McLeod, 2009); hovoří se také o laickém poradenství (Novák a Drinocká, 2006).	Je plně profesionalizovaným zaměstnáním (McLeod, 2009).
<i>Sociální konsekvence</i>	
Nízkoprahově dostupné, běžnější, méně nákladné; má punc služby pro chudé (McLeod, 2009; Rowan, 2005); služba pro „neomezené“ množství klientů (Matějček, 2011).	Obtížně dostupná, často vyžaduje čekání; má punc služby pro bohatší (McLeod, 2009; Rowan, 2005).
Nevyvolává medicínské konotace, nemusí být stigmatizující (McLeod, 2007).	Bývá spojeno s patologizací, nemocí, může být stigmatizující (McLeod, 2007; Rowan, 2005).

^{*} Citováno podle Kwiatkowski (1998).

lování psychoterapie a poradenství může existovat důvod, je očividné, že intenzivní a úspěšné poradenství není odlišitelné od intenzivní a úspěšné psychoterapie. Sousloví „psychoterapie a poradenství“ se v tomto synonymickém pojetí často objevuje v názvech knih (např. Culley a Bond, 2008;

Feltham a Horton, 2006; Rogers, 1942; Sperry, 2010; Timulák, 2011) či odborných společností (např. *British Association for Counselling & Psychotherapy*).

Autoři, kteří se pokoušejí oba pojmy proti sobě vymezit (např. Corsini, 2008; McLeod, 2007, 2009; Orlinsky, 2007; Rowan, 2005),

vypočítávají řadu rozdílů (jejich shrnutí viz tab. 1). Zároveň však upozorňují, že je třeba chápat je pouze jako relativní a v praxi se rozdíly mnohdy stírají. Navíc tyto rozdíly nevytvářejí dojem jednotného poradenského oboru, ale jsou spíše směsí různých pojetí a perspektiv. Problematičnost rozlišování obou pojmů je posílena také jejich různými konotacemi v různých jazycích a tradicích (Kwiatkowski, 1998; McLeod, 2007; Vybíral, 2010).

Rozlišování v praxi relativizuje také průzkum Richardsonové et al. (2009) provedený mezi poskytovateli výcviků v Austrálii: pouze 13,5% dotázaných se domnívalo, že psychoterapie a poradenství jsou odlišné činnosti, podle ostatních se liší pouze okrajově a nikoli svou podstatou (73%) nebo se neliší vůbec (13,5%). Žádný z konkrétních rozdílů nebyl zmíněn více než polovinou respondentů. V Austrálii, podobně jako u nás, se psychoterapie a poradenství historicky vyvíjely bez regulace. Nicméně i v zemích, kde jsou tyto činnosti státem regulovány (např. Velká Británie), existuje podobná diskuze.

McLeod (2009) ukazuje, že byt jsou oba obory během svého vývoje v neustálé interakci, jsou historicky odlišitelné. Psychoterapie má svůj původ v psychiatrii, zabývající se duševně chorými, vyčleňovanými z tehdejší společnosti. Přestože se osamostatnila, uchovává si více individuální orientaci a uvažování v patologických termínech. Boj o uznání způsobilosti klinických psychologů provádět psychoterapii v rámci zdravotnického systému vedl k vymezování „klinické“ psychoterapie proti „neklinickému“ poradenství (viz též Rogers, 1998; Vybíral, 2000). Namísto toho poradenství podle McLeoda vzniklo jako komunitní služba z velké části založená na dobrovolnickém sektoru a úzce propojená se vzdělávacím systémem.

Od té doby jsme však svědky konvergence obou oborů. Zatímco psychologické poradenství v tradičním významu označovalo činnost, která je založena na expertní pozici poradce a spočívá převážně v provádění dia-

gnostiky a poskytování informací či rad (viz např. Matějček, 2011), v dnešní době jsou psychologičtí poradci stále častěji zároveň absolventy psychoterapeutických výcviků a jejich způsob práce se značně přibližuje práci terapeutů. V mnoha případech se proto nabízí hovořit spíše o *terapeutickém poradenství* (viz např. Kopřiva, 1990; Mackewn, 2004), byť tento pojem u nás (ani ve světě) zatím příliš nezdolá. V Severní Americe, na rozdíl od České republiky, jsou klinická a poradenská psychologie rozlišeny již na úrovni studijních oborů (za zmínku stojí, že absolventi obou oborů mohou poskytovat psychoterapii hrazenou zdravotními pojišťovnami). Objevují se studie, které se pokoušejí zjistit, zda mezi oběma obory v praxi vlastně existuje nějaký rozdíl (např. Bechtoldt et al, 2001; Ogunfowora a Drapeau, 2008). Někteří autoři konstatují vzrůstající konvergenci obou oborů (např. Norcross, 2000), jiní dokonce doufají v jejich ještě větší integraci (např. Feltham a Horton, 2006) či přímo splynutí (Kwiatkowski, 1998).

Chceme-li hledat rozdíl mezi psychoterapií a poradenstvím na úrovni definic, neuspějeme, protože tyto definice jsou často tak široké, že nejenže neumožňují odlišit psychoterapii od poradenství, ale v některých případech ani od jiných forem pomoci. Aby mělo smysl obě disciplíny od sebe odlišovat, měl by mezi nimi existovat zřetelný rozdíl alespoň v jedné z těchto oblastí: cíl práce (*O co usilují?*), metoda práce (*Jakým způsobem pracují?*), předmět práce (*S jakými klienty či problémy pracují nebo na jaké aspekty se zaměřují?*).

POHLED PRVNÍ: CO JE CÍLEM PORADENSTVÍ?

V české literatuře je obtížné najít uspokojivou definici cílů poradenství. Pravděpodobně nejnovějším pokusem je vznikající metodika vztahového poradenství Asociace manželských a rodinných poradců (Baštecká et al., 2013). Její autoři uvádějí, že poradenství se svými cíli liší od psychoterapie a že

cílem vztahového poradenství je „pomoci druhému člověku (páru, rodině atp.) při *orientaci* v jeho (nepříznivé) *vztahové životní situaci*, případně člověka (pár, rodinu atp.) podpořit při *rozhodování* anebo při jejím řešení“ (s. 5, důrazy jsou původní). Autoři předpokládají, že vztahové poradci hranici mezi poradenstvím a psychoterapií znají, a jejím vymezením se dále nezabývají. Jejich definice poradenství přitom poměrně dobře ladí s postmoderními přístupy v psychoterapii (Anderson, 2009; Seikkula a Arnkil, 2013) a vymezování se nejeví jako opodstatněné.

Pravděpodobně nejkomplexnější definici cílů poradenství předkládá McLeod (2009, s. 16–17). Mezi nimi uvádí vzhled, utváření uspokojivých vztahů s druhými lidmi, sebeuvědomění, sebepřijetí, sebeaktualizaci/individuaci, řešení problémů, psychologickou edukaci, osvojení si sociálních dovedností, kognitivní změnu, změnu chování, změnu systému, zplnomocnění klienta (*empowerment*) či podporu klientovy generativity a prosociálního jednání. Přestože McLeod sám je zastáncem odlišování obou disciplín, tento výčet cílů naznačuje, že poradenství může své cíle formulovat stejnými slovy jako psychoterapie a že bychom obtížně hledali cíl specifický pouze pro jeden z obou oborů. Dalo by se namítnout, že specifickým cílem psychoterapie je léčba duševních poruch a onemocnění. Ta se však odehrává pomocí vzhledu, vztahové zkušenosti nebo modifikace kognitivních či behaviorálních vzorců – je to tedy v podstatě jen jiný způsob jak vyjádřit již řečené. Navíc Feltham (cit. podle Bayne et al., 2003) ve svém výčtu možných cílů poradenství, podobně tomu McLeodovu, uvádí i vyléčení, zmírňování symptomů či změnu osobnosti.

V literatuře se můžeme setkat s konstatováním, že poradenství zůstává více „na povrchu“, zaměřuje se na (vy)řešení určité situace či ohraničeného problému, zatímco psychoterapie zachází „hlouběji“ a modifikuje osobnost klienta (viz tab. 1). Pomineme-li problematičnost samotné me-

tafory „hloubky“, která nemusí vždy být synonymem pro „lepší“ či „kvalitnější“ (srov. Vybíral, 2006), toto vymezení v podstatě diskvalifikuje řadu terapeutických přístupů jako méně hodnotných, např. krátkou terapii zaměřenou na řešení (de Shazer, Dolan et al., 2011), která může být v určitém smyslu chápána jako „minimalistický přístup“, či systemickou terapii obecně (např. Schlippe a Schweitzer, 2001), protože usiluje o změnu na úrovni systému a nezabývá se „hlubinami“ osobní patologie. Podobně by pak mohla být vyloučena i kognitivně behaviorální terapie (např. Možný a Praško, 1999), pokud se soustředí na léčbu jednotlivého symptomu a nikoli na komplexní změnu osobnosti.

Pokud nechceme některé z terapeutických přístupů označit za ne-terapii, musíme z výše řečeného vyvodit, že na úrovni cílů nejsou poradenství a psychoterapie odlišitelné, resp. že poradci a psychoterapeuti si ve své práci mohou klást tytéž cíle.

POHLED DRUHÝ: JAKÁ JE METODA PORADENSKÉ PRÁCE?

Nahlédneme-li do zahraničních učebnic poradenství (např. Dryden a Mytton, 1999; McLeod, 2009), najdeme v nich kapitoly, jejichž názvy odpovídají tradičním terapeutickým přístupům (psychodynamický, na osobu zaměřený, kognitivně-behaviorální atd.). Je patrné, že soudobé poradenství čerpá ze stejných zdrojů jako psychoterapie a na úrovni způsobu práce je od ní těžko odlišitelné.

Poradci a terapeuti se mohou mírně lišit v preferenci přístupů. Podle studie provedené na vzorku reprezentujícím převážně severoamerické psychology (ale zahrnujícím i respondenty z řady evropských zemí) se poradenští psychologové poněkud více přiklánějí k feministickým a multikulturním přístupům, zatímco kliničtí psychologové poněkud více preferují kognitivně-behaviorální přístup; u humanistické a psychodynamické orientace žádný signifikantní rozdíl zjištěn nebyl (Ogunfowora a Drapeau, 2008). Podle jiné studie, která mezi sebou

porovnávala členy divize klinické psychologie a divize poradenské psychologie Americké psychologické asociace, kliničtí psychologové poněkud více preferovali behaviorální (ale nikoli kognitivní) a psychoanalytickou (ale nikoli psychodynamickou) orientaci, zatímco poradenští o něco více upřednostňovali humanisticko-existenciální teorie (Bechtoldt et al., 2001). Tyto rozdíly je ovšem nutné vnímat pouze jako relativní, a to i ve světle současného sblížování terapeutických směrů (Norcross a Goldfried, 2006) a ve světle průzkumů, které ukazují značnou oblíbenost eklekticko-integrativního přístupu (např. Hollanders a McLeod, 1999; Thoma a Cecero, 2009).

Navíc podle Lamberta (1992; Asay a Lambert, 2006) pouze 15% variability v terapeutické změně lze přisoudit specifickým terapeutickým technikám a zbývajících 85% připadá na vrub faktorům, které buď s terapií nesouvisí (změna nastala díky mimoterapeutickým událostem nebo díky vlastnostem klienta, které existovaly již před terapií), nebo jsou společné všem terapeutickým (a tedy i poradenským) přístupům. Podobně Wampold (2001; Ahn a Wampold, 2001) ve své metaanalýze dospěl k závěru, že přidávání či ubírání specifických komponent terapie nemá vliv na její celkovou účinnost. To naznačuje, že technické rozdíly mezi různými způsoby práce terapeutů a poradců nehrají velkou roli v jejich efektivitě a že v popředí jsou spíše obecnější principy terapeutické změny. Mezi nejčastěji pojmenovávané tzv. společné účinné faktory (*common factors*) bývá řazeno např. rozvinutí pracovního spojení mezi klientem a terapeutem, klientovo aktivní zapojení do terapie, klientovo pozitivní očekávání/naděje, terapeutova vřelost (*warmth*) či empatické porozumění a řada faktorů terapeutického procesu, mezi něž patří vytvoření příležitosti pro katarzi, získání a procvičení nového chování, nabídnutí vysvětlení/racionálně léčby, podporování vzhledu/uvědomění, poskytování zpětné vazby/testování reality, emoční korektivní zkušenost, sugesce a pře-

svědčování, desenzitizace apod. (Grenavage a Norcross, 1990). Tyto společné faktory působí napříč různými terapeutickými přístupy a překračují pomyslnou hranici psychoterapie-poradenství.

Při hledání něčeho, co by bylo specifické pouze pro poradenství, si můžeme položit otázku, zda to není právě ono „udělování rad“ či edukace v širším smyslu, obsažené již v etymologii slova poradenství. Můžeme však namítnout, že poskytování informací a rad (*advice giving*) či vedení (*guidance*) patří i do repertoáru terapeutů a v případě určitých problémů či u některých klientů je účinnou terapeutickou intervencí. Nahlíženo z opačné strany, ani „ryzí“ poradenství nemůže spoléhat jen na udělování rad, ale musí brát v potaz interpersonální proces a vztah, v němž se udělování rady odehrává, přičemž samotný proces (vyslechnutí, katarze, terapeutova empatie) může být důležitější než rada samotná. V McLeodově (2007) pojetí ovšem ani poradenství není záležitostí udělování rad a vedení, ale spočívá primárně v kolaborativním způsobu práce, v naslouchání a facilitaci. McLeod zdůrazňuje roli vztahu, klientovy angažovanosti a volby a věrnost klientem definovaným cílům. Spíše než o dichotomii „rady ano/ne“ má smysl uvažovat o poradensko-terapeutickém procesu v dimenzích (např. míra expertnosti terapeuta/poradce, míra direktivity, míra poskytování rad), které se mohou měnit v závislosti na potřebách klienta a terapeutického procesu (např. podle fáze terapie).

K často uváděným rozdílům mezi poradenstvím a psychoterapií patří též jejich rozdílná délka. McLeod (2007) např. poradenství charakterizuje jako krátké, jednorázové či předem časově vymezené (často 1–6 setkání). Tento rozdíl je ovšem relativizován současným tlakem na zkracování terapie (např. Lambert, Bergin a Garfield, 2004). Podle Vodáčkové et al. (2002) lze krátkodobou psychoterapii charakterizovat takto: „Krátkodobá psychoterapie [tj. do 20 sezení] si klade omezený cíl – vyřešit a odstranit vymezenou a ohraničenou symptomatolo-

gii, nebo ji alespoň zmírnit. Eventuálně se týká ohraničeného problému zahrnujícího zranění jedince, jeho rodinný systém apod. Do struktury osobnosti klienta zasahuje částečně.“ (s. 66–67). Tato definice podle mého názoru zároveň velmi dobře vystihuje podobu současného poradenství.

Z výše řečeného vyplývá závěr, že poradenství nemá „svůj vlastní“, specifický způsob práce a jeho metody a techniky bezprostředně vycházejí z pestré škály psychoterapeutických přístupů.

POHLED TŘETÍ: CO JE PŘEDMĚTEM PORADENSTVÍ?

Autoři, kteří psychoterapii a poradenství odlišují, někdy vymezují psychoterapii jako práci s patologicky narušenou populací, zatímco poradenství charakterizují jako práci s lidmi v rámci normy. To jistě platí relativně (klienti „s diagnózou“ navštěvují častěji klinické psychology než poradce), ne však absolutně – není výjimkou, že klient, který splňuje kritéria pro udělení psychiatrické diagnózy, navštíví poradenské zařízení a dostane zde adekvátní péči. Otázkou samozřejmě je, zda péči stejně kvalitní jako v případě klinického psychologa či psychiatra. Bohužel zatím neexistuje dostatek studií, které by na tuto otázku přesvědčivě odpovídaly. Jedním z důvodů je i to, že různé země mají různé systémy vzdělávání a licencování psychologů (psychoterapeutů, poradců) a výsledky studie provedené v jedné zemi jsou proto obtížně přenositelné do jiných podmínek. Stejněmu problému ale čelí i velké mezinárodní studie či metaanalýzy.

Dnes již klasická metaanalýza Smithové, Glasse a Millera z roku 1980 ukázala, že o něco málo lepších výsledků v psychoterapii dosahují psychologové než psychiatři (cit. podle Beutler et al., 2004). Podle často citované studie časopisu *Consumer Reports* z roku 1995 (Seligman, 1995), která zpracovávala data od 2 900 lidí, jež během posledních tří let kvůli psychickým potížím navštívili nějakého odborníka, se tito lidé dočkali srovnatelně účinné pomoci od psychiatrů,

psychologů i sociálních pracovníků; o něco hůře si vedli manželští a rodinní poradci (což ovšem může být dáno i odlišným typem problémů, s nimiž se lidé na tyto odborníky obraćejí). Vzhledem k typu studie (nejednalo se o kontrolovanou klinickou studii, ale o „průzkum mezi spotřebiteli“) je ale nutné brát výsledky jako velmi orientační. Také analýza dat z nedávno provedené Helsinské studie psychoterapie, jíž se účastnili psychoterapeuti s psychologickým, psychiatrickým a „jiným“ (ve studii nespecifikovaným) vzděláním, nezjistila signifikantní vliv profese na výsledek terapie ani na kvalitu pracovního spojení terapeutů s klienty (E. Heinonen, osobní sdělení, 30. 1. 2014). Celkově lze konstatovat, že zatím neexistuje empirický důkaz, že by primární profese terapeuta měla významný vliv na výsledek terapie, a je nutné další zkoumání, provedené nejlépe v našich nebo velmi podobných podmínkách.

Dichotomie uvedená v tab. 1 mohou dále budit zdání, že psychoterapie se zaměřuje na jednotlivce (na individuální patologii), zatímco poradenství se orientuje na nápravu a rozvíjení vztahů. V praxi však rozhodně neplatí, že by psychoterapeuti pracovali pouze s jednotlivci a poradci výhradně s páry (či rodinami). Navíc, samotné zaměření na jedince nebo na vztahy (či na systém) je z velké části dáno konkrétním terapeutickým přístupem, který daný psychoterapeut či poradce zastává: systemicky orientovaný terapeut pravděpodobně vždy za individuálními potížemi uvidí souvislosti na úrovni systému, zatímco psychoanalyticky zaměřený terapeut bude mít tendenci i za vzáhvým problémem primárně vidět interakci dvou či více jedinců s jejich individuálními patologiemi. Rozdíly mezi různými přístupy tak mohou být zásadnější než odlišnost mezi psychoterapií a poradenstvím.

Je také potřeba zdůraznit, že i psychoterapie se může zaměřovat pozitivně a usilovat o „napomáhání harmonickému rozvoji osobnosti“ (Kratochvíl, 1997, s. 14); limitovat ji jen pro práci s duševně nemocnými znamená

významným způsobem omezit její potenciál. Řečeno slovy manželů Polsterových: „Terapie je příliš dobrá, aby se omezovala jen na nemocné“ (Polster a Polster, 2000, s. 35).

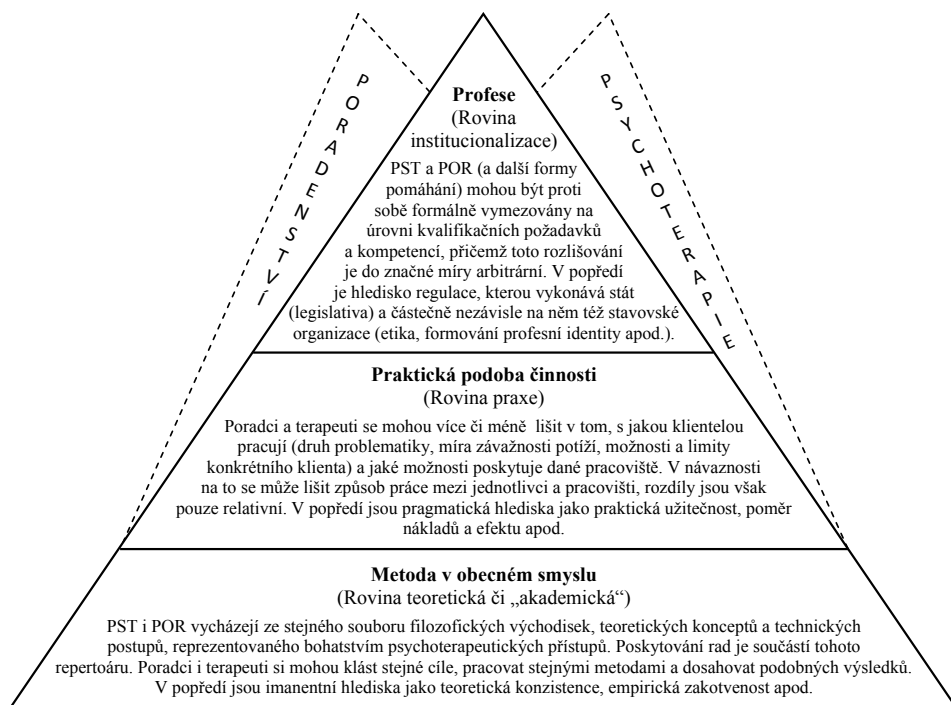
PROBLÉM MÁ NĚKOLIK ROVIN

V předchozím textu jsem se dopustil směřování různých pojetí poradenství: někdy jsem psal o poradenství jako o udělování rad, jindy jako o činnosti poradenských psychologů (v kontrastu ke klinickým) a ještě jindy o poradenství jako o aplikaci psychoterapeutických metod mimo kontext zdravotnictví. Odpovídá to škále významů, v nichž se termín poradenství používá, a ukazuje to na fakt, že problém má ve skutečnosti několik rovin, které je potřeba odlišit.

Na obr. 1. jsou znázorněny a charakterizovány tři roviny, na nichž můžeme o rozdílech mezi poradenstvím a psychoterapií

uvažovat. První rovinu lze nazvat *metodou v obecném smyslu*. Na této rovině jsem se pohyboval po většinu času, když jsem argumentoval, že mezi poradenstvím a psychoterapií žádný smysluplný rozdíl neexistuje – obojí totiž vychází z týchž (říkejme pro jednoduchost „psychoterapeutických“) přístupů, byť terapeuti a poradci mohou statisticky častěji preferovat odlišné přístupy.

Druhou rovinou je rovina *praktické činnosti*, která již přihlíží k tomu, jakými konkrétními způsoby jsou tyto psychoterapeutické přístupy aplikovány na problémy a potřeby klientů, s nimiž se terapeuti a poradci ve své praxi setkávají. Na této rovině lze najít rozdíly, které lze popsat jako rozdíly v míře, ale nikoli v podstatě. Konkrétní aplikace psychoterapeutických principů se může lišit v závislosti na stupni klientova narušení a na konkrétním problému (diagnóze), ale kompetence pro práci s určitým okruhem



Obr. 1. Rozdíl mezi poradenstvím a psychoterapií na třech rovinách

problémů terapeut/poradce získá spíše specializovaným výcvikem, praxí a supervizí než určitým typem pregraduálního vzdělání.

K podstatnějšímu rozlišování dochází až na třetí rovině, rovině *profese*. Toto rozlišování má kromě ochrany klientů a budování identity oboru též cíle méně „vznešené“ – ochránit vlastní příjmy a privilegia a zamezit konkurenci v přístupu ke zdrojům. To může vést až k umělému oddělování činností, které jsou ve skutečnosti velmi podobné až identické. Současnou situaci tak výstižně shrnuje Rowan (2005), když říká, že ačkoli nemusíme věřit, že mezi psychoterapií a poradenstvím je rozdíl, v praxi se musíme chovat, jako bychom věřili, že existuje. Přestože i tyto cíle jsou legitimní, neměly by zastírat základní podobnost, která v základu psychoterapie a poradenství leží. Spolu s Kwiatkowskim (1998) můžeme tedy dospět k závěru, že i když se zdá, že určité rozdíly existují, jsou spojeny spíše s kontextuálním a filozofickým milieum než s jakýmkoliv rozdíly v technické stránce práce či v dovednostech praktiků obou disciplín.

PODĚKOVÁNÍ

Za možnost diskuze a cenné připomínky děkuji Zbyňku Vybíralovi, Michalu Čevelíčkoví, Janu Roubalovi, Romanu Hytychovi, Janě Koutné Kostínkové a své ženě Simoně.

LITERATURA

- Ahn, H., Wampold, B. E. (2001). Where of where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251–257.
- Anderson, H. (2009). *Konverzace, jazyk a jejich možnosti: postmoderní přístup k terapii*. Brno: NC Publishing.
- Asay, T. P., Lambert, M. J. (2006). The empirical case for the common factors in therapy: qualitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, S. D. Miller (Eds.), *The heart & soul of change: What works in therapy* (s. 33–56). Washington: American Psychological Association.
- Baštecká, B. et al. (2013). Metodika manželského, rodinného, partnerského a dalšího vztažového poradenství. Staženo z <http://files.metodikavp.webnode.cz/200000038-c9089eafc6/Metodika%20komplet%202013-07b.pdf>
- Bayne, R., Merry, T., McMahon, G. (2003). Counselling. In R. Bayne, I. Horton (Eds.), *Applied psychology: Current issues and new directions*. London: SAGE.
- Bechtoldt, H., Norcross, J. C., Wyckoff, L. A., Pokrywa, M. L. (2001). Theoretical orientations and employment settings of clinical and counseling psychologists: A comparative study. *The Clinical Psychologist*, 54(1), 3–6.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. et al. (2004). In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. vyd., s. 227–306). New York: Wiley.
- Corsini, R. J. (2008). Introduction. In R. J. Corsini, D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (s. 1–14). Belmont: Thompson.
- Culley, S., Bond, T. (2008). *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii: Dovednosti a strategie pro zvyšování kompetence v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- de Shazer, S., Dolan, Y. et al. (2011). *Zázračná otázka: krátká terapie zaměřená na řešení*. Praha: Portál.
- Dryden, W. (2008). *Poradenství: stručný přehled*. Praha: Portál.
- Dryden, W., Mytton, J. (1999). *Four approaches to counselling and psychotherapy*. London: Routledge.
- Feltham, C., Horton, I. (Eds.). (2006). *The SAGE handbook of counselling and psychotherapy* (2. vyd.). London: SAGE.
- Grencavage, L. M., Norcross, J. C. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372–378.
- Holá, L. (2011). *Mediace v teorii a praxi*. Praha: Grada.
- Hollanders, H., McLeod, J. (1999). Theoretical orientation and reported practice: A survey of eclecticism among counsellors in Britain. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27(3), 405–414.
- Kašparů, M. (2002). *Základy pastorální psychiatrie pro zvědníky*. Brno: Cesta.
- Kopřiva, K. (1990). Psychoterapeutické poradenství. *Konfrontace*, 1(1), 16–19.

- Kratochvíl, S. (1997). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Kratochvíl, S. (2006). *Manželská terapie*. Praha: Portál.
- Kwiatkowski, R. (1998). Counselling and psychotherapy: Are they different and should we care? *Counselling Psychology Quarterly*, 11(1), 5–14.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross, M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (1. vyd., s. 94–129). New York: Oxford University Press.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., Garfield, S. L. (2004). Introduction and historical overview. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. vyd., s. 3–15). New York: Wiley.
- Mackewn, J. (2004). *Gestalt psychoterapie: moderní holistický přístup k psychoterapii*. Praha: Portál.
- Matějček, Z. (2011). *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Portál.
- Možný, P., Praško, J. (1999). *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton.
- McLeod, J. (2007). *Counselling skill*. Maidenhead: Open University Press.
- McLeod, J. (2009). *An introduction to counselling* (4. vyd.). Maidenhead: Open University Press.
- Novák, T., Drinocká, H. (2006). *Partnerské a rodinné poradenství: práce s klienty*. Praha: Grada.
- Norcross, J. C. (2000). Clinical versus counseling psychology: What's the diff? *Eye on Psi Chi*, 5(1), 20–22.
- Norcross, J. C., Goldfried, M. R. (Eds.). (2006). *Handbook of psychotherapy integration* (2. vyd.). Oxford: Oxford University Press.
- Ogunfowora, B., Drapeau, M. (2008). Comparing counseling and clinical psychology practitioners: Similarities and differences on theoretical orientations revisited. *Int J Adv Counselling*, 30, 93–103.
- Orlinsky, D. E. (2007). *Collaborative research: How different are coaches and therapists? Prezentováno na International Coaching Federation Conference, Long Beach, CA, USA*.
- Polster, E., Polster, M. (2000). *Integrovaná Gestalt terapie*. Albert: Boskovice.
- Richardson, J., Shecan, L., Bambling, M. (2009). Becoming a psychotherapist or counsellor: A survey of psychotherapy and counselling trainers. *Psychotherapy in Australia*, 16(1), 70–80.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (1998). *Způsob bytí: Klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Praha: Portál.
- Rowan, J. (2005). *The future of training in psychotherapy & counselling: Instrumental, relational and transpersonal perspectives*. London: Routledge.
- Růžička, J. (2012). Klinický koučink a psychoterapie. *Psychoterapie*, 6(2), 112–22.
- Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2013). *Otevřená dialogy: setkávání sítě klienta v psychosociální práci*. Brno: Narativ.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974.
- Schlippe, A. v., Schweitzer, J. (2001). *Systemická terapie a poradenství*. Brno: Cesta.
- Smitková, H. (2011). Etická dilemata v psychoterapii a psychologickém poradenství. In P. Weiss et al., *Etické otázky v psychologii* (s. 221–228). Praha: Portál.
- Sperry, L. (2010). *Core competencies in counseling and psychotherapy: Becoming a highly competent and effective therapist*. New York: Routledge.
- Thoma, N. C., Cecero, J. J. (2009). Is integrative use of techniques in psychotherapy the exception of the rule? Results of a national survey of doctoral-level practitioners. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46(4), 405–417.
- Timulák, L. (2011). *Developing your counselling and psychotherapy skills and practice*. Los Angeles: SAGE.
- Vávrová, S. (2012). *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- Vodáčková et al. (2002). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
- Vybíral, Z. (2000). Psychoterapie, psychoterapeutické poradenství a poradenství. *Konfrontace*, 11(2), 83–86.
- Vybíral, Z. (2006). *Psychologie jinak: současná kritická psychologie*. Praha: Akademia.
- Vybíral, Z. (2010). Psychoterapie v Evropě. In Z. Vybíral, J. Roubal (Eds.), *Současná psychoterapie* (s. 67–77). Praha: Portál.

Vybíral, Z. (2013). K současnému postavení psychoterapie ve světě. *Psychoterapie*, 7(2), 115–122.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

v Brně, kde se mj. zabývá výzkumem psychoterapie. Má privátní psychotherapeutickou praxi, dříve terapeuticky pracoval v rámci manželské a rodinné poradny.

Kontakt: rihacek@fss.muni.cz

Mgr. Tomáš Řiháček, Ph.D., je psycholog a psychotherapeut. Působí jako odborný asistent na katedře psychologie FSS MU

Došlo do redakce 25. 2. 2014, v revidovaném znění 27. 2. 2014. K publikaci přijato 10. 3. 2014.

OZNÁMENÍ

Psychiatrická nemocnice v Kroměříži
ve spolupráci s Českou lékařskou komorou, Českou společností KBT,
Psychiatrickou společností ČLS JEP
a Českou psychotherapeutickou společností

pořádá ve dnech **22. až 24. května 2014**
v Psychiatrické léčebně v Kroměříži

9. ČESKOU KONFERENCI KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Akce je zařazena do systému celoživotního vzdělávání lékařů,
psychologů i SZP a za účast budou přiděleny kredity (body).

Bližší informace a přihlášky zašle zájemcům o účast
prim. MUDr. Petr Možný, Psychiatrická nemocnice, 767 40 Kroměříž,
e-mail: moznyp@plkm.cz.

INTUICE: TEORETICKÝ RÁMEC A KVALITATIVNÍ VÝZKUM VYUŽÍVÁNÍ INTUICE V PRÁCI GESTALT TERAPEUTŮ

Intuition: Theoretical framework and qualitative study of using intuition by gestalt therapists in their practice

Tomáš Bolek, Jan Roubal

Vznik tohoto článku byl podpořen z prostředků grantového projektu GAP407/11/0141.

ABSTRAKT

Článek se zabývá fenoménem intuice jako zdroje kreativních intervencí v psychoterapeutické praxi. V první části textu je věnován prostor teoretickým úvahám o intuici obecně i v kontextu psychoterapie. Ve druhé části jsou prezentovány výsledky kvalitativního výzkumu mezi gestalt terapeuty zaměřeného na momenty, ve kterých se terapeut více než na racionální analýzu spoléhá na vlastní intuici.

Klíčová slova: intuice, psychoterapie, gestalt terapie, kvalitativní výzkum

ABSTRACT

The article is discussing the phenomenon of intuition as a source of creative interventions in psychotherapeutic practice. The first part of the text deals with theoretical thoughts of intuition in general as well as in the context of psychotherapy. The second part presents results of a qualitative research conducted among Gestalt therapists that was focused on moments in which the therapists rely more on their own intuition rather than a rational analysis.

Key words: intuition, psychotherapy, Gestalt therapy, qualitative research

ÚVOD

Ačkoliv je možné intuici považovat za fenomén běžně přítomný v praxi psychoterapeutů napříč různými školami a směry,

v psychoterapeutické literatuře se s jeho reflexí setkáme jen zřídka. Důvodů, proč tomu tak je, bychom asi našli mnoho. Jedná se např. o obtížnou uchopitelnost a nepředvídatelnost intuice, její rozpor s kauzálním způsobem uvažování a pozitivistickým dokazováním účinnosti psychoterapie, možná také o iracionální obavy a předsudky. Společně s Bohartem (1999), Bayardovou (2001), Brescia (2005) a jinými věříme, že intuice terapeuta může být cenným zdrojem holistického porozumění i velmi kreativních a efektivních terapeutických intervencí. Rádi bychom zde nabídli možnost, jak se dá o intuici přemýšlet, a položíme si otázku, kdy a proč může být naše intuice přínosem pro terapeutickou praxi. Prostřednictvím výsledků výzkumu pak nabídneme pohled do zkušenosti několika gestalt terapeutů s jejich vlastní intuicí a intuitivními intervencemi v terapii. Článek vychází z diplomové práce prvního autora (Bolek, 2010), která je veřejně přístupná na webových stránkách Masarykovy univerzity v Brně.

PŘEHLED VYBRANÝCH POJETÍ INTUICE

Výraz *intuitio* byl v latině odvozen ze staršího podstatného jména *intuitus* (velmi blízké anglickému *insight*) a znamenal původně hledět, nahlížet, pozorovat něco. Ve filozofii se význam tohoto pojmu postupně vyvíjel od původně prostého vnějšího sklouznutí zrakem po jevu (a jeho vzhledu) k pohledu dovnitř, ke vzhledu, postihujícímu vnitřně skryté a nezřetelné souvislosti, a to bezprostředně, mimo pojmový aparát a logickou analýzu (Nuska, 1993). Pro různá filozofická pojetí intuice je společné její spo-

jení s pravdou a „pravým“ poznáním, jež se netýká vnějších charakteristik skutečnosti, ale její podstaty, ukryté v niternosti každé věci (Stachová, Nosek, 1993).

Jung (1996) považoval intuici (coby nevědomé vnímání) za jednu ze čtyř základních psychických funkcí, která člověku umožňuje vidět za smyslově vnímatelným povrchem věcí jejich vnitřní povahu a jejich možnosti. Proto je intuice podnětem k činnosti a tvořivé aktivitě, není nikdy stabilní, ale směřuje do budoucnosti. Podle Junga (1993) intuice jako jediná psychická funkce zahrnuje dimenzi času, neboť nám pomáhá vidět „odkud to přichází a kam to směřuje“.

Podobně Bergson (2002), zřejmě nejvýznamnější filozof intuice, říká, že intuice respektuje trvání, které je pro něj základní vlastností lidské duše. Život i lidskou duši není možné uchopit abstraktní a analytickou racionalitou, není na ně možné nahlížet pouze prizmatem kauzálních příčin a následků. Života, který je procesem nekonečných změn a proudu tvořivého ducha, se však můžeme bezprostředně dotýkat právě díky intuici.

V současné době v psychologii neexistuje jednotící definice intuice. Jedná se o koncept, který se v kognitivní psychologii zřejmě roztříštil do mnoha dílčích konceptů zkoumaných odděleně. Patří mezi ně např. implicitní paměť a učení, tacitní znalost, teorie somatických markerů, či duálního kódování a jiné (Hodgkinson, Langan-Fox a Sadler-Smithe, 2008). Je však třeba říci, že pokusy o operacionální definování intuice jsou svým způsobem v rozporu se samotnou holistickou a neredukovatelnou podstatou tohoto fenoménu (Kriz, 2008).

Pokusme se alespoň nastínit hlavní charakteristiky intuice. Dane a Pratt (2007) definují pět aspektů intuice:

1. Intuice je nevědomá, vyskytuje se mimo dosah vědomého myšlení. Zatímco výstupy intuice jsou vědomí přístupné, způsob, jak k nim dotyčný jedinec došel, dostupný vědomí není.

2. Coby holistický asociativní proces může pomáhat integrovat různorodé aspekty špatně či nedostatečně definovaného problému do koherentního postupu, směřujícího k jeho řešení. Proto čím více je problém nestrukturovaný, tím více jsou intuitivní soudy považovány za efektivnější ve srovnání s racionální analýzou.

3. Intuice zahrnuje proces, ve kterém jsou podněty z vnějšího prostředí srovnávány s některými hluboce zakořeněnými vnitřními neuvědomovanými kategoriemi, vzorci či charakteristikami.

4. Ve srovnání s racionálním rozhodováním je intuice rychlejší.

5. Intuitivní soudy mají emocionální náboj a rozměr.

Poněkud jiný výčet můžeme nalézt u Basticka (1982), který uvádí následující charakteristiky intuice: náhlé, okamžité a bezprostřední poznání, spojení mezi emocionálním afektem a vhledem, ne-analytická (ne-racionální, ne-logická) a celostní povaha intuitivní zkušenosti, její empatický aspekt, preverbální a často nevyslovitelná povaha intuitivního poznání, nevyhnutelný vztah mezi intuicí a kreativitou, potenciální nepřesnost intuitivního vhledu. Vaughan (1979, cit. dle Hodgkinson et al. 2008) pak zdůrazňuje vedle emocionálního a mentálního rozměru intuice také její rozměr tělesný a spirituální.

V kontextu snahy o definování základních aspektů intuice je zajímavá Baylorova (1997) teorie tří komponentů intuice. Těmi jsou pro něj 1) bezprostřednost (a mimovolní objevení se intuice), 2) vnímání a vytváření smysluplných vztahů ve vědomostní struktuře jedince (efektivita a přesnost intuice vzrůstá se vzděláním a zkušenostmi) a 3) specifický druh úsudku směřující více k porozumění a k nahlédnutí podstaty problému spíše než k jeho řešení. Podstatnou vlastností intuice je pro Baylora také její úzké propojení s bezprostřední aktivitou. Na rozdíl od metakognice, tedy uvažování o akci, vede intuice od získané informace přímo ke konání.

INTUICE A PSYCHOTERAPIE

„Jako terapeut jsem zjistil, že když jsem nejbližší svému vnitřnímu, intuitivnímu já, když jsem nějakým způsobem v kontaktu s neznámým v sobě, když se ve vztahu [s klientem] nacházím snad i v mírně změněném stavu vědomí, pak cokoli udělám zdá se být velmi léčivé.“

CARL ROGERS (1985, s. 182)

Ačkoliv intuice nepatří k základním tématům psychotherapeutické literatury, mnozí autoři se domnívají, že je možné ji považovat za společný prvek všech psychoterapií a také klinické psychologické praxe (Welling, 2005, Bayard, 2001, Bohart, 1999). Nedostatek pozornosti věnované intuici je podle nich způsoben minimální reflexí tohoto aspektu klinické praxe, nikoli jeho faktickou nepřítomností. Intuice může hrát důležitou roli hned v několika oblastech psychotherapeutické praxe.

Například Welling (2005) považuje intuici za potenciálně přínosnou pro integraci v psychoterapii, kdy terapeuti čelí návalu velkého množství informací z různých teoretických směrů a současně se v praxi musí rozhodovat rychle a „za pochodu“. Lomas (1993, cit. dle Welling, 2005) uvažuje o intuici jako o kvalitě, která značně zvyšuje terapeutovu způsobilost pro psychotherapeutickou práci a zdůrazňuje zejména její význam pro načasování intervencí. Bohart (1999) spojuje intuici s mistrovstvím v jakémkoliv oboru, ať už jde o chirurgii, atletiku či psychoterapii. Když po letech dřiny a učení se řemeslu jej do jisté míry ovládneme a dovedeme je provádět zčásti automatizované, může se intuice podle Boharta dostat většího prostoru a využití jako hlavního zdroje kreativity v psychoterapii. Safran a Muran (2000, cit. dle Welling, 2005) nacházejí specifické využití intuice v situacích terapeutické slepé uličky, kdy selhávají všechny dostupné teoretické modely a naučené dovednosti. Právě intuice může pomoci překonat tyto obtížné momenty v terapii a přivést terapeuta a klienta k následnému setkání v duchu Já-Ty (Buber, 2005).

Jak naznačuje výše zmíněný citát C. Rogera, intuice je zejména specifickým vnitřním postojem hluboké vnímavosti vůči sobě i druhému. Zahrnuje mezi jinými ztišení vnitřních pocitů a myšlenek terapeuta; otevřenost ke všemu, co přijde; citlivé naslouchání „rytmům interakce“ a jemným, implicitním obsahům komunikace. Tento postoj charakterizuje také zvláštní zaměření pozornosti, které je spíše panoramatické a receptivní, než konkrétní a specificky zacílené (Laquercia, 2005). Postoj takového hluboké vnímavosti je předpokladem pro objevení se intuitivních impulzů a informací, které mohou mít různou míru konkrétnosti a mohou být více či méně dostupné našemu vědomí. Welling (2005, s. 25–28) určil v této souvislosti pět fází reprezentace intuitivního poznání podle bohatosti informací v intuici obsažených:

1. Detekční fáze označuje velmi nespecifický pocit či tušení, jenž signalizuje, že se „něco děje“, bez přítomnosti jakéhokoliv vodítka, o co by mohlo jít.

2. Fáze dichotomického uvědomění. V této fázi se objevuje jeden ze dvou protichůdných pocitů. Na jedné straně jsou to negativní pocity typu „něco tady nehraje“, „něco tomu chybí“. Pozitivní pól představují pocity typu: „řešení je na dosah ruky“, „děje se něco důležitého“. Stále však není jasné, o co jde, ani s čím by to mohlo souviset.

3. Fáze souvisejících objektů. V ní se odhalují objekty či situace, se kterými výše zmíněné nespecifické pocity souvisejí, podstata intuitivní informace však stále zůstává skryta.

4. Ve fázi metaforického řešení je význam či obsah intuice přítomen v metaforické podobě. Může jít o obrazy, slova, melodie či kinetické vjemy.

5. Fáze explicitního verbálního porozumění představuje poslední a nejvyšší stádium reprezentace intuitivní informace. Význam a smysl intuice je jasný a srozumitelný, gestalt je dotvořen a je viditelný.

Tyto fáze se většinou objevují v uvedeném pořadí, ačkoli se může objevit změněné pořadí u sousedních fází. Případně může být intuice dostupná rovnou v explicitní podobě, tato poslední fáze však v sobě zahrnuje všechny předchozí.

INTUICE A GESTALT TERAPIE¹

Intuitivní dovednosti jsou v praxi gestalt terapeutů ceněny a využívány pro diagnostickou rozvahu i pro volbu intervencí v průběhu psychoterapeutického procesu. Podle Laury Perls potřebuje dobrý terapeut jak intuici a bezprostřednost umělce, tak kvalitní vědecké vzdělání. Psychoterapie je podle ní trochu více uměním, než vědou (Amendt-Lyon, 2001). Mackewn (2004) řadí intuici mezi obecné schopnosti gestalt terapeuta: „terapeutické poradenství je složitý proces vyžadující od poradce nebo psychoterapeuta, aby pracoval s intuicí, sebeuvědoměním a byl v kontaktu se svým tělesným a emocionálním já“ (tamtéž, s. 16).

Z teoretického hlediska však koncept intuice není v rámci teorie gestalt terapie systematicky zpracován.² Je to zřejmě proto, že gestalt terapie neodděluje od sebe kognitivní a intuitivní poznávání. Namísto toho pracuje s konceptem uvědomování, které je aktuálně přítomným holistickým prožitkem, nejen myšlenkovým reflektováním, je zároveň „jak věděním, tak bytím“ (Joyce, Sills, 2011). Uvědomování, jak je chápáno v gestalt terapii, v sobě přirozeně zahrnuje i koncept intuice. Při uvědomování ale nejde o výjimečný zážitek vzhledu, jedná se o „neustálý proces, který je v každém okamžiku k dispozici“ (Polster, Polster, 2000) a tvoří základ pro růst skrze sebepoznání, tvořivost a kontakt (Roubal, 2012). Gestalt terapeuti-

ká literatura se pak zaměřuje především na praktické využití intuitivního poznávání a to především ve třech oblastech: jako estetické kritérium pro volbu terapeutického postupu, jako zdroj terapeutovy kreativity a jako podklad pro tvořivé spolutváření procesu terapie v rámci dialogického vztahu.

Intuitivní dovednosti používá terapeut v diagnostice psychoterapeutického procesu (Roubal, Francesetti, Gecele, 2013). Pokud je terapeut v kontaktu se svým uvědomováním, může své jednání nechat ovlivňovat „estetickým“ vyhodnocováním a neustále se naladovat na přítomnou situaci.³ Intuice pomáhá terapeutovi v diagnostickém posouzení situace a doplňuje tak diagnostiku v klasickém medicínském či psychodynamickém pojetí. Gestalt terapeut při tomto způsobu diagnostikování nepopisuje klienta a terapeutickou situaci z expertního odstupu, nesrovnává přítomný fenomén s obecným modelem. Naproti tomu zůstává pohlcen „vztahovým chaosem“. Poznává proces terapie „zevnitř“ (*intrinsic diagnosis*) a přímo smysly. Jedná se o průběžné intuitivní vyhodnocování situace, o specifické poznání, které se objevuje na hranici kontaktu v okamžiku, kdy organismus a okolí nejsou ještě diferencovány. Proto je takové poznávání implicitní (pre-verbální) a ze své podstaty naladěné na intersubjektivní prostor (Francesetti, 2012). Vodítka pro další intervenci jsou okamžitě a bleskurychle vyhodnocována podle estetického kritéria (Joe Lay, cit. dle Bloom, 2003). Terapeut vnímá plynulost a ladnost právě probíhajících událostí, co „ladí“ a co ne, a to ho navádí k okamžitému přizpůsobování nejen konkrétních intervencí, ale i obecněji toho, jak je s klientem.

Intuitivní vyhodnocování může vést přímo k tvořivé intervenci, například ke gestalt terapeutickému experimentu. Zinker (2004) popisuje tzv. „Castanedovské setkání“ jako

¹ Teoretické pojmy jsou zde s ohledem na čtenáře i jiných psychoterapeutických orientací prezentovány pokud možno obecným jazykem. Rozsah článku také neumožňuje detailnější teoretické objasnění uvedených gestalt terapeutických konceptů.

² Z hlediska interpersonální neurobiologie popisuje intuici ve své loňské knize gestalt terapeutka Terry Marks-Tarlow (2012).

³ Slovo intuice můžeme také odvodit od latinského *intendere*, které se používalo pro hudební nástroje a znamenalo napnout struny nástroje tak, aby byl naladěný.

vzácné chvíle, kdy je terapeut tak dobře uzemněn a napojen na klienta, že „může porušit některá standardní pravidla přípravy a odstupňování a rychle vstoupit do dialogu s vnitřním prožitkem druhého. [...] Experimenty, které vznikají během tohoto procesu, jsou mocné, nabitě a překvapí jak mne, tak i klienta“ (Zinker, 2004, s. 214).

Gestalt terapeuti vytváří prostor pro intuitivní poznávání v rámci existenciálně dialogického přístupu (Jacobs, 1995; Yontef, 2005) mezi jehož základní charakteristiky patří tzv. odevzdání se „tomu mezi“ (*surrender to between*) či věrnost dialogu (*commitment to dialogue*). Terapeut se nesnaží kontrolovat výsledek setkání, je otevřený tomu, co se neplánovaně objevuje v dialogu. Podmínky pro intuitivní poznání i intervence jsou vytvářeny také dalšími aspekty dialogického přístupu jako je terapeutova autentická přítomnost a zejména schopnost inkluze (*inclusion*). Při inkluzi se terapeut ponoří do spolubytí s klientem a takovéto plné, prožitkové napojení umožní i přímé intuitivní poznání. Přitom si terapeut zároveň uchovává vlastní jedinečnost, nesplyvá s klientem, a proto může intuitivní poznání terapeuticky využít.

Intuitivní dovednosti využívá terapeut při tzv. improvizacním spoluutváření terapeutického procesu mezi klientem a terapeutem (Spagnuolo Lobb, 2003). Ten je tvořen malými společnými kroky, které mají nepředvídatelný charakter a nemíří lineárně k jasnému terapeutickému cíli. Tak se mohou objevit neočekávané momenty, které v sobě obsahují velký potenciál změny.⁴ Tyto okamžiky do velké míry odpovídají zážitkům setkání Já-Ty (Buber, 2005) a improvizacní spoluutváření pro ně vytváří podmínky. Podle Spagnuolo Lobb (2003) v těchto momentech dochází u klienta díky asimilaci nového k růstu a změně skrze

dosud nepoznaný způsob spolubytí v rámci terapeutického vztahu.

Teorie Spagnuolo Lobb částečně vychází z poznatků výzkumů psychoanalytika Daniela Sterna (1998) zaměřených na proces změny v psychoterapii. Podle Sterna jsou pro změnu zásadní tzv. „momenty právě teď“, které se objevují náhle a nečekaně, obsahují šanci na změnu na úrovni „implicitního vztahového vědění“, avšak není možné na ně odpovědět aplikací metody či techniky. Reakce terapeuta musí být bezprostřední, kreativní a autentická.

Teorie Sterna a Spagnuolo Lobb mají společný důraz na intersubjektivitu v terapeutickém procesu změny. A domníváme se, že právě v psychoterapeutické práci založené na intersubjektivitě a spoluutváření (vyžadující průběžné kreativní přizpůsobování se terapeuta klientovi) má intuice zásadní úlohu, neboť díky ní může terapeut plynule a v reálném čase vnímat jemné implicitní procesy v kontaktu s klientem.

VÝZKUM FENOMÉNU INTUICE V PRAXI GESTALT TERAPEUTŮ

V našem výzkumu jsme si položili otázku, jaká je zkušenost gestalt terapeutů s jejich vlastní intuicí v procesu terapeutické práce. Cílem bylo poznat tuto zkušenost pokud možno v co největší šíři a to z fenomenologické perspektivy terapeutů. Pro tento exploračně orientovaný výzkum jsme zvolili kvalitativní výzkumný design a jako hlavní metodu analýzy dat Interpretativně fenomenologickou analýzu (IPA; Smith, Osborn, 2003, Willig, 2001, Smith, Jarman, Osborn, 1999). Jde o původně psychologickou metodu, která se snaží zaujmout tzv. „insider's perspective“ a poznat žitou lidskou zkušenost.

Bylo uskutečněno celkem sedm polostrukturovaných rozhovorů se šesti terapeuty praktikujícími gestalt terapii. Výsledkem je 26 témat seskupených do 6 hlavních témat. Ta stručně prezentujeme v následujícím textu (jejich názvy jsou v textu uváděny tučně a kurzívou). Zájemce o roz-

⁴ Staří Řekové takové momenty označovali jako kairois – byl to osudový okamžik, přicházející nečekaně, který bylo třeba rozpoznat, uvědomit si šanci, která je v něm obsažena a především ji následně využít.

sáhlejší prezentaci výsledků výzkumu bychom rádi odkázali na diplomovou práci, ze které článek vychází (Bolek, 2010).

VÝSLEDKY VÝZKUMU⁵

I. Prožitek terapeuta při setkání s intuicí

Toto téma se nejvíce blíží esenci zkušenosti terapeutů s jejich vlastní intuicí. V centru je prožitek terapeuta v momentě, kdy důvěřuje své intuici a nechává se jí vést. Aby se jí mohl nechat vést, je důležité, aby došlo k ***upozadění jeho konceptů, přání a představ***. Aby dočasně odložil jak teoretické koncepty svého přístupu, tak i vlastní subjektivní představy o dobré terapii či o tom, co by se v terapii „právě teď mělo dít“. Pouze tehdy může dostat prostor intuice a vést terapeutické setkání směrem vhodným pro konkrétního klienta v konkrétním okamžiku. Přičemž intuitivní krok v terapii podle respondentů není možné učinit bez ***důvěry v sebe a své intuitivní pocity***. Může jít často o důvěru v pocity, které jsou pro terapeuta nesrozumitelné, jejichž původ nezná. Když se totiž terapeut rozhodne jednat intuitivně, často nerozumí tomu, co a proč právě teď dělá a k čemu toto jednání v terapeutické situaci povede (***absence racionálního porozumění v intuitivní situaci***). Paradoxně i při absenci porozumění situaci a neschopnosti vysvětlit „proč dělám to, co dělám“ respondenti hovořili o pocitu ***jistoty***. Je to paradoxní prožitek jistoty v nejistotě, neboť intuice je skoro bez výjimky spojena s neznámem a s určitou mírou rizika.

„Prostě, že vy kolikrát asi ani nevíte, proč to děláte, ale děláte to. A přijde vám to, že je to takhle správně.“

Zdá se, že důležitým aspektem prožitku intuice je velmi silné napojení na tělesné vnímání, o kterém terapeuti referovali (***tělesné***

zakotvení intuice). Intuice může přicházet jako somatický prožitek. Rozdíl oproti běžným tělesným prožitkům, jejichž sledování je neustálou součástí gestalt terapeutické práce, může být zejména v intenzitě a neočekávanosti tělesného prožitku, v přesunu centra pozornosti „od hlavy k tělu“ a v holistickém tělesném prožitku (oproti signálům přicházejícím ze specifického místa v těle).

Intuitivní informace pak může (ale nemusí) být zdrojem ***vhledu***, který může mít podobu celostního pochopení klientova problému nebo jen dočasného průvodního jevu intuitivní intervence, poskytující terapeutovi výše zmíněné ujištění.

II. Aspekty intuitivní situace

Druhá skupina témat se týká určitých aspektů situací, ve kterých terapeut jedná intuitivně. Pro ně je v první řadě charakteristická ***přítomnost energie***, jsou to momenty emocionálně významné. Nezávisle na tom, jestli jde o emoce na straně terapeuta či klienta, jestli intuitivnímu momentu předcházejí nebo jsou naopak jeho důsledkem.

Téma ***pravého okamžiku*** má hned několik významových rovin. Zprvče terapeuti referovali o významné úloze intuice v načasování intervencí, a to zejména těch rizikových, které by potenciálně mohly ohrozit klienta nebo terapeutický vztah. Vedle toho se objevil rozměr využití šance přítomné v konkrétním momentě, jehož nerozeznání by mohlo znamenat propánutí šance na posun (či změnu) u klienta. Poslední význam se týká potřeby rychlého rozhodnutí, kdy nezbývá čas na racionální analýzu a je potřeba se rozhodnout „intuitivně“. Podle respondentů bývají právě tyto typy momentů velmi významné pro proces celé terapie, mají v sobě potenciál důležitých změn.

Jak jsme již naznačili výše, pro intuitivní situace je typická také ***nepředvídatelnost výsledku intuitivní intervence*** – terapeut v nich často musí podstupovat určitou míru rizika a vývoj situace po takové intervenci může být i pro samotného terapeuta překvapivý a nečekaný.

⁵ S ohledem na omezený rozsah prezentace výsledků uvádíme jen velmi málo přímých citací respondentů, ačkoliv ty často nejnápadněji vystihují smysl tematické kategorie.

III. Terapeutova intuice a klient

Tato skupina témat se dotýká interakce a vztahu mezi klientem a terapeutem v souvislosti s intuitivními intervencemi. Můžeme je do určité míry vnímat jako podmínky, bez jejichž naplnění může být terapeutova intuitivní práce pro klienta potenciálně ohrožující.

Ačkoliv jeden z respondentů projevil obavu, že intuice nerespektuje klientovu fenomenologii, ostatní respondenti naopak intuici spojovali spíše s **přizpůsobením se klientovi**. A to nejen jeho vlastnímu porozumění světu i sobě samému, jeho tempu, aktuálním potřebám, připravenosti na konkrétní intervenci, ale také jeho osobnostnímu nastavení, kterému terapeut může přizpůsobit svůj styl práce (třeba i směrem k odlišnému od jeho běžné praxe). Pro samotný bezprostřední moment terapeutické akce založené na terapeutově intuici pak hraje podle některých respondentů důležitou roli dobrý **vzájemný kontakt** s klientem.

Asi příliš nepřekvapí, že jako významné se ukázalo téma **důvěry** v terapeutickém vztahu. Pro přínos intuitivní práce je důležitá klientova důvěra vůči terapeutovi, která umožňuje pracovat méně předvídatelně a více tvořivě, netradičně. Objevilo se však také téma důvěry terapeuta ve svého klienta – např. v situacích rozhodování, zda klient je schopen otevřít určité téma či „ustát“ konkrétní intervenci, ve kterých hraje terapeutova intuice často významnou roli.

IV. Hlas intuice

Neurčité intuitivní informace (či impulzy), přicházející z mimoslovní oblasti na hranici uvědomění, se ve vědomí terapeuta vynořují v různých podobách. Zřejmě nejčastější a nejběžnější formou jsou **obrazové metafor**. Ty se objevují spontánně při práci s klientem a terapeuti se nebojí nabídnout je klientům, neboť ti je mohou relativně lehce odmítnout. Mohou však obsahovat potenciálně velmi přínosné informace o klientovi, kterých si sám terapeut ještě v momentě použití metafor ani nemusí být vědom. Vedle poměrně dobře uchopitelné metafor

respondenti často zmiňovali **nespecifický pocit**, jako obtížně pojmenovatelný impulz, který terapeuta jen vede určitým směrem v terapii. Jako variantu zcela nespecifického pocitu můžeme chápat tušení typu, **něco tady nehraje**, případně „něco tady chybí“. Toto tušení pomohlo v některých případech terapeutům odhalit skryté souvislosti problému klienta, jeho „výtěsněné“ důležité vzpomínky či intenzivní emoce.

Intuitivní informace a impulzy mívají dvě důležité charakteristiky. Tou první je fakt, že přicházejí **nezávisle na terapeutově záměru**. Intuice přichází nepředvídatelně, jakoby „sama, kdy se jí zamane“ a není ovlivnitelná vůlí. Terapeut je ve vztahu ke své intuici spíše v pasivním a receptivním postoji a s tím souvisí druhá podstatná charakteristika – intuitivní informace má téměř vždy dynamický charakter – někam terapeuta směřuje, navádí, přitahuje (**intuice jako průvodce**). Může mu ukazovat směr, kterým se má vydat v prozkoumávání klientova příběhu a prožitků, naznačovat cestu z terapeutické slepé uličky nebo navádět k určité terapeutické intervenci.

„Takže dá vám to nějaký směr, něco kudy jít. A pak už záleží, jak to přetvoříte do té konkrétní podoby.“

V. Vliv na terapii

Co může intuice přinést, když se na ni terapeut spolehne? Na tuto otázku odpovídají následující témata. Intuice terapeuta, vnesená do terapie ve formě obrazové metafor či kreativního postupu, může klientovi poskytnout v první řadě dílčí **nové uvědomění**. A to jak na kognitivní (např. lepší porozumění, vynoření zapomenuté vzpomínky) tak experienciální (emocionální a tělesné) úrovni. Někdy však může být terapeutova intuice i zdrojem zásadních **dlouhodobých změn** u klienta. Jako bezprostřední důsledek intervence založené na terapeutově intuici respondenti zmínili např. obnovení schopnosti dosažení orgasmu u klientky s vaginismem, obnovení terapeutického procesu

po delší stagnaci, ustoupení naléhavosti významných negativních a neodklonitelných emocí aj. Specifická a důležitá se zdá být pro tyto momenty otevřenost terapeuta vůči změně u sebe samého, neboť k tomu jej v těchto momentech intuice často vede. Jeho neochota reagovat a postupovat kreativně, netypicky a odlišně než obvykle, brání možnosti využít potenciál intuitivní informace.

Oproti výše zmíněným pozitivním přínosům se objevil také negativní důsledek jednání terapeuta na základě vlastní intuice, kdy došlo k **ohrožení** – ať už klienta, terapeutického procesu či vzájemného vztahu. Za zmínku stojí skutečnost, že k tomu u respondentů docházelo v situacích absence některých výše zmíněných „podmínek“ přínosné intuitivní práce (vzájemná důvěra, dobrý kontakt, vhodné načasování).

VI. Teoretické porozumění intuici

Toto téma zachycuje úvahy respondentů týkající se teoretického porozumění intuici a její pozice v jejich praxích. Respondenti nejednou nahlas uvažovali o místě intuice v teorii gestalt terapie (**intuice v kontextu gestalt teorie a jiných konceptů gestalt terapie**). Intuice jako koncept podle nich není v této teorii explicitně popsána ani vymezena a není součástí vzdělávání v tomto směru. Objevily se úvahy o podobnostech, souvislostech a odlišnostech mezi intuicí a jinými koncepty gestalt teorie (např. experiment, uvědomění a setkání). Jako vysvětlení „mechanismu“ intuice se opakovaně objevila úvaha o tom, že intuice umožňuje vnímat **implicitně přítomné informace** v kontaktu s klientem, které nejsou přístupny terapeutově uvědomění. Zdá se, že intuice není běžnou a každodenní součástí praxe terapeutů. Intuitivní momenty jsou v terapii spíše výjimečné, někdy však o to důležitější (**výjimečnost intuice v kontextu běžné praxe**).

DISKUSE

Výsledky výzkumu mezi našimi respondenty (které pochopitelně nelze zobecňovat

na gestalt terapeutů obecně) potvrzují jeden ze základních předpokladů naší studie – totiž, že respondenti ve své práci využívají svou intuici, avšak nejsou zvyklí ji vědomě reflektovat. Koncept intuice obtížně zasazují do kontextu teoretických východisek jejich přístupu. Chápu intuici spíše jako něco výjimečného a nepříliš častého v jejich praxi, což je poněkud v rozporu s výše nastíněnými teoretickými předpoklady o intuici jako o přirozené a relativně běžné součásti práce gestalt terapeutů. Tento rozpor je možné vysvětlit tím, že respondenti postrádali větší citlivost k rutinnímu a nenápadnému využívání intuice a to tak zůstalo méně uvědomované. Naši respondenti dále spojují intuici spíše s emočně významnějšími momenty obsahujícími léčivý potenciál, kdy jsou terapeuti vedeni svým intuitivním poznáním k méně typické intervenci, které v daném okamžiku plně nerozumí a jejíž výsledek obtížně odhadují. Zde nacházíme spojitost s významnými momenty „právě teď“ v pojetí D. Sterna (1998), prací v duchu improvizačního spoluutváření v pojetí Spagnuolo Lobb (2003) a s momenty setkání v duchu buberovského Já-Ty. Domníváme se, že tyto souvislosti by si zasloužily další výzkumnou pozornost.

Naše výsledky potvrzují možný potenciál intuice pro integrativní terapeutickou práci „šitou klientovi na míru“, neboť intuice je spojována s ochotou terapeuta upozadit jeho teoretické koncepty a představy a „nechat se citlivě vést“ aktuálními potřebami a možnostmi klienta. Jako zásadní se v našich výsledcích ukazuje intencionální charakter intuitivního poznání vedoucího k bezprostřední intervenci, což je v souladu s Baylorovou (1997) koncepcí intuice (příčemž v jiných, obecnějších definicích tento aspekt schází). Naproti tomu se v našich výsledcích neobjevil aspekt specifického zaměření pozornosti a vnitřního postoje, jak se o něm zmiňují Rogers (2001) a Laqueria (2005). Domníváme se, že je to opět dáno spíše nahodilým a méně reflektovaným přístupem větší části našich respondentů k využívání vlastní intuice.

Kromě pozitivních přínosů využívání intuice v terapeutické práci je potřeba zmínit také možné riziko pramenící z nekritické důvěry terapeuta ve vlastní intuitivní poznání. To může mít totiž silný projektivní charakter a jeho necitlivé použití může být pro klienty za určitých okolností i ohrožující. Domníváme se, že přínosné intuitivní poznání vyrůstá zejména z kvalitního kontaktu a dialogického spolubytí s klientem, v němž je následně také poctivě ověřována platnost tohoto poznání a jeho potenciální přínos pro klienta.

ZÁVĚR

Byli bychom rádi, pokud by tento článek povzbudil terapeuty k rozvoji jejich intuitivních dovedností. Intuici je totiž možné rozvíjet, pěstovat a přispívat k její větší vnímavosti i efektivitě v terapeutické práci. Získáme tím jedinečnou možnost být plně přítomni v terapeutickém procesu a současně velmi rychle vyhodnocovat velké množství přítomných informací – mnohem více a mnohem rychleji, než to dovede pouze naše myšlení.

LITERATURA:

- Amendt-Lyon, N. (2001). Art and Creativity in Gestalt Therapy. *Gestalt Review*, 5, 225–248.
- Bastick, T. (1982). *Intuition: How we think and act*. New York: John Wiley & Sons.
- Bayard, D. R. (2001). Finding our balance: The Investigation and Clinical Application of Intuition. *Psychotherapy*, 38, 97–106.
- Baylor, A. L. (1997). A three-component conception of intuition: immediacy, sensing relationship, and reason. *New Ideas in Psychology*, 15, 185–194. staženo 1.6.2008 z databáze PsycArticles
- Bergson, H. (2002). *Duchovní energie*. Praha: Vyšehrad.
- Bloom, D. J. (2003). "Tiger! Tiger! Burning Bright. Aesthetic Values as Clinical Values in Gestalt Therapy, in Spagnuolo Lobb M. and Amendt-Lyon N., eds., *Creative License. The Art of Gestalt Therapy*, Springer, Wien.
- Bohart, A. C. (1999). Intuition and Creativity in Psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 12, 287–311.
- Bolek, T. (2010). *Intuice v práci terapeutů gestalt modality*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Dostupné na: http://is.muni.cz/th/114227/fss_m/DP_Intuice_v_praci_terapeuta_gestalt_modality.pdf
- Brescia, T. M. (2005) *A qualitative study of intuition as experienced and used by music therapists*. Nepublikovaná dizertační práce. New York University, New York, US.
- Buber, M. (2005). *Já a Ty*. Praha: Kalich.
- Dane, E., Pratt, G. M. (2007). Exploring intuition and its role in managerial decision making. *Academia of Management Review*, 32, 33–54. staženo 23.10 z databáze PsycArticles.
- Francesetti, G. (2012). *Pain and Beauty: from the Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. British Gestalt Journal, Vol. 21, No. 2, 4–18.
- Hodgkinson, G. P., Langan-Fox, J., Sadler-Smith, E. (2008). Intuition: A fundamental bridging construct in the behavioral sciences. *British Journal of Psychology*, 99, 1–27. Staženo 9. 10. 2008 z databáze PsycArticles.
- Jacobs, L. (1995). Dialogue in Gestalt theory and therapy. In Hycner, R., Jacobs, L. (Eds.). *The healing relationship in Gestalt therapy*. New York: Gestalt Journal Press, 51–84.
- Joyce, P., Sills, C. (2011). *Základní dovednosti v gestalt terapii*. Praha: Portál.
- Jung, C. G. (1993). *Analytická psychologie: její teorie a praxe. Tavistocké přednášky*. Praha: Academia.
- Jung, C. G. (1996). *Základní otázky analytické psychologie a psychoterapie v praxi*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
- Kriz, J. (2008). *Self-Actualization: Person-Centred Approach and Systems Theory*. Herefordshire: PCCS Books.
- Laqueria, T. (2005). Listening With the Intuitive Ear. *Modern Psychoanalysis*, 30, 60–72.
- Mackewn, J. (2004). *Gestalt psychoterapie: moderní holistický přístup k psychoterapii*. Praha: Portál.
- Marks-Tarlow, T. (2012). *Clinical Intuition in Psychotherapy: The Neurobiology of Embodied Response (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. W. W. Norton & Company.
- Nuska, B. (1993). K vývoji a terminologické delimitaci pojmu intuice. In Stachová, J., Nosek, J. (Eds.) *Intuice ve vědě a filosofii*. (s. 172–195) Praha: Filozofický ústav AV ČR.
- Polster, E., Polster, M. (2000). *Integrovaná gestalt terapie*. Boskovice: Albert.

- Rogers, C. (1985). Rogers, Kohut and Erickson: A Personal Perspective on Some Similarities and Differences. In Zeig, J. K. (ed.). *The Evolution of Psychotherapy*. (s.179 – 187). New York: Routledge.
- Roubal, J. (2012). Gestalt terapie. In Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 164–194.
- Roubal, J., Francesetti, G., Gecele, M. (2013). Gestalt Therapy Approach to Diagnostics. In: Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J. (eds.). *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. Franco Angeli.
- Smith, J. A., Jarman, M. & Osborn, M. (1999). Doing Interpretative Phenomenological Analysis. In Murray, M., Chamberlain, K. (Eds.) *Qualitative Health Psychology*. (s. 218–240). London: SAGE.
- Smith, J. A., Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In Smith, J. A. (ed). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*, (s. 51 – 80). London: Sage Publications.
- Spagnuolo Lobb, M. (2003). Therapeutic Meeting as Improvisational Co-creation. In Lobb, M. S., Amendt-Lyon, N. *Creative License: The Art of Gestalt Therapy*. (s. 37–49) Wien: Springer-Verlag.
- Stachová, J., Nosek, J. (Eds.). (1993) *Intuice ve vědě a filosofii*. Praha: Filozofický ústav AV ČR.
- Stern, D. (1998). The Process of Change Involving Implicit Knowledge: Some Implications of Developmental Observations for Adult Psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19, 300–308.
- Welling, H. (2005). The Intuitive Process: The Case of Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15, 19–47.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology. Adventures In Theory And Methods*. Maidenhead: Open University Press.
- Yontef, G. (2005). Gestalt Therapy Theory of Change. In Woldt, A.L., Toman, S.M. (Eds.) *Gestalt Therapy. History, Theory, and Practice*. Thousand Oaks: Sage Publications, 81–100.
- Zinker, J. (2004). *Tvůrčí proces v gestalt terapii*. Brno: Era.
- Mgr. Tomáš Bolek absolvoval studium psychologie a sociální práce na FSS MU v Brně, je frekventantem Výcviku integrace v psychoterapii a v současné době pracuje v nestátních ambulancích klinické psychologie v Brně a v Kyjově, kde se věnuje zejména systematické individuální psychoterapii.*
Kontakt: to.bolek@centrum.cz
- MUDr. Jan Roubal, asistent na katedře psychologie FSS MU v Brně. Psychiatr, psychoterapeut, supervízor a lektor psychoterapeutických výcviků.*
Kontakt: jan.roubal.cz@gmail.com
- Došlo do redakce 11. 4. 2013, po úpravě požadované redakcí 2. 1. 2014, v revidovaném znění 28. 2. 2014. K publikaci přijato 10. 3. 2014.*

VZTAHOVÁ VAZBA TERAPEUTA V RÁMCI PSYCHOTERAPEUTICKÉHO PROCESU

Therapist's attachment in the psychotherapeutic process

Petra Vondráčková*

* Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN, Praha.

Studie vznikla díky institucionální podpoře Univerzity Karlovy v Praze v rámci programu PRVOUK P03/LF1/9.

ABSTRAKT

Teorie vztahové vazby představuje jeden z modelů, který může objasňovat, proč jsou někteří psychoterapeuti úspěšnější v práci s určitými „typy“ klientů a proč někteří klienti profitují z psychoterapie více. V psychotherapeutickém procesu díky jeho charakteru dochází často k aktivaci vztahové vazby klienta a terapeuta, která pak následně ovlivňuje jeho průběh. Změna vztahové vazby klienta může patřit mezi dílčí cíle psychotherapeutického procesu a některé výzkumy ukazují, že efektivní psychoterapie je právě spojena se změnou vztahové vazby klienta směrem k větší „jistotě“. Mezi psychoterapeuty je větší zastoupení jedinců s jistou vztahovou vazbou v porovnání s obecnou populací. Výsledky výzkumů sledujících vliv vztahové vazby terapeuta na psychotherapeutický proces dochází k závěru, že jistá vztahová vazba terapeuta není automaticky zárukou kvalitní terapeutické aliance, ale má částečný vliv na kvalitu terapeutických intervencí. Jako významný faktor se ukázala interakce mezi vztahovou vazbou klienta a terapeuta. V úvodní fázi psychotherapeutického procesu je v případě terapeutů s nejistým typem vztahové vazby prospěšnější, pokud mají stejný typ vztahové vazby jako klient, a naopak pro pozdější fázi psychotherapeutického procesu se ukazuje výhodnější, pokud klient a terapeut mají odlišný typ vztahové vazby.

Klíčová slova: Psychoterapie, psychoterapeut, vztahová vazba, psychotherapeutický proces, terapeutická aliance

ABSTRACT

Attachment theory is one of the models that can explain why some psychotherapists are successful in working with certain „types“ of clients and why some clients benefit from psychotherapy more. Due to its characteristics there is often the activation of the client's and therapist's attachment in the psychotherapeutic process, which in turn affects its course. Changing client's attachment can be one of the targets of the psychotherapeutic process and some research shows that effective psychotherapy is currently associated with the change of client's attachment towards greater security. Results regarding the influence of therapist attachment on the therapeutic alliance are ambiguous. There is greater proportion of secure attachment among therapist in comparison to the general population. The results of studies examining the influence of therapist's attachment on psychotherapeutic process conclude that certain attachment type does not automatically guarantee a good therapeutic alliance, but has a partial influence on the quality of therapeutic interventions. As an important factor was the interaction between the client's and the therapist's attachment. At the beginning of the psychotherapeutic process was beneficial when therapist and client has the same type of insecure attachment, and vice versa for later stage of the psychotherapeutic process is proving advantageous if the client and therapist have a different type of attachment.

Key words: Psychotherapy, psychotherapist, attachment, psychotherapeutic process, therapeutic alliance

ÚVOD

Psychotherapeutická situace se v mnoha ohledech podobá vztahové situaci mezi pri-

mární pečující osobou a dítětem. Bowlby (1988) zmiňuje, že terapeutický vztah může pro klienta fungovat stejně jako vztahová vazba, protože klient obvykle vyhledává psychoterapeutickou péči v nejisté ohrožující situaci, ve které pro něj terapeut může představovat jistou základnu a bezpečný přístav. Na druhou stranu také zmiňuje, že vztahová vazba v dětství ovlivní nejenom typ vazby, kterou člověk navazuje v dospělém věku, ale zároveň i kvalitu pečujícího chování k druhým lidem. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že psychoterapeutický proces je ovlivňován typem vztahové vazby jak klienta, tak terapeuta. V psychoterapeutické literatuře je věnováno poměrně hodně pozornosti vlivu klientovy vztahové vazby na psychoterapeutický proces, méně pozornosti však bývá věnováno vlivu vztahové vazby terapeuta na psychoterapeutický proces. Tento přehledový článek se snaží odpovědět na otázku, zda se vztahová vazba terapeutů liší v porovnání s obecnou populací, a jak určitý typ vztahové vazby terapeuta ovlivňuje psychoterapeutický vztah, případně jak interaguje s typem vztahové vazby klienta.

ZMĚNA VZTAHOVÉ VAZBY JAKO JEDEN ZE ZÁKLADNÍCH CÍLŮ PSYCHOTERAPIE

Podle Holmese (2001) jsou základními cíli psychoterapie získání schopnosti intimity a autonomie. Schopnost navázat s druhými lidmi blízké vztahy ale zároveň v nich zůstat autonomní jsou základní charakteristiky osob s jistou vztahovou vazbou. Naopak pro osoby s nejistým typem vztahové vazby je těžké buď navázat blízkost (vyhýbavý typ), udržet si autonomii (úzkostně zapletený typ), nebo obojí zároveň (úzkostně vyhýbavý typ).¹ Dozier, Cue a Barnett (1994) uvádí, že cílem psychoterapie je z hlediska vztahové vazby poskytnutí

nových vztahových zkušeností a revize klientových dysfunkčních vnitřních pracovních modelů (způsobů, jakým člověk vnímá sebe a druhé lidi a jakým způsobem se k sobě a k druhým lidem vztahuje). Lze tedy říci, že terapeut by měl v rámci psychoterapeutické situace fungovat jako dobrý (mateřský nebo otcovský) objekt, který nabízí možnost korektivní vztahové zkušenosti, na základě které se pak klient naučí chovat jistě ve vztahu k sobě i ve vztahu k druhým lidem. Výzkumy vlivu psychoterapie na změnu vztahové vazby klienta tento předpoklad potvrzují. Opakovaně bylo zjištěno, že v rámci psychoterapie skutečně dochází k posunu nejistého typu vztahové vazby směrem k jistému typu. Například Travis, Binder, Bliwise a Horne-Moyer (2001) sledovali změnu dospělého typu vztahové vazby u 29 klientů s nejistým typem vazby na začátku a na konci roční dynamické psychoterapie. Na konci psychoterapie 7 klientů vykazovalo změnu ve prospěch jisté vztahové vazby a u zbylých klientů byl také patrný posun k jistější vztahové vazbě. K podobným výsledkům dospěly i další studie (Lawson, Barnes, Madkins, & Francois-Lamonte, 2006; Levy et al., 2006). Dokonce Kinley

tholomew and Horowitz (1991) navrhli jim odpovídající čtyři typy vztahové vazby v dospělosti. Člověk s jistým typem vztahové vazby si podle této klasifikace uvědomuje vlastní hodnotu, má vůči sobě pozitivní vztah a zároveň má i pozitivní vztah vůči druhým lidem, od kterých také očekává přijetí a vstřícnost. Úzkostně zapletený typ vztahové vazby (dle Ainsworth úzkostně-ambivalentní typ) v sobě kombinuje pozitivní hodnocení druhých lidí a zároveň negativní hodnocení sama sebe, což vede k tomu, že se člověk snaží přijmout sebe sama skrze přijetí druhými lidmi. Lidé s úzkostně vyhýbavým typem vztahové vazby (dle Main desorientovaný/dezorganizovaný typ) vnímají sami sebe negativně a zároveň i očekávají, že druzí lidé jsou nedůvěryhodní a odmítají. Touží po vztazích s druhými lidmi, ale zároveň se jim ze strachu ze zranění vyhýbají. Poslední typ vztahové vazby - vyhýbavý typ (dle Ainsworth vyhýbavý typ) je popisován u lidí, kteří mají k sobě dobrý vztah, zároveň však druhé lidi vnímají negativně. Sami sebe pak chrání tím, že se vyhýbají blízkým vztahům, čímž si udržují pocit nezanitelnosti a nezávislosti.

¹ V odborné literatuře týkající se vztahové vazby lze najít dvě hlavní typologie vztahové vazby. Mary Ainsworth (1979) a Mary Main (Main & Cassidy, 1988) rozlišují čtyři typy vztahové vazby v dětství. Bar-

a Reyno (2013) popisují změnu ve vztahové vazbě klientů po šestitýdenní intenzivní skupinové psychoterapii směrem k větší jistotě.

VZTAHOVÁ VAZBA U TERAPEUTŮ

Autoři našli v dostupných databázích tři výzkumy, které sledovaly vztahovou vazbu u terapeutů nebo klinických psychologů.² Žádný výzkumný projekt nezahrnoval kontrolní skupinu a výsledky byly vždy pak porovnány s výsledky studií sledujících výskyt vztahové vazby v obecné populaci.

Leiper a Casares (2000) provedli výzkum typu vztahové vazby u 196 klinických psychologů. Vztahovou vazbu měřili prostřednictvím metody Adult Attachment Categorization a dotazníku ARAQ (Adult Reciprocal Attachment Questionnaire). Zjistili, že většina psychologů (69,9 %) vykazovala jistý typ vztahové vazby, 18,4 % patřilo k vyhýbavému typu vztahové vazby a nejmenší skupinou byl ambivalentní typ vztahové vazby (9,2 %). Při porovnání s výzkumem provedeným autory Hazan a Shaver (1987) na vzorku 574 dospělých obyvatel v USA (56 % jistý typ, 25 % vyhýbavý typ, 19 % ambivalentní typ) Leiper a Casares konstatují, že psychologové u sebe statisticky významně častěji identifikují jistý typ vztahové vazby. Nejrozsáhlejší vzorek získala Coon (2007), která zjišťovala typ vztahové vazby v dospělosti dotazníkem RQ (Relationship Questionnaire) i na vzorku 464 terapeutů. Po porovnání jejích výsledků s výsledky některých výzkumů prevalence vztahové vazby v obecné populaci (Bartholomew & Horowitz, 1991; Creasey, 2002), opět zjistila, že větší procento terapeutů

v jejím vzorku vykazuje rysy jisté vztahové vazby. V její studii 77 % terapeutů vykazovalo jistý typ oproti 57 %/40 % z obecné populace, 14 % vyhýbavý typ oproti 18 %/28 % z obecné populace a 4 % jak úzkostně zapletený, tak úzkostně vyhýbavý typ oproti 10 %/6 % (ambivalentní typ) a 15 %/26 % (dezorganizovaný typ)³ z obecné populace (Bartholomew & Horowitz, 1991; Creasey, 2002). Schauenburg et al. (2010), sledovali typ vztahové vazby v dětství dotazníkem AAI (Adult Attachment Interview) u 31 psychodynamicky orientovaných psycho-terapeutů. Téměř dvě třetiny vzorku (61 %) vykazovaly jistý typ vztahové vazby, 9,7 % ambivalentní typ, 6,5 % vyhýbavý a 22,6 % dezorganizovaný typ. V porovnání s neklinickou populací (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996) byla frekvence jistého typu podobná s tím rozdílem, že mezi therapy bylo více ambivalentního typu vztahové vazby, což autoři výzkumu vysvětlují tím, že k psycho-terapeutickému povolání inklinují lidé, pro které jsou mezilidské vztahy důležité, oproti tomu lidé s vyhýbavým typem vztahové vazby si častěji volí profesi, ve které nepracují s lidmi.

Z výše uvedených studií vyplývá, že mezi therapy je vyšší zastoupení osob s jistým typem vztahové vazby v porovnání s obecnou populací.

VZTAHOVÁ VAZBA TERAPEUTA A JEJÍ ROLE V PSYCHOTERAPEUTICKÉM PROCESU

V souvislosti s vlivem vztahové vazby terapeuta na psycho-terapeutický proces se nejvíce sledoval její vliv na terapeutickou alianci, psycho-terapeutické intervence a někteří autoři také věnovali pozornost vzájemným interakcím mezi typem vztahové vazby terapeuta a klienta.

² Vzhledem ke skutečnosti, že ve výzkumech byly použity různé termíny a definice terapeutů, autoři se rozhodli v textu dodržovat terminologii z výzkumných článků. Do konceptu terapeutů byli zařazeni i case manageri, kteří podle popisu intervencí v jednotlivých článcích poskytovali podpůrné psycho-terapeutické intervence.

³ Creasey (2002) ve své studii použil typologii vztahové vazby v dospělosti.

Vztahová vazba terapeuta a její vliv na terapeutickou alianci

Nejvíce pozornosti bylo v odborné literatuře věnováno vlivu vztahové vazby terapeuta na terapeutickou alianci. Autoři v dostupných databázích našli celkem devět studií sledujících vliv vztahové vazby terapeuta na terapeutickou alianci. Dvě studie uvádí, že terapeuti s jistým typem vztahové vazby navazují kvalitnější terapeutickou alianci v porovnání s těmi nejistými. Bruck, Winston, Aderholt a Muran (2006) zkoumali vedle dalších proměnných i vliv vztahové vazby terapeuta na formování pracovní aliance v rámci krátké dynamické a kognitivně behaviorální psychoterapie (30 sezení) u 46 terapeutů a klientů prostřednictvím 12položkového dotazníku WAI-12 (Working Alliance Inventory), u kterého sledovali pouze střední hodnotu tří základních dimenzí (souhlas s úkoly a cíle léčby a citové pouze mezi klientem a terapeutem). Kvalitu pracovní aliance sledovali u obou skupin po každém z prvních pěti sezení. Autoři studie zjistili, že terapeuti s jistým typem vztahové vazby navázali kvalitnější pracovní alianci oproti těm s nejistým typem vztahové vazby. Black, Hardy, Turpin a Parry (2005) mapovali typ vztahové vazby u téměř 500 terapeutů a její vztah s terapeutickou aliancí, kterou měřili dotazníkem ARM (Agnew Relationship Measure). Terapeuti měli vyplnit charakteristiky terapeutické aliance, kterou navazují obecně se svými klienty. Autoři výzkumu dospěli k podobnému závěru a to, že jistý typ pozitivně koreloval s dobrou terapeutickou aliancí a terapeuti s nejistou vztahovou vazbou naopak vytvářeli méně často kvalitní pracovní vztah. Další dvě studie uvádí, že nejlepší pracovní alianci navazují terapeuti s úzkostně vyhýbavým typem vztahové vazby. V již výše zmíněném výzkumu Coon (2007) sledovala obecnou schopnost navázat terapeutickou alianci se svými klienty dotazníkem WAI a zjistila, že terapeutům s úzkostně vyhýbavým typem vztahové vazby se v této oblasti dařilo nejlépe. Velmi dobře si také vedli terapeuti

s jistým typem vztahové vazby a nejhůřší schopnost navázání terapeutické aliance se vyskytovala u terapeutů s vyhýbavým typem vztahové vazby. Velmi dobrou schopnost navázání terapeutické aliance u terapeutů s úzkostně vyhýbavým typem vztahové vazby dává autorka výzkumu do souvislosti s předpokladem, že úzkostně vyhýbaví terapeuti mohou mít o své kompetenci terapeuta pochybnosti a zároveň velmi touží po přijetí klientem, a proto svoji obavu, že nebudou dobří terapeuti a nebudou přijati klientem, mohou právě v rámci psychoterapeutického vztahu kompenzovat nadměrným snažením se. Tento předpoklad částečně potvrzují i výsledky studie Sauer, Lopez a Gormley (2003), kteří sledovali vývoj pracovní aliance dotazníkem WAI u 20 terapeutů a 28 klientů po prvním, čtvrtém a sedmém psychoterapeutickém sezení a zjistili, že terapeuti s vysokým skórem úzkostnosti vytvořili lepší pracovní alianci na prvním sezení, její kvalita se začala s postupem psychoterapie snižovat. U ostatních terapeutů s nízkou a vysokou dimenzí vyhýbavosti a nízkou dimenzí úzkostnosti se naopak kvalita terapeutické aliance v průběhu terapeutických sezení postupně zlepšovala.

Ve zbylých pěti studiích nebyl zjištěn vliv typu vztahové vazby terapeuta na terapeutickou alianci. Ligiero a Gelso (2002) zkoumali tento fenomén u 50 terapeutů (studentů magisterského a doktorandského oboru poradenství a klinické psychologie) zařazených do supervizního vzdělávání. Každý terapeut a jeho supervizor ohodnotil terapeutickou alianci s klientem, se kterým absolvoval 3–7 sezení, a jehož nahrávku sezení prezentoval v supervizi. Terapeutická aliance byla zjištěna zkrácenou verzí dotazníku WAI. Autoři nenašli žádný významný vztah mezi typem vztahové vazby terapeuta a terapeutickou aliancí obecně ani žádnou z komponent terapeutické aliance. Lyon, Gelso, Fischer a Silva (2007) požádali 46 terapeutů studujících doktorské či magisterské studium v klinické a poradenské psychologii, aby si poslechli 3–5 minutové

nahrávky sezení a přečetli popis tří klientů s jistým, ambivalentně zapleteným a úzkostně vyhýbavým-vyhýbavým typem vztahové vazby. Pak měli vyplnit WAI podle toho, jakou očekávali pracovní alianci s těmito klienty. Ve výsledku nebyl zjištěn vliv vztahové vazby terapeutů na očekávanou pracovní alianci. Zbylé tři studie (Petrowski, Nowacki, Pokorny, & Buchheim, 2011; Romano, Fitzpatrick, & Janzen, 2008; Tyrrell, Dozier, Teague, & Fallot, 1999) sledovaly vedle vztahové vazby terapeuta i vztahovou vazbu klienta a jeho hodnocení pracovní aliance a všechny došly k závěru, že samotná vztahová vazba terapeuta nemá vliv na kvalitu terapeutické aliance a že její kvalitu ovlivňuje spíše interakce vztahové vazby klienta a terapeuta (viz níže).

Studie zaměřené na toto téma poskytují nejednoznačné výsledky. Některé z nich potvrzují, že terapeut s jistým typem vztahové vazby navazuje s klienty lepší pracovní alianci v porovnání s terapeuty s nejistou vztahovou vazbou. Jiné uvádí, že nejlepší pracovní alianci navazují terapeuti s úzkostně vyhýbavým typem vztahové vazby. Většina z nich však nezjistila žádný vliv samotného typu vztahové vazby terapeuta na terapeutickou alianci. Některé však dospěly k závěru, že vliv na samotnou pracovní alianci má spíše interakce mezi vztahovou vazbou klienta a terapeuta.

Vztahová vazba terapeuta a její vliv na terapeutické intervence

Klasickým výzkumem v této oblasti je studie Mary Dozier et al. (1994), která sledovala chování 18 case managerů v rámci terapeutického procesu pracujících s 27 klienty s vážnými duševními poruchami, kteří docházeli k jednomu case managerovi po dobu 6 měsíců. Data byla získána prostřednictvím krátkých telefonických rozhovorů po 5 měsících práce s každým klientem. Obsahem rozhovorů byla témata, která se objevila v práci s klientem, a jimi realizované intervence. Autoři výzkumu zjistili, že case manageri s nejistým typem

vztahové vazby měli tendenci reagovat spíše na nejvíce zjevné prezentované potřeby a ti s jistým typem vztahové vazby reagovali na hlubší, skryté potřeby klientů. Konkrétně to znamená, že lidé s vyhýbavým typem vztahové vazby spoléhají primárně na vyhýbavé strategie, prezentují se jako nezranitelní a samostatní, protože očekávají, že druzí jim nebudou k dispozici, ale zároveň na hlubší úrovni touží po blízkosti s druhými lidmi. Case manageri s jistým typem vztahové vazby byli schopni tuto hlubší potřebu identifikovat a reagovat na ni, zatímco ti s nejistým typem vztahové vazby reagovali pouze na zjevnou potřebu nezávislosti klientů. Naopak osoby se zapleteným typem vztahové vazby se prezentují jako potřebné a očekávají, že druzí se k nim budou chovat velmi citlivě, ale na hlubší úrovni potřebují získat ve vztazích autonomii. Case manageri s jistým typem vztahové vazby měli ve výzkumu tendenci těmto osobám dávat více prostoru a poskytovat autonomii a naopak case manageri s nejistým typem vztahové vazby zase více podporovali jejich chování vyžadující nadměrnou blízkost terapeuta. Zde je patrné, že terapeuti s nejistým typem vztahové vazby podporovali svým chováním dosavadní nefunkční pracovní model svých klientů (terapeuti se zapleteným typem vztahové vazby měli tendenci se intenzivně věnovat svým klientům bez ohledu na jejich potřeby a naopak terapeuti s vyhýbavým typem vztahové vazby zase měli sklon se ke klientům vztahovat méně intenzivně opět bez ohledu na jejich potřeby) a naopak jistí terapeuti narušovali dosavadní dysfunkční pracovní model s cílem ho posunout do více funkční roviny. Autoři výzkumu shrnují, že právě nejdůležitější charakteristikou terapeutů s jistým typem vztahové vazby je tendence intervenovat ve směru, který je pro ně samotné náročnější a je pro ně zdrojem osobního diskomfortu.

Romano, Janzen a Fitzpatrick (2009) sledovali, zda existuje vztah mezi typem terapeutické intervence (interpretativní, direktivní a podpůrná intervence), kterou

sledovali prostřednictvím PIRS (Psychodynamic Intervention Rating Scale) během prvních třech sezení krátkodobé psycho-terapie a typem vztahové vazby terapeuta u 24 klientů a terapeutů. Nejistili významný rozdíl mezi typem vztahové vazby a typem intervence. Významným nedostatkem této studie ale byla skutečnost, že sledovala dynamiku psychoterapeutického procesu během prvních psychoterapeutických setkání, ve kterých pravděpodobně není příliš prostoru věnováno interpretacím. Bruck et al. (2006) v již zmíněné studii zkoumali prostřednictvím dotazníku SEQ (Session Evaluation Questionnaire) vliv vztahové vazby terapeuta na psychoterapeutický proces po pátém sezení v krátké dynamické a kognitivně behaviorální psychoterapii (30 sezení) u 46 terapeutů a klientů. Zjistili, že terapeuti s jistým typem vztahové vazby popisovali hladší psychoterapeutický proces a zároveň dosáhli v rámci psycho-terapie lepších výsledků v porovnání s terapeuti s nejistými typy vztahové vazby a to zejména díky tomu, že se jim dařilo jít s klienty v tématech do větší hloubky. Terapeuti se zapleteným typem vztahové vazby měli významně častěji sezení s méně hladkým průběhem. Rubino, Barker, Roth a Fearon (2000) sledovali reakce 77 terapeutů na videonahrávky znázorňující chování klientů se čtyřmi typy vztahové vazby v dospělosti na roztržky v terapeutické alianci během terapeutického sezení. Odpovědi terapeutů byly hodnoceny podle empatie a hloubky interpretace. Výsledkem bylo zjištění, že terapeuti s vysokým skórem v dimenzi úzkosti reagovali na tyto roztržky méně empaticky, především na klienty s úzkostně vyhýbavým a jistým typem vztahové vazby. Autoři tuto skutečnost vysvětlují tím, že terapeuti mohli tyto roztržky interpretovat jako snahu klientů o opuštění terapie a jejich obava z opuštění mohla právě snížit jejich empatické schopnosti.

Studie zaměřené na tuto oblast docházejí k závěru, že terapeuti s jistým typem vztahové vazby citlivěji reagují na potřeby

klientů a používají širší repertoár intervencí v porovnání s terapeuti s nejistým typem vztahové vazby.

Vzájemná interakce mezi vazbou terapeuta a klienta

Další téma, které je v psychoterapeutické literatuře zaměřené na vztahovou vazbu terapeuta sledované, jsou interakce mezi jednotlivými typy vztahové vazby klientů a terapeutů. Níže uvedené studie mapovaly tento vztah na začátku a v pokročilém psychoterapeutickém procesu. Jedna sledovala vliv vztahové vazby terapeuta na vztahovou vazbu klienta.

Dvě studie sledovaly souvislost mezi vztahovou vazbou terapeuta a klienta na začátku psychoterapeutického procesu. Romano et al. (2009) v rámci již výše zmíněné studie zjišťovali vztah mezi typem vztahové vazby terapeuta a klienta a typem terapeutické intervence během prvních sezení krátkodobé psycho-terapie (interpretativní, direktivní a podpůrnou intervenci). Dospěli k závěru, že vysoké skóre na škále vyhýbavosti klienta i terapeuta se v rámci psychoterapeutického sezení projevují ve větší frekvenci direktivních intervencí. Tuto skutečnost vysvětlují tím, že vyhýbaví terapeuti se s vyhýbavými klienty navzájem podporují v direktivních intervencích, které jsou typické právě pro tento typ vztahové vazby, a že tyto intervence mohou být důsledkem naplnění vlastních potřeb větší vzdálenosti při kontaktu s klientem. Na druhou stranu autoři studie mluví o tom, že tento fenomén může být pro psychoterapeutický proces i přínosný, protože díky menší blízkosti na začátku terapie klienti s potřebou větší vzdálenosti neodejdou předčasně z léčby. Mohr et al. (2005) se zaměřovali na interakci vztahové vazby klienta a poradce v poradenském procesu, její vliv na hloubku a plynulost procesu měřenou dotazníkem SEQ v rámci prvního sezení mezi 93 klienty/studenty, jež se přihlásili do kurzu psychologie, a 27 poradci, kterými byli studenti doktorského a magisterského studia poradenské a kli-

nické psychologie. Dále sledovali protipřenosové chování poradců dotazníkem CBM (Countertransference Behavior Measure) od jejich 11 supervizorů. Autoři zjistili, že protipřenos se objevil v rámci prvního sezení častěji v situaci, ve které měl klient a poradce odlišné nejisté vztahové vazby. Nejvyšší úroveň hostilného, kritického a odmítajícího protipřenosového vztahu byla identifikována u terapeutů s vyhýbavým typem vztahové vazby, kteří pracovali s klienty se zapleteným typem vztahové vazby, což autoři vysvětlují skutečností, že v náročných situacích mají terapeuti s vyhýbavým typem vztahové vazby tendenci hledat bezpečí prostřednictvím minimalizování emoční blízkosti a vzájemné závislosti ve vztazích, a mohou se tak cítit přemoženi nadměrným afektem zapletených klientů.

Autoři tří následujících studií zkoumali vztah mezi typy vztahové vazby terapeuta a klienta v pokročilejší fázi psychoterapeutického procesu. Tyrrell et al. (1999) sledovali interakce mezi vztahovou vazbou 54 klientů s vážnými duševními poruchami a 21 case managerů a jejich vliv na pracovní alianci měřenou WAI, kvalitu života a fungování klienta, kterou zjišťovali prostřednictvím dotazníků BDI (Beck Depression Inventory), GAF (Global Assessment of Functioning), QLI (Quality of Life Interview). Délka kontaktu mezi case managery a klienty se pohybovala mezi 7 – 69 měsíci. Autoři došli k závěru, že lepších výsledků dosáhli klienti a case manageri s opačnými vztahovými strategiemi. Tedy klienti s deaktivační (vyhýbavou) strategií měli lepší výsledky s case managery, kteří využívali méně deaktivační strategie a naopak. Tyto výsledky byly částečně potvrzeny i studií Petrowski et al. (2011), kteří sledovali terapeutickou alianci mezi 19 psychoterapeuty a jejich 59 klienty prostřednictvím dotazníku HAQ (Helping Alliance Questionnaire), který administrovali po nespecifikované psychoterapeutické intervenci, která trvala průměrně 69 dní. Úzkostní klienti s nejistým typem vztahové vazby s ambivalentními

a dezorganizovanými rysy více oceňovali intervenci poradců s vyhýbavým typem než s ambivalentním typem vztahové vazby. Podobné výsledky také uvádí i již výše zmínovaná studie Bruck et al. (2006), kteří ve svém výzkumu došli k závěru, že čím větší byl rozdíl mezi jistou vztahovou vazbou terapeuta a nejistou vztahovou vazbou klienta, tím lepších výsledků dosahovali v rámci krátké dynamické a kognitivně behaviorální psychoterapie (30 sezení).

Zajímavým přínosem k tomuto tématu je i poslední studie, která sledovala vliv terapeutovy vztahové vazby na vztahovou vazbu klienta. Petrowski, Pokorny, Nowacki a Buchheim (2013) zjišťovali, jaký má vztah obecná vztahová vazba terapeuta na vztahovou vazbu klienta k terapeutovi po 12 terapeutických sezeních v souboru 22 psychoterapeutů a jejich 429 klientů. Autoři zjistili, že na vyhýbavou vztahovou vazbu psychoterapeutů jejich klienti reagovali tím, že vykazovali častěji vyhýbavou vztahovou vazbu vůči těmto terapeutům, a terapeuti se zapleteným typem vztahové vazby měli zase více klientů se zapletenou vztahovou vazbou vůči terapeutům.

Z výsledků výše uvedených studií vyplývá, že v začátcích psychoterapeutického procesu rozdílné nejisté vztahové vazby mezi klientem a terapeutem mohou být pro terapeutický proces rušivé, ale v pozdější fázi jsou naopak rozdílné strategie klientů a terapeutů přínosem.

NÁMĚTY K DISKUZÍ

Lopez a Brennan (2000) ve svém přehledovém textu zaměřeném na vztahy a osobní charakteristiky osob s určitým typem vztahové vazby uvádějí, že jedinci s jistým typem vztahové vazby jsou více flexibilní a laskaví v kognitivním hodnocení situace, mají více vyzrálé formy afektivní regulace a vykazují více spolupracující a citlivé vztahové dovednosti v porovnání s lidmi s nejistými typy vztahové vazby. Díky těmto charakteristikám jsou pak v komplikovaných mezilidských situacích mnohem méně

ovlivňování vlastními vztahovými obavami a potřebami v porovnání s druhou skupinou. Výše uvedené charakteristiky jsou v souladu s literaturou zaměřenou na charakteristiky psychoterapeuta spojené s efektivním psychoterapeutickým procesem (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Blow, Sprenkle, & Davis, 2007). Tento hypotetický předpoklad je částečně potvrzen výzkumy vztahové vazby u psychoterapeutů, které se shodují na tom, že v porovnání s obecnou populací se mezi terapeuty vyskytuje častěji jistá vztahová vazba (Coon, 2007; Leiper & Casares, 2000; Schauenburg et al., 2010). Tento fakt lze vysvětlit skutečností, že samotný proces psychoterapeutického vzdělání může pozitivně působit na změnu vztahové vazby ve prospěch jisté, stejně jako má psychoterapeutický proces vliv na změnu vztahové vazby klientů (Lawson et al., 2006; Travis et al., 2001). Jiné vysvětlení může být dáno skutečností, že terapeuti si mohou být více vědomi pozitivní normy, což se pak může projevit i na způsobu vyplnění nástrojů na měření vztahové vazby. Nevýhodou těchto výzkumů je, že jejich autoři do designu výzkumu nezařadili vlastní kontrolní skupinu a pro porovnání s obecnou populací využili již realizované studie.

Z výše uvedeného lze očekávat, že nejlépe si v psychoterapii povedou terapeuti s jistým typem vztahové vazby. Tento předpoklad nebyl potvrzen výzkumy sledujícími vztah mezi terapeutickou aliancí a vztahovou vazbou. Pouze dvě studie sledovaly lepší pracovní alianci u terapeutů s jistou vztahovou vazbou (Black et al., 2005; Bruck et al., 2006), podle jiných si naopak nejlépe vedli terapeuti s úzkostně vyhýbavým typem vztahové vazby a to zejména na začátku terapeutického procesu (Coon, 2007; Sauer et al., 2003). Zbytek studií nenašlo žádný významný vztah mezi typem vztahové vazby terapeuta a terapeutickou aliancí (Ligiero & Gelso, 2002; Lyon et al., 2007; Petrowski et al., 2011; Romano et al., 2008; Tyrrell et al., 1999). Při bližším pohledu na metodologii realizovaných studií nutno podotknout, že

jde o studie, ve kterých byly využity různé metodologie sběru dat: některé studie zjišťovaly informace o pracovní alianci týkající se konkrétního terapeutického vztahu mezi klientem a terapeutem, jiné se zaměřily obecně na terapeutické aliance, které navazují terapeuti se svými klienty. Některé zjišťovali informace o pracovní alianci přímo od terapeutů a klientů, jiné pouze od terapeutů. Některé studie sledovaly vytvoření terapeutické aliance během prvních sezení, jiné se zaměřily na mapování terapeutické aliance v prostředku a na konci psychoterapeutického procesu. Ligiero a Gelso (2002) absenci významného vztahu mezi vztahovou vazbou terapeuta a terapeutickou aliancí vysvětlují tím, že na rozdíl od klientů, terapeuti méně často vnímají klienty jako vztahové figury, se kterými by se aktivovala jejich vztahová vazba. Na druhou stranu ale lze argumentovat tím, že terapeuti sice nevnímají klienty jako vztahové figury, ale v této situaci je u nich aktivováno pečující chování, které transformuje terapeuta do „silnější a chytřejší“ vztahové figury a motivuje ho poskytnout klientovi blízkost, jistotu a bezpečí (Mikulincer & Shaver, 2010). Výzkumy ukazují, že lidé s jistou vztahovou vazbou vykazují kvalitnější pečující chování v porovnání s lidmi a nejistou vztahovou vazbou, viz přehledová studie (Mikulincer & Shaver, 2010).

Naopak výše uvedené studie sledující vliv vztahové vazby terapeuta na psychoterapeutické intervence částečně potvrzují předpoklad, že v terapii si povedou lépe terapeuti s jistou vztahovou vazbou. Dozier et al. (1994) a Bruck et al. (2006) zjistili, že terapeuti s jistým typem vztahové vazby v porovnání s terapeuty s nejistou vztahovou vazbou identifikují hlubší potřeby klientů, a tím narušují jejich dosavadní dysfunkční pracovní modely, a že v rámci psychoterapie dosahují lepších výsledků zejména díky tomu, že se jim daří jít s klienty více do hloubky. Rubino et al. (2000) uvádí, že terapeuti s vyšším skórem úzkosti reagovali na roztržky s klienty méně empaticky. Zde

uvedené výzkumy zjišťovali toto téma opět odlišnou metodologií a lze je mezi sebou těžko porovnat: studie sledovaly různé druhy intervencí, některé z nich sledovaly intervence prostřednictvím dotazníků, jiné obsahovou analýzou polostrukturovaných rozhovorů, některé na začátku psychoterapeutického procesu, jiné po několika měsících. Jejich přínosem je tedy spíše mapování tohoto fenoménu než ověřování již zjištěných údajů.

Studie zjišťující vzájemnou interakci mezi vztahovou vazbou terapeuta a klienta docházejí k závěru, že na začátku psychoterapeutického procesu je, v případě, že se jedná o terapeuty s nejistým typem vztahové vazby, prospěšnější, když má i klient stejný typ vztahové vazby (Mohr et al., 2005; Romano et al., 2009) a naopak pro pozdější fázi psychoterapeutického procesu se ukazuje výhodnější, pokud klient a terapeut mají odlišný typ nejisté vztahové vazby (Bruck et al. 2006; Petrowski et al., 2011; Tyrrell et al., 1999). Tento fakt lze vysvětlit tím, že lidé se obvykle rádi setkávají s tím, že jim druzí lidé potvrzují jejich vnitřní pracovní modely, a proto na začátku psychoterapeutického procesu si více vyhovují terapeuti a klienti s podobným typem vztahové vazby, což může snížit pravděpodobnost předčasného ukončení léčby. V pokročilejší fázi psychoterapeutického procesu je však úkolem psychoterapeuta nepodlehnutí puzení chovat se komplementárně ke klientovi s nejistým typem vztahové vazby, ale naopak mu poskytnout nekomplementární odpovědi na jeho chování, a tím změnit jejich dysfunkční vnitřní pracovní modely (Dozier et al., 1994), což se pak v terapii odráží v tom, že lepší výsledky mají právě terapeuti a klienti s odlišnými vztahovými vazbami.

ZÁVĚR

Výsledky výzkumů sledujících vliv vztahové vazby terapeuta na psychoterapeutický proces dochází k závěru, že jistá vztahová vazba terapeuta není automaticky zárukou

kvalitní terapeutické aliance, ale má částečný vliv na kvalitu terapeutických intervencí. Jako významný faktor se ukázala interakce mezi vztahovou vazbou klienta a terapeuta. V úvodní fázi psychoterapeutického procesu je v případě terapeutů s nejistým typem vztahové vazby prospěšnější, pokud mají stejný typ vztahové vazby jako klient, a naopak pro pozdější fázi psychoterapeutického procesu se ukazuje výhodnější, pokud klient a terapeut mají odlišný typ vztahové vazby.

POUŽITÁ LITERATURA

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1–33.
- Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant-Mother Attachment. *American Psychologist*, 34 (10), 932–937.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226.
- Black, S., Hardy, G., Turpin, G., & Parry, G. (2005). Self-reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice*, 78, 363–377.
- Blow, A. J., Sprenkle, D. H., & Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 298–317.
- Bowlby, J. (1988). Developmental Psychiatry Comes of Age. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 1–10.
- Bruck, E., Winston, A., Aderholt, S., & Muran, J. C. (2006). Predictive Validity of Patient and Therapist Attachment and Introject Styles. *American journal of psychotherapy*.
- Coon, C. L. (2007). *Therapist attachment style and trust as predictors of alliance with clients*: ProQuest.
- Creasey, G. (2002). Associations between working models of attachment and conflict management behavior in romantic couples. *Journal of Counseling Psychology*, 49(3), 365–375.

- Dozier, M., Cuc, K. L., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 793.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511–524.
- Holmes, J. (2001). *The search for the secure base: Attachment theory and psychotherapy*: Psychology Press.
- Kinley, J. L., & Reyno, S. M. (2013). Attachment Style Changes Following Intensive Short-term Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 63(1), 53–75.
- Lawson, D. M., Barnes, A. D., Madkins, J. P., & Francois-Lamonte, B. M. (2006). Changes in male partner abuser attachment styles in group treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 232.
- Leiper, R., & Casares, P. (2000). An investigation of the attachment organization of clinical psychologists and its relationship to clinical practice. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 449–464.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (6), 1027–1040.
- Ligiero, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contributions. *Psychotherapy*, 39(1), 3–11.
- Lopez, F. G., & Brennan, K. A. (2000). Dynamic processes underlying adult attachment organization: Toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *Journal of Counseling Psychology*, 47 (3), 283.
- Lyon, R. E. C., Gelso, C. J., Fischer, L., & Silva, L. R. (2007). Therapist attachment, client attachment to therapist, and expected working alliance: An analogue study. *Issues in Religion and Psychotherapy*, 31(1), 47–54.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of Response to Reunion with the Parent at Age 6-Predictable from Infant Attachment Classifications and Stable over a 1-Month Period. *Developmental Psychology*, 24(3), 415–426.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: The Guilford press.
- Mohr, J. J., Gelso, C. J., & Hill, C. E. (2005). Client and counselor trainee attachment as predictors of session evaluation and countertransference behavior in first counseling sessions. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 298–309.
- Petrowski, K., Nowacki, K., Pokorny, D., & Buchheim, A. (2011). Matching the Patient to the Therapist The Roles of the Attachment Status and the Helping Alliance. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(11), 839–844.
- Petrowski, K., Pokorny, D., Nowacki, K., & Buchheim, A. (2013). The therapist's attachment representation and the patient's attachment to the therapist. *Psychotherapy Research*, 23(1), 25–34.
- Romano, V., Fitzpatrick, M., & Janzen, J. (2008). The Secure-Base Hypothesis: Global Attachment, Attachment to Counselor, and Session Exploration in Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 495–504.
- Romano, V., Janzen, J. I., & Fitzpatrick, M. R. (2009). Volunteer client attachment moderates the relationship between trainee therapist attachment and therapist interventions. *Psychotherapy Research*, 19(6), 666–676.
- Rubino, G., Barker, C., Roth, T., & Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research*, 10(4), 408–420.
- Sauer, E. A., Lopez, F. G., & Gormley, B. (2003). Respective contributions of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working alliance: A preliminary growth modeling study. *Psychotherapy Research*, 13(3), 371–382.
- Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichenring, F., ... Dinger, U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20(2), 193–202.
- Travis, L. A., Binder, J. L., Bliwise, N. G., & Horne-Moyer, H. L. (2001). Changes in

- clients' attachment styles over the course of time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 38(2), 149–159.
- Tyrrell, C. L., Dozier, M., Teague, G. B., & Falot, R. D. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 725–733.
- van Ijzendoorn, M. H., & BakermansKranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 8–21.
- Mgr. Petra Vondráčková, Ph.D., pracuje na Klinice adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze a v soukromé psychoterapeutické praxi v Praze.*
- Došlo do redakce 9. 1. 2014, v revidovaném znění 27. 2. 2014. K publikaci přijato 10. 3. 2014.*

Psychoterapeutický výcvik Umění terapie (zahájení 18.6.2014)

Komplexní psychoterapeutický výcvik v systemickém přístupu.

Teorie, metodologie, praxe a sebezkušenost v uceleném a provázaném programu - celkem 750 hodin výuky v průběhu 5 let.

Výcvik vedou jako kmenoví lektori **Mgr. Zuzana Kocábová** a **Mgr. Ivan Úlehla**, supervizoři **MUDr. Olga Kunertová** a **Mgr. Zdeněk Macek**.

Výcvik je schválen jako součást kvalifikační průpravy pro výkon psychoterapie ve zdravotnictví.

Podrobné informace a přihlášku najdete na www.g-i.cz

VYUŽITÍ FORMULACE PŘÍPADU VE VÝUCE A VÝCVIKU PSYCHOTERAPIE¹⁾

Case formulation use in psychotherapy teaching and training

Michal Čevelíček, Jan Roubal, Roman Hytych

ABSTRAKT

Formulace případu je využívána nejen jako nástroj klinické praxe, ale také vzdělávání. Předložený text se zabývá možnostmi využití formulace případu jako součásti psychotherapeutických výcviků a univerzitní výuky psychologie a psychoterapie. Jsou zde popsány vzdělávací přínosy formulace případu a vzdělávací postupy navrhané autory odborné literatury. Následují dva příklady, které ilustrují využití formulace případu ve výuce a výcviku v České republice.

Klíčová slova: formulace případu, psychoterapie, výcvik, výuka, integrace

ABSTRACT

Case Formulation is being used both as an instrument of clinical practice and education. The present text explores possibilities of Case Formulation use in psychotherapeutic trainings and university teaching of psychology and psychotherapy. Educational benefits of case formulation and specific teaching procedures are elaborated. The text concludes with two examples, both illustrating utility of Case Formulation in the practice of teaching and training in the Czech Republic.

Key words: case formulation, psychotherapy, training, teaching, integration

¹⁾ Text navazuje na článek Čevelíček, M., Hytych, R., Roubal, J. (2013). Představení vybraných modelů psychotherapeutické formulace případu. Československá psychologie 57 (5), s. 447–460. Vznik tohoto článku byl podpořen z prostředků grantového projektu GAP407/11/0141 Utváření integrativní psychotherapeutické perspektivy: analýza výcviku integrace v psychotherapii. Autoři děkují Zbyňku Vybíralovi za cenné komentáře, které jim k textu poskytl.

DEFINICE PSYCHOTERAPEUTICKÉ FORMULACE PŘÍPADU

Formulaci případu (angl. case formulation nebo case conceptualization) můžeme definovat jako hypotézu o příčinách, spouštěcích a udržujících vlivech psychologických, interpersonálních a behaviorálních problémů člověka, která pomáhá organizovat a vysvětlit údaje, poskytuje vodítka intervencím a slouží jako indikátor změny (Eells, 2007). Formulaci případu můžeme rozumět jako procesu nebo výsledku. Procesem je myšlen způsob, jakým psychotherapeut dospěje k porozumění klientovi, který k němu přichází. Výsledkem je jak myšlenková, tak psaná či jinak vyjádřená reprezentace tohoto porozumění. Formulace případu (zkráceně pouze „formulace“) nachází v praxi uplatnění jako způsob záznamu informací o klientech, vysvětlující shrnutí jejich situace, podklad plánu léčby či nástroj supervize.

ROLE FORMULACE PŘÍPADU VE VZDĚLÁVÁNÍ

Formulace případu s využitím jednoho či více psychotherapeutických směrů je považována za klíčovou kompetenci psychotherapeuta (EAP, 2013; Sperry, 2010; Timulak, 2011). Autoři odborné literatury přitom postupy, které mají studenty a frekventanty vést k osvojení této kompetence, dosud popisovali podstatně méně než složky formulace a vztahy mezi nimi (Eells, 2007; Ingram, 2006; Ivey, 2006). Popisy jsou někdy nekonkrétní, nezahrnují hodnocení skutečného dopadu vzdělávání, jsou propojeny se specifickými teoriemi psychotherapeutických směrů, případně jde o návrhy, nikoliv zavedené postupy. Představujeme zde proto vzdělávací postupy a přínosy formulace případu, které se mohou uplatnit

napříč teoretickými orientacemi, a konkretizujeme je na dvou příkladech vzdělávací praxe v České republice.

Odlišení výuky na univerzitě a výcviku v tomto textu odpovídá českému prostředí, v němž univerzitní vzdělání zpravidla nezahrnuje systematickou klinickou přípravu. Autoři odborné literatury výuku a výcvik někdy neoddělují, protože v jiných zemích je klinická praxe součástí univerzitního vzdělání (viz Van Broeck, Lietaer, 2008).

VZDĚLÁVACÍ PŘÍNOSY FORMULACE PŘÍPADU

Tvorba kvalitních formulací vyžaduje znalost teorií lidského vývoje, osobnosti, psychopatologie, psychoterapie a diagnostických principů (Binder, 2010; Eells, 2007; Ingram, 2006; Sperry, 2010). Bez těchto znalostí studenti nemohou adekvátně třídit kazuistické údaje, utvářet hypotézy a plánovat intervence. Výuka formulace případu je proto určena spíše univerzitním studentům vyšších ročníků. Ve vzdělávání může mít následující přínosy:

(1) Akceptace multifaktoriální podmíněnosti psychických potíží. Povahy formulace vybízí studenty ke snaze zachytit problémy klientů v co nejširší perspektivě. Za jedno ze základních kritérií její kvality můžeme považovat obsáhlost. Znamená to, že tvůrce formulace musí postihnout co nejvíce oblastí života klientů a jejich problémů. Dosud nejvíce zkoumaný soubor oblastí představil Eells a kol. (2005). Je rozdělen na čtyři základní části, které odpovídají obecné struktuře formulace: popisné informace, diagnóza, terapeutické uvažování a plánování léčby. Tyto části zahrnují psychologické, biologické, sociální, kulturní a environmentální aspekty; kognitivní, emoční a behaviorální prvky; predisponující, vyvolávající a udržující faktory; vývoj klienta a jeho problémů; zdroje a rizika na straně psychoterapeuta a klienta a další (celý seznam viz Eells a kol., 2005, s. 583).

(2) Využívání většího množství psychotherapeutických teorií. Formulace případu je zvláště užitečná v případech, kdy terapeutický plán vychází z integrativních principů

a rozsah možných intervencí je široký (viz Castonguay, Beutler, 2005). Dovednost formulovat potíže klientů s pomocí více teoretických perspektiv otevírá cestu k tvorbě propracovanějšího léčebného plánu (Ingram, 2006). Univerzitní výuka může na počátku vývoje psychoterapeutů napomáhat k tříbení postojů k integraci (Greben, 2004) a nabízet nástroje, s jejichž pomocí mohou studenti zkoušet různé přístupy kombinovat. Mezi ně patří také formulace případu, již můžeme chápat jako nástroj umožňující překlenovat rozdíly mezi teoriemi specifických terapeutických škol.

(3) Poskytnutí rámce otevřeného osobního terapeutického přístupu. Formulace případu poskytuje jak flexibilitu, tak strukturu, které jsou potřebné k zachycení příběhů, s nimiž za terapeuty klienti přicházejí (Persons, 2006). Flexibilitou je myšlena nejen schopnost pojmut mnoho vrstev klientova příběhu, ale také otevřenost k jedinečnému stylu práce terapeuta (srov. Řiháček a kol., 2013). Mnoho lektorů a vyučujících rozvoj individuálního terapeutického přístupu u svých studentů podporuje; lektoři sami přitom prezentují spíše svůj osobní styl práce než jsou touto terapeutickou „školu“ (Řiháček, Kostínková, 2012). Formulární modely mohou být užitečné studentům, kteří považují psychoterapii řízenou léčebnými manuály za příliš svazující, stejně jako těm, kteří hledají způsob, jak více strukturovat své uvažování o klientech (Eells, 2009).

(4) Podpora vědeckého / empirického přístupu. Kvalitní formulace vyžaduje jasné vyjadřování a vyhýbání se obecným výročkům, kontinuální sledování vlastního způsobu práce s informacemi a kritické myšlení. K dalším aspektům tvorby kvalitní formulace patří vyhýbání se přehnané spekulaci, propojování významu přisuzovaného hypotézám se silou klinických důkazů a těsné propojení terapeutického plánu s informacemi a hypotézami. Tyto principy spojují zastánce většiny směrů, typů a technik psychoterapie (Eells, 2007; Ingram, 2006; Ivey, 2006; Sim a kol., 2005). Konsensuální chápání formulace případu jako otevřeného

systému významů, v jehož průběhu je třeba opakovaně sbírat nové údaje, ověřovat platnost hypotéz a přizpůsobovat jim terapeutický plán, tak odpovídá požadavkům vědecké metody (Ingram, 2006; Persons, 2006). Uplatnění vědeckých principů by mělo vést k vyšší přesnosti, konzistenci a propojení závěrů, udržování jednotného směřování terapie a flexibilní a kreativní aplikaci intervencí.

(5) Podpora expertního usuzování. Usuzování expertů se při vytváření formulace případu liší od usuzování začínajících i zkušených terapeutů. Experti do formulací vkládají větší množství informací; formulace jsou obsáhlejší, propracovanější, komplexnější a systematictější; plánování expertů je propracovanější a důkladněji propojené s ostatními složkami formulace (Eells a kol., 2005; Eells a kol., 2011). Pokud identifikujeme specifické dovednosti odlišující experty od ostatních terapeutů, mohli bychom urychlit vývoj studentů a frekventantů k odbornosti (Skovholt, Ronnestad, Jennings, 1997). Tvorba kvalitních formulací může být jednou z těchto dovedností, kterou lze specifickým výcvikem rozvíjet (Kendjelic, Eells, 2007; Abbas a kol., 2012).

(6) Rozvoj aplikačních dovedností. Zapojení formulace případu do výuky se do určité míry překrývá s konceptem tzv. případového vyučování (case-based instruction, CBI). Jeho cílem je získání usuzovacích dovedností, které spojují teorii s praxí. Mělo by zvyšovat porozumění důležitým teoretickým perspektivám a dovednost je aplikovat (Mayo, 2002). Ačkoliv výsledky CBI vyžadují další ověření, tento přístup zvyšuje atraktivitu výuky, což můžeme považovat za užitečný motivační faktor (Thistlethwaite, 2012). Jako další krok rozvoje vzdělávání psychoterapeutů se nabízí tzv. problémové učení. Jeho součástí je ovšem výraznější a nákladná změna vyučovacího procesu a srovnání s běžnou výukou přitom dosud neprokázalo jednoznačný rozdíl v účinnosti (Colliver, 2000; Norman, Schmidt, 2000). Využívání formulace případu je tak střední

cestou, která nezvyšuje náklady a přitom poskytuje výhody CBI.

(7) Snížení profesní nejistoty budoucích psychoterapeutů. Začínající terapeuti zažívají při své práci značnou nejistotu (Ronnestad, Skovholt, 2003; Skovholt, Ronnestad, 1992). Snaha uvažovat o klientech s využitím většího množství psychoterapeutických přístupů může tuto nejistotu dále stupňovat. Výuka by proto měla nejen kultivovat toleranci k nejistotě (Geben, 2004), ale také poskytovat nástroje, které začínající terapeuti v praxi nenechají s nezodpovězenou otázkou „Jak poznám, co mám v kontaktu s klienty dělat?“ (Ingram, 2006). Formulace případu studentům nabízí koherenci, která může být záchytným bodem při osvojování zdánlivě odlišných teorií psychoterapie (Consoli, Jester, 2005). Jistota, kterou terapeutům formulace případu umožňuje zažívat při práci, může být vědomě či nevědomovaně přenášena na klienty, a tak podporovat jejich naději a důvěru, že terapeut má smysluplný plán a terapie bude užitečná (Hill, 2005; Sperry, 2010).

(8) Podpora spolupracujícího přístupu. Množství autorů doporučuje sdílení formulace případu s klienty (Bergner, 1998; Eells, 2007; Jose, Goldfried, 2008). Studenti a frekventanti, kteří sdílení předpokládají, se učí uvažovat jazykem blízkým klientům, protože sdílená formulace jim musí být srozumitelná. Srozumitelná formulace může klientům pomáhat s porozuměním vlastní situaci, které se jim často nedaří (Bergner, 1998). Výsledkem sdílení formulace může být posílení pracovní aliance, protože klienti mají možnost zažívat terapii jako spolupracující prostředí, v němž je jejich vlastní porozumění zásadní (Simms, 2011). Klienti také mohou přinést nové informace či způsoby porozumění, kterými obohatí původní formulaci terapeuta. Význam nabízených interpretací je pro klienty někdy nesouvislý, neboť jsou roztroušeny mezi mnoha sezeními. Spolupráce na utváření formulace, v níž jsou zaznamenána průběžně testovaná vysvětlení, jim může poskytnout celistvější obraz jejich situace (Eells, 2007).

Proces terapie může být ovlivněn nesouladem mezi vysvětlujícími koncepty, kterých klient a terapeut využívají (Cooper, 2009). Čím více se jejich konceptualizace liší, tím pravděpodobněji může být léčba negativně ovlivněna (Sperry, 2010). Je proto vhodné studenty vést, aby se na konceptualizaci klientů zaměřovali a pak utvářeli společné vysvětlení.

(9) Využívání vlastních reakcí na klienty. Explicitní informace obsažené v kazuistice nebo poskytované klienty jsou jen částí údajů, kterých by měli studenti a frekventanti využívat. Neměli by opomíjet ani vlastní reakce na klienty v podobě asociací a emočních či tělesných prožitků (viz Bennet-Levy, 2006). Tyto reakce jsou často subtilní a přehavé, takže nutnost cíleně je včlenit do formulace může přispívat k jejich zachycení. Soustavná sebereflexe v průběhu výuky a výcviku by měla rozvíjet rozsah uvědomění vlastních reakcí a schopnost je interpretovat. Význam procvičování této dovednosti zvláště vyniká, pokud uvážíme, že „nutnost využívat vlastních reakcí na klienty, ale nenechat vlastní emoční reakce kontrolovat formulaci případu, vyžaduje terapeuta, kteří jsou schopni jasně myslet ve stresu a regulovat emoce v situacích, kdy by téměř každý zažíval značnou úroveň rozrušení“ (Eells, 2007, s. 344).

(10) Osvojení způsobu jednotného záznamu případů. Mnozí terapeuťi si vytváří provizorní konceptualizace, které vedou jejich praxi, ale ne všichni je vyjadřují explicitně. Může k tomu přispívat absence systematického nácviku psaní klinických zpráv v průběhu univerzitní výuky nebo terapeutického výcviku (Ingram, 2006). Studenti se mohou setkat s vodítky, jak záznamy vytvářet, ale mnohdy nemají k dispozici jasný formát a postup, kterého by se mohli držet, a ve výuce jim nebývá poskytován prostor ke zkoušení a konzultaci s kolegy. Jednotný záznam v podobě formulace s sebou přitom nese značné výhody: nabízí shrnutí zásadních informací na jednom místě, zvýraznění nejpodstatnějších informací,

přehlednou organizaci a výběr vhodného ohniska intervencí (Sim a kol., 2005; Sperry, 2010). Tyto výhody vynikají zvláště u „náročnějších“ klientů, jejichž problémy jsou komplexní a dlouhodobé a u nichž je proto nutné zaměřovat intervence na mnoho problémových oblastí (Haynes, Williams, 2003; Sim a kol., 2005).

(11) Poskytnutí způsobu prezentace supervidovaných případů. Formulaci případu můžeme považovat jak za praktický nástroj psychoterapeutické praxe, tak jejího zlepšování (Sperry, 2010). Poskytuje přehlednou strukturu, kterou lze využít při rozboru vybraných případů v supervizi. Studenti a frekventanti se nácvikem formulace připravují na dobu, kdy budou muset svá sezení srozumitelně prezentovat, aby mohli efektivně využít čas supervizních setkání.

UPLATŇOVANÉ VZDĚLÁVACÍ POSTUPY

(1) Studium literatury. Porozumění teoretickému základu, součástí a postupům metody formulace případu je zásadním krokem v jejím osvojení. Poměrně velký výběr modelů, z nichž si mohou studenti a frekventanti vybírat, nabízí monografie editovaná Eellsem (2007), velmi podrobnou integrativní metodu představila Ingramová (2006). Základní přehled obecných modelů formulace podávají Čevelíček a kol., (2013). Studium literatury může později zahrnovat také srovnávání vlastních formulací s formulacemi vytvořenými experty. Jejich zdrojem může být například časopis *Pragmatic case studies in psychotherapy*.

(2) Trénink ve skupinách, individuální nácvik, přednášky. Autoři různých modelů formulace případu nejčastěji doporučují učení v malých skupinách. Studenti a frekventanti v nich mohou vytvářet formulace buďto společně, nebo individuálně a výsledky pak rozebírat ve skupině. Mohou využívat jak údaje v poskytnutých kazuistikách, tak případů vlastních klientů. V malých skupinách mohou na svých kolezích pozorovat, co se jim daří a které chyby často dělají, učit se

od sebe navzájem, reflektovat a zlepšovat své porozumění. U svých kolegů si mohou všimnout například (a) rozsahu využívaných údajů a jejich detailů, (b) vyhýbání se vágnosti a spekulativnosti, (c) odvahy k tvorbě hypotéz, i když si jimi nejsou jistí, (d) rozsahu využívaných hypotéz, uvažovaných oblastí klientova života a dopadů jeho problému, případně důrazu kladeného na některé oblasti, (e) schopnosti opustit formulovaná vysvětlení a neužitečné hypotézy, (f) dovednosti nacházet vztahy mezi získanými údaji či (g) míry propojení terapeutického plánu se získanými údaji a vytvářenými hypotézami. Formulace případu podporuje pluralitu perspektiv, a tak zabraňuje redukcionismu. Bez osvojení metody komplexní formulace případu studenti zvláště často vynechávají biologická vysvětlení a riskantně zdůrazňují psychologická (Consoli, Jester, 2005). Vynechávají také například finanční nebo právní problémy klientů a zjevné potíže v péči o sebe, jako je stravování, fyzická aktivita, spánek a úprava zevnějšku (Persons, Tompkins, 2007).

Individuální osvojování metody je vhodné doplňovat konkrétní zpětnou vazbou vyučujících či lektorů, případně kombinovat se skupinovou prací. Pro studenty samotné může být obtížné zachytit, zda a jak konkrétní metody formulace pomáhají k lepšímu porozumění klientům a na které oblasti rozvoje by se měli zaměřit (Sperry, 2010). Je opodstatněné předpokládat, že i zkušení terapeuti jsou v osvojovaném přístupu nováčky (Eells a kol., 2005; Eells a kol., 2011).

(3) Nácvik praktických dovedností. Efektivní tvorba formulace případu předpokládá rozvoj základních dovedností, mezi něž patří například vedení terapeutického rozhovoru, kognitivní dovednosti (principy řešení problémů, pozorování), metakognice, sebeuvědomění nebo také využívání diagnostických metod (Ingram, 2006). Tyto dovednosti mohou být rozvíjeny jak v průběhu praktického nácviku formulace, tak specializovanými kurzy. K jejich nabývání přispívá také osobní terapie a sebezkušenostní část psychote-

rapeutických výcviků rozvojem percepčních dovedností, vztahových dovedností a postojů (Bennet-Levy, 2006).

PŘÍKLAD 1: PŘEDMĚT „PSYCHOTERAPIE S DĚTMI A DOSPÍVAJÍCÍMI“

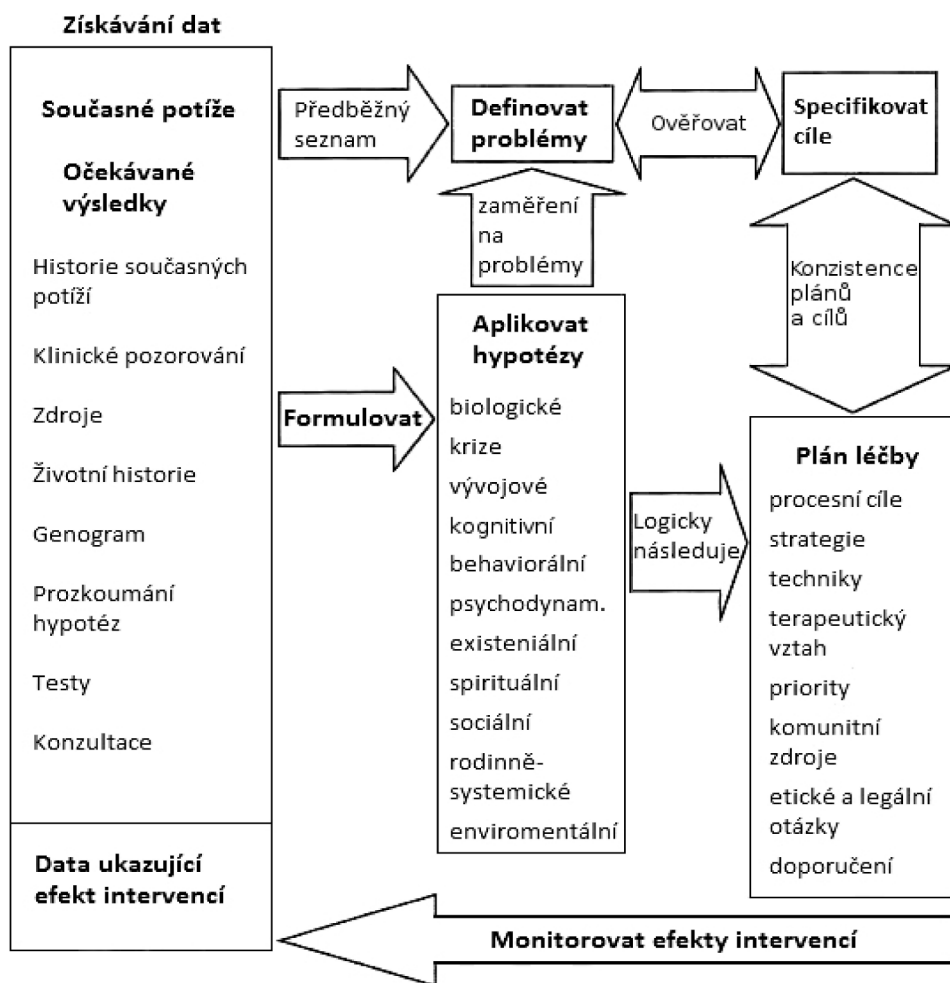
Formulace případu je již druhým rokem součástí výuky předmětu Psychoterapie s dětmi a dospívajícími na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity. V následujícím textu ukážeme, jak je formulace případu používána jako nástroj přibližování akademické výuky klinické praxi. Cílem předmětu je vypracovat závěrečnou práci, ve které studenti kriticky zpracovávají proces psychoterapie na vybrané kazuistice z perspektivy studenty zvoleného psychoterapeutického přístupu. Úkolem studentů je popsat silná a slabá místa zápisů terapeutického procesu vytvořených terapeutem po jednotlivých sezeních s klientem a navrhnout alternativní postupy práce. Důraz je kladen na zakotvení jejich porozumění, hypotéz a léčebných postupů v analyticky zpracovaných, konkrétních ukázkách výchozího textu kazuistiky a zasazení argumentace do kontextu zvoleného psychoterapeutického přístupu. Významným kritériem pro hodnocení závěrečné práce je adekvátní aplikace poznatků vývojové psychologie, jakož i úvaha nad limity, se kterými by se při práci na vybraném případě mohli potýkat (jejich aktuální kompetence, situace rodiny klienta apod.).

K uskutečnění výše uvedeného cíle vede průběžné naplnění tří povinností: (1) vytvoření formulace případu na podkladě záznamu prvního sezení klienta, s jehož kazuistikou bude student v rámci předmětu i nadále pracovat; (2) vypracování dvou kritických recenzí, empirického článku a knihy, které zpracovávají tematiku psychoterapie dětí a dospívajících z perspektivy studenty zvoleného psychoterapeutického přístupu; (3) aktivní účast na seminářích, kde jsou kriticky diskutovány studenty vybrané kazuistiky. Jelikož k diskutovaným kazuistikám má již část stu-

dentů vypracovanou formulaci případu prvního sezení, lze skupinovou diskusi využít ke sdílení alternativních způsobů formulace. Eventuálně mohou svou formulaci v semináři dále propracovat a aktualizovat ve vztahu ke skutečným zaznamenaným na dalších sezeních.

K představení konceptu formulace případu je využit integrativní model rozpracovaný Ingramovou (2006), který autorka využívá v několikasestrálním kurzu s cílem postupné kultivace jednotlivých kompetencí studentů, jež jsou pro tvorbu kvalitní

formulace potřebné. Model je formulován cirkulárně v šesti krocích: (1) identifikování problému, (2) specifikace cílů terapie, (3) sestavení databáze informací o klientovi, (4) vysvětlení klientových potíží zahrnující klinické hypotézy, (5) vytvoření léčebného plánu a (6) monitorování efektů jednotlivých intervencí. Vzhledem k časovým možnostem zde prezentovaného příkladu výuky, charakteru dat, se kterými studenti pracují, a s ohledem na silný integrativní potenciál Ingramovou formulovaných klíčových kli-



Obr. 1. Integrativní model formulace případu (Ingram, 2006)

nických hypotéz, je z celku modelu vyzvednuto právě vytváření hypotéz. Souhrn 28 klinických hypotéz tvoří metateoretický základ modelu Ingramové. Jejich seřazení do sedmi oddílů (biologické modely; krize, stresové situace a přechody; modely učení a chování; kognitivní modely; existenciální a spirituální modely; psychodynamické modely; sociální, kulturní a environmentální faktory) poskytuje studentům pestrý a současně srozumitelný nástroj pro uvažování o odlišných způsobech jak případové studii porozumět.

Při formulaci klinických hypotéz je nacvičováno nejprve jejich zakotvení v údajích, které reprezentuje zápis sezení, posléze nutnost konzistentního vyvozování plánovaných terapeutických postupů z vytvořených hypotéz tak, aby naplňovaly jak cíle definované klientem, tak procesní cíle terapeuta (viz též obr. 1). Při hodnocení formulace je přihlíženo k zakotvenosti hypotéz, konzistenci vyvozených terapeutických intervencí, adekvátnímu zvážení vývojového hlediska případové studie a dovednosti vytvořit více alternativních hypotéz, a tedy i léčebných plánů. Při hodnocení celé závěrečné práce je pak dalším důležitým hlediskem schopnost aktualizovat formulaci případu na základě údajů získaných ze záznamů dalších sezení.

PŘÍKLAD 2: VÝCVIK INTEGRACE V PSYCHOTERAPII A POSTGRADUÁLNÍ KURZ

Uvádíme zde dva rozdílné příklady využití konceptu formulace případu v psychoterapeutickém výcviku. První popisuje, jak si frekventanti v průběhu základního výcviku osvojují dovednosti potřebné k vytváření formulace. Druhý příklad ukazuje, jak koncept formulace umožní absolventům výcviku propojit své praktické zkušenosti s teoretickými znalostmi.

NA ZAČÁTKU PSYCHOTERAPEUTICKÉHO VÝCVIKU

Ve Výcviku integrace v psychoterapii frekventanti od počátku pracují na nabytí

schopnosti konceptualizovat klinický případ. Jsou vedeni k tomu, aby reflektovali svůj způsob porozumění případu a byli také schopni ho nahlédnout z jiných perspektiv. To je v souladu s celkovým zaměřením výcviku, jehož hlavním záměrem je naučit frekventanty schopnosti integrovat několik různých způsobů porozumění terapeutické situaci a napomoci jim vytvořit si vlastní terapeutický přístup. Výcvik formulace případu probíhá třemi různými způsoby:

(1) Na konci každého výcvikového roku frekventanti obdrží dotaz klienta získaný z internetové poradny, který obsahuje dostatečně zevrubný popis jeho potíží, a mají písemně odpovědět na následující otázky: (a) Jaké informace zde považují za důležité a proč? (b) Jaké jsou mé vlastní prožitky při čtení tohoto textu? Jaké mám asociace? (c) Jak o tomto případě přemýšlím, jak jako terapeut/ka rozumím tomu, o co tady jde (s využitím svých dosavadních znalostí a zkušeností)? (d) Na co bych se při práci s tímto klientem zaměřil/a a proč?

Zodpovídání otázek pomáhá budovat dovednosti potřebné pro formulaci případu, tedy odlišit podstatné informace od vlastních hypotéz, formulovat vlastní porozumění případu a vyvodit z něj návrhy terapeutických intervencí. Frekventanti k vytvořeným formulacím získají zpětné vazby od lektorů výcviku, které jim umožní reflektovat, jaký individuálně odlišný způsob konceptualizace případu používají, jak si tedy začínají budovat vlastní terapeutický přístup. Zároveň se ze zpětných vazeb dozvídají, jaké aspekty případu unikly jejich pozornosti a jaké jsou další perspektivy, ze kterých lze případ nahlížet. Pokud například frekventant popíše případ z hlediska psychodynamického, zpětná vazba mu nabídne konceptualizaci také z hlediska experienciálního či systemického.

(2) Druhým způsobem výcviku dovedností potřebných k formulaci je konceptualizace případu v malých skupinách na kolokviu. Pravidelná kolokvia na konci každého výcvikového roku poskytují prostor pro reflexi a integraci doposud nabytých

znalostí a dovedností. V každé skupince je 6–7 frekventantů a jeden lektor. Jeden z frekventantů předkládá kazuistiku svého klienta a ostatní odpovídají na otázky inspirované Balintovskou supervizí: (a) Na co se chci ještě doptat? (b) Jaké mám asociace? (c) Co bych dělal na místě terapeuta? Po každé otázce frekventanti vždy reflektují vlastní postoj: Odkud pochází moje otázka (asociace, intervence), z jakých znalostí, vzorů, zkušeností? Frekventanti tedy nejen reflektují vlastní, často do značné míry implicitní způsob konceptualizace případu, ale také si zvědomují motivace, ze kterých jejich způsob vychází.

(3) Podobným způsobem, ale v odlišném uspořádání, probíhá výcvik formulace případu ve třetím případě. Jeden z lektorů prezentuje kazuistiku svého klienta před všemi frekventanty. Ostatní lektori, kteří mají odlišné teoretické orientace, opět postupně odpovídají: (a) Na co se chci ještě doptat? (b) Jaké mám asociace? (c) Co bych dělal na místě terapeuta? Poté probíhá diskuse lektorů, kterou nejprve frekventanti jen sledují a posléze se do ní též aktivně zapojují. Po celou dobu si dělají poznámky a své postřehy následně rozdělí na tři druhy: (a) Co přijímám za své? (b) Co mi přijde zajímavé? (c) Co se mi zdá zvláštní? Nad takto utříděnými poznámkami poté probíhá diskuse v malých skupinách. Diskuse je facilitována lektory tak, aby každému frekventantovi napomáhala objevovat jeho vlastní způsob konceptualizace případu.

Výcvikovým záměrem je, aby si každý z frekventantů vytvořil vlastní systém formulace případu, který bude odpovídat jeho osobnímu terapeutickému přístupu. Tento osobní systém formulace se postupně buduje a upevňuje díky důkladné sebereflexi i zpětným vazbám lektorů a ostatních kolegů ve výcviku. Každoroční psané formulace případu a reflexe lektorů jsou využity také jako data pro výzkum, který poskytuje další kvalitní a důkladnou zpětnou vazbu nejen frekventantům, ale i lektorům.

Na zakončení celého výcviku frekventanti

sepisují kazuistickou studii ze své vlastní praxe. Pozorování klienta, terapeutického procesu i vlastního uvědomění dávají do souvislosti s teoretickými modely a zdůvodňují svůj terapeutický přístup a konkrétní intervence. Frekventanti zde využívají nabytých dovedností formulace případu. Závěrečnou práci hodnotí lektori výcviku a koncept formulace případu používají k posouzení dovedností nabytých v průběhu výcviku.

PO SKONČENÍ ZÁKLADNÍHO PSYCHOTERAPEUTICKÉHO VÝCVIKU

Odlišným způsobem mohou být ve formulaci případu vzdělávání psychoterapeuti, kteří již absolvovali základní, prezenční část systematického výcviku. Dále popsaný roční postgraduální kurz byl určen gestalt terapeutům, kteří dokončovali supervizní část výcviku a všichni již pracovali s klienty.

Záměrem kurzu bylo zprostředkovat terapeutům koncept formulace případu tak, aby ho mohli využívat jako podporu pro svoji klinickou praxi. Formulace případu je podle Eellse (2007) pro terapeuta výhodná z následujících důvodů: (a) inspirovat terapeuta v jeho rozhodování o dalším postupu; (b) pomáhat zvážit typ přístupu na začátku terapie; (c) mapuje problémové oblasti; (d) varuje před potenciálními úskalími, které se mohou v terapii objevit; (e) když terapie nejde dobře, pomáhá pochopit, proč se to děje; (f) zajišťuje kontinuitu mezi sezeními; (g) pomáhá vybírat intervence; (h) je i terapeutickým nástrojem, lze ji sdílet s klientem.

Na prvních čtyřech postgraduálních seminářích se nejprve pracovalo s teoretickým textem, který si frekventanti prostudovali předem. Následně se teorie aplikovala na jeden klinický případ, celá skupina společně utvářela formulaci případu. Frekventanti se postupně seznamovali s teoreticky konceptualizovanými kazuistikami autorů Brownell (2010), Denham-Vaughan (2008), Evans, Gilbert (2005), Greenberg, Goldman (2007). Na posledním semináři syntézou dosavadních poznatků vznikla vodítka pro vytvá-

ření formulace případu v gestalt terapii. Z praktických důvodů se odlišila komplexní formulace a redukováná forma, tzv. „mini formulace případu“. Komplexní formulace je vhodná při rekapitulaci případu (např. před supervizí) nebo po ukončení většího cyklu terapie (např. před prázdninami). „Mini formulace případu“ slouží k rychlému průběžnému zhodnocení a plánování ihned po proběhlém sezení, může být součástí zápisu. Zahnuje šest různých způsobů, jak případ nahlížet, porozumět mu a vyvodit další vhodný postup: (1) prožitek terapeuta – „Jak se s klientem cítím?“; (2) metafora – „Klient mi připadá jako...“ nebo „Já si s ním připadám jako...“; (3) starý vzorec a nové kroky – „Co ukazuje, že „už je to tu zase?“ a „Co ukazuje, že „teď se objevuje něco nového?“; (4) kontraktování – „Kvůli čemu klient přišel do terapie? Co teď klient v terapii dostává? Co ještě potřebuje?“; (5) fáze terapie – „V jaké je fázi terapie (začátek, prostředek, konec)? Jaký je název této kapitoly terapie?“; (6) další směřování terapie – „Jaká potřeba se stává figurou? Kam tato potřeba ukazuje? Jak je potřeba jí vyjít vstříc?“

DISKUSE

Vzdělávání v obou uvedených příkladech explicitně podporuje akceptaci multifaktoriální podmíněnosti duševních potíží a využívání většího množství psychoterapeutických teorií. Ve výcviku jsou frekventanti vedeni k promýšlení případů z různých perspektiv a zjišťují, které oblasti mohou unikat jejich pozornosti. Univerzitní kurz využívá integrativního modelu formulace (Ingram, 2006), jenž zahrnuje oba uvedené přínosy. Také podpora vědeckého či empirického přístupu (Persons, 2006) a aplikačních dovedností je přítomna u obou příkladů. Studenti i frekventanti se učí zakotvit své porozumění, hypotézy a terapeutické postupy v konkrétních údajích a propojovat terapeutický plán s informacemi a hypotézami. Jsou směřováni ke sledování svého způsobu práce s informacemi a průběžné

aktualizaci formulace. Podporu expertního usuzování (Eells a kol., 2005; Eells a kol., 2011) můžeme vidět ve vedení studentů a frekventantů, aby využívali co největšího množství dostupných informací, uvažovali nad alternativními hypotézami a komplexně a konzistentně propojovali jednotlivé části formulace.

Uvedené výcviky podporují rozvoj osobního terapeutického přístupu (Řiháček a kol., 2013) a využívání vlastních reakcí na klienty. Univerzitní kurz na tyto přínosy důraz neklade, což můžeme přisoudit odlišnému kontextu vzdělávání. Univerzitní výuka není natolik intenzivní jako výcvik a nezahrnuje práci s vlastními klienty, a tak jsou možnosti rozvoje osobního terapeutického přístupu a využívání vlastních reakcí na klienty omezené. Podobně je tomu s uplatněním formulace jako způsobu rekapitulace či prezentace supervidovaných případů.

Tři přínosy formulace případu nejsou v ukázkách reflektovány. Podporu spolupracujícího přístupu, snížení profesní nejistoty začínajících terapeutů a osvojení jednotného způsobu záznamu případů můžeme považovat za sekundární vzdělávací přínosy.

Oba uvedené příklady popisují hodnocení výsledků vzdělávání odborníky (lektory, vyučujícími), které se zakládá především na jejich osobním pojetí a klinické zkušenosti. Vzdělávání mohou prostřednictvím dotazníků a rozhovorů hodnotit také sami studenti. Jejich výpovědi však neukazují, zda skutečně dovedou tvořit kvalitnější formulace případu. Tyto výsledky navíc mohou být zkráceny například snahou potěšit vyučujícího nebo sociální žádoucností. Dalším způsobem hodnocení jsou didaktické testy, které zjišťují naučené znalosti, ovšem nedovedou zachytit rozvoj praktických dovedností. Navazujícím krokem by proto měl být rozvoj postupů, s jejichž pomocí můžeme zjistit skutečný efekt tohoto druhu vzdělávání, zvláště pak rozvoj konkrétních kompetencí (viz Abbas a kol., 2012; Eells a kol., 2005), který nebude závislý na osobním pojetí hodnotitelů.

ZÁVĚR

Formulace případu poskytuje prostor k integraci různých teorií psychoterapie a jejich aplikaci, je rámcem umožňujícím budování osobního terapeutického přístupu a umožňuje začínajícím terapeutům zažívat při práci větší jistotu. Podporuje využívání co nejširšího rozsahu údajů a hypotéz, jejich smysluplné uspořádání a empirické zakotvení, rozvíjí klinický úsudek a vybízí ke spolupráci s klienty. Formulaci případu jako užitečný nástroj klinické praxe je proto potřeba systematicky začleňovat do psychologického i psychoterapeutického vzdělávání.

LITERATURA

- Abbas, M., Walton, R., Johnston, A., Chikoore, M. (2012). Evaluation of teaching an integrated case formulation approach on the quality of case formulations: randomised controlled trial. *The Psychiatrist* 36, s. 140–145.
- Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills – a cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 34 (1), s. 57–78.
- Bergner, R. M. (1998). Characteristics of optimal clinical case formulations. *American Journal of Psychotherapy* 21, s. 287–300.
- Binder, J. L. (2010). Key competencies in brief dynamic psychotherapy. New York: Guilford Press.
- Brownell, P. (2010). *Gestalt therapy: a guide to contemporary practice*. New York: Springer.
- Castonguay, L. G., Beutler, L.E. (Eds.). (2005). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Colliver, J. A. (2000). Effectiveness of problem based learning curricula. *Academic Medicine* 75, s. 259–66.
- Consoli, A. J., Jester, C. M. (2005). A model for teaching psychotherapy theory through an integrative structure. *Journal of Psychotherapy Integration* 15 (4), s. 358–373.
- Cooper, M. (2009). *Essential research findings in counselling and psychotherapy*. Los Angeles, London, SAGE.
- Čevelíček, M., Hytych, R., Roubal, J. (2013). Představení vybraných modelů psychoterapeutické formulace případu. *Československá psychologie* 57 (5), s. 447–460.
- Denham-Vaughan, S. (2008). First of nowhere? In: Wedding, D., Corsini, R.J. (Eds.). *Case studies in psychotherapy*. Belmont: Brooks/Cole, s. 123–146.
- European association for psychotherapy (EAP). (2013). The core competencies of a European psychotherapist. [Vyhledáno 12. 11. 2013 na <http://www.psychotherapy-competency.eu>]
- Eells, T. D. (Ed.). (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York, Guilford Press.
- Eells, T. D. (2009). The case formulation approach to cognitive-behavior therapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training* 46, s. 400–401.
- Eells, T., Lombart, K., Kendjelic, E., Turner, L., Lucas, C. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: a comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73, s. 579–589.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Salsman, N., Kendjelic, E. M., Schneiderman, C. T., Lucas, C. (2011). Expert reasoning in psychotherapy case formulation. *Psychotherapy Research* 21, s. 385–399.
- Evans, K., Gilbert, M. (2005). *An introduction to integrative psychotherapy*. Houndmills and New York: Palgrave Macmillan.
- Greben, D. H. (2004). Integrative dimensions of psychotherapy training. *Canadian Journal of Psychiatry* 49 (4), s. 238–248.
- Greenberg, L. S., Goldman, R. (2007). Case formulation in emotion-focused therapy. In: Eells, T. D. (Ed.). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York, London: The Guilford Press, s. 379–411.
- Haynes, S. N., Williams, A. E. (2003). Case formulation and design of behavioral treatment programs. *European Journal of Psychological Assessment* 19, s. 164–174.
- Hill, C. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, s. 431–442.
- Ingram, B. L. (2006). *Clinical case formulations: matching the integrative treatment plan to the client*. New Jersey, John Wiley & Sons.
- Ivey, G. (2006). A method of teaching psychodynamic case formulation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 43, s. 322–336.
- Jose, A., Goldfried, M. (2008). A transtheoretical

- approach to case formulation. *Cognitive and Behavioral Practice* 15, s. 212–222.
- Kendjelic, E., Eells, T. (2007). Generic psychotherapy case formulation training improves formulation quality. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, s. 66–77.
- Mayo, J. A. (2002). Case-based instruction: a technique for increasing conceptual application in introductory psychology. *Journal of Constructivist Psychology* 15, s. 65–74.
- Norman G. R., Schmidt, H. G. (2000). Effectiveness of problem-based learning curricula: theory, practice and paper darts. *Medical Education* 34 (9), s. 721–728.
- Persons, J. B. (2006). Case formulation-driven psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 13, s. 167–170.
- Persons, J. B., Tompkins, M. A. (2007). Cognitive-behavioral case formulation. In: Eells, T. D. (Ed.). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York, London: The Guilford Press, s. 290–316.
- Rønnestad, M. H., Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development* 30, s. 5–44.
- Řiháček, T., Danelová, E., Čermák, I. (2012). Psychotherapist development: integration as a way to autonomy. *Psychotherapy Research* 22 (5), s. 556–569.
- Řiháček, T., Kostíková, J. (2012). Integrace v českých psychoterapeutických výcvicích. *Psychoterapie* 6 (3–4), s. 162–174.
- Sim, K., Gwee, K. P., Bateman, A. (2005). Case formulation in psychotherapy: revitalizing its usefulness as a clinical tool. *Academic Psychiatry* 29 (3), s. 289–292.
- Simms, J. (2011). Case formulation within a person-centred framework: an uncomfortable fit? *Counselling Psychology Review* 26, s. 24–36.
- Skovholt, T. M., Rønnestad, M. H. (1992). The evolving professional self: stages and themes in therapist and counselor development. Chichester, England: Wiley.
- Skovholt, T. M., Rønnestad, M. H., Jennings, L. (1997). Searching for expertise in counseling, psychotherapy, and professional psychology. *Educational Psychology Review* 9 (4), s. 361–369.
- Sperry, L. (2010). *Highly effective therapy: developing essential clinical competencies in counseling and psychotherapy*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Thistlethwaite, J. E., Davies, D., Ekeocha, S., Kidd, J. M., MacDougall, C., Matthews, P., Purkis, J., Clay, D. (2012). The effectiveness of case-based learning in health professional education. A BEME systematic review: BEME Guide No. 23. *Medical Teacher* 36 (4), s. 421–444.
- Timulak, L. (2011). *Developing your counselling and psychotherapy skills and practice*. Los Angeles, London: SAGE.
- Van Broeck, N., Lietaer, G. (2008). Psychology and psychotherapy in health care: a review of legal regulations in 17 European countries. *European Psychologist* 13, s. 53–63.
- Mgr. Michal Čevelíček je spolupracovníkem Centra pro výzkum psychoterapie při Katedře psychologie FSS MU a doktorským studentem oboru sociální psychologie tamtéž. Kontakt: michal.cevelicek@gmail.com.*
- MUDr. Jan Roubal je psychoterapeut, psychiatr, supervizor a lektor psychoterapeutických výcviků. Asistent na Katedře psychologie FSS MU v Brně. Spolueditoval knihy „Současná psychoterapie“ (Portál, 2010) a „Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact.“ (FrancoAngeli, 2013). Člen EAP, EAGT, SPR, SEPI. Kontakt: jan.roubal.cz@gmail.com.*
- PhDr. Roman Hytych, Ph.D. je odborným asistentem na Katedře psychologie Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity se zaměřením na výuku psychoterapie a kvalitativních metod výzkumu. Pracuje též ve své privátní psychologické a terapeutické praxi (www.psycholog-hytych.cz), člen SPR. Kontakt: romhyt@gmail.com.*
- Došlo do redakce 29. 1. 2014, v revidovaném znění 1. 4. 2014. K publikaci přijato 2. 4. 2014.*

SPOLEČNÁ PSYCHOTERAPIE DÍTĚTE A RODIČE

Infant-parent psychotherapy

Petr Sakař

ABSTRAKT:

Autor nabízí stručný přehled vývoje metody společné psychoterapie dítěte a rodiče. V kazuistice společné psychoterapie čtyřleté dívky a její matky představuje některé z psychoanalytických teoretických konceptů, které tvoří základy této psychotherapeutické metody práce s malými dětmi.

Klíčová slova: společná psychoterapie dítěte a rodiče, psychoanalýza

ABSTRACT:

Based on a detailed case of the infant-parent psychotherapy of a four-year-old girl and her mother, the author presents some of the psychoanalytical concepts crucial for the specific psychotherapeutic method of work with infants and pre-school children.

Key words: infant-parent psychotherapy, psychoanalysis

Donald Winnicott kdysi prohlásil: „Není nic takového jako malé dítě“, a dodal, že „vždy když nalezneme dítě, nalezneme také mateřskou péči, bez mateřské péče by nebylo žádné dítě“ (Winnicott, 1965a, s. 39). S nadsázkou a v jediné větě Winnicott trefně poukázal na neoddělitelnost dítěte od matky a její péče a zároveň postihl základní předpoklad smysluplné psychotherapeutické práce s malými dětmi. Je obvyklé, že se psychotherapeutické a psychologické intervence u dětí předškolního věku odehrávají v přítomnosti rodičů. Společná psychoterapie malého dítěte a rodiče, takzvaná infant-parent, někdy také parent-infant psychotherapy, se ovšem nespokojuje s pouhou přítomností rodiče. Do popředí staví nutnost rodiče přímo vtáhnout do procesu uzdravování a řešení problémů malého dítěte. Společnou psycho-

terapii dítěte a rodiče lze pak definovat jako komplexní psychotherapeutickou metodu využívající společnou práci s rodiči, kojenci, batolaty, případně předškolními dětmi, s cílem dosáhnout zlepšení vztahu mezi dítětem a rodičem a sociálního a emocionálního fungování dítěte (Lieberman, Silverman and Pawl, 2000).

Za formální počátek společné psychoterapie malého dítěte a rodiče je možné považovat rok 1975, kdy vyšel článek Selmy Fraibergové a jejích kolegů s názvem „Ghosts in the nursery“, do češtiny běžně překládaný jako „Přízraky v dětském pokoji“. Příspěvek byl o pět let později publikován v monografii „Clinical studies in infant mental health: The first year of life“, která vyšla rok před smrtí Fraibergové, jedné z nejvýznamnějších postav psychoanalýzy dětí. Její přístup k léčbě malých dětí měl své předchůdce v osobách dalších velikánů dětské psychoanalýzy, Donalda Winnicotta a Margaret Mahlerové (Cramer, 1995). Stal se také mocným impulzem pro další rozvoj této nyní již etablované z psychoanalýzy vycházející techniky psychotherapeutické práce s dětmi.

Od 70. let se v Evropě psychoterapie zahrnující dítě a jeho rodiče rozvíjela zásluhou Bertranda Cramera v Ženevě a Serge Leboviciho v Paříži. Zatímco Cramer vycházel z díla Mahlerové, se kterou v 60. letech spolupracoval v New Yorku, Lebovici se snažil najít průnik svého přístupu spíše s Winnicottovými pracemi (Palacio-Espasa, 2004). K rozvoji techniky a rozpracování teoretických východisek společné psychoterapie malých dětí a jejich rodičů v devadesátých letech zásadně přispěl Daniel Stern (1995). Na stále probíhajícím rozvoji a propagaci společné psychoterapie dítěte a rodiče participuje řada dětských psycho-

analytiků a psychotherapeutů: např. Juliet Hopkinsová, Paul Barrows, Dilys Daws (UK), Francisco Palacio-Espasa (Švýcarsko) nebo Alicia Liebermanová (USA). V technice a teorii těchto a mnohých dalších se později aktualizovaly nejen koncepty již zmíněných Mahlerové a Winnicotta, ale také dalších vlivných teoretiků psychoanalýzy v čele s Wilfredem Bionem, Johnem Bowlbym, Ester Bickovou, nebo již jmenovaným Danielem Sternem (viz Emanuel, Bradley, 2008; Lieberman et al., 2000). Srovnatelně účinné varianty společné psychotherapeutické práce s rodiči a jejich dětmi se samozřejmě rozvinuly i v rámci jiných psychotherapeutických škol¹ (viz Cramer, 1995), jimi se zde ovšem zabývat nebudeme.

Teorie a praxe společné psychotherapie malého dítěte a rodiče se dlouhodobě kultivovaly hned na několika místech ve světě (Francie, Švýcarsko, USA). V současnosti je velmi produktivním centrem rozvoje a výuky společné psychotherapie dítěte a rodiče londýnská Tavistocká klinika, na které byl definován svěbytný model krátkodobé psychotherapie malých dětí a jejich rodičů².

U nás v Česku o této metodě psychotherapie referovali již v roce 2001 Martina Pilařová s Markétou Kavale v článku „Možnosti práce s rodiči malých dětí z psychodynamického hlediska“, a později opět Pilařová v článku „Společná psychotherapie malého dítěte a rodiče“ (2004). Několik kapitol o společné psychotherapii dítěte a rodiče nalezneme v obsáhlé monografii o psychotherapii dětí editované Monicou Lanyadoovou a Ann Horneovou (2005). Aplikace tohoto přístupu v běžné praxi je u nás kvůli malému počtu psychoanalyticky orientovaných dětských psychotherapeutů zřídka.

Desetiletí trvající dynamický vývoj techniky a teorie společné psychotherapie malého dítěte a rodiče nelze považovat za ukončený.

Objevují se pokusy o rozšíření uplatnění této metody například na starší děti nebo o její využití v rámci konzultační činnosti dětských psychotherapeutů (viz Dawsová, 2005). Soustavně probíhá diskuze o její technice, teorii a účinnosti, která je také postupně výzkumně ověřována (viz Cramer, 1995; Emanuel, Bradley, 2008; Lieberman et al. 2000).

Po historickém přehledu vývoje psychoanalyticky orientované společné psychotherapie dítěte a rodiče nyní na kazuistice přiblížím a popíšu některé z teoretických konceptů, které jsou dobře využitelné pro práci s dětmi a jejich rodiči.

Na počátku spolupráce s Terezkou a její maminkou byl e-mail, ve kterém mi maminka mimo jiné napsala:

„Tereza bude mít 4 roky. Odmítá spát. Vysvětlování nepomáhá. Chce, aby bylo brzo ráno, nechce noc. Musíme být u ní. Prý se bojí, ale neřekne čeho. Nechci jí křivdit, ale nejspíš si to vymyslela, abychom u ní zůstali. Když musím odejít, nejčastěji kvůli ročnímu synovi, který večer kňourá a chce se nosit, dostane hysterický záchvat a volá: „Já chci, abys byla pořád se mnou“.

Přes den je Tereza „normální“, veselá, šikovná, povídavá, nijak viditelně na bratra nežárlí. Během dne nespává od dvou a čtvrt roku, ode dne, kdy zahodila dudlík.

Problémy trvají půl roku. Jsme z toho dost unavení, psychicky i fyzicky. Neustupujeme jí v tom, že bychom ji v noci nějak bavili, například povídáním pohádek“.

Výše popsané obtíže se samostatným usínáním se u malých dětí objevují poměrně často a bývají nezřídka důvodem návštěvy dětského psychologa. Potíže s usínáním nebo samostatným spaním mohou mít nejružnější příčiny. Nejobvyklejší bývá narušený nebo zastavený separační, resp. separačně-individuační proces (Mahlerová et al., 2006), skrze který se zprvu na matce absolutně závislé dítě postupně stává relativ-

¹ Např. „Interaction guidance“ vycházející z rodinné systemické teorie.

² Více o tomto modelu v monografii „What can the matter be?“ (viz literatura).

ně nezávislou bytostí (Winnicott, 1965a,b). Oddělování dítěte a matky provází po celou dobu mnoho komplikací, na kterých se významně podílí také rodiče, kteří buď postupně oddělování dítěte umožňují, nebo mu z nějakého důvodu, většinou nevědomě, brání. Také proto jsou obtíže spojené se spánkem a separací vedle několika dalších indikovány pro společnou psychoterapii dítěte a rodiče (viz Emanuel, Bradley, 2008; Dawsová, 2005; Dowling, 2006).

Navrhl jsem matce, z jejíhož požadavku a následné komunikace jsem vycítil nejistotu, nejprve individuální konzultaci.

Třebaže najdeme mnoho dobrých důvodů, proč pozvat na první konzultaci celou rodinu dítěte, někdy je vhodnější rodičům nejprve pomoci vyrovnat se s úzkostí a nejistotou, která otevření problému jejich dětí přináší (Emanuel, 2008). Odlehčení od úzkosti, nejistoty a strachu, které může podpůrným a empatickým přístupem, kontejnováním (containment³), psychoterapeut rodičům nabídnout, pro ně bývá klíčovou zkušeností, která je posune blíže k vytvoření pracovního spojení a která svým způsobem určí charakter celé další spolupráce. Definování obvykle izolovaně pojímaného problému dítěte v širších vztahových, rodinných nebo generačních souvislostech už v úvodním sezení, může posloužit podobně jako zkusmá interpretace v individuální psychoanalytické

psychoterapii. Může terapeutovi pomoci lépe zvážit, který druh intervence bude pro dané dítě a jeho rodiče vhodný. Je samozřejmé, že by úvodní pokus o shrnutí potíží dítěte měl mít podobu spíše pracovní hypotézy. Rozhodně by neměl rodiče ohrožovat. Rodiče, většinou přicházející s bolestnými pocity viny nebo studu kvůli svému domnělému nebo skutečnému výchovnému selhání, jsou citliví na sebemenší náznaky psychoterapeuta negativního hodnocení jejich role v problému dítěte. Zvláště u některých, více psychicky narušených rodičů, se vyplatí zaměřit se i v dalších sezeních na budování a posilování pracovního spojení a na úkor interpretování zaznamenaných souvislostí mezi problémem dítěte a fungováním a životní historií rodiče (viz Palacio-Espasa, 2004).

Na prvním sezení jsem Terezičině mamince mohl bez rizika nabídnout hned několik nápadů k jejímu povídání o dceři. Zdálo se, že Tereza netrpí pouze separační úzkostí komplikující usínání a spánek, ale že má také zásadnější problémy s regulací agresivních impulzů.

Vyšel jsem přitom z maminičina vyprávění o Tereze, která při ukládání plakala, „někdy, jako by až zvracela“. O Tereze, která se „bála pohádek, ve kterých se někomu něco děje“, nebo která odmítala vidět své bolístky, které občas měla, a totéž požadovala po ostatních. Ke svému bratříčkovi se chovala „hrozně hezky“. Mamince to dělalo radost. „Proto to také dělá“, konfrontoval jsem v tu chvíli se svým prvním nápadem maminku. Později jsem hovořil také o sourozenecké rivalitě a o metaforickém „sesazení z trůnu“, které ilustruje obtíže prvorozenných dětí s příchodem mladšího sourozence. Takové obtíže ale u Terezy zdánlivě chyběly.

Před prvním společným setkáním jsme se dohodli na pravidelných sezeních ve frekvenci jednou týdně s otevřeným koncem. Následných osm společných setkání bylo naplněno především společným hraním a ob-

³ Pojem zavedl britský psychoanalytik Wilfred Bion (1962). Zjednodušeně jej lze definovat jako imaginární prostor v mysli člověka, který slouží k zachycení, uchování a zpracování prožitků. Kontejnování přirozeně poskytuje matka svému malému dítěti, které ještě nemá mentální aparát na takové vývojové úrovni, aby své intenzivní prožitky bylo schopné zaznamenat, uchovat a zpracovat samo. Pojem zavedl britský psychoanalytik Wilfred Bion (1962). Zjednodušeně jej lze definovat jako imaginární prostor v mysli člověka, který slouží k zachycení, uchování a zpracování prožitků. Kontejnování přirozeně poskytuje matka svému malému dítěti, které ještě nemá mentální aparát na takové vývojové úrovni, aby své intenzivní prožitky bylo schopné zaznamenat, uchovat a zpracovat samo.

časným povídáním. Maminka, sedávající na pohovce Terezce za zády, na nich obvykle zůstávala v roli zaujatého diváka.

Tereza poměrně rychle překonala počáteční ostych. Rychle jsme se dostali k tématu usínání. „Někdy se mi nechce spát“, zahlásila. Později ještě dodala, že „nejde usnout, když jsou děti samy“ a zmínila se o svých králíčcích, kteří podle popisu maminky z prvního sezení pro Terezku plnili funkci tzv. přechodových objektů (Winnicott, 1953). Vždyť také Terezce někdy říkají: „už furt ne, už bys měla spinkat sama“. „Ale mně to nejde“, dodala posmutněle Tereza.

Jakoby zde Terežiny přechodové objekty ztělesněné třemi plyšovými králíky promlouvaly slovy rodičů. Jejich slova ale neměla moc ukonejšit, byla spíše káráním rodičovského Nadjá, a tak se není co divit, že chybějící maminku nahrazovaly jen neúplně. Maminčina fyzická přítomnost byla proto pro Terezku v některých situacích stále nepostradatelná.

Zároveň se ukázalo, že sourozenecký soulad, který maminka vysoce oceňovala, byl pouze zdánlivý. Tereza měla tvář v tvář maminčině starostlivé péči o bratříčka pochybnosti o její lásce k ní. Maminka to rychle pochopila, a nestalo se tak pouze díky zkušenosti s prvním Terežiným sezením, ale také zásluhou, „těžkého čtení“ některých pasáží Magických roků Selmy Fraibergové (2002), které jsem jí doporučil. Díky této knížce se také „naučila, jak se chovat k příšerám! Co fantazie vytvořila, musí fantazie zase zrušit. To byla velká pomoc!“, ocenila po skončení terapie maminka v e-mailu Magické roky.

Na druhém sezení byla Tereza o poznání jistější. Dokonce si na hraní vyzula boty, což na prvním sezení odmítla. Objevila v pracovní plastelinu, která se pak stala materiálem, jímž bylo možné nejsnáze vyjadřovat to, co Terezce nedá spát. Pod našima rukama vznikali první hadi. Tereza

měla růžového, mně připadl úkol ušoulat modrého. Nejprve jsme hady lepili různě na sebe a vytvářeli z nich „hadí pyramidu“. Až později z modelíny vznikla „hadí rodinka“. Dva velcí, jeden malý a jeden nejmenší had se potýkali se strašidelným „cupity cup“ nebo děsivým „dupy dup“, které se ozývalo z poza dveří. Shodli jsme se, že to nejspíš bude něčí „tlapa“, co vydává ten zvuk. Komu ale „tlapa“ patří, zůstalo dlouho nejasné.

Hadi a jejich domeček nám v průběhu terapie poskytovali prostor pro propracování témat separace, sourozenecké rivality a rodinných vztahů vůbec. Už na prvním sezení se hadi nejprve splývající v jedinou hadí pyramidu diferencovali ve čtyřčlennou hadí rodinku.

Děsivé podupávání „tam venku“ bylo zatím pouze amorfní zosobnění vytěsňené a projikované agrese.

Bohatý materiál vzešlý z prvních dvou sezení a z čilé e-mailové komunikace jsme se s maminkou rozhodli probrat na individuální konzultaci. Taková samostatná setkání jsme v průběhu celé naší spolupráce absolvovali tři.

Maminka na sezení hovořila o svých zkušenostech s „perfekcionistickým tatínkem“, který jí „někdy naháněl strach“ a s „hrozně hodnou“, „chudákem“ maminkou. S tátou zažila období, kdy ho „nenáviděla“, s maminkou takové intenzivní pocity nezažívala. Nyní měla s tátou dobrý vztah, ale stále se s ním nedalo moc diskutovat. V souvislosti s matkou hovořila o pocitech viny, které v ní a v jejím mladším bratrovi svým chováním vzbuzovala. Naznačila, že se až do své dospělosti potýkala s pocitem, že musí bezpodmínečně naplňovat rodičovská očekávání, tedy být dokonalá. S odkazem na vztahy v rodině v období svého dětství a se zjevným porozuměním vůči latentnímu obsahu snu mi řekla, že není divu, že „celou základku nechávala v noci prostřednictvím lupiče rodiče vraždit a pěkně krvavě“.

Později znovu hovořila o pocitech viny, tentokrát v souvislosti s „nepovedeným porodem“. Třebaže v konečném důsledku pro Terezku neznamenal žádné komplikace, špatně ho snášela a vyděsil ji, když začal o něco dříve a probíhal jinak, než očekávala.

Zdálo se, že ve vztahu k dceři maminka prožívala obdobné pocity jako vůči své vlastní matce. Komplikace provázející Terezčín porod jsem si mohl pouze představovat, přesto jsem pocítil nutkání maminku ujistit, že intenzivní pocity, včetně těch negativních, stejně jako zdánlivě neobvyklé chování, které je doprovází, jsou v průběhu porodu normální a přirozené.

Konfrontoval jsem maminku s jejím z větší části neuvědomovaným požadavkem na dokonalost, který vědomě uplatňovala ve vztahu k sobě a nevědomě ve vztahu k dceři a také vůči našim společným sezením. Odvodil jsem svou hypotézu od zjevné snahy Terezky dělat maminku svým vstřícným chováním za každou cenu spokojenou všude tam, kde jí to její omezené psychické možnosti dovozovaly. Poukázal jsem na maminčinu snahu být perfektní také jako klientka v psychoterapii.

V interpretaci jsem se zaměřil na ztotožnění viny pociťované vůči matce, které ve své představě nebyla dost hodnou a dost vděčnou dcerou, s obdobným pocitem viny vůči Terezce, které podle svého soudu nebyla nejlepší matkou. Předpokládal jsem, že vinu může vůči své mamince pociťovat i Terezka, které se nedařilo usínat a spát tak, jak by si maminka přála.

Pro Fraibergovou byly hlavními nástroji terapeuta, které měly navodit žádoucí změnu, interpretace a s ní spojený náhled a tzv. vývojové vedení (developmental guidance) prohlubující porozumění rodiče vůči dítěti a jeho vývojovým potřebám (Hopkins, 2008). V tomto případě byl z části interpretovaným „příznakem vznášejícím se v dětském pokoji“ nevyřešený vztah Terezčiny maminky ke své vlastní matce, který se prostřednictvím pocitů viny přenesl do vztahu s Terezkou.

Zdálo se, jakoby maminka ve vztahu k Terezce opět zaujala pozici dítěte, které vůči dceři, stejně jako dříve vůči své matce, cítí výčitky za to, že není dokonalá a perfektní. Zatímco dříve maminka ve své představě zklamávala svou matku, nyní trpěla výčitkami kvůli své dceři. Maminka ovšem svým chováním také mohla nevědomě podnítit vznik obdobných pocitů viny na straně dcery. Mohla se v očích Terezky stát „chudákem maminkou“, které její problémy se spaním přidělávají zbytečné starosti. Projekce a projektivní identifikace tak byly doplněny „komplementární rodičovskou identifikací“ (Palacio-Espasa 2004, s. 157) maminky se svou vlastní matkou. Když totiž rodič projikuje svoje dětské traumatické zážitky na dítě, které se s nimi identifikuje a následně se skrze ně k rodiči vztahuje, vytváří se tím nezbytně tlak na identifikaci tohoto rodiče s jeho vlastním rodičem.

Z hlediska dalšího vývoje bylo důležité, že si maminka podstatnou část tohoto generačního propletení uvědomovala a dokázala uvažovat o podobnostech a rozdílech mezi svým rodičovstvím a rodičovským přístupem své matky.

V následujících sezeních jsme s Terezkou stavěli a zařizovali hadí domeček, který bylo potřeba nejprve vybavit pevnými zdmi, hradbami z dřevěných kostek a příkopy. Třebaže jsme dům hadí rodinky pečlivě zabezpečili, nezdálo se, že by s tím Terezka byla spokojená. „I když jsme udělali všechno možné, stejně mi přijde, že se stále bojí“, snažil jsem se pojmenovat její pocity. Připustila, že se „stále ještě bojí, i když neví čeho“. Navrhl jsem, zda bychom se namísto dalšího vylepšování opevnění nemohli začít zabývat o „obludu“. Obludou si Terezka nazvalo ono záhadné, dupající „něco“ za dveřmi.

Obluda byla zatím bez těla. Na čtvrtém sezení se ohlašovala coby zvuk inspirovaný hlasitou prací údržby parku, se kterým sousedí má praxe. „Co ten zvuk chce?“, ptáme se oba. Uvažujeme o obludě, o které víme jen to, že dupe za dveřmi a chce se dostat

dovnitř. Víme, že se zvuků bojíme. Víme, že se chťejí dostat k nám do domečku, což nemůžeme dovolit. „Proč ne?“, zeptal jsem se Terezky. „Zvuky by mohly rozčítit rodiče“, odpovíděla mi.

Agrese zosobněná v obludě a bezpečně projikovaná mimo hadí domeček, který byl externalizovanou vnitřní reprezentací Terezčiny rodiny, se počala zhmotňovat a přibližovat svému původci. Nepochyboval jsem, že v Terezčíně představě by náhlé vpuštění „obludy“ znamenalo katastrofu a že bylo třeba se proti takové eventualitě pečlivě zabezpečit. Nikdy si nemohla být dost jistá.

Hadi z domečku šli spát. Terezka je nejprve uložila do jediné společné postele. Dokonce navrhla, že by mohli mít stejný sen. Později rodičům zařídila samostatnou ložnici a hádátkům dětský pokojíček. Řekl jsem jí, že „hadí maminka a hadí tatínek musí mít ze svých rozumných dětí opravdu radost“. Terezka rozradostněná mou poznámkou navrhla postavit ještě koupelnu. Za chvíli jí zaškrundalo v bříšku a maminka se ihned začala ujišťovat, zda nepotřebuje na záchod.

Zatímco Terezka ve hře ukazuje ochotu pokročit na úrovni psychických reprezentací v procesu separace kupředu, maminka ji svou obavou z možného rizika toaletní nehody, udržuje v realitě v pozici závislého dítěte, kterému nelze bez rizika předat plnou odpovědnost za své tělesné pochody. Zde je nutno podotknout, že problémy s vyprazdňováním mající nejčastěji podobu zadržování stolice, byly jedním z naznačených dalších problémů, které nebylo možné v průběhu terapie propracovat. Dotkli jsme se jich nicméně ještě jednou v době, kdy jsme se s maminkou sešli k diskuzi nad tímto článkem.

Od pátého sezení byla hra více zaměřená na hádátka. Ochranné zdi a dveře byly na jednu nepotřebné. Hádátka si to užívala. Obluda se na pátém sezení vůbec neobjevila.

Nejspíš se vyřádila doma, kde se Terezka začala více vztekat a rozčilovat se.

Maminka mi o Terezčíně vztekání napsala. Uvažovala, zdali v ní dcera nevycítla nějakou nejistotu teď, když o všem dění doma začala s mnoha pochybnostmi přemýšlet. Psala, že Terezku upozornila, že když člověk „zuřít, tak se může stát, že někomu ublíží, i když nechce“, a navrhla jí, že „by bylo dobré vztekat se tak, aby u toho nikdo nebyl“. Terezka by se nejspíš chtěla vyvztekat podle maminiho návodu, jenže nemohla, protože „u toho nechce být sama“. Myslela si totiž, že „když je sama, tak ji maminka nemá ráda“. Maminka v téže e-mailu také přišla s návrhem přerušení terapie, která byla „velkým zásekem do rodinného rozpočtu“.

Na následujícím sezení jsem mamince nabídl alternativní pohled na Terezčino prohlášení, které jsem interpretoval jako výsledek obranné projekce. Možná, že by ta věta mohla znít i takto: „Když tu se mnou nejsi, tak tě nemám ráda“.

Zde se opět sbíhají oba problémové okruhy, na které jsme se v krátkodobé intervenci zaměřili. Téma agrese a separační téma. Omezený prostor, který krátkodobá intervence skýtá, nutně vyžaduje omezení témat, která jsou v takto vedené psychoterapii propracovávána. Spolupráce rodiny s psychoterapeutem může být v indikovaných případech samozřejmě také dlouhodobá nebo může jít o tzv. „sériovou krátkodobou psychoterapii“ (Stern, 1995), kdy se rodina do terapie opakovaně vrací.

Namísto maminkou navrhované několikaměsíční pauzy jsem raději doporučil ukončení spolupráce. Domluvili jsme se na závěrečných třech sezeních.

Na šestém sezení jsem se dozvěděl, že Terezka s maminkou doma zjistily, že obluda pravděpodobně mluví jinou řečí, nejspíš německy. Hádátka tedy budou potřebovat slovník, aby se mohla s obludou domluvit nebo pohádat. Terezka tehdy k mému překvapení vymodelovala z plastelíny nejen

slovník, ale také „obludu“. Její tělo vypadalo jako široký mostní oblouk, kterému v nejvyšším bodě ohbí trčí s těla mohutná kulatá hlava, zatímco přímo pod ní, v klenutí oblouku, je zavěšeno téměř stejně tak velké, kulaté „prso“.

Zjistili jsme, že „obluda potřebuje nážrat“. Téměř hotová obluda způsobila, že se Tereška začala náhle vrtět, šišlala, a „blbnula“ se zbytky modelíny. Její regresivní chování mělo ale jen jepičí život.

Hladová obluda pak sežrala štrůdl, který byl ještě před chvílí slovníkem. Tereška nakreslila misku s rajčatovou šťávou, kterou ona ani obluda neměly rády. Zeptal jsem se, proč jim vadí a jestli to náhodou není kvůli její barvě. Tereška neodpověděla, jen dokreslila do misky několik zelených čar.

Obluda přichází. Tereška rychle přikreslí oranžové pití s brčkem, „aby se obluda nenaštvala, že bude mít rajskou, kterou nemá ráda“. „Je to tedy tak, že když dostane něco, co nerada, musí dostat ještě něco dobrého, aby se nenaštvala a snědla to?“, okomentoval jsem otázkou její počínání.

Později si hadí rodinka vyšla na procházku. Obludy se už nebála, protože s sebou měla „dva tvrdé balónky“. „Když by se hádátka chtěla obluda dotýknout“, vysvětlila mi Tereška, „tak jí ty balónky praští“. Na moji otázku, zda zabírá na obludu to, když se „pořádne praští“, Tereška vůbec nezareagovala.

Terežčin repertoár obran proti ohrožující obludě se rozšiřoval. Obluda už nevěznila rodinku v opevněném domě, bylo možné uplatit ji nebo aktivně zastrašit. Rýsovala se možnost s ní za jistých podmínek navázat komunikaci. Být otevřeně agresivní, ale pro Terešku bylo i nadále natolik ohrožující, že mou poznámku o „pořádném praštění obludy“ jakoby přeslechla.

Maminka mi po šestém sezení napsala: „Tereška v nás opravdu nemá dobré vzory, co se týče projevování negativních emocí. Když si to uvědomíme, tak smutek projevit

umíme, i když jsme to nedělali, ale se vztekem je to horší. Jak dospělý člověk projevuje vztek tak, aby to bylo důstojné a nikomu to psychicky nebo fyzicky neublížovalo? Jak jsem pochopila, tak dusit to v sobě není dobrý nápad, nehledě na to, že to stejně nakonec bouchne, a je to ještě horší. Ach jo“.

Potěšilo mě, že maminka nahlédla souvislost mezi rodičovským přístupem k prožívání intenzivních emocí a aktuálními problémy Terešky.

Separanční téma se v terapii aktualizovalo ohlášeným koncem naší spolupráce. Tereška nejprve ve hře řešila oddělení rodičů a dětí z hadí rodinky tak, že si děti „uždíblý“ kousek maminky a vzaly si ho sebou. Dvě sezení před koncem se pak vědomě identifikovala s hádátky, když starší pojmenovala Tereška a mladší František.

Na předposledním sezení Tereška vyráběla sukýnku pro hadí maminku. Nadvakrát se jí nepodařilo šaty obléct. Při druhém pokusu se navíc smíchaly barvy plastelíny, ze kterých byly vymodelovány sukýnka a hadí maminka. S nespokojeným výrazem ve tváři Tereška hadí maminku rozcupovala na kousky a hned na to se obrátila k mamince, která jako obvykle seděla na pohovce za jejími zády. To se do té doby během hraní nestávalo.

Zdálo se mi, jako by se v tu chvíli Tereška potřebovala pohledem na maminku ujistit, že její agresi ve winnicottovském smyslu přežila a že se na ni nezlobí (Winnicott, 1969). Prožití si plnou škálu pocitů doprovázející fantazijní zničení objektu a jeho následnou reparaci jsem jí ovšem odehráním pečující maminky nedovolil, protože jsem jí záhy vymodeloval náhradní hadí maminku.

Před posledním společným sezením jsem se potřetí a naposledy setkal pouze s maminkou. Shrnul jsem dosavadní vývoj v terapii. Hovořil jsem o pokroku v akceptování a zvládání agresivních impulzů a dynamickém

posunu v procesu separace znázorněném ve hře. Pozornost jsem věnoval i některým dalším tématům stojícím mimo fokus naší dosavadní spolupráce, například tématu „prascény“ (Freud, 2003), které se objevilo na sedmém sezení a které pravděpodobně ohlašovalo nástup řešení oidipovského konfliktu. Maminka se zabývala tématem babiček a tím, jak nejlépe na ně. S úsměvem přijala mé vysvětlení, které zahrnovalo i částečné sebeodhalení, a reagovala na ně s úlevou se slovy: „No, když to tak máte taky, tak to není taková hrůza“.

Tereзка se v úvodu posledního sezení držela v blízkosti maminky a „chtěla se k ní tultit“. Konfrontoval jsem ji se změnou jejího chování a zároveň se ji snažil povzbudit ke společné hře: „Vidíme se dnes naposledy, a nejspíš proto je třeba už být víc s maminkou. I když je to tak, myslím si, že bychom si ještě dnes mohli společně zahrát, jako jsme si hráli dřív“. Tereзка po mých slovech přistoupila ke stolečku s plastelínou.

S plastelínou si ale od minulého sezení hrálo jiné dítě. Tereзка byla rozmrzelá a hraní jí nešlo. Oslovil jsem ji tedy znovu: „Dnes ti hraní s modelínou moc nejde. Poznala jsi, že si s ní hrál někdo jiný, že jo?“ Nesměle kývla hlavou. „Pomohla by ti s hraním nová modelína?“ , zeptal jsem se.

Když jsem přinesl nepoužitou sadu barevných plastelín, Tereзка zajásala a se vši vervou se pustila do modelování hádátek. Byla tentokrát zcela samostatná a neobvykle nápaditá. Hádátka Tereзка bylo nyní už velké, mělo ruce a dokázalo stát. Se stěhováním ledničky nepotřebovalo od nikoho pomáhat. Staralo se i o mladšího hadího bratříčka Františka. Ukázalo se ale, že hadí Tereзка vyrostla až příliš, takže se nám lámala na kousky. „Možná vyrostla až příliš a příliš rychle“, přemýšlel jsem nahlas. „I když už je hodně velká, pořád je to ještě holčička, která občas potřebuje pomoci“.

Pokračovali jsme v zařizování hadího domečku, který měl nyní čtyři postele, pro každého jiné barvy. Hadí rodince jsme také

koupili čtyřbarevnou ledničku, aby se hadi nehádali, když má každý z rodiny rád jinou barvu.

Na úrovni vnitřních reprezentací se oddělení rodičů a dětí zdálo být dokončené. Děti měli svůj pokoj, rodiče svou ložnici. Každý člen měl svou vlastní postel a své místo, tedy vlastně barvu, v lednici. Naproti tomu v reálném světě se blížící ukončení terapie, tedy další separace, jevílo jako důvod k opětovnému přimknutí k matce. Jakoby se Tereзка po odvážném prozkoumání svého vnitřního světa v mé pracovně znovu navracela do náruče své maminky. Maminka toto opětovné sblížení neodmítla, protože je pravděpodobně chápala jako nutný důsledek smutku a obav z blížícího se konce psycho-terapie. Já, který jsem v průběhu her občas vystupoval coby postava „koně“, který hadí rodince sice pomáhá, ale také z něj jde pro jeho velikost strach, jsem nyní zanechával maminku a Terezku sobě navzájem.

Při instalaci televize do hadího domečku, kde už byla i maminka a tatínek, se Tereзка zmínila o pohádkách, třeba té o „třech hodných obludách“. Využil jsem tenkrát povídání o obludách k interpretaci podstaty obludy: „Přišel jsem na to, že hodná obluda i hodné hádátka také někdy zlobí a že zlá obluda a zlé hádátka bývají někdy hodní“. Můj nápad sice upoutal Terežčinu pozornost, ale z jejího pohledu jsem vycítil, že jej bude třeba ještě vysvětlit a upřesnit. „Myslel jsem to tak, že hodné hádátka, které někdy zlobí, je stále hodné. Je to takové zlobivé hodné hádátka.“. Tereзка chvíli nic neříkala a zírala na mě. Pak svůj pohled obrátila k mamince: „Asi chci čurat. Vlastně i kakat“.

K dalšímu propracování interpretace, která byla v prvním podání příliš matoucí a znejišťující, jsem využil postavku špinavého hádátka, ušmudlaného od plastelín jiných barev, o kterém jsem prohlásil, že „ani to nejposlušnější a nejhodnější hádátka na světě nezůstane, když si hraje venku, úpl-

ně čistě. Stejně tak i ta nejhodnější holčička na světě někdy zazlobí“.

Končím poslední hodinu a nabídnu Terezce, že pokud bude chtít, může si hadí rodinku, kterou dnes v podstatě sama vy-modelovala, odnést domů. Terezka nadšeně souhlasí a opatrně si rodinku balí s sebou.

Maminka mi za tři dny po posledním sezení napsala, že „jí Terezka na posledním setkání přišla spokojenější a že jí při odchodu řekla, že by měli chodit ještě dlouho, protože ten příběh je strašně dlouhý“. S měsíčním odstupem mi referovala o kočce Míce, která s ní v rukou Terezky svými plyšovými ústy promlouvá o Terezčích nápadech, starostech a přáních. Terezka se ale už od prvních sezení začala víc svěřovat i sama za sebe s tím, co ji rozčiluje a trápí. Z toho měla maminka velkou radost. Za další měsíc potom maminka hlásila, že Terezka začala usínat sama. Dlouho prý usínala při zpívání krásně, tak do deseti minut, pak to ale začalo být zase neúnosné. Protahovalo se to a najednou bylo pro maminku docela jednoduché říct Terezce, že už je velká a že ví, že to zvládne. První večer byl pro Terezku asi těžký. Dneska už je šestý, napsala mi, a pokud už nespí, tak je v pokoji sama docela spokojená. Takže se máme dobře. Díky.

ZÁVĚR

V úvodním přehledu a v teoretických úvahách nad kazuistikou jsem naznačil, čím prošla, jak funguje a kam snad směřuje společná psychoterapie dítěte a rodiče. Krátký příběh krátké psychoterapie čtyřleté Terezky a její maminky ilustroval nejen aplikaci tohoto přístupu v praxi, ale také ukázal, že se v případě léčby malých klientů vyplácí spoléhat se také na pomoc jejich rodičů.

LITERATURA:

- Barrows, P. (2008). The process of change in under-fives work. In Emanuel, L., Bradley, E. (Eds.). *What can the matter be? Therapeutic interventions with parents, infants, and young children*. London: Karnac Books, s. 69–80.
- Bion, W. (1962). *Learning from Experience*. London: Heinemann.
- Cramer, B. (1995). Short-term dynamic psychotherapy for infants and their parents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4(3), s. 649–660.
- Dawsová, D. (2005). Krátká psychoterapie s kojenci a jejich rodiči. In Horneyová A., Lanyadoová M. (Eds.). *Psychoterapie dětí a dospívajících – psychoanalytický přístup*. Praha: Triton, s. 345–359.
- Dowling, D. (2006). The capacity to be alone. Rediscovering Winnicott and his relevance to parent-infant psychotherapy. In Lanyadoo, M., Horney, A. (Eds.). *A question of technique*. Hove: Routledge, s. 63–80.
- Emanuel, L. (2008). A slow unfolding—at double speed: therapeutic interventions with parents and their young children. In Emanuel L., Bradley E. (Eds.). *“What can the matter be?” Therapeutic interventions with parents, infants, and young children*. London: Karnac Books, s. 81–98.
- Emanuel, L., Bradley, E. (Eds.) (2008). *What can the matter be? Therapeutic interventions with parents, infants and young children*. London: Karnac Books.
- Fraiberg, S. (1980). *Clinical studies in infant mental health*. New York: Basic Books.
- Fraiberg, S., Adelson, E., Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 14(3), s. 387–421.
- Fraiberg, S. (2002). *Magické roky*. Praha: Triton.
- Freud, S. (2003). *Spisy z let 1917–1920*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Hopkins, J. (2008). Infant-parent psychotherapy: Selma Fraiberg's contribution to understanding the past in the presence. In Emanuel L., Bradley E. (Eds.). *What can the matter be? Therapeutic interventions with parents, infants, and young children*. London: Karnac Books, s. 54–66.
- Horneyová, A., Lanyadoová, M. (Eds.) (2005). *Psychoterapie dětí a dospívajících – psychoanalytický přístup*. Praha: Triton.
- Lieberman, A., Silverman, R., Pawl, J. (2000). Infant-parent psychotherapy: Core concepts

- and current approaches. In Zeanah C. (Ed.). *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press, s. 472–484.
- Mahlerová, M., Pine, F., Bergmanová, A. (2006). *Psychologický zrod dítěte*. Praha: Triton.
- Palacio-Espasa, F. (2004). Parent-infant psychotherapy, the transition to parenthood and parental narcissism: Implications for treatment. *Journal of Child Psychotherapy*, 30(2), s. 155–171.
- Pilařová, M. (2004). Společná psychoterapie malého dítěte a rodiče (Infant-Parent Psychotherapy). *Revue psychoanalytické psychoterapie*, VI(1), s. 59–66.
- Pilařová, M., Kavale, M. (2001). Možností práce s rodiči malých dětí z psychodynamického hlediska. In Pilařová, M., Pöthe, P. (Eds.). *Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence*, Sborník 2001. Praha: Futurum.
- Stern, D. (1995). *The motherhood constellation*. New York: Basic Books.
- Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. A study of the first not-me possession. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, s. 89–97.
- Winnicott, D. (1965a). *The theory of parent-infant relationship* (1960). In Winnicott D. The maturational processes and the facilitating environment. London: Karnac Books, s. 37–55.
- Winnicott, D. (1965b). *From dependence towards independence in development of the individual* (1963). In Winnicott D. The maturational processes and the facilitating environment. London: Karnac Books, s. 83–92.
- Winnicott, D. (1969). The use of an object. *International Journal of Psycho-Analysis*, 50, s. 711–716.
- Mgr. Petr Sakař, Ph.D., je dětský psycholog a psychoterapeut pracující v soukromé praxi v Brně. Absolvent výcviku v psychodynamické psychoterapii pro zdravotnictví (Brněnský institut psychoterapie) a kandidát výcviku v psychoanalytické psychoterapii pro děti a adolescenty (Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii).*
- Došlo do redakce 3. 2. 2014, v revidovaném znění 30. 3. 2014. K publikaci přijato 31. 3. 2014.*

Institut rodinné terapie Praha

po třídvacáté otevírá na podzim 2014 úvodní cyklus komplexního vzdělání v systemické a rodinné terapii.

Základní trenérský a lektorský tým:

PhDr. Šárka Gjuričová, Mgr. Jiří Kubička, MUDr. Lea Brodová.

Jsme tým s dlouhou praxí v systemické terapii, máme mnoho zkušeností s rodinami s dětmi a adolescenty, pracujeme i s dospělými, jednotlivci a páry. Máme bohatou publikační činnost, frekventantům nabízíme vlastní učebnici.

Program byl opakovaně schválen komisí jako komplexní vzdělání v systemické a rodinné terapii pro zdravotnictví (poprvé schválen-akreditován v roce 1999)

Přihlášky do 15. dubna 2014.

Zveme vás na naše nové stránky!

www.rodinnaterapie.cz

Dotazy info@rodinnaterapie.cz nebo PhDr. Šárka Gjuričová, FN Motol, centrum rodinné terapie, pav. 15, V úvalu 84, Praha 5

JAK NENALÉZT DUHU aneb PSYCHOTERAPIÍ LZE I ŠKODIT

Jan Kožnar

Dovoluji si předložit krátkou a stručnou prezentaci kazuistického charakteru, kterou bych nazval „kazuistický trojštípek“. Svým příspěvkem chci terapeuticky potěšit nebo varovat. Jde o částečný kazuistický záznam z Centra krizové intervence (CKI), kde občas v rámci Psychiatrické léčebny Bohnice sloužím.

Když jsem jednoho nedávného víkendového dne nastoupil na CKI na čtyřicetihodinovou službu, zdědil jsem čtveřici mladých pacientů, kteří tam byli momentálně hospitalizováni. V takovémto případě do povinností službukonajícího odborníka patří, aby se o hospitalizované pacienty dle potřeby postaral a učinil s nimi skupinově terapeutické sezení. Protože jsem měl v čekárně ambulantní pacienty a nemohl jsem se svým hospitalizovaným hned věnovat, svolal jsem si je a vedl s nimi vyjednávání, jak terapeuticky využít den. Bylo dopoledne a venku celkem hezky, tak jsem se je snažil přesvědčit, ať vyrazí do krásného bohnického parku aspoň na vycházku. Jedna ze čtveřice, dvacetiletá Eva se zatvářila dosti kysele a oznámila, že kvůli úzkostem na žádnou vycházku jít nemůže. Bral jsem to vážně a současně jsem si začal uvědomovat, resp. mi začalo docházet, že nějak podléhám kouzlu její naučené bezmoci. Vždyť jsem jednal s mladou, fyzicky zdatnou, svěže vyhlížející ženou! Konfrontačně jsem vyjádřil překvapení, jak to, že přesvědčuji dvacetiletou, poměrně atraktivní ženu k procházce, místo, abych jí doporučil převléknout se do sportovního oděvu a v klidu očekával, že jedenkrát či dvakrát sportovně oběhne bohnický park. Překvapila mne výrokem, že ještě donedávna výkonově a soutěžně běhala, ale teď má úzkosti a chodí do individuální psychoterapie. Myslím, že se mi nepodařilo přesvědčit žádného z té podařené čtveřice,

aby šli alespoň na procházku, přestože byli fyzicky zdraví a žádný z nich nepřekročil třicítku. Bylo to snad tím, že jsme byli na psychiatrii? To byl snad ten důvod a ospravedlnění nakažlivé pasivity??

Když jsem se nějakou chvíli věnoval ambulantním pacientům, všimnul jsem si, že přes poledne mírně sprchlo a na obloze se udělala krásná duha. Chytil jsem na chodbě dva hospitalizované pacienty včetně Evy a poměrně direktivně jsem jim řekl, že se musí jít ven podívat na duhu. Podotýkám, že již nepršelo. Když jsem se po půlhodině navrátil, se Evy zeptal, jak se jí duha líbila, nešťastně odpověděla, že ji nenašla. Tak jsem jí duhu alespoň ukázal z okna...

Omlouvám se za sarkasmus, ale mám chuť poznamenat, že si Eva nesporně ještě tento přírodní úkaz ze školy pamatovala a ani léta individuální psychoterapie jí nedokázala tuto mnestickou stopu vymazat, takže jsem se mohl oprávněně spoléhat na to, že ví, o čem mluvíme.

Při odpoledním sezení psychoterapeutické skupiny oněch čtyř hospitalizovaných pacientů se mi posléze dostalo vysvětlení jejich obtíží, jež je invalidizovaly k procházce a Evu dokonce k nalezení duhy. Všichni čtyři se dlouhodobě zúčastňovali individuální psychoterapie a tam se dopracovali k jednoduchým, avšak pádným a tíživým závěrům: jedna pacientka měla terorizujícího bratra, který ji v dětství způsobil takovou újmu, že je nyní depresivní. Eva se svým terapeutem odhalila, že měla nešťastné dětství a špatné, nemilující rodiče, takže nyní trpí úzkostnou poruchou a třetí člen skupiny, přemýšlivý mladý muž dospěl k racionálnímu, všeobsahujícímu a totálnímu závěru, že nemůže nic dělat, protože za všechno může jeho narušená DNA. Psychoterapeutické interpretace čtvrté pacientky si již pohřchu

nedokáží vybavit, ale klidně mohla za její symptomatiku třeba její amygdala anebo naopak rodinná mapa. Není důležité, že takovýto levný determinismus nemuseli jejich terapeuti razit, ale to, že si jej naši pacienti jako smysl a poselství z terapie odnášeli.

Tak se začínám obávat, že naše psychoterapie je docela pohodlným řemeslem, i když ne velmi kognitivně zdatnou disciplinou. Vědou není, předvídat nedokáže. Výkladový determinismus je obzvláště pohodlným, protože psychoterapeutické autority už dlouho uvádí jako jeden z účinných faktorů psychoterapie to, že se umožňuje terapeutovi poskytovat pacientům výkladový rámec, kterému když pak uvěří, tak pomáhá. A prý už tolik nezáleží na obsahu. Jak příjemné! I pro nás slabší duchem...

Existují nějaká řešení? Někaká preventivní opatření před takovouto mentální invalidizací našich pacientů individuální psychoterapií? Napadají mne tři možné směry řešení:

1. Kognitivní: Chtělo by to vzpomenout si na přínos humanistické psychologie ze šedesátých let minulého století a při-

jmout, že kromě genetiky a výchovně rodičovských vlivů, coby součástí vlivu prostředí, existuje osobnost člověka jako třetí důležitý vývojový faktor a osobnost má možnost volby, se kterou je třeba se naučit žít, a v psychoterapii je třeba s ní pracovat a vážně s ní počítat.

2. Skupinově dynamické řešení: Preferovat práci ve skupinách, pokoušet se vytvářet komunitní rámec psychoterapie, který má mocný formativní vliv ve smyslu přijímání sociální reality, životního režimu a funkčních pravidel, pracovat na budování a posilování zdravých sociálních, emočních i sexuálních hranic při žití ve společenstvích.

3. Redukce myšlenkové a emocionální plochosti a pohodlnosti psychoterapeutů. Zde však musíme respektovat naši kognitivní, intelektuální úroveň, jíž psychoterapeutické vědění příliš neoplývá. Snad by pomohla tendence kompenzovat tyto deficity opravdovou snaživostí. V tom nechť nám napomáhá...? Snad by napomohlo i zkvalitnění psychoterapeutického tréninku...

K DISKUSI O VZTAHOVÉ PSYCHOANALÝZE

Olga Marlinová

Dovolím si učinit několik kritických poznámek k informativnímu článku prof. Plhákové – na základě svých zkušeností ze Spojených států, kde jsem pracovala jako psychoanalytička v osmdesátých a devadesátých letech před návratem do České republiky.

V úvodu autorka zmiňuje pokles prestiže psychoanalýzy v USA v 80. letech. To bylo způsobeno nejen konkurencí nových psychotherapeutických směrů, ale také stoupající převahou biologické psychiatrie a upřednostňováním farmakoterapie, kterou prosazovaly pojišťovny v koalici s farmaceutickými firmami. Na životní úzkosti a běžné depresivní reakce se začaly předepisovat léky, protože to bylo rychlejší a výnosnější pro farmaceutické firmy i pro lékaře.

V té době byla zaváděna tzv. „managed care“ ve zdravotnictví, která byla ekonomicky řízena a upřednostňovala levnější druhy léčby bez ohledu na potřeby a problémy pacientů. Pojišťovny omezovaly platby za dlouhodobější psychoterapii, což se ukázalo jako zhoubné.

Co se týče interpersonální psychoanalýzy, je pravda, že její význam byl marginalizován v „klasické“ (hlavně Freudovské) škole. Nicméně byla praktikována a rozvíjena od padesátých let v řadě institutů v Americe, nejvíce ve William Alanson White Institutu, kde jsem absolvovala psychoanalytický výcvik. Byl o ni zájem i v Evropě, např. v Itálii a ve Finsku.

Měla velký vliv na rozvíjení dynamické psychiatrie a psychoterapie (viz práce Sullivana, Fromm-Reichmannové a jejich žáků). Interpersonální psychoanalýza se stala hlavním zdrojem vztahové psychoanalýzy.

V závěru autorka uvádí, že vývoj vztahové psychoanalýzy ztratil po smrti S. Mitchella svoji počáteční dynamičnost. Není tomu tak. Naopak tento směr se stále dynamicky rozvíjí a má mnoho pokračovatelů v Americe i v Evropě – nejvíce v Itálii a Izraeli. Byla založena Mezinárodní Asociace pro Vztahovou Psychoanalýzu a stále jsou vydávány nové práce jejích autorů, v roce 2012 vyšel už pátý díl Vztahové psychoanalýzy. Lze říci, že „klasická psychoanalýza“ je na ústupu, protože neodpovídá jak novým přístupům ve vědě, tak klinickým zkušenostem s různými typy pacientů i společenskému vývoji.

V říjnu bude v Praze pořádána mezinárodní konference o díle Sandora Ferencziho (u příležitosti vydání jeho Klinického deníku v češtině), kterého lze nazvat prvním vztahovým psychoanalytikem. Na konferenci (10.-11.října 2014) vystoupí také Dr. Ehrenbergová, vztahová psychoanalytička z William Alanson White Institutu, jejíž kniha „The Intimate Edge“ bude publikována v českém překladu.

V Praze 31. 1. 2014

PhDr. Olga Marlinová

VZNIKLA ČAP – ČESKÁ ASOCIACE PRO PSYCHOTERAPII

Zdeněk Macek

Vy, kteří sledujete dění ve světě české psychoterapie, jistě nebudete překvapeni vznikem nové společnosti, k jejíž cílům patří prosazovat rozvoj psychoterapie jako samostatné a na rezortech nezávislé profese, začlenění psychoterapie do právního systému České republiky a zastřešování psychoterapeutů všech škol a směrů napříč rezorty.

Činnost České asociace pro psychoterapii byla zahájena 28. ledna 2014, kdy proběhla první valná hromada, a my bychom Vás rádi informovali o hlavních krocích, které chceme učinit do druhé valné hromady ČAP. Naším zájmem je vytvořit spolu s vámi dobře fungující společnost, a proto zveme vás všechny ke společné diskusi přes webové stránky ČAP: www.czap.cz. Zde si také mohou zájemci vyplnit přihlášku ke členství.

Otevřená diskuze k budoucím podmínkám členství v ČAP

Předkládáme k veřejné diskusi a dopracování návrh Podmínek členství v ČAP – naleznete na www.czap.cz

Setkání zástupců výcvikových institutů

Diskuzi o podmínkách členství uzavřeme na setkání (26. 3. 2014) se zástupci výcvikových institutů. Instituty vnímáme jako klíčový prvek psychoterapeutické obce, a proto považujeme za důležité diskuzi o podmínkách členství v ČAP završit na tomto setkání (je nutné se přihlásit, kapacita míst omezena). V průběhu diskuze vytvoříme definitivní návrh pro druhou valnou hromadu ČAP.

II. konference o budoucnosti české psychoterapie a druhá valná hromada ČAP 23. 4. 2014 od 10 do 17 hodin, Emauzské opatství

Na II. konferenci o budoucnosti české psychoterapie chceme diskutovat o aktuálních otázkách definování a výkonu psychoterapeutické profese. Loňská, první konference, se stala zásadním impulzem pro zahájení činnosti ČAP, těšíme se tedy velmi na další osobní setkání.

Spolupráce s ČPS a ostatními odbornými společnostmi

Snažíme se o aktivní dialog a spolupráci s ostatními odbornými společnostmi. S ČPS - Českou psychoterapeutickou společností jako klíčovým partnerem a organizací, na jejíž půdě vykonali mnozí kolegové největší práci pro etablování psychoterapie, zejména – a logicky – ve zdravotnictví, chceme zahájit jednání o vzájemně prospěšné koexistenci.

Těšíme se na dialog s vámi přes www.czap.cz a také na společnou užitečnou spolupráci v rámci ČAP.

*Jménem výboru ČAP
Zdeněk Macek, předseda ČAP*

DVOJÍ OHLÉDNUTÍ

Jan Vymětal

S odchodem druhých si uvědomujeme nevratnost času i naši lidskou konečnost. Vzpomínáním je zpřítomňujeme a prožíváme návaznost nás ještě živých s těmi již mrtvými. Řečeno jazykem romantiků – pozemšťané se setkávají s nebešťany. To se zdá platit i v případě vztahů našeho profesionálního zaměření a života.

V minulém roce zemřeli dva opravdu významní evropští psychologové a psychoterapeuti – Reinhard Tausch a Dieter A. Tscheulin.

Reinhard Tausch (1921–2013) patřil mezi německé psychology, jež formovala zkušenost druhé světové války. Několik měsíců po maturitě odešel na frontu a přírodních bojů se účastnil až do samého závěru války, kdy byl v bitvě o Berlín těžce raněn. Otřesná zkušenost války, stálá blízkost smrti a celý ten nesmysl stály u jeho profesní volby v době, kdy země byla zcela rozvrácena, z větší části vypleněna a v Německu nezůstal, obrazně řečeno, kámen na kameni. V čase dlouhodobé léčebné rehabilitace se rozhodl studovat učitelství. Tuto příležitost dostávali němečtí maturanti nezatížení minulostí v rámci denacifikace. Po ukončení tehdy zkrácených učitelských studií přešel na studium psychologie do Göttingenu a později do Marburgu, kde se nakonec v r. 1961 habilitoval. Profesorem psychologie na univerzitě v Hamburgu byl v letech 1965–1987.

Prof. R. Tausch vyšel z tradiční experimentální psychologie – jeho první výzkumy a vědecké publikace se zabývaly zrakovým vnímáním, postupně však přešel do oblasti pedagogické psychologie, klinické psychologie a na univerzitě v Hamburgu se přesunulo těžiště jeho odborného zájmu do oboru psychoterapie. Co je důležité – důraz vždy kladl na empirický výzkum a spojování základního výzkumu s výzkumem aplikovaným, přičemž praktická uplatnitelnost

výsledků výzkumu (ve službě člověku) stála na prvním místě. Jeho celoživotním tématem pak bylo hledání odpovědi na dvě otázky: jak můžeme účinně lidem pomáhat psychologickými prostředky v dosahování duševního a tělesného zdraví a jak lze vychovat vnitřně stabilní, samostatné, altruistické a kreativní jedince? Dlužno podotknout, že pracoval v tvůrčím tandemu s manželkou (a také psycholožkou) Anne-Marie (1925–1983). Společně publikovali nepřehledné množství odborných článků a několik knih, z nichž nejznámější jsou dvě učebnice: *Erziehungspsychologie. Begegnung von Person zu Person* (11. vydání, Göttingen: Hogrefe, 1998) a *Gesprächspsychotherapie* (9. vydání, Göttingen: Hogrefe, 1990).

Prof. R. Tausch a jeho manželka Anne-Marie významně přispěli k proměnám „ducha“ německého školství ve směru jeho demokratizace, projevujícím se ve spoluodpovědnosti žáků a jejich vyladěnosti na vzájemnost. Ovlivnili mnoho generací učitelů stran jejich vstřícnosti a vyšší empatie vůči dětem a dospívajícím, kdy vyučovací a výchovný proces vychází primárně z žáků a respektuje zásadu partnerství.

Manželé Tauschovi, a to bych rád zdůraznil, tvořivým způsobem rozvinuli a obohatili o výzkumné poznatky i humanistický přístup vycházející z rogersovské psychoterapie, jenž se v Německu obvykle nazývá *Gesprächspsychotherapie* (Psychoterapie rozhovorem). Zabývali se jí především v rámci rozsáhlých a systematických výzkumných projektů při pomoci lidem trpícím neurotickými a psychosomatickými obtížemi, ale i v souvislosti s překonáváním stresu a při poskytování psychologické péči těžce nemocným a umírajícím. Založili na hamburské univerzitě první vzdělávací a výcvikové centrum tohoto směru v Evropě, psychologickou a psychoterapeutickou poradnu a výpočetní centrum (včetně počí-

tačového vybavení). Tyto skutečnosti pak umožnily rozsáhlý výzkum průběhu a výsledků léčby psychologickými prostředky, kdy se v jejich pojetí spojoval základní výzkum s výzkumem aplikovaným. Díky manželům Tauschovým se stal zmíněný přístup vědecky fundovaným a jedním z nejrozšířenějších v Evropě.

Pokud jde o vzdělávání, výcvik a vlastní provádění psychoterapie, mohla by být i pro nás inspirující zásada, že veškerá psychotherapeutická sezení se zachycují (tehdy pomocí magnetofonu) jednak z výzkumných důvodů, ale i proto, že jsou důležitým materiálem pro supervizi. Bývá totiž rozdíl mezi tím, co si psychoterapeut o své konkrétní práci s klientem či pacientem myslí (a sděluje) a tím, co skutečně během hodin probíhá.

Závěrem svého univerzitního působení prof. R. Tausch v teorii i praxi spojoval rogersovský přístup s možnostmi i jiných psychotherapeutických škol a postupů (zejména relaxace, behaviorální terapie, apod.), pokud byla výzkumně prokázána jejich účinnost. Tyto integrační tendence nazýval multimodální terapií (termín převzal od jihoafrického psychologa Arnolda A. Lazarusse (1932–2013)).

Prof. R. Tausch pracoval v praxi i jako dobrovolník až do pozdního stáří.

Osobně jsem se s prof. R. Tauschem setkal v letech 1968–69 jako student hamburské univerzity při studiu klinické a pedagogické psychologie. Vedle prof. Reinharda Tausche zde ještě působili znamenití teoretici psychologie prof. Peter Robert Hofstätter (1913–1994), prof. Kurt Pawlik (nar. 1934) a nemohu nezmínit ani prof. Carl Friedrich von Weizsäckera (1912–2007), filozofa, původně astrofyzika a jaderného fyzika a jeho přednášky *Kritik de Wissenschaft*. Upozorňoval, že vědy nejsou tím, zač se vydávají a ve svém důsledku mohou být destruktivní, člověku a životu na zemi nebezpečné – a s tím se nedá nic dělat, jen varovat.

Konec šedesátých let v Německu byl obdobím ostrých studentských revolt, do-

znívající denacifikace a mohutného hospodářského rozmachu. V univerzitních kruzích a mezi vzdělanci se neslo v duchu hesla „odvažme se více svobody.“ Toto dění se rozšiřovalo a postupně probíhalo napříč německou společností, kdy akcent byl položen na spravedlnosti a lidských právech. Již tehdy jsme v rámci seminářů kupř. diskutovali o trvale udržitelném rozvoji, lidské solidaritě a pěstování zájmové oblasti u budoucích nezaměstnaných.

Na prof. R. Tausche rád vzpomínám pro jeho přátelskost, otevřenost vůči studentům a ochotu o čemkoliv, kdykoliv a kdekoliv diskutovat – a to až vášnivě. Byl oddán vědě a službě člověku v nesnázích. A s odstupem let mohu říci, že nebyl ješitný a studentskému stavu přál. O jeho oblibě mezi studenty svědčí, že jeho pracovna na univerzitě při podzimních studentských bouřích v r. 1968 nebyla studenty vyplněna – na rozdíl od pracoven profesorů Pawlika a Hofstättera.

Hamburská univerzita šedesátých let minulého století byla místem, kde se naplňovala idea evropské univerzity jako společenství učitelů a žáků, zabývajících se ve svobodném prostoru učením a bádáním, k čemuž patřily i občasně „kravály“.

Dieter A. Tscheulin (1938–2013) patřil mezi zakladatele německé Společnosti pro vědeckou psychoterapii rozhovorem (GwG), která vznikla v r. 1970 a dodnes je spiritus movement tohoto směru v Německu.

Vystudoval v Heidelbergu klinickou a pedagogickou psychologii (r. 1966), jeho zájem obsáhl na počátku profesního života i sociální psychologii a spojení fenomenologických a experimentálních postupů. Vědecká dráha Dietera A. Tscheulina pokračovala a většinu života také nadále probíhala na univerzitě ve Würzburgu, kde promoval s tématem vývoje psychotherapeutického vztahu. Pozdější habilitační práce (v r. 1989) se pak týkala účinných faktorů psychotherapeutické léčby. Mimořádným profesorem univerzity ve Würzburgu byl jmenován v r. 1996 a až do svého pensionování v r. 2003 intenzivně

teoreticky (i výzkumně) pracoval, prakticky byl činný na psychosomatické klinice, ale i v rámci psychotherapeutického vzdělávání a při supervizi.

V odborném psychotherapeutickém světě je znám jako autor diferencovaného modelu na osobu zaměřené individuální terapie, kdy základní vztahová nabídka ze strany psychotherapeuta je doplňována „dle povahy případu“ specifickými metodami a technikami s cílem navození žádoucích změn u pacienta. Jedná se o významný příspěvek při vytváření obecného modelu psychotherapie, stavěném na výzkumně prokázaných účinných faktorech léčby. Oceňovaný je i Tscheulinův přínos pro vývojovou psychologii (interakce rodič – dítě), jíž se věnuje v duchu rogersovského přístupu.

S prof. Dieterem A. Tscheulinem jsem se nikdy osobně nesetkal, poznali jsme se jen prostřednictvím korespondence a dosvědčuji jeho kolegiálnítu.

Pokud bych se měl pokusit vystihnout přínos obou významných evropských psychologů pro psychologii a psychotherapii, zdůraznil bych jejich vědeckou poctivost, otevřenost k novému a názor, že psychotherapie má svůj základ především v psychologii. Bez jejich působení by naše obory byly určitě chudší.

*prof. PhDr. Jan Vymětal
Ústav pro humanitní studia v lékařství
lékařská fakulta Univerzity Karlovy
v Praze
Karlovo nám. 40
Praha 2*

VÝCVIK A VZDĚLÁVÁNÍ V PREVENCI A TERAPII PSYCHOTRAUMATU

RAFAEL INSTITUT nabízí **výcvik v dynamické psychotherapii a poradenství** akreditovaný Ministerstvem zdravotnictví ČR na doporučení České psychotherapeutické společnosti ČLS JEP.

Výcvik se otevírá v září 2014.

**Vedoucí výcviku: PhDr. Daniela Vizinová
a doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.**

Výcvik je určen psychologům, lékařům, sociálním pracovníkům a příslušníkům dalších pomáhajících profesí, kteří chtějí porozumět vzniku a prevenci psychických traumat nebo se zabývají léčením poruch spojených s tímto traumatem.

Součástí výcviku je sebezkušenostní část za účasti výcvikových vedoucích (350 výcvikových hodin) probíhající 4–5x ročně v několikadenních blocích, dále teoretická část (200 hodin) obsahující přednášky a praktické workshopy, supervizní část (100 hodin).

Zájemce nechť laskavě pošle emailem profesní životopis na adresu preiss@pcp.lf3.cuni.cz.

Další informace: www.rafaelinstitut.cz

TERAPEUTICKÉ ŽIVOBYTÍ: VIDĚNO ZE VNITŘ

Kottler, Jeffrey A. (2010). *On Being a Therapist*. 4.vyd.

San Francisco: John Wiley & Sons.

Filip Abramčuk

Být psychoterapeutem přináší radost z pomáhání a rozvoje klienta. Nicméně pochyby o své práci a zážitky vlastních selhávání v pozici psychoterapeuta jsou této profesi rovněž velmi vlastní, mimo jiné i proto, že se v ní přímo dotýkáme lidské podstaty, k níž nedokonalost patří. Z pera profesora J. A. Kottlera k nám přichází kniha, která velmi svižně a pokorně uchopuje problematiku nejen pozitivně, ale zejména negativně prožívaných stavů na straně psychoterapeuta profesionála, jako jsou pocity nedokonalosti, selhávání, nudy, obelhávání se, boje o moc a mnohé další.

Profesor Kottler má za sebou bezmála 35letou praxi pracovníka v pomáhajících profesích. Jako učitel, poradce, psychoterapeut ve školách a na univerzitě, v léčebně, krizovém centru a také v soukromé praxi. V současné době je profesorem poradenství na Kalifornské státní univerzitě. Je autorem více než 70 publikací, v češtině zatím vyšly jeho knihy: *Mumie u jídelního stolu* (2003), *Nezdařená terapie* (2006) a *Profesní psychohygiena psychoterapeuta* (2013).

Recenzovaná kniha byla poprvé vydána v roce 1986. Poslední vydání čítá 320 stran textu (12 kapitol) a zbyvajících 32 stran zahrnuje použitou literaturu, rejstřík autorů a rejstřík pojmů. Kniha je zaměřena nejen na psychoterapeuty a jiné pomáhající, terapeuticky působící pracovníky, ale rovněž by mohla být zajímavá pro klienty. Je psána formou úvah nad odbornými tématy, bohatě protkána příklady z vlastní praxe a rovněž z osobního života. Úvahy jsou často opřeny o zajímavé údaje z výzkumu psychoterapie. Množství témat a podnětů k vlastnímu přemýšlení je obrovské, jako by neměla zůstat ani jedna nit na této profesi suchá. Styl psaní je až neúprosně otvírací.

Kottler ve své knize rozehrává hned ně-

kolik směrů uvažování: nejen jak terapeut ovlivňuje klienta, ale také jak klient formuje osobnost terapeutovu. Úvodní kapitola (Cesta terapeuta) se zabývá tím, co vlastně vede člověka k vykonávání profese psychoterapeuta. Nejde zde jen o to, co v minulosti daného člověka bylo či nebylo formativní, jaká místa v rodině se naučil vykrývat svým chováním a které implicitní motivy jej vedou v současnosti. Také se dívá, co vše je obsaženo v nabídce profesního vztahu, v závazku být s příběhy a emocemi klienta a nechávat se jimi zaplavovat. Ve hře je rovněž terapeutovo self a jeho zranitelnost, co klientům ze sebe ukazuje a co nikoli. Bez okolků a předstírání nám na příkladech ze života ukazuje křehkost terapeuta.

V kapitole týkající se boje o moc a vliv v terapii se věnuje otázce vzájemného ovlivňování mezi terapeutem a klientem během setkání. Ukazuje příklady děsivých i spíše jen pokryteckých přístupů terapeutů, kteří nedělají to, co sami kážou klientům. Tváří v tvář úlevě klientů se objevuje křehká rovnováha mezi vlastní omnipotencí a humanismem. Nakolik jsou terapeuti ochotni nechat se ovlivnit ve stylu své práce, přestat napodobovat ikony psychoterapie, opustit své teorie a následovat zkušenost? Se směsí obdivu a skepse se autor vyjadřuje k naplňování terapeutických ideálů, které nejspíš nejlépe otestujeme ve vlastních rodinách.

Zda a nakolik k terapeutické práci patří provázanost osobního a profesního života je obsahem další kapitoly. Osobní životní události ovlivňují profesní výkon terapeuta, ať už si to přeje nebo ne. Autor si opět nebere žádné servítky strhnout jakékoli iluze o naší (terapeutově) profesní objektivitě a její oddělenosti od osobních problémů. Nabízí seznam otázek k téměř superviznímu přemýšlení. Kriticky se zamýšlí nad vlivem

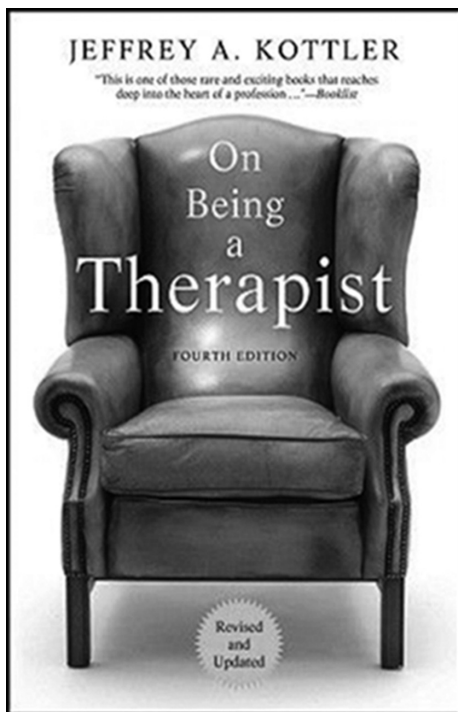
častých příležitostí k vedení intimních rozhovorů s klienty, nad významy udržování hranic ve vztahu s klienty. Ukazuje na příkladech, jak témata léčená u klientů léčí i terapeutova podobná témata.

Velmi zajímavou je kapitola o tom, jak klienti mění své therapy. Úvodní dramatický příklad s C. Rogersem a zajímavá ukázka z terapie buddhistické mnišky čtenáře vtáhne přímo doprostřed dění. Autor si uvědomuje velký formativní vliv profesní zkušenosti, překonávající svou inspiraci nejen odborné semináře celoživotního vzdělávání, ale svou dramatickostí rovněž většinu pořadů v televizi.

Ostatní kapitoly přináší další a další témata, nad kterými autor kontemplanuje a neustále ilustruje své myšlenky barvitými příběhy z vlastní praxe a z osobního života. Jejich záběr je jak široký, tak hluboký. Věnuje se strastem psychoterapeutické práce. Tomu, jaké problémy přináší větší a větší specializace v terapeutické profesi. Ukazuje na problémy začátečníků a rizika povolání, které mohou přinášet bezesné noci. Přemýšlí o jednostranné intimitě, o narcismu u terapeuta, o zátěži vyplývající z pozice „vědět příliš mnoho“. Nevyhýbá se ani otázce profesní deformace projevující se v patologizaci sebe a druhých.

Přemýšlí velmi otevřeně o životě terapeuta s nezdravými, s vlastní nedokonalostí a se zážitky špatné terapie. Jaké příčiny stojí za selháváním a jakým způsobem je efektivně zpracovávat, aby nepřevažovala marnost po letech práce s klienty? S tím souvisí také vedení setkání s klienty, kteří doslova testují terapeutovu trpělivost. Zabývá se barvitě protipřenosovými jevy a tím, co vede k úspěchům při práci s těmito klienty. K čemuž doplňuje úvahy o nudě a vyhoření na straně terapeuta.

Dále přechází k poměrně nápadité kapitole na téma tajemství o vykonávání terapie, tedy to o čem se mezi profesionály nemluví. Poněkud kousavě zvažuje, zda vůbec většinu času jako terapeuti víme, co děláme, nakolik si můžeme být jisti, zda a kdy vůbec někomu pomůžeme a čemu případnou



výslednou změnu přičíst. Připojuje také kritický pohled na kvalitu terapeutova naslouchání, na předstírání zájmu a na pocity nadřazenosti. Pokračuje poměrně zábavně v úvahách o lžích a hrách, které terapeuti hrají sami se sebou (přesvědčení o své dokonalosti, nepostradatelnosti, držitelství pravd atd.). Ale ukazuje i tu stránku profese týkající se vášně a spirituality.

Kniha končí kapitolami o vlastní terapii pro terapeuta a o pracování kreativním způsobem. Ukazuje překvapivě svěže na mnohé způsoby péče o sebe, od standardních až po alternativnější, za doprovodu ilustrací z vlastního života. Poukazuje na doslovné nutkání tvořit na jedné straně a na odpor ke kreativě na straně druhé. Být kreativní znamená také riskovat jinakost a věnovat se i systémovým změnám za hranicemi ordinace. A terapie koneckonců může být velmi kreativním podnikáním.

Přiznávám, že jako praktikující terapeut, stojící spíše ještě v první půli svého profes-

ního života, jsem byl knihou velmi příjemně překvapen. Tím s jakou komplexností témat, jejich šíří i hloubkou autor přišel. Kniha je daleko od akademických učebnic psycho-
 terapie. Případá mi, že pro psychoterapeuta začátečníka přináší kniha efekt srovnatelný s efektem anxiolytik na úzkostného pacienta. Autor totiž svým odkrývajícím způsobem uvažování, tolerantním k nedokonalosti, ukazuje na nemožnost dostát všem normám psychoterapeutické práce. Navíc každá kapitola končí povzbuzením či doporučením, jak s obtížemi pracovat. Psychoterapeuticky zkušeným bardům kniha připomene, s čím se jistě již mnohdy u sebe setkali a zda něco podstatného u sebe dosud (či už) nemíjejí. Pro obě skupiny přináší kniha velké množství podnětů k sebereflexi vlastní psycho-
 terapeutické praxe a psychohygienicky užitečné konfrontování omezujících či jinak normativně působících představ o práci psychoterapeuta. Kottler v tomto směru tvořivě ničí rigidní a neautentické normy.

Líbí se mi lehkost a otevřenost, s jakou autor píše o věcech v psychoterapii obtížných, za které se mnohý profesionál spíše stydí či je pečlivě skrývá. Kottlerova snaha odkrývat zatuchlá zákoutí této krásné profese je osvěžující a povzbudivá. Jeho styl je natolik otevřený, že místy kniha vzbuzuje dojem až osobní zpovědi, kdy autor pohlíží zpět na sebe a svou terapeutickou praxi s nadhledem, mající za sebou dekády zkušeností.

Z kritického úhlu jako čtenář a zároveň praktikující psychoterapeut mám místy dojem, že autorův styl je někdy až příliš zaměřený na negativní verze přístupu terapeuta k sobě či ke klientovi. Místy hraničí s ironickou devalvací, kdy před autorovou břitvou nikdo a nic, žádný ideál neobstojí, nýbrž je stržen k zemi. Ještě štěstí, že kniha je zakončena kapitolou přinášející optimismus (kreativita a růst), která opět na troskách ideálů vystaví něco nového a nadějného.

DOVEDNOST A DŮVĚRA JSOU ZÁKLADNÍ PRINCIPY TRADIČNÍ PSYCHOTERAPIE NA SRÍ LANCE

Kunovitz-Vogtová, B. (2013). *Tovil: Léčebný rituál jako psychoterapie*
Roman Hytych

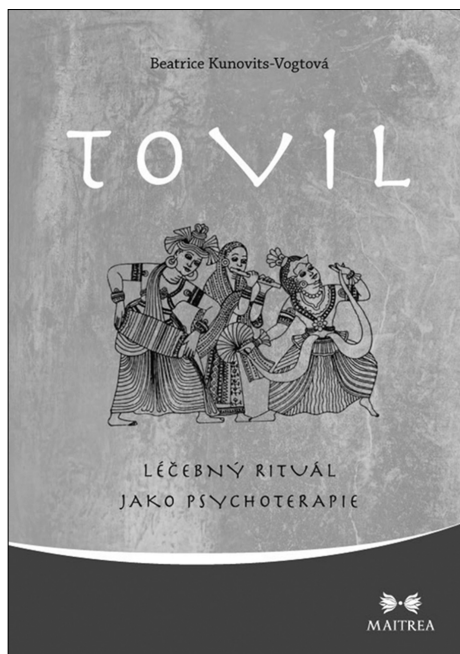
Věda nebo umění? Obojí. Psychoterapie se vzpírá jednoduchým škatulkám. Vědecký aspekt oboru nabízí terapeutovi vědecky podložené postupy (*evidence based therapy*), které ale zřídka dokonale pasují na jedinečnou interakci s klientem. A v tomto smyslu přichází ke slovu umění: umění porozumět a přizpůsobit se právě této jedinečnosti (*client tailored therapy*). Toto pnutí má často na svědomí propast mezi akademickým výzkumem a klinickou praxí. Její přemostění je ale možné. Pro mě osobně to dokazuje kniha B. Kunovitz-Vogtové, která zpracovává několikaletý etnopsychologický výzkum tradičního sinhálského léčebného rituálu Tovil.

O německém originálu knihy se čtenář časopisu *Konfrontace* dozvěděl před téměř dvaceti lety v textu *Kosmologie mýtů Srí Lanky jako prostředek tradiční psychoterapie* (1995, ročník 6, číslo 3). V loňském roce se po mnohaletém úsilí manželů Drozdových podařilo vydat i český překlad knihy. Proč je tato výzkumná práce zajímavá právě pro českého čtenáře – po více než dvaceti letech od publikace německého originálu?

Vidím přinejmenším čtyři důvody, proč má smysl knihu číst:

1. Jde o **precizně provedený výzkum jiné kultury**, což je oblast v český psané psychologické a psychotherapeutické literatuře opomíjená, i když se kulturní rozmanitost klientů psychoterapie v posledních desetiletích zvyšuje.

2. V České republice se aktuálně intenzivně diskutuje o **vymezení psychoterapie jako oboru** ve vztahu ke kvalifikačním kritériím a rezortu, kde je aplikována. Jde o téma, na které se zkoumaná kultura dívá z velmi odlišné perspektivy.



3. Už dvě desetiletí je v psychologii a psychoterapii zřejmý **vzrůstající zájem o využití všímavosti (*mindfulness*)**, schopnosti mysli, která je ve zkoumané kultuře po tisíciletí systematicky trénována a je klíčovou komponentou zkoumané metody Tovil.

4. Kniha je inspirativním příkladem, **jak propojit vědecký a umělecký přístup**, čehož je v dobré praxi psychoterapie zapotřebí.

Vzhledem k velkému rozsahu recenzované knihy se pokusím výše uvedené důvody nastínit jen na vybraném tématu, které kniha propracovává, na procesu obdarování.

Kulturní rozmanitost psychických skutečností, které jsou v textu zachycené, lze zaznamenat již v úvodním mnohovrstevnatém

mýtu „*Tovil v tykvi*“. Tento mýtus kromě mnoha jiných témat zachycuje reciprocitu dávání a přijímání, která je důležitá jak pro životní spokojenost klienta, tak i pro jeho klinickou interakci s terapeutem. Zjištění, že dárce nemůže existovat bez obdarovaného a že situace obdarovávání je pokaždé vzájemností procesu dávání a přijímání, bývá dle mé zkušenosti pro mnoho českých klientů objevná. Toto zjištění přináší nový pohled na situace, v nichž se cítili být zatíženi závazky, pocity studu nebo viny. Tato dynamická a interaktivní perspektiva může být osvobozující i pro terapeuta samotného. Zvláště pokud pracuje v prostředí, kde se dar klienta (ten peněžní patří mezi ty nejviditelnější) maskuje například kódy, přes které se jejich interakce zúčtuje s pojišťovnou. To pak někdy vede k pohledu na konkrétní osobu skrze odosobňující diagnostické kategorie.

Autorka knihy představuje nemocnou osobu jako aktivního participanta, který si na cestě obnovy psychického a fyzického zdraví hledá často i několik odborníků. Zkoumaná kultura přitom rozlišuje jak různé léčebné speciality, tak i specifické systémy vědění a prostředky léčby, s nimiž tito odborníci operují na pěti různých úrovních (kapitola 2). Nemocní tak mohou navštívit například učitele démonů, ájurvédského lékaře, astrologa, buddhistického mnicha, kněze bohů nebo lékaře vzdělaného v západní medicíně. A i když se zpočátku zdá, že jde o pevně vymezené kategorie, žitá realita zachycená výzkumem (kapitoly 3 a 8) ukazuje, že konkrétní osoby léčitelů tyto kategorie vždy ztělesňují specifickým způsobem. Výsledky výzkumu ukazují, že pro pacienta na Srí Lance jsou důležité především dovednosti, které mu konkrétní specialista dokáže nabídnout ve vztahu k jeho potížím. Alternativní systémy léčby se tak ve zkoumané kultuře Srí Lanky vzájemně doplňují, čímž lépe postihují jak spletnost života, tak i potřeb konkrétního pacienta. Tím se liší od partikulárního systému vědění a léčebných procedur, který si uzurpuje prá-

vo na jedinou pravdu – jak jsme tomu někdy svědky v České republice (příkladem může být hysterie z vytvoření oddělení čínské medicíny ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové či snaha „zakázat“ psychoterapii mimo resort zdravotnictví).

Autorka na analýze léčebného rituálu *Tovil* přesvědčivě ukazuje, že dynamika interakce nemocného a léčitele je na Srí Lance nesena vzájemností ověřované důvěry (kapitola 7) na straně nemocného a uplatňovaných dovedností léčitele (kapitola 10) na straně druhé. Zásadní léčivou dovedností, kterou v určité míře disponuje každá osoba, je schopnost všimnout si aktuálních procesů prožívání a vnímání. Pokud je tato schopnost metodicky rozvíjena, vede danou osobu k uvědomění si dynamiky a relativity interakcí a procesů, k proniknutí směrem k prožívané skutečnosti, překonání utrpení a podpoře sebeozdravných procesů produkujících životní spokojenost.

Tuto skutečnost autorka dokládá na prezentovaných kazuistikách (kapitola 9), zasazených do kontextu kulturně specifické psychologie (kapitola 5). To, co mohlo být před dvaceti lety překvapivé, dnes potvrzuje množství výzkumů prezentujících přesvědčivé výsledky psychoterapeutických intervencí vytvářejících podmínky pro kultivaci všímavosti.¹ Na Srí Lance se v tomto směru dostává nemocnému nejen interpersonální podpory léčitele a jeho týmu, ale i celé komunity, která je rituálu léčby přítomna a stává se tak aktivním svědkem přechodu mezi identitou pacienta a identitou znovu-uzdraveného člena komunity. Podrobnější popis intrapsychických procesů rozvoje všímavosti je již mimo možnosti recenze.

Závěrem bych chtěl dodat několik kritických připomínek. Ačkoli považuji český

¹ Podrobněji k tématu například: Benda, J. (2007). Všímavost v psychologickém výzkumu a klinické praxi. *Československá psychologie*. 51 (2), 129–140; Hytych, R. (2010). Východní vlivy v současné euroamerické psychoterapii. In Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.

překlad za zdařilejší než anglický, textu se nevyhnuly opakující se drobné překlepy, což jde na vrub nakladatelství MAITREA, které zřejmě nezajistilo kvalitní jazykovou korekturu textu. Podobné překlepy se staly v letopočtu na str. 89 (1953, správně 1753) a na str. 58 v technickém termínu jazyka páli (*lokita* místo správného *lokika*). Český text doprovázejí termíny jazyka páli a sinháštiny, které jsou dle úrovně mých znalostí vhodně překládány ve značné shodě z již v češtině ustálenou terminologií. Drobné nepřesnosti lze nalézt v rejstříku, kde pře-

klad několika termínů neodpovídá překladu v textu knihy a někdy i posouvá význam překládaného pojmu (např. v rejstříku termín *mano-sañcetaná* je nesprávně přeložen jako *úmyslné myšlení* místo správně v textu přeloženého *záměru mysli*). Vzhledem k rozsahu rejstříku jde však jen o výjimky a vlastní text knihy nabízí vhodně přeložené významy technických pojmů eticko-psychologického systému abhidhamma. Na závěr chci poděkovat překladatelům za vynaložené úsilí a recenzované knize popřát dostatek zvědavých čtenářů.

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); zaslat 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 maximálním rozsahu **5 normostran**. Mohou být kratší.

Příspěvky zasílejte opatřeny:

1. Názvem v češtině (resp. slovenštině) a názvem v angličtině
2. Klíčovými slovy v češtině (3–5) a *key words* v angličtině
3. Abstraktem (jde o souhrn obsahu v rozsahu 10–15 řádků), a to v če i ENG
4. Seznamem literatury
5. Připojte velmi stručný medailón autora (resp. nejdůležitější údaje) – 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. Stránku textu tvoří **zpravidla** 30 řádků (řádkování 2) po 60 úhovech a velikosti písma 12. **Nutné:** Klávesou „enter“ oddělujte pouze odstavce. Stránky číslyte. Pro zdůraznění kapitol lze použít dva stupně jejich členění (např. 1. Terapeutický přístup; 1.1. Dosavadní výzkumy).

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.

Příklady citací v textu:

Citace práce jednoho autora:

Rogers (1998) tvrdí, že... *Nebo*: ... alespoň to tvrdí existenciálně zaměření psychoterapeuti (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:

1. jména autorů se uvádějí v abecedním pořadí – na této skutečnosti se shoduje více autorů (Polsterová, 2005; Yalom, 2006).
2. variantně je možné uvést nejprve hlavní odkaz a pak další odkazy – na této skutečnosti se shoduje více autorů (Yalom, 2006; viz též Polsterová, 2005;).

Přímá citace textu 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 použité v textu musejí být uvedeny také v závěrečném oddílu LITERATURA. V seznamu literatury naopak neuvádějte knihy či články, na které se v textu neodkazujete.

Vzory záznamů v závěrečném oddílu LITERATURA:

Knihy [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), 290–300.

Rosenzweig, S. (1936/2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 5–9.

Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974.

Kapitola v knize nebo článek ve sborníku: Polsterová, M. (2005). Gestalt terapie: vývoj a využití. In J. Zeig (Ed.), *Umění psychoterapie* (s. 516–533). Praha: Portál.

Další pokyny:

Obrázky, tabulky a grafy je možné zasílat ve wordu i nainportované, vždy ale dejte pozor na rozlišení vkládaných objektů (fotografie 300 DPI, pérové předlohy min. 600 DPI).