

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 10. ročník, 2016, číslo 2

Vychází třikrát ročně.

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

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

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

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

Doc. 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) – soukromá praxe, Brno, Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

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

Mgr. Radim Karpíšek – Psychosomatická klinika, Praha

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

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

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

MUDr. Jan Roubal, Ph.D. (vedoucí redakční rady) – soukromá praxe, Havlíčkův Brod, Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií 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. – Evangelická teologická fakulta UK, Praha

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. Sárka Gjuríčová – Institut rodinné terapie, 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 nemocnice, Praha-Bohnice

Mgr. Jiří Kubička – Institut rodinné terapie, Praha

PhDr. Jiří Libra – Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN, Praha

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 Plháková, 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 Timuřák, Ph.D. – Trinity College, Dublin (IRL)

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

Výkonná redakce / Editors:

PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor); kontakty romhyt@gmail.com, tel. 0420 549 497 970

Bc. Lenka Bloudíčková, Mgr. Tatiana Sedláková, Mgr. Barbora Petránková, Mgr. Michal Čevelíček

Adresa redakce:

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

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

Příspěvky zasílejte elektronicky na adresu: psychoterapie@fss.muni.cz.

Uzávěrka čísla 2/2016 byla 1. 6. 2016, recenzní řízení bylo uzavřeno 11. 5. 2016. Vychází v červnu 2016.

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

Tomáš Řiháček, Radim Karpíšek - - - **85**

TÉMA / THEME

Radim Karpíšek: Kompetenční přístup a kompetence psychoterapeuta: koncepty profesního vzdělávání (Competency approach and competency of psychotherapist: concepts in professional training) - - - **87**

Dana Holubová: Struktura výcviku a kompetence v psychoanalytické psychoterapii (A structure of the training and competencies in psychoanalytic psychotherapy) - - - **103**

Mária Kahancová, Lenn Jennings, Tomáš Řiháček: Na pleciach obrov: štúdie o expertoch v psychoterapii (On the shoulders of giants: what we learn from studies on master therapists) - - - **115**

Vladislav Chvála, Lída Trapková: Liberecký výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch (Liberec training in family therapy of psychosomatic disorders) - - - **126**

Tomáš Řiháček, Leoš Zatloukal: Možnosti obohacení výcvikové praxe pomocí výzkumu (Possibilities to enhance training practice through research) - - - **140**

Bernhard Strauss: Současný stav a vize psychoterapeutických výcviků (Current state and visions of psychotherapy trainings) - - - **151**

RECENZE / REVIEWS

Petermann F., Gründer G., Wirtz M. A., Strohmer J. (2016). Dorsch – Lexikon der Psychotherapie und Psychopharmakotherapie (Jan Vymětal) - - - **166**

Seikkula, Jaakko, Arnkil, Tom Erik (2014). Open Dialogues and Anticipations. Respecting Otherness in the Present Moment (Zbyněk Vybíral) - - - **169**

Staples, L. H. (2016): Vina: Prométheovský úděl (Adéla Tarinová) - - - **172**

Filip Caby, Andrea Caby (2014): Příručka psychoterapeutických technik pro práci s dětmi a rodinou (Michal Mužík) - - - **175**

Děkujeme za finanční podporu Janu Poněšickému.



Srdečně vás zveme na mezinárodní konferenci:

CIVILISTÉ VE VÁLCE

Ztráty, uzdravení a zkušenost pomáhajících

a

PRIX IRENE 2016

21. – 23. ŘÍJNA 2016 V PRAZE

Předsedající a organizátoři konference: Marit Joffe Milstein, Gila Ofer, Helena Klímová, Miriam Berger, Michaela Hapalová, Gabriela Dymešová, Avi Berman, Martin Mahler.

Účast dále přislíbili: Earl Hopper, Haim Weinberg a další.

KONFERENCEČNÍ POPLATEK

2900 Kč při platbě do 31. 8. 2016

3500 Kč při platbě od 1. 9. 2016

Vstup na Prix Irene 2016 je 400 Kč (pro účastníky konference zdarma)

REGISTRACE

www.civiliansatwar2016.com

KONTAKT

✉ info@civiliansatwar2016.com

✉ callforpapers@civiliansatwar2016.com

VÝZVA K PŘIHLÁŠENÍ PŘÍSPĚVKŮ JE OTEVŘENA DO 15. ČERVNA 2016

I EDITORIAL

Milí čtenáři,

v poslední době jsme svědky narůstajícího zájmu o proces a kvalitu vzdělávání budoucích psychoterapeutů. Svědčí o tom např. organizace zásadní konference na téma kompetencí a vzdělávání psychologů, které se účastnilo více než 100 delegátů ze Spojených států, Kanady a Mexika a která předznamenala vývoj v této oblasti na další desetiletí (Kaslow et al., 2004). Na evropské půdě se obdobné aktivity v roce 2010 chopila Evropská asociace pro psychoterapii a za účasti řady odborníků postupně vypracovala dokument nazvaný Klíčové kompetence evropského psychoterapeuta (European Association of Psychotherapy, 2013). Také na poli psychoterapeutického výzkumu se téma psychoterapeutických výcviků a vzdělávání dostává do popředí. Svědčí o tom např. založení skupiny pro zkoumání výcviků a vývoje terapeutů při *Society for Psychotherapy Research* v roce 2011 nebo fakt, že významná a pravidelně revidovaná kniha *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* ve svém šestém vydání z roku 2013 poprvé obsahuje kapitulu o výzkumu věnovaném účinnosti výcviků a supervize (Hill a Knox, 2013).

Rozhodli jsme se proto otevřít toto téma i na stránkách časopisu *Psychoterapie*. Přinášíme vám sérii šesti článků, které představují sondu do oblasti psychoterapeutických kompetencí a jejich rozvíjení v rámci psychoterapeutických výcviků i dalšího profesního rozvoje. V prvním se Radim Karpíšek zabývá kompetenčním přístupem ke vzdělávání psychoterapeutů

a srovnává jej se současným pojetím. Seznamuje čtenáře především se základními koncepty kompetenčního přístupu, popisuje možnosti využití kompetenčních modelů při evaluaci frekventantem získaných kompetencí během výcviku a diskutuje jejich přínosy pro vzdělávání.

Dva články jsou věnovány konkrétním psychoterapeutickým přístupům. V prvním z nich Dana Holubová představuje výcvik v psychoanalytické/dynamické psychoterapii, zaměřuje se na kompetence specifické pro tento přístup, a to především na způsob rozvoje klíčových osobních kompetencí v různých fázích procesu vzdělávání. Ludmila Trapková a Vladislav Chvála pak ve svém článku popisují model výcviku v rodinné terapii, přibližují jeho historický vývoj, zaměřují se na prolínání různých druhů zkušeností v různých fázích vzdělávacího procesu, které frekventanti podstupují, a definují kompetence, na které se výuka zaměřuje.

Mária Kahancová a kol. rozšiřují záběr tohoto tematického čísla směrem k celoživotnímu profesnímu rozvoji a vzdělávání. Ve svém článku mapují výzkumy týkající se psychoterapeutické expertnosti a rozebírají také různé přístupy k jejímu definování. Tomáš Řiháček a Leoš Zatloukal se v dalším textu zamýšlejí nad možnostmi jak integrovat různé podoby a formy psychoterapeutického výzkumu do výcvikové praxe. Přinášejí několik námětů zahrnujících jednak znalosti o výzkumu a jeho metodách, jednak dovednosti a zkušenosti spojené se samotnou výzkumnou prací a také dovednosti týkající

se propojování výzkumu a každodenní praxe.

Tematickou sérii pak uzavírá přehledová stať německého profesora Bernharda Strausse, který mapuje situaci v Evropě a představuje výsledky současných i starších výzkumů v oblasti vzdělávání a vývoje psychoterapeutů. Věnuje se také problematice organizace a struktury výcvikových programů a v závěru svého článku nabízí vizi budoucích výcviků v psychotherapii.

Přejeme vám příjemné čtení.

*V Brně a v Praze dne 16. 5. 2016
Tomáš Řiháček a Radim Karpíšek*

ZDROJE

- European Association of Psychotherapy (2013). *The core competencies of a European psychotherapist*. Dostupné na http://www.europsych.org/download/cms/100510/Final-Core-Competencies-v-3-3_July2013.pdf
- Hill, C. E., Knox, S. (2013). Training and supervision in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., s. 775–812). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Kaslow, N. J., Borden, K. A., Collins, F. L., Forrest, L., Illfelder-Kaye, J., Nelson, P. D., ... Willmuth, M. E. (2004). Competencies conference: Future directions in education and credentialing in professional psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 699–712.

KOMPETENČNÍ PŘÍSTUP A KOMPETENCE PSYCHOTERAPEUTA: KONCEPTY PROFESNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

Competency approach and competency of psychotherapist: concepts in professional training

Radim Karpíšek

Psychosomatická klinika, Praha, CZ; e-mail: radimkarpisek71@gmail.com

Psychoterapie. 10 (2), 87–102; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Článek se zaměřuje na koncepci kompetenčního přístupu, který významně začíná ovlivňovat profesní vzdělávání psychotherapeutů. Kompetenční přístup vychází z explicitního pojetí cílových kompetencí a umožňuje porovnat dosažené kompetence s požadovanými kritérii. Zaměřuji se především na pojetí základních (jádrových) kompetencí, metody, jak je vyhodnocovat a výuku kompetencí. V závěru diskutuji přínosy a potenciálně negativní dopady kompetenčního vzdělávání.

Klíčová slova: kompetenční přístup, kompetenční model, kompetence, jádrové, speciální a specifické kompetence

ABSTRACT:

The paper focuses on the concept of competency approach which has increasing influence on professional education in psychotherapy. Competency approach builds upon explicitly defined target competencies and enable compare them with expected professional benchmarks. Primarily the focus is on the basic (core) competencies, methods how to evaluate them and on competency training. Finally I mention positive and potentially negative impact of the competency-based education.

Key words: competency approach, competency model, competency, core, specific and specialized competencies

1. KOMPETENČNÍ PŘÍSTUP KE VZDĚLÁVÁNÍ PSYCHOTERAPEUTŮ

V různých oblastech péče o lidské zdraví, včetně zdraví psychického, se stále více objevuje požadavek na zajištění kvality a efektivity poskytované péče. To vychází především ze strany státních institucí, plátců a příjemců péče. Významným faktorem, který kvalitu poskytované péče ovlivňuje, nikoliv však jediným, je proces vzdělávání psychotherapeutů. Stávající podoba vzdělávání požadavky na zajištění kvality v mnoha ohledech nenaplnuje, řada autorit mluví o potřebě systémové změny a v tomto ohledu se již delší dobu diskutuje kompetenční přístup a model vzdělávání (např. Fouad, 2009; Kaslow, 2007; Rodolfa, 2005; Rubin, 2007). K tomuto trendu se v současnosti hlásí většina nadnárodních a národních profesních psychologických a psychotherapeutických společností, akreditačních institutů. Různé země se liší mírou implementace kompetenčního přístupu do vzdělávacích programů, v některých zemích (zatím spíše vzácně) mohou být

akreditovány jen takové vzdělávací programy, které jsou na kompetenčním modelu postaveny. Cílem textu je proto seznámit čtenáře s kompetenčním přístupem v profesním vzdělávání v konceptuální podobě a zaměřím se především na vzdělávání začínajících psychoterapeutů.

Stávající přístup ke vzdělávání psychoterapeutů je vymezen převážně výukovým kurikulem, tedy jednotlivými tématy a délkou výuky. Výstupní kritéria vzdělávání jsou nejčastěji formulována jako schopnost studenta prokázat znalosti a dovednosti formou obhajoby závěrečné kazuistické práce vycházející ze supervidované terapeutické práce s klientem. Z pohledu kompetenčního přístupu to však neposkytuje garanci žádoucí kvality, ačkoliv k udržování a zvyšování znalostí, dovedností (s respektováním jejich hranic) zavazuje každého psychoterapeuta etický kodex¹. A to proto, že explicitněji nestanovuje, jaké požadované znalosti a dovednosti má student mít, jakým způsobem má výuka k dosažení těchto kompetencí probíhat, tedy neumožňuje srovnat úroveň dosažených kompetencí s externími požadovanými kritérii a neumožňuje ověřit skutečnou kvalitu vzdělávacích a výukových programů a standardizaci vzdělávání v celém oboru. Existují také stále nejasnosti, v jaké míře stávající vzdělávací programy přispívají k rozvoji psychoterapeutových kompetencí (např. jak specifický je přínos vzdělávání ve srovnání se získáváním zkušeností v přímé práci s klienty nebo osobním vývojem a zráním terapeuta).

Kompetenční přístup proto usiluje o větší explicitnost a cílenost vzdělávacího

procesu, klade větší důraz na výstupy vzdělávacího procesu – na terapeutem získané kompetence. Kompetenční přístup je mnohem více spojen s procesem hodnocení získaných schopností terapeuta, nárokuje určitou kvalitu specifických znalostí a dovedností, stanovuje minimální nutná kritéria. Jeho hlavní význam spočívá v tom, že kompetenční modely poskytují jasnější představu, jaké jsou klíčové kompetence, jakým způsobem tyto kompetence ve výcviku cíleně rozvíjet, jak vyhodnocovat dosaženou úroveň těchto kompetencí, za pomoci jakých evaluačních procedur, jak dosažené kompetence srovnávat s očekávanou minimální požadovanou úrovní, jak v případě nepříznivého vývoje – deficitu v kompetencích postupovat, jak poskytovat cílenou zpětnou vazbu frekventantovi o jeho vývoji, jak pracovat s individuálním profilem těchto kompetencí (Kaslow, 2009). Tento přístup také otevírá větší možnosti individualizace vzdělávacího procesu, přizpůsobení individuálnímu vývoji a vývojovým potřebám terapeuta, umožňuje cíleně rozvíjet určité kompetence v daném kontextu terapeutické práce vyžadované (např. žádoucí anebo nedostatečně rozvinuté kompetence). Kompetenční přístup ke vzdělávání se také promítá do samotného obsahu vzdělávání, protože staví především na empiricky ověřených intervencích, a samozřejmě metod a postupů vzdělávání (didaktika).

Vývoj psychoterapeuta a jeho profesních kompetencí je celoživotní záležitostí a období počátečního formování profesní identity, je velmi významnou fází tohoto vývoje, kterou vedle formálního vzdělávacího procesu ovlivňuje také individuální osobnostní vývoj, motivace k výkonu pro-

¹ www.europsyche.org, Statement of ethical principles. Staženo z http://www.europsyche.org/download/cms/100510/EAP_ethical_guidelines.pdf

fese, dosavadní terapeutická praxe atd. Celoživotní profesní vývoj psychoterapeutů popsali někteří autoři jako postupný sled fází (Skovholt, Jennings, 2004)², zaobírali se také vývojem expertního (mistrovského) psychoterapeuta od závislé k nezávislé identitě, která je integrovaná s jeho osobnostními charakteristikami (Skovholt, Rønnestad, 1992). Jiní autoři popsali fáze procesu nabývání psychoterapeutických dovedností jako sekvence na sebe navazujících kroků (Dreyufus, Dreyfus, 1980)³. Zaobírají se také tím, jaké zkušenosti a přístup ke vzdělávání jsou přínosné v těchto odlišných fázích individuálního vývoje a umožňují tak přechod do vyšší fáze vývoje, od začínajícího po expertního (mistrovského) terapeuta.

Na rozdíl od mnoha medicínských oborů v psychoterapii stále neexistují obecně přijímané standardy léčby, protože neexistuje shoda a ani systematická empirická evidence o tom, jaké postupy a strategie léčby jsou pro klienta/pacienta prospěšné. To samozřejmě sťažuje proces vzdělávání, není totiž jasné, jaké kompetence by měly vzdělávací a výcvikové instituce u psychoterapeuta cíleně rozvíjet. Přesto by akreditované programy měly začínajícího terapeuta vybavit specifickými odbornými znalostmi, dovednostmi a osobními charakteristikami, které mu umožní vykonávat samostatnou práci v požadované kvalitě v dané oblasti.

Koncepce psychoterapeutických, resp. psychoterapeutových kompetencí se stále

vyvíjí, probíhá vyjasňování, jak v rovině koncepční: co vlastně terapeutické kompetence jsou, tak možností, jak tento přístup přenést do vzdělávacího systému, resp. tvorby samotných vzdělávacích programů, jejich obsahu a způsobu výuky. Nejdříve se zaměřím na definici samotného konceptu.

2. KOMPETENCE PSYCHOTERAPEUTA: DEFINICE KONCEPTU

Cíle vzdělávání je množné definovat na různých úrovních, např. společenské, oborové, individuální (Skalková, 2006). Pojem kompetence se v rovině individuálních vzdělávacích cílů týká konkrétních znalostí a dovedností, které má jedinec získat. Ačkoliv v psychoterapii není kompetence zcela nový pojem, tak stále neexistuje jeho konsenzuálně přijatá definice. Obecně pojem kompetence odkazuje ke schopnostem, dovednostem, znalostem, způsobilostem, hodnotám, postojům, pravomocí a zodpovědnosti jedince. Získání určitých kompetencí v dané oblasti ho opravňuje k provádění určité činnosti, pozici nebo profesi.⁴

Obecná **definice kompetencí v medicíně** říká, že jsou „navyklym způsobem kritického využití komunikace, poznání, technických dovedností, klinické rozvahy, emocí, hodnot a reflexe v každodenní praxi ve prospěch jedince a společnosti“ (Epstein, Hundert, 2002). Kompetence mají v tomto pojetí dimenzi kognitivní, technickou, integrativní, kontextuální, vztahovou, afektivní/morální a reflexivně-kritickou. **V psychologii** se v definici kompetence

² Na základě výzkum popsali fáze vývoje psychoterapeuta takto: konvenční, tréninková imitace expertů, pod-míněná autonomie, explorace, integrace, individuace a integrovanost.

³ Fáze vývoje dovedností: novice, kompetentní, zkušený, expert, mistr.

⁴ <https://cs.wikipedia.org> (heslo: kompetence)

odkazuje k „poznání, dovednostem a postojům a jejich integraci. Jsou souhrnem integrovaného poznání konceptů a postupů, dovedností a schopností, chování a strategií, postojů, přesvědčení a hodnot, dispozic a osobních charakteristik, sebepojímání a motivací, které umožňují osobě v plné míře realizovat určitý úkol s širokým rozsahem výkonu“ (Kaslow, 2009, s. 2). Tatáž autorka říká, že kompetence se „odráží v kvalitě klinického výkonu, mohou být porovnávány s profesními standardy a mohou být rozvíjeny a zlepšovány profesním výcvikem a osobním rozvojem“ (Kaslow, 2004, in Sperry, 2010a, s. 4). **V psychoterapii** definuje kompetence psychoterapeuta např. Sperry (2010a, s. 4–5) jako „kapacitu integrovat poznání (knowledge), dovednosti (skills) a postoje (attitudes), které odrážejí kvalitu terapeutické práce ve prospěch druhých, jež mohou být vyhodnocovány s ohledem na profesní standardy a jsou rozvíjeny profesním výcvikem a reflexí“. Autor rozlišuje mezi obecnou kompetentností (competence) psychoterapeuta – tedy celkovou kvalitou a úrovní kompetencí, jednotlivými kompetencemi (competency), praktickými dovednostmi (skills), aktuálním výkonem – schopností kompetence projevit v reálné situaci a schopnostmi (capabilities) – postojem ke zvyšování a rozšiřování svých znalostí a dovedností.

Srovnáním těchto různých pojetí vyplývá, že definice kompetencí se odlišují v závislosti na kontextu (zdravotnictví, mimo zdravotnictví, psychiatrie, psychologie, psychoterapie), protože akcentují specifickou odbornost, tedy specifické znalosti, dovednosti a odlišné cíle, jež s tím souvisejí. Různé pojetí kompetencí psychoterapeuta odráží také aktuální stav vývoje

kompetenčního přístupu a také různou mírou propracovanosti, abstrakce nebo akcentace některých oblastí. Na národních úrovních odborné společnosti mnohdy vytváří vlastní pojetí kompetencí nebo se hlásí k určitému modelu (např. k modelu EAP). Ale jen velmi zřídka pracují s celistvým a funkčním kompetenčním modelem.

V základních definicích profesních kompetencí psychoterapeuta je zřejmé rozlišení na odborné a osobní kompetence.

Odborné kompetence zahrnují teoretické znalosti a praktické dovednosti. Vedle pojmu kompetence jsou používány další pojmy jako jádrové (core) kompetence, klíčové (key), základní (basic) a pokročilé (advanced) kompetence, speciální (special) kompetence, specifické (specific) kompetence a další, které jsou použity v různých kompetenčních přístupech (viz níže). **Jádrové kompetence** odkazují k různým oblastem bez ohledu na metodu, **specifické kompetence** jsou vázány na konkrétní terapeutický přístup a **speciální kompetence** ke kontextu uplatňování psychoterapie (problém nebo porucha, děti, dospělí, senioři, jedinci, páry, rodiny, skupiny, ambulance, nemocnice atp.).

Osobní kompetence zahrnují např. kvalitu schopnosti vztahování se k sobě a druhým lidem, schopnost empatie, schopnost vhodné interpersonální komunikace, úroveň sebereflexe, diferenciací stavů svých a druhých lidí, vnitřní integrace, regulace svých emocí a další.

Koncept kompetencí neodkazuje jen k teoretickým znalostem a praktickým dovednostem, ale především ke **schopnostem komplexnějšího a diferencovanějšího vyhodnocení situace** (racionálně kritické

nebo intuitivní), na jejichž základě pak terapeut volí **kontextuálně vhodné intervence** (adaptace osobnosti klienta, stavu klienta, fázi terapeutického procesu atp.). Teoretické znalosti a dovednosti jsou podmínkou nutnou ke kompetentnímu provedení intervencí.

Např.: kompetence v sebeodhalení – samotná znalost pojmu (teorie) a schopnost praktické realizace (dovednost) vyžaduje navíc ke kompetentnímu provedení posouzení vhodnosti jejího použití v aktuálním terapeutickém procesu, načasování, taktost atp.

Jádrové kompetence jsou přenositelné do různých kontextů, specifické a speciální kompetence bez dalšího vzdělávání takto přenositelné nejsou, např. kompetence k terapeutické práci s jedinci není přenositelná do práce se skupinami, páry, rodinami a naopak, mezi prací s dětmi a dospělými, při práci se závislými a poruchami osobnosti, somatizačními pacienty, v kontextu hospitalizace nebo ambulance atd. Při výuce a vzdělávání se teprve na základě osvojených jádrových kompetencí mohou rozvíjet specifické a speciální kompetence.

Kompetentní jednání terapeuta vychází ze znalostí teorie, projevuje se praktickou dovedností a přizpůsobením intervencí reálnému terapeutickému procesu a klientovi. Nicméně, projevená kompetence při terapeutickém výkonu ještě nemusí vést k žádoucí terapeutické změně, protože dopad intervencí (efektivita, účinnost) závisí na více faktorech, např. na straně klienta, kontextu atd. (Lambert, 2013). V reálné terapeutické situaci nefungují kompetence izolovaně, ale ve vzájemném propojení. Za kompetence jsou považovány pouze ty

schopnosti, které lze cíleně rozvíjet v rámci vzdělávacího programu.

V čem existuje shoda napříč různými pojetími kompetencí, je v hlavních funkcích kompetenčního modelu – tedy jako nástroje explicitnějšího a systematictějšího vyhodnocování kompetencí vzdělávajícího se psychoterapeuta. Na to se zaměřím v následující části.

3. KOMPETENČNÍ MODEL Y

Kompetenční modely vycházejí z definice kompetencí, resp. jejich oblastí a popisuje procesy, postupy a nástroje k jejich vyhodnocování. Model psychoterapeutických kompetencí umožňuje sledovat individuální profil kompetencí psychoterapeuta (studenta), jeho vývoj v procesu vzdělávání a umožňuje poskytovat cílenou, podloženou zpětnou vazbu a reagovat také na vývojově vzdělávací potřeby terapeuta, srovnat jejich úroveň s požadovanou minimální úrovní (externími standardy). Kompetenční model také umožňuje vyhodnocení kvality a efektivit konkrétního vzdělávacího programu a rovněž srovnávání efektivit jednotlivých vzdělávacích programů. Funkční kompetenční model využitelný ve vzdělávání pracuje se všemi těmito aspekty. Jednotlivé výcvikové a vzdělávací programy v určité terapeutické metodě mohou využívat takové procedury evaluace, které odrážejí jejich způsob výuky. V psychiatrii a psychologii se kompetenční přístup a modely uplatňují delší dobu, proto se nejdříve zmíním o nich.

V **rezidentním vzdělávání psychiatriu** je v některých zemích v rámci univerzit, resp. univerzitních klinik (např. v USA, Kanada) povinnou součástí také vzdělání v psychoterapii (Weerasekera, 2003; Manning, 2003; Mellman, 2003) a požadavky

na výstupy vzdělávání jsou formulovány v pojmech kompetencí. Vychází přitom z požadavků národního akreditačního institutu pro lékaře ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education). Rezidenti získávají kompetenci v krátkodobých, empiricky ověřených terapeutických přístupech. Všechny oblasti (domény) a pod-oblasti (subdomény) kompetencí, resp. jejich skutečná úroveň, je v průběhu procesu vzdělávání hodnocena. Kritéria jsou formulována vývojově – jsou srovnávána s minimálními požadovanou mírou kompetence a jejich dosažení je podmínkou k získání certifikace. Hodnocení provádí především supervizoři terapeutické práce rezidentů a další lidé na fakultě, kteří jsou procesu vzdělávání účastni. Mají podobu formalizovaných testů, zkoušek, nebo neformalizovaných pozorování. Kompetence se po obsahové stránce týkají znalostí teorie osobnosti, zdravého a patologického vývoje a teorie změny a dovedností intervenovat v daném terapeutickém přístupu.

Pojetí **kompetencí v psychologii** podrobně rozpracovala APA (American Psychological Association), která nejdříve definovala základní kompetence a vytvořila kompetenční model, jež se v současnosti uplatňuje při vzdělávání psychologů a je doporučený pro tvorbu vzdělávacích programů. Tento kompetenční model pracuje se 3 dimenzemi: základními⁵, funkčními⁶

kompetencemi a dosaženou vývojovou úrovní⁷. Každá kompetence má své základní komponenty, které jsou operacionalizovány. Oblasti základních a funkčních kompetencí byly definovány na základě konsensu odborníků a byly později rozvedeny do tzv. „modelu kostky“ (Rodolfa, 2005). K tomu modelu byla popsána a vytvořena sada procedur a nástrojů k evaluaci jednotlivých kompetencí s komentářem, pro jakou část a oblast vzdělávacího procesu jsou dané nástroje vhodné (Kaslow, 2009, viz také níže). Proces hodnocení úrovně kompetencí je východiskem k poskytování cílené a pravidelné zpětné vazby rezidentovi – formativní (v průběhu vzdělávání) a sumativní (na konci vzdělávání).

Systém vzdělávání a regulace psychoterapie jako profese je zřejmě nejrozvinutější v Kanadě. Kompetenční model používaný v CRPO (The Council of the College of Registered Psychotherapists of Ontario) zahrnuje tyto oblasti kompetencí: znalost základních konceptů psychického fungování, vztahy s jinými profesionály, profesní zodpovědnosti, znalosti a dovednosti spojené s terapeutickým procesem, znalost odborné literatury a aplikovaného výzkumu. Tento kompetenční model využívá řadu evaluačních procedur⁸.

Nejrozpracovanější model kompetencí psychoterapeuta, tedy toho, co by měl terapeut být schopen dělat, je **model EAP** (European Association for Psychotherapy). Ten pracuje s oblastmi **jádrových, speciálních a specifických kompetencí**.

⁵ Základní kompetence zahrnují: profesionalitu, reflexivní praxi, vědecké poznání a metody, vztahy, vědomí individuální a kulturní odlišnosti, etické, zákonné standardy a zásady, práci v interdisciplinárním týmu.

⁶ Funkční kompetence zahrnují: diagnostiku, intervence, konzultace, výzkumnou činnost, supervizi, výuku, management a administrativu, zastupování.

⁷ Vývojová úroveň je definována: připravenost na praktikum, na rezidenční vzdělávání a na samotnou praxi.

⁸ K bližšímu seznámení <http://www.crpoc.ca/home/education-programs/competency-profile-development>

Jádrové kompetence se týkají kompetencí psychoterapeuta bez ohledu na teoretický přístup a aplikační kontext, ve kterém terapeut pracuje. Kompetence zahrnují 13 oblastí, řadu podkompetencí a konkrétních položek⁹ (viz tabulka 1).

Některé domény se týkají kompetencí spojených s profesní činností psychoterapeuta a další přímé terapeutické práce s klientem. Tento model kompetencí vznikl konsensuálním přijetím reprezentativních odborníků a institucí. V současnosti byla dokončena definice jádrových kompetencí a probíhá další fáze, kdy budou definovány kompetence vztažené k jednotlivým metodám a kontextům. V dalších fázích by měl být vyvíjeny nástroje k vyhodnocování kompetencí, což bude spojeno s operacionalizací jednotlivých položek a v poslední fázi by měl následovat postup možné implementace tohoto modelu do psychoterapeutických vzdělávacích systémů a programů.

Záměry EAP významně doplňuje úsilí týmu na **University College of London (UCL)**, který při formulování psychoterapeutického **kompetenčního rámce** definuje tyto úrovně: obecně terapeutické kompetence, meta-kompetence, základní kompetence, specifické (klíčové) kompetence a specifické adaptace určité terapeutické metody (viz tabulka 2).

Specifické kompetence v tomto pojetí jsou kompetence v určité terapeutické metodě jako např. kognitivní a behaviorální, psychoanalytická, psychodynamická, systemická, humanistická (rogersovská,

EFT) psychoterapie atd. **Speciální kompetence** jsou kompetence pro práci s určitou klinickou diagnózou a v rámci různých kontextů: např. pro terapii dětí, dospívajících, psychóz, bipolární poruchy, poruch osobnosti, medicínsky rezistentních zdravotních problémů. Koncepce vychází z empiricky **ověřených psychologických intervencí** ve vztahu k určitým diagnózám a problémům (vazba na NICE – National Institut of Clinical Excellence). V některých případech uvádí metody vyhodnocování kompetencí, které byly vyvíjené při tvorbě manualizovaných terapeutických přístupů. Vyvořili také informační materiály pro uživatele služeb (klienty a pacienty) o očekávatelných kompetencích terapeuta. Níže je uveden příklad formulace specifických kompetencí dynamického psychoterapeuta (viz tabulka 3):

Ve vzdělávání psychoterapeutů v Německu definice **jádrových psychoterapeutických kompetencí** zahrnuje odborně-profesní, osobní a vztahovou oblast (Strauß, 2009). **Odborně-profesní kompetence** se týkají znalosti jiných oborů v systému péče, schopnosti spolupráce s jinými profesemi, znalosti modelů psychických onemocnění, jejich vzniku, průběhů a léčby, schopnosti diagnostikovat a indikovat léčbu, diagnostikovat kognitivní a socio-emoční vývojovou úroveň, zohledňovat socio-kulturní a genderové aspekty, schopnosti kritického vnímání a užití vědecky podložených postupů, schopnosti využít implicitního vědění a zkušenosti, diferencovaných terapeutických rozhodnutí, reflexe, propojení osobní kompetence a konceptu léčby atp. **Osobní kompetence** se týkají schopnosti terapeuta zprostředkovat vysvětlující model klientovi, schopnost sebereflexe, rozlišení

⁹ Dokument „Profesionální kompetence evropského psychoterapeuta, EAP“ je v češtině přístupný na stránkách ČPS (Česká psychoterapeutická společnost).

Tab. 1: Kompetenční model EAP (European Association for Psychotherapy)
Oblasti psychoterapeutických kompetencí
1. Profesní, autonomní a zodpovědná praxe
2. Psychoterapeutický vztah: vytvoření, udržování a zvládání vztahu, ukončení vztahu 2.1: Navázat psychoterapeutický vztah 2.1.1: Jasně komunikovat 2.1.2: Definovat roli psychoterapeuta a roli klienta 2.1.3: Vytvořit atmosféru pracovního spojení 2.1.4: Dohodnout se na úkolech 2.1.5: Vypracovat relevantní soubor hledisek 2.1.6: Dávat najevo empatii a porozumění 2.1.7: Vytvořit psychoterapeutickou realitu 2.2: Řídit a udržovat psychoterapeutický vztah 2.3: Zvládat různé potíže v psychoterapeutickém vztahu 2.4: Ukončit psychoterapeutický vztah
3. Explorace: posouzení, diagnostika, konceptualizace
4. Dojednání kontraktu: stanovení cílů, plánů a strategií
5. Různé techniky a intervence: standardní intervence, zvládání emočních obsahů, ...
6. Řízení změny, krize a práce s traumatem
7. Ukončování terapie a zhodnocení
8. Spolupráce s jinými odborníky
9. Využití supervize, intervize a kritické hodnocení
10. Etika a kulturní senzitivita/vnímavost
11. Řízení a administrativa
12. Výzkum
13. Prevence a vzdělání
Zdroj: http://www.psychoterapeuti.cz/index.popton=com_content&task=view&id=301&Itemid=91

vnitřních reprezentací reality a vnější reality, vytvoření smysluplných vztahů mezi vnitřním a vnějším světem, schopnost empatie a převzetí role, sebeintegraci, regulace vlastních emocí a impulzů, regulace stresu,

emoční stabilitu. **Vztahové kompetence** zahrnují schopnosti komunikace s klientem a vytvoření, udržení a ukončení terapeutického vztahu (pracovní aliance), schopnost komunikace přiměřeně věku klienta, vnímá-

Tab. 2: Kompetenční rámec UCL (University College of London)

Oblasti psychoterapeutických kompetencí
<p>A) Obecné (generic) terapeutické kompetence: jsou platné pro všechny terapeutické modalitty a kontexty, někdy jsou pojímány jako společné terapeutické faktory (common factors):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Znalost a porozumění psychickým potížím 2) Znalost a schopnost pracovat v profesním a etickém rámci 3) Znalost modelu terapie a schopnost použít tento model v praxi 4) Schopnost zapojit klienta 5) Schopnost rozvinout a udržet dobrou terapeutickou alianci a pracovat s klientovou perspektivou pohledu na svět 6) Schopnost pracovat s emočním obsahem v sezení 7) Schopnost zvládnout proces končení terapie 8) Schopnost provést obecné vyhodnocení (assessment) 9) Schopnost využít supervizi
<p>B) Metakompetence: schopnosti terapeuta implementovat léčebný model v <u>obecné rovině</u> (pro všechny modalitty): zahrnuje a) schopnost použít léčebný model flexibilně a koherentně, b) schopnost přizpůsobit intervence klientově zpětné vazbě, ve <u>specifické rovině</u> (např. pro dynamickou pst.)</p>
<p>C) Základní (basic) kompetence: zahrnují základní koncepty, teorie a pojetí praxe dané modalitty.</p>
<p>D) Specifické (specific, key) kompetence: zahrnují základní intervence a techniky vázané na danou modalitu.</p>
<p>E) Specifické adaptace modalitty: zahrnuje specifické sady určitých intervencí ve vztahu k problémovému okruhu v dané modalitě.</p>
<p>Zdroj: www.ucl.ac.uk/pals/research/cehp/research-groups/core, vlastní překlad.</p>

ní a diferenciaci svých a cizích afektů, přání, očekávání, kognic atp.

Toto pojetí kompetencí diferencovaněji popisuje intrapsychické kapacity a schopnosti psychoterapeuta, které jsou rozvíjeny především v sebezkušnostní části výcviku, na rozdíl od znalostních a dovednostních kompetencí.

Kompetenční přístup ke vzdělávání je možné prakticky realizovat pouze pro-

střednictvím **kompetenčního modelu**, který vychází z definice kompetencí a evaluačních procedur. Jákýkoliv fungující kompetenční model (např. APA, CRPO) zahrnuje tyto aspekty:

Explicitní definice kompetencí: vymezuje oblasti kompetencí, jednotlivé kompetence a její klíčové položky definuje operacionálně v jednoduchých (zvnějšku pozorovatelných) jevech.

Tab. 3: Kompetence psychoanalytického/dynamického (A/D) psychoterapeuta

Oblasti psychoterapeutických kompetencí
A) Obecné (generic) terapeutické kompetence: viz Tab. 2
B) Metakompetence: <u>obecné:</u> viz Tab. 2, <u>specifické:</u> a) schopnost využít terapeutický vztah jako nástroj změny, b) schopnost použít dynamický model flexibilně v souladu s klientovými potřebami a kontextem, c) schopnost vytvořit vhodnou rovnováhu mezi interpretativním a podpůrným postojem, d) schopnost použít nevhodnější intervenci
C) Základní (basic) kompetence: a) znalost základních principů a racionále A/D přístupu, b) schopnost vyhodnotit vhodnost A/D přístupu, c) zapojit klienta do A/D terapie, d) schopnost A/D case-formulace, e) utvořit a zvládat terapeutický rámec a hranice, f) pracovat s nevědomou komunikací- schopnost podpořit exploraci nevědomé dynamiky ovlivňující vztah, schopnost pomoci klientovi uvědomit si nevyjádřené nebo nevědomé emoce, g) udržet A/D terapeutický fokus, h) rozeznat a reagovat na obtíže v terapeutickém vztahu, i) pracovat s klientovou vnitřní a vnější realitou
D) Specifické (specific, key) kompetence: a) schopnost použít dynamickou interpretaci, b) práce v přenosu, c) práce s přenos-protipřenosem, d) rozpoznání a práce s obranami, e) práce s končením v terapii
E) Specifické adaptace modality: Mentalization Based Treatment for Borderline PD (podle Bateman, Fonagy), Transference-Focused Psychotherapy for Borderline PD (Kernberg, Yeomans, Clarkin), Supportive-Expressive Therapy (Luborsky) atd.
Zdroj: www.ucl.ac.uk/pals/research/cehp/research-groups/core , vlastní překlad

Evaluální procedura: jaké konkrétní kompetence, jakou formou a na jakém materiálu, kým a jak často jsou hodnoceny.

Co je posuzováno a jakou formou:

Hodnocení znalostí: písemné a verbální zkoušky znalostí, zpracování teoretických témat, tematické diskuse, což nejčastěji probíhá formou testu teorie (znalost základních konceptů daného přístupu) a aplikované teorie (schopnost vhodně použít teorii v aplikaci na klinický případ, klinickou vinětu, kazuistiku atp). Nejčastěji hodnotí lektor teorie.

Hodnocení praktických dovedností: vyhodnocení praktické dovednosti, např. při

nácviku určitých intervencí, technik, jako součást hraní rolí, simulovaných rolí. Při ověřování praktických dovedností záleží na způsobu jejich výuky (někde hraní rolí, někde schopnost přemýšlet). Nejčastěji hodnotí lektor dovedností.

Hodnocení aplikace znalostí a praktických dovedností v terapeutickém kontextu: zápisy z terapeutických sezení, kazuistiky, case formulace, audio-video záznamy ze sezení s klientem, závěrečná kazuistická práce, supervize práce s pacienty, škály procesu a výsledku terapie s klientem, škály spokojenosti s terapií. Hodnotí se nejčastěji určité úseky terapie, celé sezení, resp. více sezení

v různých fázích terapeutického procesu s různými klienty. Nejčastěji hodnotí supervizor, ale také kolegové, klienti, rodinní příslušníci klientů atd.

Posouzení úrovně dané kompetence (teoretických znalostí a dovedností) může být globální nebo pomocí škál kompetence či adherence, které splňují kritéria validity a reliability: např. test psychodynamické kompetence (Mullen, 2010), škály kognitivní terapie (Blackburn, 2000), škály terapeutovy adherence a kompetence (Miklowitz, 2012), škály společných terapeutických faktorů pro léčbu KBT mladistvých s úzkostnou poruchou (Brown, 2011), MBT škála adherence a kompetence (Karterud, 2012) a další.

Kdo posuzuje: lektoři teorie a dovedností, supervizoři, další členové výcvikového týmu, klienti, kolegové (studenti), sebesouzení (princip tzv. evaluace 360°).

Jak často: pravidelně (např. ročně) nebo po určitém období, po skončení určité fáze výcviku, po výcvikových a tematických blocích, po jednotlivém setkání nebo bloku.

Kritéria evaluace: reálná úroveň kompetencí (kvalitativní, kvantitativní, resp. vývojová) je srovnávána s požadovanou minimální úrovní kompetence (např. externí standardy). Vyhodnocením je vytvořen individuální profil kompetencí studenta v daných oblastech.

Zpětná vazba: popisuje proceduru zpětné vazby o individuálním vývoji, která vede k postoupení do další fáze vzdělávacího procesu nebo v případě deficitů k procesu nápravy (remediační procedura) a je poskytována mentorem nebo vedoucím programem).

Remediační procedura: zahrnuje při deficitu kompetence kroky, které mají vést k nápravě a zlepšení. Remediační plán obsahuje zařazení dodatečných vzdělávacích zkušeností v dané oblasti (např. dodatečná supervize, nácviky určitých dovedností, semináře atp.) a časový rámec procesu (Kaslow, 2009).

4. VZDĚLÁVÁNÍ V TERAPEUTICKÝCH KOMPETENCÍCH

Vzdělávací programy v psychoterapii vychází z předpokladu, že získané kompetence se promítnou do kvality a efektivity léčby. Získání žádoucích kompetencí vzdělávacího procesu ovlivňuje celá řada faktorů, které zahrnují podle „generického modelu vzdělávání“¹⁰ (Stabingis, 2011) osobní a profesní charakteristiky studenta, členů vzdělávacího programu (lektorů, supervizorů, mentorů), obsah výcviku a výukové metody, vzdělávací výcvikový kontrakt, role participantů, vztahy a interakce mezi participanty a vzdělávacím personálem. **Výstupem vzdělávacího procesu** jsou podle tohoto modelu charakteristiky studenta – jeho teoretické znalosti, schopnosti konceptualizace případu, terapeutické (intervenční) dovednosti, schopnosti sebehodnocení, schopnosti sebeuvědomění (protipřenos, hodnoty...), intrapsychické charakteristiky (sebedůvěra, úzkostnost atp.), dále kvalita vztahu se supervizorem (aliance) a kvalita a efektivita terapie s klienty (Rønnestad, 2006). Získané kompetence nejsou jediným faktorem, který mají dopad na terapii, vý-

¹⁰ Tento model je analogií generického modelu psychoterapie, který vytvořili Orlinsky (2009) a Howard.

znamné jsou rovněž charakteristiky klienta (povaha a závažnost potíží, osobní charakteristiky klienta – připravenost na změnu, motivace ke změně, attachment, obranné strategie, externalizační/interalizační styl, stav klienta atp.), vliv životního kontextu klienta na utváření, udržování, ale také zlepšení potíží. Kompetence terapeuta se projevují v kvalitě intervencí, nikoliv nutně v efektu léčby (ačkoliv je to samozřejmě žádoucí a očekávané).

Vzdělávání zaměřené na získání psychoterapeutických kompetencí má v současnosti nejčastěji podobu komplexních programů integrativně-eklekticky zaměřených (rezidenční formou), které vychází z terapeutických přístupů a strategií, jež mají **empirickou evidenci**¹¹. Doposud však nebyl vytvořen, podle mně dostupných informací, samostatný výcvikový program v určité specifické terapeutické metodě, který by byl postavený na kompetenčním modelu. V rámci vzdělávání psychiatrů v USA byly sepsány základní **výukové texty** zaměřené na psychoterapeutické kompetence v různých modalitách: psychodynamické, kognitivně-behaviorální, podpůrné terapie, krátkodobé terapie, resp. propojení farmakoterapie a psychoterapie¹².

Výzkumu efektivity psychoterapie prokazuje účinnost **specifických terapeutických faktorů** (technik), doposud nejrozšířenější jsou vzdělávací přístupy v určité metodě

při léčbě určité poruchy (Roth, 2005), které vycházejí z manualizovaných a empiricky ověřených přístupů¹³. Vedle toho existuje empiricky doložená účinnost **nespecifických a vztahových terapeutických faktorů** (Norcross, 2011)¹⁴. Wampold např. popisuje kompetentního terapeuta jako osobu disponující dovednostmi a znalostmi vycházejícími z obecných a především nespecifických terapeutických faktorů (viz níže).

Některé vzdělávací programy jsou zaměřené jen na určité kompetence, např. na práci s pracovní aliancí (Muran, 2015; Crits-Christoph, 2006), na práci s case formulací (Eells, 2011, 2003; Horowitz, 1993; Mackrill, 2013), s motivačním interview (Miller, 2002), které mají slibnou empirickou evidenci. Společně všem těmto výcvikovým programům je, že pracují s individualizovanou zpětnou vazbu, modelováním a cíleným procesem učení. Je nutné zmínit výukový přístup zaměřený na **základní terapeutické dovednosti (basic skills)** rozpracovaný C.Hill (2010) a **interpersonální dovednosti (interpersonal skills)**, rozpracovaný M. Theronem (2008), které vycházejí z integrativních pojetí a jsou součástí pregraduálního vzdělávání. Pojetí terapeutické praxe postavené na **základních terapeutických dovednostech**, vycházející z empiricky doložených intervencí různé teoretické orientace, vypra-

¹¹ Koncepce empirické evidence v psychoterapii staví na jakémkoliv formě systematického, a vědeckými postupy ověřeného, poznání o účinnosti terapeutických postupů (nezahrnuje pouze RCT).

¹² viz. <https://www.appi.org/home/search-results?g=a446fc97-8e22-4c58-8dd9-0743689a8c6b&Page=1>

¹³ Např. kognitivně-behaviorální terapie pro léčbu úzkostí, kognitivní a interpersonální terapie u depresí, dialekticko-behaviorální terapie a na přenos zaměřená terapie u hraničních poruch osobnosti a řada dalších, blíže na <http://www.div12.org/psychological-treatments/>.

¹⁴ Rozlišení terapeutických faktorů na specifické, nespecifické, vztahové atp. je do značné míry umělé a ve skutečnosti jsou neustálou součástí každé intervence.

coval L. Timulák (2011). Autor mezi tyto dovednosti zařazuje budování a udržování pracovní aliance, práci s case formulací, intervence k podpoře explorační a porozumění, intervence k podpoře změny mimo terapii, etické aspekty a terapeutické strategie zaměřené na specifické problémové situace (práce s emocemi, bezmocí, mlčením, agresí, suicidalitou, pláčem atp. Zajímavé pojetí psychoterapeutických kompetencí, zaměřené na přímou terapeutickou práci s klientem, vypracoval L. Sperry (2010a, 2010b). Není to primárně vzdělávací model, ale spíše **na praxi orientovaný model kompetencí**. Tyto kompetence zahrnují základní konceptuální znalosti vzniku a léčby psychických potíží, práci s terapeutickým vztahem (pracovní aliancí), plánováním intervencí, provedením intervencí, vyhodnocením intervencí a léčby, kulturní a etickou senzitivitou. Definice jednotlivých kompetencí má integrativní rámec a vychází z dynamické, kognitivně-behaviorální a systemické teorie. Základní postoj k rozvíjení těchto kompetencí podle autora je: myslí, jednej, reflektuj (sám, se supervizorem, s klientem). Hlavním faktorem terapeutické změny je podle Wampoldova (2011) shrnutí empirického výzkumu „**faktor efektivního terapeuta**“, který: má rozvinuté interpersonální dovednosti zahrnující verbální fluenci, interpersonální vnímání, modulaci emocí a expresivitu, vřelost a přijetí, empatii. Jeho klienti cítí porozumění, důvěřují mu a věří, že jim může pomoci, je schopen vytvořit pracovní alianci s řadou klientů, nabízí přijatelné a adaptabilní vysvětlení klientových potíží, nabízí plán léčby, který je konzistentní s vysvětlením a pohledem klienta. Dokáže ovlivnit a přesvědčit klienta, je flexibilní,

přizpůsobuje terapii klientovi, pokud léčba stagnuje nebo je klient v odporu, nevyhýbá se složitým tématům a využívá je terapeuticky. Nabízí naději a optimismus, je si vědom klientových charakteristik a kontextu a výzkumné evidence vztažené k problému klienta. Efektivní terapeut má stálý zájem se zlepšovat. To mohou být také další významná vodítka ke kompetenčnímu vzdělávání. Lze tedy říci, že kompetenční vzdělávání v psychoterapii by tedy mělo zahrnovat jak zaměření na obecné (jádrové), tak specifické nebo speciální kompetence, které zahrnují nespécifické, vztahové a specifické faktory.

5. DISKUSE

Kompetenční přístup ke vzdělávání mění pohled na obsah, způsob a průběh vzdělávání. Tento přístup se realizuje prostřednictvím kompetenčního modelu, jehož hlavní funkcí je evaluace a umožňuje vyhodnotit individuální průběh vzdělávacího procesu, úroveň dosažených kompetencí, pracuje cíleně se zpětnou vazbou frekventantovi, umožňuje získané kompetence srovnávat s požadovanými standardy – minimálními kritérii kompetentnosti v dané oblasti, systematicky zkoumat samotný proces vzdělávání (např. co jsou klíčové parametry efektivního vzdělávacího procesu) a vyhodnotit efektivitu vzdělávacích a výcvikových programů. Profesionální kompetence psychoterapeuta zahrnují jak osobní kompetence (intrapsychické kapacity a interpersonální schopnosti), tak odborné kompetence (znalosti, dovednosti a jejich adaptaci v praktické situaci) zaměřené na práci s klientem. Kompetenční modely definují společné (jádrové), specifické (metoda) a speciální (adaptace metody na poruchu a další cha-

rakteristiky klienta, kontext) kompetence, které se do značné míry překrývají s pojetím nspecifických a specifických terapeutických faktorů, jež se uplatňují v efektivních terapeutických intervencích. Vzdělávání v psychoterapeutických kompetencích zahrnuje terapeutické strategie a intervence, které mají ověřenou účinnost (evidenci). Psychoterapeut může být kompetentní pouze v rozsahu získaných a ověřených schopností a ty jsou jen z části přenositelné do jiného kontextu, kompetence v dalších oblastech vyžaduje nové vzdělávání. Je zřejmé, že v průběhu vzdělávání je nutné získat nejdříve základní terapeutické dovednosti, spojené s nspecifickými terapeutickými faktory (vyjadřování zájmu, empatické naslouchání a porozumění, budování bezpečného a pracovního vztahu, práce s motivací klienta a jeho připraveností na změnu atp.) a teprve následně rozvíjet pokročilé dovednosti adaptace terapeutické metody klientovi, terapeutickému procesu a kontextu terapie. Získání určité kompetence může být v procesu vzdělávání individuálně proměnlivé a může vyžadovat různé druhy procesů učení a zkušeností. Ačkoliv jsem se v textu zaměřil na pregraduální a postgraduální úroveň před certifikací a vstupem do samostatné psychoterapeutické praxe, je tento koncept v základních rysech využitelný pro celoživotní vzdělávání psychoterapeutů, lektorů, supervizorů atd. Kompetenční přístup se v současnosti nejčastěji realizuje rezidenční formou vzdělávání v rámci univerzit, což ale také znamená, že není jednoduše přenositelný do vzdělávacích systémů, kde výcvikové instituty fungují nezávisle na vzdělávacím programu spojeném s certifikací.

Kompetenční přístup také přináší určité

aspekty, které mohou mít nežádoucí dopad na vzdělávací proces a samotné frekventanty, v odborných textech nicméně neexistuje systematictější debata nad těmito otázkami. Proces hodnocení znalostí a dovedností (kompetencí) studenta nepochybně patří do vzdělávacích psychoterapeutických programů a plní roli „strážců prahu“ a má chránit veřejnost (klienty) před neúčinnou nebo nebezpečnou praxí. Cílem kompetenčního přístupu je zajištění kvality vzdělávání, jež je z velké míry externím požadavkem na vzdělávací instituce, současně klade vyšší nároky osobní, časové a finanční na instituty, lektory, supervizory a samotné studenty. Svým zaměřením může podporovat výkonnostní aspekt terapeutické práce a upozadit tak terapeutovu intuici, spontaneitu a tvořivost, které jsou v terapeutické práci rovněž důležité. Kompetenční přístup mnohdy opomíjí významné osobnostní kapacity terapeuta jako jeho emoční přítomnost a dostupnost klientovi, bazální postoje k pomáhání atp. Navíc dosavadní výsledky výzkumu vzdělávání v psychoterapii zatím nepřinášejí zcela přesvědčivou evidenci o efektivitě vzdělávacích programů (Hill, 2013), existuje jen dílčí evidenci o účinnosti kompetenčního přístupu a jejich dopadu na kvalitu samotné psychoterapeutické práce. Domnívám se však, že kompetenční přístup a koncepce kompetencí může navzdory některým nevýhodám významně zlepšit kvalitu vzdělávání a také možnosti výzkumu samotného vzdělávacího procesu.

7. ZÁVĚR

Kompetenční přístup se uplatňuje v různých oblastech vzdělávání, a ačkoliv v psychoterapii není doposud ve většině zemí

vyžadován, lze očekávat postupný přechod k tomuto modelu. Domnívám se, že by bylo jistě přínosné, navzdory určitým výhradám, se tímto modelem nechat inspirovat.

LITERATURA:

- Blackburn, I. M. a kol. (2000): *Cognitive therapy scale revised* (CTS-R), <http://www.cbbp.org/resources/cts-r.pdf>
- BPTK (Bundespsychotherapeutenkammer), www.bptk.de
- Brown, R. Ch. Ch (2011): *The development of the common factor therapist competence scale for youth psychotherapy* (COMP-F-YA), <http://scholarscompass.vcu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3632&context=ctd>
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, K., Narducci, J., Schamberger, M., Gallop, R. (2006): Can therapist be trained to improve their alliance? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16(3): 268–281.
- Dreyfus & Dreyfus (1980): A Five-stage model of the mental activities involved in direct skill acquisition. Berkeley, University of California.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Salsman, N., Kendjelic, E. M., Schneiderman, C. T., Lucas, C. P. (2011): Expert reasoning in psychotherapy case formulation. *Psychotherapy Research*, 21(4), 385–399.
- Eells, T. D., Lombart, K. G. (2003): Case formulation and treatment concepts among novice, experienced, and expert cognitive-behavioral and psychodynamic therapist. *Psychotherapy Research*, 13(2), 187–204.
- Epstein, R. M., Hundert, E. M. (2002): Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287(2).
- Fouad, N. A., Grus, C. L., Hatcher, R. L., Kaslow, N. J., Hutchings, P. S., Madson, M. B., Collins, F. L., Crossman, R. E. (2009): Competency benchmarks: a model for understanding and measuring competence in professional psychology across training levels. *Training and Education in Professional Psychology*, 3, 5–26.
- Hill, C. E. (2010): *Helping skills. Facilitating exploration, insight, and action*. 3. vydání. APA.
- Hill, C. E., Knox, S. (2013): Training and supervision in psychotherapy, s. 783–811, in Lambert, M. J. (2013) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley.
- Horowitz, M. J., Eells, T. D. (1993): Case formulations using role-relationship model configurations: a reliability study. *Psychotherapy Research*, 3(1), 57–68.
- Karterud, S. a kol. (2012): The MBT adherence and competence scale (MBT-ACS): development, structure and reliability. *Psychotherapy Research*, 1, 1–13.
- Kaslow, N. J., Grus, C. L., Campbell, L. F., Fouad, N. A., Hatcher, R. L., Rodolfa, E. R. (2009): Competency assessment toolkit for professional psychology. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(4), 27–45.
- Kaslow, N. J. (2007): Challenges to the assessment of competence and competencies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 474–478.
- Lambert, M. J. (2013): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 6. vydání. Wiley.
- Mackrill, T., Iwakabe, S. (2013): Making a case for case studies in psychotherapy training: a small step towards establishing an empirical basis for psychotherapy training. *Counselling Psychology Quarterly*, 26, 250–266.
- Mellman, L. A., Beresin, E. (2003): Psychotherapy competencies: development and implementation. *Academic Psychiatry*, 27(3), 149–153.
- Miklowitz, D., Weisman, A. (2012): Therapist competence and adherence scale (TCAS), <https://sites.udel.edu/delawareproject/files/2013/01/REVISED-THERAPY-ADHERENCE-AND-COMPETENCE-SCALE-FOR-FFT-V2.pdf>
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Mullen, L. S., Rieder, R. O. (2010): The psycho-

- dynamic psychotherapy competency test v. 2.0 (PPCT), <http://www.universitypsychiatry.com/clientuploads/columbia/PPCT2010.pdf>
- Muran, J. CH., Lutz, W. (2015): A train of thought: 25 years of *Psychotehrapy research*, 25(3), 277–281.
- Norcross, J. C. (2011): Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness. 2cond edition. Oxford University Press.
- Orlinsky, D. E. (2009): The „generic model of psychotherapy“ after 25 years: evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), 319–339.
- Rønnestad, M. H., Ladany, N. (2006): The impact of psychotherapy training: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 16(3), 261–267.
- Rodolfa, E., Bent, R., Eisman, E., Nelson, P., Rehm, L., Ritchie, P. (2005): A cube model for competency development: implication for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 347–354.
- Roth, A., Fonagy, P. (2005): *What Works For Whom?* New York: The Guilford Press.
- Rubin, N. J., Bebeau, M., Leigh, I. W., Lichtenberg, J. W., Nelson, P. D., Portnoy, S., Smith, I. L., Kaslow, N. J. (2007): The competency movement within psychology: an historical perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 452–462.
- Skalková, J. (2006): Význam kategorií cíle a kompetence pro vzdělávací koncepcce. *Pedagogická orientace* 16(4), 11–24.
- Skovholt, T. M., Jennings, L. (2004): *Master therapist. Exploration expertise in therapy and counseling*. Pearson Education.
- Skovholt, T. M., Rønnestad, M. H. (1992): *The evolving professional self. Stages and themes in therapist and counselor development*. John Wiley&Sons, New York.
- Sperry, L. (2010a): *Core competencies in counselling and psychotherapy. Becoming a highly competent and effective therapist*. Routledge.
- Sperry, L. (2010b): *Highly effective therapy. Developing essential clinical competencies in counseling and psychotherapy*. Routledge.
- Stabingis, A. J., Gelo, O. (2011): Generic model of psychotherapy training. Přednáška prezentována na SPR mezinárodní konferenci. Bern.
- Strauß, B., Kohl, S. (2009): *Themen der Ausbildungs-forschung in der Psychotherapie*. Psychotherapeut, Springer Medizin Verlag, 1–15.
- Theron, M. J. (2008): *A manual for basic relational skills training in psychotherapy*. University of South Africa.
- Timulak, L. (2011): *Developing your counselling and psychotherapy skills and practice*. Sage, London.
- Wampold, B. E. (2011): Qualities and actions of effective therapist. APA materiály, Education Directorate. Staženo z <http://www.apa.org/education/cc/1360295.aspx>
- Weerasekera, P., Antony, M. M., Bellissimo, A., Bieling, P., Shurina-Egan, J., Spencer, A., Whyte, R., Wolpert-Zur, A. (2003): Competency assessment in the Master psychotherapy program. *Academic Psychiatry*, 27(3), 166–173.
- Mgr. Radim Karpíšek pracuje jako klinický psycholog a psychoterapeut na Psychosomatické klinice a je certifikován pro práci ve zdravotnictví. Podílí se na vzdělávání pregraduálních a postgraduálních studentů psychologie, lékařství a psychotherapie. Je také lektorem teorie a praktických dovedností ve Výcviku integrace v psychoterapii.*
- Došlo do redakce 1. 3. 2016, přijato k recenznímu řízení 29. 3. 2016. Revidované znění došlo 11. 5. 2016, k publikaci přijato 12. 5. 2016*

STRUKTURA VÝCVIKU A KOMPETENCE V PSYCHOANALYTICKÉ PSYCHOTERAPII

A structure of the training and competencies in psychoanalytic psychotherapy

MUDr. Dana Holubová

Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii (www.cspap.cz), Praha, CZ; e-mail: kuldik@post.cz

Psychoterapie. 10 (2), 103–114; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Článek se zabývá strukturou vzdělávání v psychoanalytické psychoterapii (PAPT) a jejím propojením s kompetenčním modelem, který není v tomto PT směru v našich podmínkách příliš využíván. Pokouší se o načrtnutí jednotlivých kompetencí psychoanalytického terapeuta, které rozděluje na obecné, společné pro všechny PT směry zacházející s dlouhodobým terapeutickým vztahem, a na kompetence speciální, specifické pro psychoanalytickou/psychodynamickou psychoterapii. Popisuje, jak je konkrétní průběh výcviku v PAPT přizpůsoben důrazům na tyto specifické kompetence, zejména délkou a kontinuitou sebezkušenostní a následně i supervizní části. Získávání všech kompetencí v průběhu výcviku se pokouší přiřadit k jeho jednotlivým fázím. Zabývá se také vyhodnocením získaných kompetencí, probíhajícím zejména v náročné supervizní části výcviku. Začíná už rozhodnutím o přípuštění kandidáta do této části, které není samozřejmostí.

Klíčová slova: Psychoanalytická psychoterapie, psychodynamická psychoterapie, struktura výcviku, sebezkušenost, teorie, supervize, obecné a speciální kompetence, dlouhodobý psychotherapeutický vztah,

vysokofrekvenční psychoterapie, psychodynamické využití terapeutického vztahu, nevědomé obsahy

ABSTRACT:

The paper deals with a structure of the training in psychoanalytic psychotherapy (PAPT) and its connection with a competence model that has not been much used in this direction in our conditions. It attempts to outline individual competencies of a psychoanalytic psychotherapist divided into general competencies common for all psychotherapeutic approaches dealing with a longer-term therapeutic relationship, and special competencies specific for psychoanalytic (or psychodynamic) psychotherapy. It describes how a particular course of the training in PAPT is adapted to focus on these specific competencies, especially by length and continuity of self-experience and afterwards supervision part. It tries to assign attaining of all competencies to the individual phases of the training. It also discusses an evaluation of acquired competencies that takes place mainly in long supervision part of the training, beginning with a decision of admitting a candidate to this part of the training that is not taken for granted.

Key words: Psychoanalytic psychotherapy, psychodynamic psychotherapy, structure

re of the training, self-experience, theory, supervision, general and special competencies, long-term psychotherapeutic relationship, high frequency psychotherapy, psychodynamic use of therapeutic relationship, unconscious material

ÚVOD

Debata o vzdělávání v psychoterapii nyní probíhá na zajímavém poli, kdy je psychoterapie tvořena obrovským množstvím rozmanitých psychoterapeutických směrů (viz Prochaska, Norcross 1997). Od prvních systematických psychoterapeutických pokusů zahájených psychoanalýzou krátce před rokem 1900, se obor rozvětvil do množství směrů, které jsou společensky i odborně uznávané, mají své vlastní teorie myslí, jejích poruch i možností nápravy psychoterapeutickou cestou. Ale tyto teorie jsou dnes natolik různé, že jsou v některých případech až protichůdné. Jak je tedy možné, že přesto pravděpodobně fungují?

Při současné snaze a zájmu o integraci psychoterapeutických vědomostí různých směrů je potřeba si uvědomit, že není možné postupovat pouze eklekticky. Tak jako matematická rovnice má pouze určitý „definiční“ obor čísel, pro která byla vymyšlena a která je tedy možné do ní dosadit, aby dávala rozumné výsledky, vznikly i jednotlivé terapeutické systémy jako vnitřně integrované teorie. Jejich hypotézy a techniky mohou (i když nutně nemusejí) fungovat pouze v rámci, pro který byly zamýšlené. Pro užitečnou integraci je nutné, abychom každý ve svém směru přemýšleli právě o tomto rámci, ve kterém pracujeme a ve kterém jsou naše snahy vnitřně koherentní a více méně potvrzené zkušenostmi. Dokud se pohybuje uvnitř jednoho směru, nic nás

nenutí zabývat se jeho hranicemi. Jakmile ovšem sledujeme jiné terapeutické přístupy, jak zcela jinak zacházejí jak s psychoterapeutickou prací, tak se vzděláváním kandidátů, jsme nuceni uvažovat nejen o průnicích a přínosech, ale i o zásadních odlišnostech. Zejména potřebujeme lépe definovat, proč v našem přístupu považujeme určitá témata za důležitá, zatímco jiné směry je vůbec neoslovují (nebo naopak), a jaké jsou hranice terapeutické práce, v nichž se náš směr umí dobře pohybovat.

Na tomto pozadí se snažím představit vzdělávání v psychoanalytické psychoterapii jako významně zaměřené **na práci s a ve stabilním, dlouhodobém, dosti úzkém terapeutickém vztahu s pacientem. Tento vztah není využíván pouze pro svou schopnost podpory a provázení pacienta, ale je centrem zájmu jako hřiště k zažívání, rozkrývání a změnám psychodynamiky pacienta** (např. Gabbard, 2000; Mc Williams, 2004; Kernberg, 1999). Pro tuto práci je kromě teoretických základů (hypotéz o fungování myslí a jeho poruchách) nezbytné naučit se používat sebe sama, své vnímání, prožívání a myšlení, jako citlivý a trvale aktivní terapeutický nástroj (srov. Gabbard, 2000; Mc Williams, 2004). Být schopen vyrovnávat se s výkyvy, které taková práce přináší. Apomocí pochopení – reflexe – pomoci sobě i pacientovi unést zážitky z pacientova života i terapeutické situace. To vyžaduje „dosti dobrou“ (viz Winnicottův koncept „dosti dobré matky – good enough mother“, která nemusí, nemůže ani nemá být dokonalá) znalost fungování vlastní myslí a zejména jejích problematických oblastí právě v prostředí blízkých vztahů, jež obecně kladou

na naši psychickou strukturu nejvyšší nároky.

Proto je v psychoanalytických výcvicích kladen velký důraz na sebezkušenostní část probíhající jako zakoušení terapie v „pacientské“ roli. Zejména na její délku, kontinuitu (vztah s jedním terapeutem, frekvence) a proces jako uzavřený celek s jeho úvodní, střední a terminální fází (nejde tedy jen o počet hodin). Podobně pak je poměrně náročná a dlouhá i supervizní část výcviku, v jejímž průběhu musí kandidát průběžně konzultovat proces trvající po delší, kontinuální období terapeutického vztahu s pacientem, a předvést, jak si s ním poradí.

CHARAKTERISTIKA SMĚRU

Psychoanalytická psychoterapie (dále PAPT) sdílí s psychoanalýzou (dále PA) stejné teorie vývoje, dynamiky a struktury psychického aparátu v jeho zdraví i patologii. Liší se technikou terapeutické práce, i když také zde se v mnohém psychoanalýze podobá. Obecně je psychoanalytická psychoterapie otevřenější různým variantám a úpravám technického provedení. Zejména neklade takové nároky na četnost sezení (výcvikový požadavek v ČR jsou sezení 2x týdně v PAPT oproti 3–4x týdně v PA), využívání pohovky v terapii atd., a nabízí různé způsoby skupinové práce (malé, střední, velké skupiny), terapii rodinnou a párovou, případně krátkou PAPT. Protože i v samotné psychoanalýze dochází v posledních desetiletích k mnoha úpravám terapeutického přístupu k obtížnějším pacientům včetně těžší osobnostní patologie, rozdíl mezi oběma směry se částečně stírá (Kernberg, 1999). V tomto článku Kernberg píše: „Psychoanalytická psychoterapie je vysoce vyspělá, specializovaná technika

s indikacemi a kontraindikacemi, jež rozšiřuje oblast terapeutických účinků psychoanalýzy“ (Kernberg, 1999, z českého překladu 2003, str. 16). Tradičně však stále existují u nás i v zahraničí instituty považované za psychoanalytické nebo psychoanalyticko-psychotherapeutické. V některých institutech jde o stupně náročnosti výcviku. Po méně náročném (hodinově, délkou, frekvencí) výcviku v psychoanalytické psychoterapii je možné pokračovat výcvikem psychoanalytickým (USA). Ve Francii a Itálii se naopak psychoanalytické instituty výrazně vyhraňují oproti mnoha psychoanalyticko-psychotherapeutickým institutům různé kvality (Kernberg, 1999). Sám pojem psychoanalytická psychoterapie je velmi blízký pojmu psychodynamická psychoterapie. V různé literatuře a také různých státech jsou oba pojmy různě definovány, překrývají se částečně nebo jsou chápány jako synonyma, často právě pro potřeby výzkumu a vzdělávání (srov. Sandel a kol., 2002). Dalšími synonymy jsou např. „psychoanalyticky orientovaná psychoterapie“ a „na vhléd orientovaná psychoterapie“ (Akhtar, 2009). Jako úvodní učebnici psychoanalytické psychoterapie používáme nyní v našem výcviku knihu „Dlhodobá psychodynamická psychoterapie“ (Gabbard, 2007). Autor je významným psychoanalytikem, věnuje se vlastní praxi, výuce i výzkumu. Kniha je určena pro americké rezidenty v psychiatrii (v podstatě v předatestační přípravě) a velmi dobře odpovídá charakteristice PAPT přístupu, jak jej chápeme v našem výcviku. Název a identita České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii (ČSPAP) se odvíjí od členství v Evropské federaci pro psychoanalytickou psychoterapii (EFPP)

na jedné straně, a identity jejích zakladatelů, členů České psychoanalytické společnosti na straně druhé. Výše uvedeným chci ukázat, že definice směru vzniká na pomezí odborných a politických skutečností.

Výzkumy ukazují, že klinicky má význam zejména rozlišení **vysokofrekvenční terapie** (sezení 2x a vícekrát týdně) a **nízkofrekvenční** (1x týdně a méně). V tomto rozlišení je PAPT stejně jako PA terapií vysokofrekvenční. Kernberg uvádí, že: „Psychoanalytická psychoterapie obvykle vyžaduje od dvou do čtyř sesí týdně, ale ne méně než dvě, aby bylo možné prozkoumat vývoj přenosu a sledovat, jak se mění realita pacientova každodenního života.“ (Kernberg, 1999, z českého překladu 2003, str. 9). Přičemž se v některých výzkumech ukazuje, že psychoanalytici vycvičení v klasickém psychoanalytickém přístupu a práci ve vysokofrekvenčním terapeutickém uspořádání (settingu) jsou méně úspěšnější než terapeuti jiných směrů, pokud pracují psychoterapeuticky, obvykle v nízkofrekvenčním terapeutickém uspořádání (Sandell a kol., 2002; Kernberg, 1999). Kernberg proto navrhuje, aby psychoanalytici, kteří chtějí pracovat psychoterapeuticky, absolvovali nástavbový výcvik v PAPT (Kernberg, 1999, z českého překladu 2003, str. 15).

Výcvik v PAPT připravuje terapeuty na práci s vysokofrekvenčním terapeutickým uspořádáním (výcvikový standard je 2x týdně) jako možnost, které by měli být schopni využít, pokud to okolnosti dovolí. Zároveň by měli být schopni pracovat způsobem zaměřeným na změnu (tedy ne pouze podpůrně psychoterapeuticky) i v častějším terapeutickém uspořádání 1x týdně, protože z praktických důvodů tak většina z nás

pracuje s mnoha pacienty. PAPT ale vždy charakterizuje důraz na trvání a kontinuitu terapeutického vztahu a to už v průběhu výcviku, v jeho sebezkušenostní části. Toto, podobně jako vysokofrekvenční práce, **podporuje intenzivnější terapeutický vztah, v němž se ve větší míře přímo objevují vztahové problémy, které má pacient ve svém běžném životě (vznikají intenzivnější přenosové a protipřenosové fenomény v hodinách). Schopnost vnímat, unést a zacházet v hodinách s těmito fenomény a využívat je k terapeutické práci, patří k základním specifickým kompetencím psychoanalytického psychoterapeuta.**

STRUKTURA VÝCVIKU

ČSPAP je jeden z mála institutů u nás, který rozlišuje výcvik v různých modalitách terapeutické práce – individuální, skupinové, dětské, párové a rodinné. Jednotlivé výcviky vedou samostatné výcvikové instituty v rámci jedné společnosti. (Pro podrobný přehled výcvikových pravidel odkazují zájemce na Pravidla výcviku v psychoanalytické psychoterapii, www.cspap.cz, sekce výcvik.) Výcvikové požadavky včetně minimální hodinové dotace se v sekcích mírně liší, nejméně jde o 750 hodin. Teoretická příprava je shodná jen asi z poloviny a také sebezkušenostní i supervizní část je uzpůsobena modalitě, v níž je kandidát vzděláván. Pro budoucího skupinového terapeuta tedy probíhají ve skupině, pro individuálního a dětského terapeuta v uspořádání individuálním. České zdravotnictví dosud nerozlišuje mezi výcviky pro jednotlivé terapeutické modality psychoterapeutické práce s dospělými pacienty. Specializované výcviky jsou obvykle nabízeny pro páro-

vou a rodinnou práci a v některých směrech pro práci s dětmi. Považujeme v rámci výcviku za zásadní, aby byl kandidát jak v sebezkušenostní, tak v teoretické práci připraven na modalitu, kterou skutečně bude vykonávat. Vztahové charakteristiky skupinové a individuální práce probíhají velmi odlišně. Práce se skupinovými interakcemi, skupinovým nevědomím a matrix popisuje mnoho skupinově zaměřených teorií, nelze je odvodit ze znalostí individuální psychodynamiky. Blízkost terapeutického vztahu je v individuální práci intenzivnější a může tak otevírat terapeutova témata, na která ve vlastní skupinové sebezkušenosti nenarazil. A to jsou jen některé z mnoha dobrých důvodů pro zaměření se na modalitu PT práce. Párový a rodinný výcvik je koncipovaný jako doplňkový, vyžaduje výcvik v jiné z modalit a sám neobsahuje vlastní sebezkušenostní část. Výcviky v různých modalitách může kandidát do určité míry absolvovat souběžně. Není ale možné paralelně kombinovat dvě sebezkušenosti, protože by to mohlo vést ke štěpení nebo fragmentaci sebezkušenostního procesu na obou místech.

Na pomezí sebezkušenostní a teoretické přípravy je pak prozatím jen doporučená „**infant observation**“. V rámci ní si kandidát najde dobrovolnickou rodinu, kam dochází jako pozorovatel vývoje zdravého dítěte v rodinném prostředí nejlépe od prenatálního období. Pozorování probíhá pravidelně, dlouhodobě. Kandidát by neměl zasahovat do interakcí v rodině. Své zážitky a pozorování pravidelně zpracovává v supervizních seminářích. Pozice pozorovatele umožňuje situaci poznat jiným způsobem, než jak ji zažíváme s vlastními dětmi, i pokud tuto zkušenost máme.

Historicky viděno se výcvik v psychoanalýze i v PAPT dosud drží modelu zavedeného už ve dvacátých letech minulého století při založení Berlínského psychoanalytického institutu (1920–1933). Výcvik se skládá z části sebezkušenostní, teoretické a supervizní a uzavírán je prezentací vlastního případu s ukázkami z hodin a vybranými teoreticky zpracovanými tématy, která se v ukázce objevují.

Freud sepsal jen několik článků o samotné technice psychoanalytické práce (viz Quinodoz, 2006). Sliboval sepsat „Všeobecnou metodiku psychoanalýzy“ (Freud, 1910), k čemuž nikdy nedošlo. Původně tyto texty zamýšlel jako dostatečná vodítka, kterými se budou moci zájemci o výkon psychoanalýzy řídit. Z dnešního pohledu bychom mohli říci, že považoval za dostatečnou pouze teoretickou průpravu budoucího terapeuta. Nakonec převážila jeho potřeba osobně posoudit vhodnost kandidáta. Zda jeho osobnostní struktura je dostatečně zralá, stabilní a vhodná k výkonu PA praxe, aby nebyla PA metoda „divoce“ používána, zkruslena a devalvována. Někdy šlo o posouzení jen na základě dopisů nebo v delším rozhovoru. Postupně šlo stále častěji o „**cvičnou**“ **analýzu, dnes bychom řekli sebezkušenostní část výcviku**, tedy obvykle v rozsahu pouhých týdnů až měsíců. Ta měla podle původní představy **zajistit, aby byl kandidát sám dostatečně analyzován a tím osvobozen od vlastních neurotických obran a zkreslení reality**, a byl pak schopen pacienty vnímat objektivně jako nezávislý pozorovatel.

Úkol posoudit osobnostní kvality kandidáta dodnes leží převážně na tréninkových terapeutech výcvikového institutu.

Nejprve v průběhu přijímacích pohovorů (obvykle dvou nebo více, u dvou nebo více tréninkových terapeutů), později v přijímacích pohovorech do supervizní části výcviku a dále zejména v průběhu celé této poslední – supervizní – fáze výcviku a při hodnocení závěrečné kazuistické práce.

Sebezkušenostní část výcviku je dosud koncipována jako vlastní analýza/PAPT, tedy zakoušení terapie v „pacientské“ roli. Naše představy a nároky na to, do jaké míry může být jakkoliv zralý a analyzovaný terapeut osvobozen od subjektivního zkreslení reality se značně změnil. Subjektivitu „odanalyzovat“ nelze a psychické obrany používáme stále všichni, abychom ve světě dobře fungovali. Možná by bylo výstižnější a méně spojené s negativními konotacemi označovat různé obranné mechanismy za mechanismy adaptační. Přičemž psychické zdraví je spojeno s mechanismy zralejšími a s jejich širším a pružnějším výběrem. Zůstává však zachován důraz na co nejširší sebezpoznání a schopnost zacházet se svými problematickými stránkami nebo si jich být alespoň dobře vědom a minimalizovat tak jejich dopady na výkon terapeutické praxe.

Aby mohla sebezkušenostní část poskytnout prostor a bezpečí ke skutečné otevřenosti kandidátů problematickým místům vlastní psychiky, je vyňata ze systému hodnocení kandidáta. Tréninkový terapeut sděluje institutu pouze to, zda kandidát terapii zahájil, poté zda ji ukončil řádně a s jakým počtem hodin, zda ji přerušil nebo ukončil předčasně. Tento „**non – reporting systém**“ byl postupně přijat všemi psychoanalytickými i PAPT instituty. Nevýhodou modelu je poměrně dlouhodobé riziko, které nese kandidát výcviku, že až

v poslední – supervizní fázi nebude shledán jako dostatečně osobnostně způsobilý nebo identifikovaný s PAPT přístupem a nebude moci výcvik dokončit. (Kernberg, 1996; Kernberg, 2000).

V teoretické části výcviku jsou formou přednášek vyučovány jednak psychoanalytické teorie mysli, jejího vývoje, zdravotního stavu, poruch (psychopatologie) a jejich etiologie, a jednak teorie techniky terapeutické práce. V bohaté psychoanalytické literatuře přicházela samotná technika práce s pacientem dlouho zkrátka. Freud sám sepsal nakonec jen několik článků o technice, nevěnoval jí žádnou větší samostatnou publikaci (Quinodoz, 2006). Základní technická doporučení byla zpočátku velmi jednoduchá (volné asociace pacienta, terapeut jako projekční plátno, zrcadlo, objektivní pozorovatel, sdělení – interpretace poznávaných – předpokládaných nevědomých konfliktů atd.). **Tématem spíše bylo, co má analytik na pacientovi hledat a následně mu sdělovat – interpretovat, méně už jak.** Teprve později se začala odborná literatura zabývat více technikou a jejím vlivem na terapeutickou práci. Ještě v padesátých letech 20. století měla příručka o PA technice jen kolem 200 stran (Menninger, 1958). Oproti tomu v devadesátých letech 1. vydání Etchegoyenovy učebnice PA techniky, jedné z dnes nejpoužívanějších, má přes 900 stránek (Etchegoyen, 1991/2005). Odborná literatura si začala všímat nepominutelné subjektivní terapeutova, jeho nevyhnutelných protipřenosových pocitů, reakcí a způsobů, jak s nimi zacházet a terapeuticky je využít. Mnozí autoři začali zkoumat, jak technika práce a subjektivita terapeutova přístupu ovlivňuje pacientův vztah k němu a jeho projevy

v hodinách a tak i viditelnou „symptomatologii pacienta“. Toto se stávalo zřetelnějším v souvislosti s vývojem různých směrů a proudů uvnitř PA, v jejichž rámci vznikaly velmi odlišné hypotézy o psychických obtížích pacientů často právě odpovídající odlišnostem v přístupu k technice terapeutické práce. Zjednodušeně lze říci, že při jiném přístupu viděli analytici „jiné“ pacienty. Samozřejmě různé PA školy, a zejména jejich zakladatelé a významní představitelé, často také skutečně pracovali s velmi odlišnými skupinami pacientů. Podobné fenomény je myslím dodnes možné sledovat mezi různými psychoterapeutickými směry.

Kandidát je během teoretické výuky poměrně podrobně seznamován s tím, co ho může v hodinách čekat od prvních rozhovorů nebo kontaktu s pacientem ještě před sezením, **nácviky techniky ale neprobíhají.** Důvodů proč je zřejmě více. Důraz na intimitu terapeutického vztahu, kterou nemá narušit někdo třetí. Snaha o zachycení nevědomých dějů a nevědomé komunikace pacienta, kterou není možné natrénovat hraním patientské role. Potřeba delšího kontinuálního terapeutického procesu, aby se mohly rozvinout a popsat mnohé fenomény, se kterými dlouhodobá PAPT pracuje. Na druhou stranu ale vědomé i nevědomé přenosové a protipřenosové děje vznikají okamžitě, dokonce v něčem nejvýrazněji už při prvním sezení jak individuálním tak skupinovým a jejich dynamiku je možné okamžitě zachytit a pracovat s ní (Saic, 2005). Využíváme toho v úvodním interview, kde ovšem máme na rozdíl od nácviku nebo „ochutnávky“ možnost, pokud bude potřeba, objevené zpracovat v dalším terapeutickém procesu a je zajištěna intimita situace. Oblíbené během odborných

konferencí jsou „ochutnávky“ skupinového procesu, kde během i jen např. tří sezení může vzniknout a být oslovena silná skupinová dynamika. V průběhu výcviku je ale sebezkušenost kandidátů v „patientské“ roli chráněna stejně jako v průběhu skutečné terapie. Kontinuita terapeutického vztahu a prostor otevřená témata zpracovat je na prvním místě. Dnes už také PA a PAPT školy někdy pracují, zejména v teoriích nebo kazuistických seminářích, s videonahrávkami skutečných sezení, které jsou pro výuku velmi užitečné (Kernberg, 2000).

V supervizní části je získávána a ověřována praktická schopnost aplikace PAPT přístupu při vlastní práci. Jak jsem už zmínila, přijetí kandidáta do supervize není samozřejmé. Zatímco během sebezkušenosti není kandidát posuzován, zda je nebo není schopen terapeutické práce, a jeho terapeut je i nadále vyloučen z rozhodování o dalším průběhu výcviku, přijímací pohovory do supervize o tomto rozhodnout mají (Kernberg 1986 a 2000; viz Pravidla výcviku, www.cspap.cz).

Důrazu na dlouhodobý terapeutický proces odpovídá kontinuální supervidování jednoho pacienta/skupiny/páru po delší dobu. Také zpracování různých fází PAPT, zejména velmi důležité fáze terminální, v supervidované terapii (viz Pravidla výcviku, www.cspap.cz). I v supervizích pracuje PAPT nejen s vědomě (samozřejmě subjektivně) zpracovaným a přineseným materiálem pacienta, ale snaží se zachytit také nevědomou dynamiku, o které je možné přemýšlet, nebo se může objevit přímo v hodině v nové dyádě kandidát – supervizor.

Podobně jako v sebezkušenostní části výcviku, i v části supervizní probíhá mno-

ho nejen vědomého, explicitního, ale také nevědomého, implicitního učení pozorováním a nápodobou. Kandidáti obvykle částečně přejímají terapeutický styl svých tréninkových terapeutů a supervizorů. **Zároveň je podstatnou a obtížnou součástí supervizního řemesla schopnost pomoci kandidátovi k nalezení osobního terapeutického stylu, který odpovídá kromě všech naučených dovedností také jeho subjektivitě** (Kernberg, 2000; Gabbard, 2007; Gabbard, 2000).

Kultivace psychoanalytického myšlení a citlivosti probíhá kromě supervizní části výcviku také v pravidelných kazuistických seminářích a samozřejmě v dalším celoživotním vzdělávání.

NÁČRT KOMPETENCÍ PSYCHOANALYTICKÉHO PSYCHOTERAPEUTA

Už v částech věnovaných charakteristice směru a struktuře výcviku v PAPT se zabýváme základními schopnostmi a dovednostmi, které by měl kandidát získat, a jak se toho výcvikový program snaží dosáhnout. V této závěrečné části chci předejít shrnout s pomocí náčrtu kompetenčního modelu.

Psychoanalyticky orientované instituty u nás zatím s kompetenčním modelem nepracují. **Předpokládá se, že současná struktura výcviku vede k získání požadovaných schopností, dovedností i osobnostních kvalit kandidáta. K jejich hodnocení dochází převážně v dlouhé, poměrně náročné supervizní části výcviku a při posuzování závěrečné kazuistické práce.**

Vzhledem k rozsahu článku nepracuji s velmi podrobným a kvalitním výčtem

obecných kompetencí psychoterapeuta, který předložila EAP po několika letech společné práce terapeutů z různých směrů („**The Professional Competencies of a European Psychotherapist**“ – A Project of the European Association of Psychotherapy – EAP; červenec 2013). V tabulce nabízím vlastní náčrt **nejdůležitějších kompetencí** psychoanalytického terapeuta (s modelem EAP se téměř překrývá, ten jich však obsahuje mnohem více) a snažím se jej propojit s předpokládaným způsobem jejich získávání v jednotlivých fázích psychoterapeutického výcviku. **To je ale možné jen částečně, protože jejich nabývání je obvykle rozloženo ve všech třech fázích výcviku PAPT a je také neustále rozvíjeno v cyklickém procesu, kdy získání nebo zlepšení se v určitých kompetencích umožní další posun v kompetencích, nabytých dříve.**

Kompetence rozdělují na obecné a speciální. Obecné jsou společné pro všechny PT směry zacházející s dlouhodobějším terapeutickým vztahem. Týkají se terapeutického prostředí, rámce, vytváření terapeutického vztahu a etických zásad. A dále na kompetence speciální, odlišné pro jednotlivé psychoterapeutické školy, jimž je přizpůsobený konkrétní vzdělávací proces.

Na rozhraní obecných a speciálních kompetencí vidím schopnost indikace vhodnosti vlastního přístupu pro konkrétního pacienta nebo případné doporučení do jiné péče. Ta by měla být samozřejmostí u každého terapeutického směru, ve svém obsahu ale podléhá specifikům jednotlivých směrů.

Ve skupině speciálních kompetencí u psychoanalytické psychoterapie jmenuji zejména pozornost k nevědomým procesům,

jak na straně pacienta, tak terapeuta, včetně těch společně vytvářených, a snahu o jejich rozpoznání a využití v terapeutickém procesu. Schopnost vnímat, unést a zacházet v hodinách s přenosovými a protipřenosovými fenomény (tedy s nevědomým přenášením mnoha silných minulých zkušeností a vzorců z blízkých vztahů do současné situace s terapeutem a terapeutovu reakci na tento komplexní děj), které se v dlouhodobé, zejména vysokofrekvenční PAPT objevují s větší intenzitou, a využívat je jako motor terapeutické práce. Znamená to také málo zdůrazňovanou schopnost emoční účasti v procesech s pacientem (včetně „odehrávání“ a „práce v přenosu“), jejich snášení bez nadměrné aktivace vlastních obran a následná schopnost z procesu vystoupit, zreflektovat jej z pohledu „pozorujícího analytického ega“ a dojít tak k jejich smysluplnému uchopení a pochopení. Další okruh kompetencí se pak týká schopnosti zprostředkovat pochopení pacientovi co nejučinnějším způsobem (např. trojúhelník náhledu, zažívání nových – jiných, z dosavadních patologických vzorců vybočujících, zkušeností ve vztahu s terapeutem atd.).

Přízpůsobení výcviku v PAPT specifickým kompetencím jsem se dotkla na mnoha místech výše. Shrnu-li nejdůležitější, jde zejména o: velký důraz na délku, vztahovou kontinuitu a procesuální charakteristiky sebezkušenostní i supervizní části výcviku. Ochranu „patientské“ role kandidáta v sebezkušenostní části, umožňující zažít pevný a bezpečný vztah, se kterým se v PAPT pracuje a pustit se do skutečně problematických míst vlastní psyché, která by mu mohla v práci s pacienty v blízkém vztahu později dělat potíže. Obsáhlou, podrobnou a systematickou teoretickou výuku nabízejí-

cí ohromné množství hypotéz využitelných k pochopení našich pacientů. Dále reflektování subjektivních kvalit terapeutické práce v sebezkušenostní ale i supervizní části výcviku. Podobně jako pacient přináší své subjektivní obrazy reality, která jej obklopuje, přináší také kandidát do supervize nebo intervize subjektivní popis a porozumění svému pacientovi. Kromě mnoha naučených a získaných znalostí a dovedností je kladen důraz na jejich integraci do osobního terapeutického stylu. Citlivost ale také důvěra k nevědomým obsahům vlastním i našich pacientů je průběžně pěstována a rozvíjena ve všech částech výcviku.

Získávání kompetencí v průběhu výcviku v PAPT je téměř vždy rozloženo ve všech třech jeho fázích. V tabulce se pokouším dotknout způsobu, jak je v jednotlivých fázích daná kompetence rozvíjena. **Proces vzájemné interakce jednotlivých kompetencí a jejich získávání** můžeme vidět například na schopnosti snášet silné emoční obsahy terapeutické hodiny bez nevhodné aktivace vlastních obran. Kandidát ji získává nejprve v sebezkušenostní části, kdy máme zejména možnost naučit se se sebou lépe zacházet také jako s pracovním nástrojem. Zároveň je později značně umocněna teoretickou přípravou, protože schopnost problémy nějak uchopit, popsat a pochopit, je nejsilnější emoční ochranou proti pocitům bezmoci, zahlcení a identifikaci s pacientem tváří v tvář jeho problému. Díky zklidňujícímu účinku pochopení mohou být otevřenější a můžeme toho s pacientem více zažít a to nás opět vyzývá k rozšiřování kompetence v teoretickém poznání a uchopení dalších aspektů problémů.

Přehled kompetencí

Fáze terapeutického procesu	Obecné kompetence psychoterapeuta v dlouhodobé psychoterapii	Specifické kompetence psychoanalytického psychoterapeuta	Fáze výcviku
Přípravná fáze	<p>VYTVOŘENÍ TERAPEUTICKÉHO PROSTŘEDÍ A STABILNÍHO RÁMCE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Technické a právní zajištění praxe - Úvodní kontakt s pacientem - Informace o terapeutovi, praxi, cenách, základních technických pravidlech 		<p>Sebezkušenost - Jak se mnou bylo zacházeno a jak jsem se v tom cítil/a? implicitní i vědomé učení Teorie - samostatné téma přednášek Supervize – konkrétní individuální podmínky kandidáta při výkonu jeho praxe</p>
<p>Úvodní kontakt</p> <p>2-3 úvodní pohovory: - úvodní interview - anamnestický rozhovor</p> <p>Úvodní fáze terapie/ všechny fáze</p>	<p>VYTVOŘENÍ TERAP. VZTAHU A TERAPEUTICKÉ KULTURY</p> <ul style="list-style-type: none"> - Podpora vytváření terapeutického vztahu a spojení (empatický postoj, naslouchání, holding = držení, podpůrné prostředí, contejnování) - Podpora volného dialogu – pacientova volného sdělování obsahů, které mu přijdou na mysl (kladení otevřených otázek, schopnost mlčet, podporující, neposuzující, rozvíjející komentáře a klarifikace) - Podpora zvědavosti pacienta na vlastní intrapsychický svět a mírnění obav z něj - Podpora chuti riskovat vztah s terapeutem a změnu - Nejvíce v úvodní fázi terapie, ale pokračuje v průběhu celého procesu 	<p>SCHOPNOST VYHODNOTIT VHODNOST PAPT PRO PACIENTA, PŘÍPADNĚ MU DOPORUČIT JINOU ADEKVÁTNÍ PÉČI – a to jak na začátku PAPT (indikace, úvodní interview a anamnestický rozhovor), tak případně v jejím průběhu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realistické posouzení terapeutických možností, limitů, cílů a odpovídajících prostředků (krizová intervence, krátkodobá terapie, dlouhodobá terapie) - Otevřenost ke kombinované terapii: farmakoterapie – psychoterapie; individuální PT – skupinová (párová, rodinná) PT - Posouzení diády pacienta – terapeuta v kontextu obou osobních situací - jestli konkrétní dvojice klient – terapeut může vytvořit funkční terapeutický vztah - Respekt k pacientově svobodné volbě v zahájení, pokračování, ukončení terapie 	<p>Sebezkušenost – co mi pomáhalo navázat a udržet bezpečný a převážně dobrý vztah s terapeutem? Supervize – jakými reakcemi mohou pacienta blokovat, znejišťovat, podporovat v pasivitě ...</p> <p>Teorie – velká část věnována diagnostice, indikaci. Chyby mohou vést i k poškození pacientů nebo problémům terapeuta Supervize – klíčové téma – v začátcích i v průběhu terapie při potížích</p>
Střední fáze/ všechny fáze	<p>OTEVŘENOST A SNÁŠENÍ OBSAHŮ A ZÁŽITKŮ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otevřenost vůči obsahům pacienta i svým vlastním (nechat je vynořit a zaznít) - Schopnost snášet tyto obsahy a zážitky, dokud nedojde k porozumění (také schopnost snášení vnitřních konfliktů, aniž bychom se stavěli na jednu ze stran konfliktu) - Schopnost emoční účasti v terapeutické situaci - Schopnost snášení přenosových zkreslení ve vztahu pacienta k terapeutovi 	<p>+ POZORNOST K NEVĚDOMÝM OBSAHŮM A ZÁŽITKŮM na straně pacienta i terapeuta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otevřenost vůči NEVĚDOMÝM obsahům pacienta i svým vlastním (nechat je vynořit a zaznít) 	<p>Sebezkušenost – bezpečná vazba, důvěra ve vlastní nevědomí (Teorie) Supervize – pomoc s pochopením (chrání před bezmocí a identifikací) a vytýčováním hranic bez pocitů viny</p>
Střední fáze/ všechny fáze	<p>SCHOPNOST VYTÝČOVÁNÍ HRANIC PEVNÝM, PRUŽNÝM A NETRAUMATIZUJÍCÍM ZPŮSOBEM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neohrožovat pacienta vlastními obrannými manévry - Neobviňovat samotného pacienta z kolízí nebo neprůchodnosti terapie - Schopnost konfrontovat a interpretovat pokusy o narušení hranic „stravitelné“ – s ohledem na pacientovu sebeúctu - Otevřeně vysvětlovat hranice chránící terapeuta a jeho nezbytné potřeby (placení terapie, osobní čas ...) - Pomoci pacientovi zvládnout nevyhnutelné frustrace z dodržování hranic a omezených možností terapeutického vztahu 	<p>SCHOPNOST VYUŽÍT TERAPEUTICKÝ VZTAH A PŘENOSOVÉ/ PROTIPŘENOSOVÉ FENOMENY JAKO HRÁŠTĚ/ POLE PRO POROZUMĚNÍ A NAVOZENÍ ZMĚNY</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schopnost emoční účasti v terapeutické situaci včetně odehrávání a práce „v přenosu“ (vzájemnost) - Schopnost vnímat a snášet přenosová zkreslení ve vztahu pacienta k terapeutovi, dokud není možné nebo vhodné je interpretovat - Schopnost vnímat a snášet vlastní protipřenosové prožitky a reakce - Schopnost pohybovat se podle potřeby mezi empatií až spoluprožíváním s pacientem a možností odstupu - reflektující analytické ego 	<p>Sebezkušenost – vlastní dobrý zážitek s hranicemi, citlivostí terapeuta k naší frustraci Supervize – pomoc s reflexí překračování hranic, které nemusíme sami s pacientem cítit, jeho emoční následky.</p> <p>Sebezkušenost – bezpečná, ale pružná vazba, kde bylo možné si mnoho vyzkoušet. Důvěra ve vlastní nevědomí, nemusím se jej obávat. Zvědavost, schopnost riskovat blízký vztah Teorie – klíčové téma Supervize – pomoc s reflexí zapletení a neprůchodnosti</p>

<p>Střední fáze/ všechny fáze</p>	<p>ETICKÉ ZACHÁZENÍ S ASYMETRIÍ A MOCÍ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schopnost zacházet se svou převahou a mocí vůči pacientovi etickým způsobem a v zájmu pacienta - Schopnost neuspokojovat se na úkor pacienta (abstinence) a nezneužívat jej. 	<p>POROZUMĚNÍ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schopnost práce na subjektivní rovině a reflexe, že pracujeme na subjektivní rovině - Schopnost využít k porozumění pacientovi všech těchto zdrojů v co nejširší míře: vědomých i nevědomých obsahů a jednání pacienta, včetně přenosových vlastních vědomých i původně nevědomých obsahů spojených s pacientem – protipřenos reflexe vlastní účasti v terapeutické situaci včetně odehrávání - Schopnost všechny výše uvedené zdroje využít pro: vytváření terapeutických hypotéz, psychodynamickou diagnostiku skládání subjektivně smysluplného příběhu pacienta postupně nahližení problémů pacienta z mnoha různých úhlů 	<p>Sebezkušenost – citlivost k asymetrické pozici pacienta, zážitek slabší role Supervize – průběžná pomoc s etickými dilematy</p> <p>Teorie, celoživotní vzdělávání, čtení – teorie psychodynamiky, vývoje, psychopatologie, PA hypotézy, vzorce Supervize, intervize – využití porozumění supervizora a kněží</p>
<p>Střední fáze/ všechny fáze</p>		<p>PŘEDÁNÍ POROZUMĚNÍ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schopnost předání porozumění pacientovi stravitelnou formou a ve vhodný čas (klarifikace, konfrontace, interpretace, společné vytváření příběhu pacienta, formulace a nabízení terapeutických hypotéz pro pacienta stravitelnou formou, a další formy intervence a jejich načasování) - Schopnost takto předaným porozuměním odstraňovat překážky vývoji terapeutického vztahu a terapeutické práce 	<p>Sebezkušenost – citlivost ke zranitelnosti sebeúčty v patientské roli Teorie – příprava a načasování interpretace Supervize – hledání překážek v komunikaci s pacientem</p>
<p>Terminální fáze</p>	<p>SCHOPNOST UKONČIT TERAPII A ROZLOUČIT SE</p> <p>Projít s pacientem procesem truchlení, nepopírat jej, pomoci pacientovi se vyhnout useknutým koncům a popření ztráty, nebo naopak pomoci s nemožností ztrátu unést a terapeuta opustit. Pomoci mu důvěřovat ve vlastní schopnosti a opřít se dobrý společný vztah a společnou práci</p>		<p>Sebezkušenost – vlastní zážitek ztráty, truchlení, úspěšné separace Teorie Supervize – podpora důvěry ve vlastní práci</p>

LITERATURA:

Akhtar, S. (2009). *Comprehensive Dictionary of Psychoanalysis*. London: Karnac Books.

ČSPAP: *Pravidla výcviku v individuální, dětské, skupinové, párové a rodinné terapii*. Praha: Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii. www.cspap.cz

Etchegoyen, H. R. (2005). *The fundamentals of psychoanalytic technique*. London: Karnac Books. 912 s., 1. vydání 1991.

Freud, S.(1910/1997). *Budoucí vyhlídky psychoanalytické terapie*. Spisy z let 1909–1913. Sebrané spisy Sigmunda Freuda sv. 8. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.

Gabbard, G. O. (2000). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington: American Psychiatric Press, 3th Edition.

Gabbard, G. O.(2004/2007). *Dlhodobá psychodynamická psychoterapie*. Trenčín: Vydavatelství F. (208 s.)

Kernberg, O. F. (1986). Institutional Problems of Psychoanalytic Education. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 34, 799–834.

Kernberg, O. F. (1996). Thirty Methods to Destroy the Creativity of Psychoanalytic Candidates. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 1031–1040.

Kernberg, O. F. (1999). Psychoanalysis, Psychoanalytic Psychotherapy and Supportive Psychotherapy: Contemporary Controversies. *International Journal of Psychoanalysis*, 80, 1075–1091. České vydání: Psychoanalýza, psychoanalytická psychoterapie a podpůrná psychoterapie: současné rozpory. *Revue psychoanalytická psychoterapie 2003* (5):4–18.

Kernberg, O. F. (2000). A Concerned Critique of Psychoanalytic Education. *International Journal of Psychoanalysis* 81, 97–120.

Mc Williams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Menninger K. (1958). *Theory of psychoanalytic technique*. New York: Basic Books. 206 s.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1999). *Psychotherapeutické systémy – průřez teoriemi*. Praha: Grada Publishing. (479 s.)

Quinodoz, J. M. (2006). Papers on technique written between 1904–1919. In *Reading Freud: a chronological exploration of Freud's writings*. London: Routledge. (s. 108–120).

Saic, M. (2005). *Protipřenos v psychoanalýze*. Praha: Triton. (94 s.)

Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., Schubert J. (2002). Rozdíly v dlouhodobých výsledcích u pacientů v psychoanalýze a dlouhodobé psychoterapii. *Revue psychoanalytická psychoterapie* 2002 (3), 5–23.

MUDr. Dana Holubová, psychoanalytická psychoterapeutka a psychiatrička, členka ČSPAP a vedoucí její skupinové sekce.

Od r. 2004 se věnuje převážně psychoterapii – individuální, skupinové i párové – ve zdravotnictví a od r. 2015 pak ve své soukromé praxi. Průběžně na malý úvazek pracuje i psychofarmakologicky. Vzděláváním v psychoterapii se zabývá jednak jako členka vedení svého domovského institutu ČSPAP od r. 2011, také spolupracovala s Českou asociací pro psychoterapii jako členka odborné rady.

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 25. 1. 2016. Revidované znění došlo 4. 4. 2016, k publikaci přijato 18. 4. 2016.

NA PLECIACH OBROV: ČO SA DOZVEDÁME ZO ŠTÚDIÍ O EXPERTOCH V PSYCHOTERAPII¹

On the shoulders of giants: what we learn from studies on master therapists

Mária Kahancová^a, Len Jennings^b, Tomáš Řiháček^a

^a Katedra Psychologie, Fakulta Sociálních Studií Masarykovy Univerzity, Brno, CZ; e-mail: maria.kahancova@mail.muni.cz; e-mail: tomas.rihacek@gmail.com

^b Graduate School of Professional Psychology at the University of St. Thomas, Minneapolis, Minnesota, USA; e-mail: ljennings@stthomas.edu

Psychoterapie. 10 (2), 115–125; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Článok sa zameriava na problematiku vlastností a kompetencií tých terapeutov, ktorí sú považovaní za vynikajúcich vo svojom odbore – expertných terapeutov. Je to jeden z menej bežných prístupov ako skúmať prvky, ktoré sa v psychoterapii ukazujú ako efektívne. V úvode predstavíme známe metodologické prístupy k skúmaniu expertnosti v psychoterapii. Priekopníkmi v tejto oblasti, ktorých výskumy v článku predstavujeme, sú S. Miller, zaoberajúci sa kompetenciami tzv. vysoko efektívnych terapeutov na základe ich reálnej meranej efektivity v praxi a L. Jennings, ktorý dlhodobo rozvíja kvalitatívny výskum vlastností tzv. majstrovských terapeutov. V závere je analyzovaná zhoda výsledkov štúdií a prínosy.

Kľúčové slová: expertnosť v terapii, majstrovský terapeut, vysoko efektívny terapeut

ABSTRACT

This article focuses on the issue of characteristics and competencies of therapists

who are considered outstanding in their field – expert therapists. Studies of expert therapists represent a less common approach in the research of what is effective in psychotherapy. First, we describe several methodological approaches used in studies on psychotherapy experts. Then we review studies of two pioneers in this field: Scott D. Miller, who focused on competencies of highly effective psychotherapists based on their real measured effectiveness, and Len Jennings, who focused on qualitative studies of characteristics of peer-nominated master therapists. We conclude the article analyzing benefits and compatibility of results of reviewed studies.

Key words: expertise in therapy, master therapists, highly effective therapists

Stáť na pleciach obrov je metafora, ktorú použil známy fyzik Isaac Newton, aby vyjadril vplyv vysoko-kvalifikovaných popredných vedcov na svoje vlastné dielo. Môžeme sa tiež v psychoterapii postaviť na ramená obrov a inšpirovať sa tým, ako pracujú poprední terapeuti? V tomto článku chceme zhrnúť poznatky zo štúdií expertných terapeutov, ktoré na túto otázku hľadajú odpoveď.

¹ Vznik tohto článku bol podporený z prostriedkov grantového projektu MUNI/A/1160/2014.

Účinnosť psychoterapie² bola v rámci výskumu opakovane a spoľahlivo potvrdená (napr. Lambert, 2013; Wampold a Imel, 2015). Menej jasná je otázka, ktoré konkrétne prvky sú v psychoterapii účinné. Wampold a Imel (2015) zistili, že vplyv terapeuta na výsledok liečby je väčší než vplyv konkrétnych techník, pričom skúmaniu terapeuta bolo venované omnoho menej pozornosti. Súčasné dôkazy tak poukazujú na terapeuta ako jeden z najmohutnejších prediktorov výsledkov terapie. Tým sa potvrdzuje presvedčenie rady odborníkov, že terapeut nie je človek, ktorý len sprostredkuje intervencie, ale je vnútornou súčasťou týchto intervencií. Ukazuje sa, že pri rôznych metodologických postupoch vykazujú niektorí terapeuti konzistentne lepšie výsledky než ostatní (napr. Baldwin a Imel, 2013).

SPÔSOBY SKÚMANIA EXPERTÍZY

Problematiku expertízy v psychoterapii môžeme podľa Traceyho, Wampolda, Lichtenberga a Goodyeara (2014) skúmať rozličnými prístupmi, ktoré sa líšia v spôsobe, ktorým uvažujú o kritériu expertnosti terapeuta, ale aj terminológiou, ktorú pri výskume využívajú. Pojem tzv. *majstrovstva v terapii* alebo *majstrovského terapeuta* (*master therapist*) odkazuje k línii výskumov L. Jenningsa, ktorý ako kritérium expertnosti využíva reputáciu terapeuta v rámci komunity kolegov predpokladajúc, že terapeuti sami medzi sebou najpresnejšie vedia, koho považujú za „najlepšieho“ (Jennings a Skovholt, 1999). Úskalím tohto prístupu je predpoklad, že sa terapeuti navzájom dobre poznajú (Orlinsky, 1999).

V skutočnosti dôležité informácie o tom, ako daný terapeut pristupuje ku klientovi a nakoľko je vo svojej práci úspešný ostávajú kolegom často skryté. Ako sme zistili v našej vlastnej štúdiu, pojem majstrovský terapeut môže pôsobiť v česko-slovenskom jazykovom prostredí neprirodzene. Môže v terapeuta evokovať nárok na dokonalosť, perfekcionizmus, kult osobnosti, či autoritatívnosť, ktoré získal vďaka odlišným historicko-kultúrnym súvislostiam (Řiháček, Kahancová, Jennings, Roubal a Vybíral, in press).

Ďalším prístupom skúmania expertnosti v psychoterapii je podľa Traceyho et al. (2014) *hodnotenie reálnych výsledkov terapeutického práce*. K tomuto prístupu sa viaže termín tzv. *vysoko efektívny terapeut* (*highly effective therapist*), ktorý odkazuje na línii výskumov S. Millera (Miller, Hubble, Chow a Seidel, 2013). Napriek tomu, že hodnotiť zlepšenie klienta sa zdá byť najlepšou metódou určovania expertnosti terapeuta, aj tento spôsob má svoje nedostatky. Je problematické spravodlivo porovnávať napr. efektívnosť terapeuta, ktorý pracuje s dlhodobo chorými a terapeuta, ktorý pracuje s klientmi prekonávajúcimi životnú krízu. Ďalším problematickým aspektom týchto štúdií je fakt, že sa spoliehajú prakticky výhradne na hodnotenie terapie samotným klientom, ktoré tiež môže byť zaťažené skreslením.

SKÚMANIE EXPERTNOSTI TERAPEUTA NA ZÁKLADE KRITÉRIA REPUTÁCIE V RÁMCI KOMUNITY KOLEGOV

Už takmer pred 20 rokmi začal Jennings skúmať majstrovských terapeutov. Vo svojich výskumoch využíva pri posudzovaní

² V tomto článku nerozlišujeme medzi psychoterapiou a poradenstvom.

expertnosti terapeutov kritérium, ktoré Tracey et al. (2014) nazýva reputáciou, teda predpoklad, že terapeuti dokážu kvalitu svojej práce najlepšie posúdiť v rámci komunity kolegov. V prvej štúdii majstrovských terapeutov Jennings a Skovholt (1999) požiadali skúsených terapeutov zo svojho okolia, aby nominovali kolegov, ktorých sami považujú za terapeutických majstrov, ku ktorým by neváhali odporučiť svojho blízkeho, a ku ktorému by sami boli ochotní vstúpiť do terapie. Potom oslovili terapeutov, ktorí získali najviac nominácií a prebehlo 10 rozhovorov s cieľom identifikovať osobné vlastnosti týchto majstrovských terapeutov. Na základe kvalitatívnej analýzy rozhovorov bol vytvorený model, ktorý popisuje ich vlastnosti v troch doménach: kognitívnej, emocionálnej a vzťahovej. V rámci kognitívnej domény autori zistili, že títo terapeuti sú „nenásytní študenti,“ dokážu ťažiť z akumulovaných skúseností a vážia si kognitívnu komplexnosť – vyzdvihujú mnohoznačnosť ľudskej existencie. V emocionálnej doméne sa majstrovskí terapeuti na základe výsledkov zdajú byť vnímaví k svojim vlastným procesom, reflektujúci, nedefenzívni a otvorení voči spätnej väzbe. Uvedomujú si svoje emócie aj ich vplyv na prácu a dokážu sa postarať o svoje emočné zdravie. V rámci vzťahovej domény bolo zistené presvedčenie terapeutov, že základom therapeutickej zmeny je silné pracovné spojenectvo a rozvinuté schopnosti pracovať so vzťahom.

ĎALŠIE ŠTÚDIE ZAMERANÉ NA MAJSTROV V TERAPII

Na tuto štúdiu nadviazali tri ďalšie štúdie, ktoré využili rovnakú vzorku terapeutov, podobný spôsob analýzy dát a zamerali

sa bližšie na vybrané oblasti. Skovholt a Mullenbach (2004) skúmali *emočné zdravie a nezdolnosť*. Zistili, že terapeuti využívajú na ochranu zdravia rôzne metódy ako vyhľadávanie podporujúcich zážitkov, vytváranie pozitívneho pracovného prostredia, proaktívne riešenie problémov, kontinuálne vzdelávanie a udržiavanie rozmanitosti v praxi. Následne Sullivan, Skovholt a Jennings (2004) skúmali, *ako majstrovskí terapeuti vytvárajú terapeutický vzťah*. Výsledky štúdie poukázali na vysokú úroveň fungovania majstrovských terapeutov v dvoch aspektoch terapeutického vzťahu: vytvárania bezpečia a výziev. Bezpečie bolo charakteristické vnímavosťou terapeuta voči klientovi, schopnosťou na neho reagovať, aktívnou spoluprácou s klientom a hľadaním pevného, hlbokého terapeutického vzťahu s klientom. Pre vytvorenie vzťahu podporujúceho výzvy bolo typické intenzívne napojenie na klienta, udržiavanie nestrannosti a využitie vlastného ja v terapeutickom vzťahu. V ďalšej štúdii Jennings, Sovereign, Bottorff, Mussell a Yye (2005) skúmali *etické hodnoty*, ktoré sú terapeutom vlastné v rámci therapeutickej praxe. Zistili, že majstrovskí terapeuti sa usilujú o hodnoty ako je podpora dobročinnosti, rešpektovanie klientovej autonómie, nepoškodzovanie klienta, budovanie a udržiavanie pozitívneho vzťahu s klientom. Taktiež pracovali na budovaní a udržiavaní vlastnej odbornosti v zmysle profesionálneho rastu, rozvoja vlastných kompetencií, sebapoznania, ale aj poznania vlastných obmedzení.

REPLIKAČNÉ ŠTÚDIE: VLASTNOSTI MAJSTROVSKÝCH TERAPEUTOV V RÔZNYCH KULTÚRNYCH KONTEXTOCH

Následne prebehla vlna replikačných štúdií, ktoré validizovali výsledky pôvodnej štúdie v rôznych kultúrnych prostrediach šiestich štátov, pričom každá sa zameriavala na trochu iný aspekt majstrovstva v psychoterapii. Každá z replikácií adaptovala veľmi podobné metodologické postupy ako pôvodná štúdia. Kwon a Kim (2007) sa v kórejskej štúdií zamerali na skupinovú terapiu a skúmali vlastnosti 5 identifikovaných majstrovských terapeutov. Majstrovstvo v skupinovej terapii oproti individuálnej podľa nich zahŕňa schopnosť integrovať množstvo rôznych informácií, ktoré obsahuje skupinový proces, a zároveň je pre efektívne vedenie skupiny dôležité dokázať rýchle a presne porozumieť jednotlivcovi. Smith (2008) skúmal v Kanade vlastnosti manželských a partnerských majstrovských terapeutov, nakoľko aj táto oblasť, podobne ako skupinová terapia, obsahuje aj iné výzvy než individuálna terapia. Pre majstrovských partnerských terapeutov je typická orientácia na vzťahy, ktorá sa prejavovala vo veľkej dôvere vo vzťahy klientov viest terapiu a úspešne zvládnuť konflikt, v zameraní na osobné vzťahy a v kvalitách terapeutov, ktoré podporujú nadviazanie pevného vzťahu (ako napr. empatia a úprimnosť). Vzťahová orientácia prevládala aj v oblasti sebarozvoja, kedy terapeuti využívali často k vlastnému rozvoju okrem ďalších metód aj vyučenie iných. Jennings et al. (2008) skúmali platnosť výsledkov pôvodnej štúdie (Jennings a Skovholt, 1999) v interkultúrnom prostredí Singapuru. Autori zistili, že mnohé vlastnosti majstrovských terapeutov

sa javia byť interkultúrne platné, avšak objavili sa aj nové témy ako spiritualita a kultúrna citlivosť, ktoré sa v pôvodnej štúdií neukázali. Podobne aj Hirai (2010), ktorý skúmal terapeutov v Japonsku zistil, že mnoho identifikovaných vlastností bolo podobných ako v americkej štúdií, avšak určitá interkultúrna odlišnosť sa prejavila v spôsobe komunikácie. Japonskí terapeuti netrvali na verbálnom utváraní porozumenia, ale nechávali priestor aj pre neverbálne. Taktiež hranice medzi terapeutom a klientom v terapii neboli tak pevné ako v západných štúdiách – strácali sa v prospech vzniku spoločne zdieľaného psychologického priestoru.

VÝSLEDKY ČESKEJ ŠTÚDIE MAJSTROVSKÝCH TERAPEUTOV

V českom prostredí realizovali podobnú štúdiu Řiháček et al. (in press). Nominačný proces prebehol podobne ako v predchádzajúcich štúdiách (Jennings a Skovholt, 1999; Jennings et al., 2008). Rozhovorov sa zúčastnilo 9 nominovaných terapeutov. V tejto štúdií bolo popísaných 16 tém v rámci 6-tich domén. Pretože sa jedná o štúdiu pochádzajúcu z nášho prostredia, popíšeme jej výsledky podrobnejšie.

Doména *Pokorný postoj voči majstrovstvu, klientom a kolegom* popisuje bazálny postoj hlbokého rešpektu, ktorý sa u terapeutov prejavoval v rôznych aspektoch profesionálneho života. Neusilovali sa získať titul majstra, ale poukazovali na to, že majstrovstvo je dynamickým procesom usilovania sa byť „dosť dobrým“ terapeutom. Majstrovstvo nevnímali ako svoju vlastnú kvalitu, ale interakčnú kvalitu, ktorá vzniká spoluutváraním terapeuta a klienta. V rámci postoja pokory a ľudskosti odmietali tera-

peuti hierarchické rozdelenie rolí v terapii, dovolili si v terapii nevedieť a očakávali, že terapeut má byť trpezlivý a vládny ku klientom.

Majstrovskí terapeuti sa zhodli na dôležitosti terapeutického vzťahu. *Vzťah* je podľa nich základným uzdravujúcim prvkom, ktorý lieči prostredníctvom zmysluplného kontaktu. Terapeuti sa tiež zhodli v dôraze na vytvorenie a udržanie bezpečného vzťahu, pričom poukazovali na rôzne aspekty pracovného spojenectva ako je dodržanie etických noriem, všímavosť k protiprenosom, čestnosť vo vzťahu s klientom a pod. V rámci domény *Vedomie vlastných zdrojov, potrieb a limitov* poukazovali terapeuti na spôsoby, ako využívali svoje sebaopoznanie. Poznali zdroje svojej radosti, vytvárali si priestor na sebaopoznanie, ktorý využívali k udržaniu duševného zdravia. Uvedomovali si svoje potreby, ale aj svoje osobné a profesionálne obmedzenia a snažili sa udržať krehkú rovnováhu, ku ktorej im pomáhalo dôrazné oddeľovanie osobného a pracovného sveta.

V rámci domény *Pokračujúci sebarozvoj* popisovali terapeuti, ako sa ich vedomosti o terapii pretavili rokmi praxe v konkrétne schopnosti. Niektorí popisovali nadobudnutú intuitívnu citlivosť alebo znalosť, ktorá im pomáha viesť terapeutický proces. Terapeuti oceňovali rozmanitosť nielen vo svojej profesionálnej skúsenosti (napr. práca s rôznymi skupinami klientov), ale aj v osobnom živote. Taktiež oceňovali prínos vlastnej skúsenosti s terapiou v roli klienta, ale aj prínos supervízie pre ich profesionálny rozvoj. Doména *Angažovanosť* popisuje hlboký osobný vklad majstrovských terapeutov do procesu terapie. Zdôraznili zvedavosť a úprimný záujem porozumieť

klientovi v jeho vlastnej jedinečnosti ako dôležitý prvok terapie. Angažovanosť sa prejavila aj ako poskytnutie povzbudzujúcej perspektívy, pri ktorej chápali napr. patologické zážitky ako súčasť bežnej ľudskej skúsenosti. Terapeuti preukázali zručnosť v uvážlivom a zriedkavom využití odhalenia vlastných emócií v terapii.

Vedomie komplexnosti terapeutického procesu je doména, ktorá popisuje schopnosť komplexne a kreatívne pracovať s informáciami v terapii. Prejavuje sa napr. v zložitom spôsobe uvažovania o terapeutickom zmene, pri ktorom terapeuti zvažujú rôzne úrovne zmeny a mimoterapeutické faktory, ktoré zmenu ovplyvňujú. Terapeuti využívali kreatívne spôsoby integrovania informácií a inovatívne spôsoby uvažovania, ktoré prepájali emočné, vzťahové a kognitívne informácie napr. vo forme využívania metafor, či prekladania terapeutických konceptov do jazyka klienta.

SKÚMANIE EXPERTNOSTI TERAPEUTA NA ZÁKLADE JEHO REÁLNEJ (MERANEJ) EFEKTIVITY

Počiatky hľadania vysoko efektívneho terapeuta boli inšpirované štúdiou Ricksa (1974), v ktorej longitudinálne skúmal efektívnosť terapeutov pracujúcich s „ťažko narušenými“ adolescentmi, pričom identifikoval skupinu výnimočných terapeutov s vysokou efektívnosťou tzv. „supershrinks“ (dalo by sa preložiť ako „supercvokár“). Miller, Hubble a Duncan (2007) skúšali spolu s ďalšími kolegami vytvoriť objasňujúcu teoretickú analýzu na tému, čo robí terapeuta a terapiu efektívnou, avšak závery tejto analýzy boli nejasné. Osobnostné aspekty terapeuta ani technické zručnosti, ktoré využíva, nedokázali odlíšiť efektív-

nych terapeutov od menej efektívnych. Ani nezainteresovaní odborníci nenachádzali zmysluplnú interpretáciu výsledkov teoretickej analýzy a zdalo sa, že expertnosť je náhodná, že „superevokár“ neexistuje. Po určitej dobe dostal výskum nový smer inšpirovaný Ericssonovou myšlienkou, že expertov neodlišuje od ostatných odborníkov vrodenný talent ani zvláštne schopnosti, ale jednoduchý fakt, že trávia viac času odbornými aktivitami (Ericsson, Krampe a Tesch-Römer, 1993). Na základe vynoveného prístupu k chápaniu expertnosti v terapii vzniklo Medzinárodné centrum klinickej excelencie³ (*International Center for Clinical Excellence*), ktoré sa zameriava na skúmanie tzv. objektívnej, na meraní založenej efektivity terapeutov, resp. na porozumenie toho, prečo sú niektorí terapeuti lepší než druhí a v čom sa títo vysoko efektívni terapeuti líšia od ostatných kolegov (Miller a Hubble, 2011; Miller et al., 2013).

„CYKLUS EXCELENCIE“

Miller et al. (2007) dospeli k záveru, že k lepšej efektívite v terapeutickej práci vedie tzv. cyklus excelencie, ktorý tvoria tri komponenty:

1. Určenie základnej úrovne efektivity terapeuta
2. Získavanie formálnej, systematickej, kontinuálnej spätnej väzby
3. Angažovanie sa v tzv. zámernej praxi (*deliberate practice*)

Určenie základnej úrovne efektivity terapeuta je prvotným predpokladom toho, aby sa mohol snažiť svoju efektivitu zlepšovať.

Expertí podľa Millera et al. (2013) k meraniu vlastnej efektivity využívajú množstvo rozmanitých metód, ktoré vzdorujú pokusom o klasifikáciu. Všetky tieto merania vlastnej efektivity slúžia na porovnanie aktuálnych výsledkov efektivity s vlastnými najlepšimi výsledkami, s výsledkami ostatných a tiež na porovnanie aktuálneho výkonu s existujúcimi štandardmi (Ericsson, Charness, Feltovich a Hoffman, 2006). V psychoterapii existuje viacero dostupných a spoľahlivých nástrojov, pomocou ktorých si môže terapeut zmerať základnú úroveň svojej efektivity, ich prehľad ponúka napr. Miller a Bergmann (2012) alebo v češtine Řiháček a Juhová (in press).

Ďalším krokom cyklu excelencie je *získavanie formálnej, systematickej a neustálej spätnej väzby od klientov*. Lambert et al. (2001) v jednej z prvých štúdií zameraných na skúmanie efektu formálnej spätnej väzby v terapii zistili, že pri využití spätnej väzby sa zdvojnásobil počet klientov, ktorí dosiahli klinicky významnú alebo štatisticky spoľahlivú zmenu. Kontinuálne získavanie spätnej väzby môže byť užitočné najmä v prípade, keď sa terapia nedarí. Lambert et al. (2001) zistili, že získavanie spätnej väzby znižuje riziko deteriorácie u klientov a tiež znižuje celkový počet terapeutických sedení. Podobné pozitívne výsledky o efekte spätnej väzby zistili aj iné štúdie (napr. Anker, Duncan a Sparks, 2009), čo viedlo Lamberta (2010) k odporúčaniam, že terapeuti by mali rutinne sledovať výsledky zlepšenia u svojich klientov. Avšak ako dokázali De Jong, van Sluis, Nugter, Heiser a Spinhoven (2012), nie všetci terapeuti dokážu využiť spätnú väzbu v prospech klienta a pre svoj profesionálny rozvoj. Spätná väzba môže síce navrhovať alter-

³ www.centerforclinicaexcellence.com

natívne spôsoby práce s klientom, avšak jej využitie závisí od schopností a ochoty terapeuta s ňou pracovať. Tiež je potrebné zdôrazniť, že spätná väzba sama o sebe ešte nezlepšuje celkové terapeutické zručnosti u odborníka (Miller et al., 2013).

Kontinuálne získavanie spätnej väzby môže terapeut využiť k vysledovaniu trajektórie terapeutickje zmeny u klienta. Owen et al. (2015) zistili na rozsiahlej vzorke (N = 10 854) tri odlišné trajektórie terapeutickje zmeny, ktoré popisujú postup klienta v terapii. Všetky tri trajektórie sa zhodujú v tom, že na štvrtom sedení by malo nastá zlepšenie u klienta, inak sa zvyšuje riziko predčasného ukončenia terapie alebo zhoršenia klienta.

ZÁMERNÁ PRAX

Aby terapeut mohol naplno využiť spätnú väzbu klienta, musí urobiť ešte jeden jednoduchý krok. *Angažovanie sa v zámernej praxi* je posledným krokom cyklu excelencie. Ericsson et al. (1993) definujú zámernú prax ako individualizované tréningové aktivity špeciálne vytvorené na zlepšenie špecifických aspektov výkonu jednotlivca skrz opakovanie a jemné zdokonaľovanie. Zahŕňa činnosti ako napr. prekonávanie automatických reakcií, plánovanie, vytváranie stratégií, prispôsobovanie plánov, ich jednotlivých krokov, neustále meranie a porovnávanie výsledkov. Takéto aktivity praktikujú experti v rôznych odboroch každý deň vrátane víkendov, približne 45 minút denne, v ideálnom prípade viac než 4 hodiny denne. Zámerná prax je náročná najmä v tom, že nie je priamo motivujúca a nevedie hneď k sociálne žiaducim výsledkom, naopak, vyžaduje od jedinca značnú investíciu času a energie v priebehu rokov.

Aby bola takáto prax užitočná, musí byť sústredená na dosiahnutie konkrétnych cieľov, ktoré sa nachádzajú práve za úrovňou súčasných schopností jedinca. Proces zámernej praxe má byť vedený vedomým monitorovaním výsledkov počas dlhšieho časového obdobia. Zámerná prax nielen že uľahčuje vývoj expertnosti, ale je zároveň kritická pre jej udržanie. Je potrebné odlišiť na cieľ zamerané a monitorované zámerne aktivity od samotnej nezameranej odbornej činnosti, resp. počtu hodín strávených v danej činnosti, ktorý sám o sebe vývoj k expertnosti nezaručuje (Miller et al., 2013).

Chow et al. (2015) zverejnili výsledky nedávnej rozsiahlej štúdie zameranej na podrobnejšie preskúmanie kľúčovej úlohy zámernej praxe vo vývine vysoko efektívnych terapeutov. Výskumnú vzorku tvorilo 69 terapeutov, ktorí pracovali so 4 580 dospelými klientmi. Autori využili dotazník CORE-OM na hodnotenie zmeny klienta a dotazník RAPID, ktorý retrospektívne zachytával angažovanosť terapeutov v zámernej praxi. Tento dotazník popisoval rôzne činnosti (napr. prehrávanie zložitých prípadov v mysli), frekvenciu danej aktivity, dôležitosť danej aktivity pri rozvoji a investované kognitívne úsilie. Autori po štyroch rokoch zberu dát pomocou metódy viacúrovňového modelovania zistili, že 5,1% rozptylu výsledkov klientov sa dá pripísať efektu terapeuta⁴. Výsledky poukázali na to, že redukcia klientovho distresu je spojená s väčším množstvom času investovaným do zámernej praxe. Terapeuti

⁴ Aj keď sa to môže zdať málo, tak v skutočnosti je to pomerne vysoký podiel, ak vezmeme do úvahy Lambertov odhad, že približne 40% zmeny, ku ktorej dochádza v priebehu terapie je možné pričítať faktorom, ktoré nesúvisia s terapiou (Lambert, 1992).

v najvyššom kvartile účinnosti strávili skoro trikrát viac času v aktivitách zámernej praxe oproti ostatným. Medzi aktivity z dotazníku RAPID, ktoré významne prispievali podľa terapeutov k rozvoju terapeutických zručností patrili: premýšľanie o zložitých prípadoch osamote, účasť na terapeutických workshopoch a reflektovanie toho, čo spraviť počas budúcich sedení. Z výsledkov je zrejmé, že čas, ktorý terapeuti strávili zámernou praxou je vo významnom vzťahu so zlepšením klienta, avšak nejednalo sa o žiadnu konkrétnu aktivitu, ktorá by určovala efektívnosť terapeuta.

ĎALŠIE VÝSKUMY EXPERTOV V TERAPII

Viacero ďalších, relatívne ojedinelých štúdií sa zameralo na charakteristiky expertných terapeutov. Goldfried, Raue a Castonguay (1998) analyzovali na čo sa zameriavajú pri klinicky významných sedeniach majstrovskí terapeuti v kognitívno-behaviorálnej (N=22) a v dynamicko-interpersonálnej terapii (N=14). Zistili, že medzi terapeutmi rôznych teoretických orientácií existujú v zameraní pri klinicky významných sedeniach len malé rozdiely. Oba prístupy sa v klinicky významných úsekoch terapie zameriavali viac na prepájanie rôznych súvislostí, objektívne sebahodnotenie, sebahodnotenie, očakávanie budúcnosti, na myšlienky, emócie a celkové fungovanie klientov. Rozdielnosť sa prejavila v tom, čo konkrétne považovali v terapii za dôležité – dynamicky orientovaní terapeuti zdôrazňovali skôr emočné zážitky a kognitívno-behaviorálne orientovaní terapeuti zameranie na budúcnosť a podporu k aktivite medzi sedeniami. Podobne Levitt a Williams (2010) skúmali princípy, ktoré aplikujú

eminentní terapeuti za účelom facilitácie klientovej zmeny, pričom zistili, že vytváranie bezpečia je základným prvkom pre dosiahnutie zmeny v terapii. Intervencie, ktoré vedú k emočnému prežívaniu v terapii skúmali u expertov v KBT a v psychodynamickej terapii Wiser a Goldfried (1998). Levitt a Piazza-Bonin (2014) sa snažili o porozumenie konceptu tzv. klinickej múdrosti. Oslovili 17 opakovane nominovaných eminentných terapeutov a pomocou kvalitatívnej analýzy rozhovorov zistili, že títo terapeuti akceptovali skutočnosť, že najlepšie odpovede na klientove otázky nie sú dostupné hneď. Namiesto snahy o instantné vyriešenie problémov využívali svoju znalosť terapie a osobnú skúsenosť, aby pomohli klientom preskúmať nejednoznačnosť a zraniteľnosť v ich živote.

ZHRNUTIE

V článku sme popísali niektoré spôsoby, ktorými je možné skúmať expertov v psychoterapii vrátane ich obmedzení. Dve línie výskumov, ktoré sme v texte bližšie predstavili sa vo výsledkoch vzájomne dopĺňujú prevažne v oblasti profesionálneho rozvoja terapeutov. Celková zhoda výsledkov je relatívne malá z dôvodu zamerania štúdií na iné aspekty expertnosti v terapii. Jenningsove štúdie obsahujú širší popis rôznych vlastností a postojov terapeutov a Millerove štúdie zamerali mnoho pozornosti na utvorenie a overenie nástrojov, ktoré by mohli terapeuti využiť pre rozvoj expertnosti. Na základe zdieľaných zistení štúdií môžeme konštatovať, že experti v terapii venujú svoj čas profesionálnemu rozvoju terapeutických zručností. Experti si vážia spätnú väzbu od klientov, snažia sa s ňou pracovať a prispôsobovať štýl práce potrebám

klientov. Veria v dôležitosť pracovného spojenectva a rôznymi spôsobmi pracujú na jeho rozvoji. Je však potrebné zdôrazniť aj to, že vieme len málo o tom, čo experti robia priamo na terapeutických sedeniach. Táto oblasť môže byť ďalším smerom výskumu expertov v terapii.

V tomto článku sme predstavili expertnosť v psychoterapii prevažne z hľadiska dvoch výskumných prístupov. Limitom tejto práce je úzke zameranie opomínajúce iné zdroje, ktoré prispievajú svojimi poznatkami k téme expertnosti v psychoterapii ako napr. výskum účinných faktorov v psychoterapii. Zároveň sme sa zamerali na to, čím sám terapeut prispieva k expertnosti a nevenovali sme sa faktorom na strane klienta, ako je napríklad typ diagnózy alebo osobné nastavenie klienta, ani ich interakcii s charakteristikami terapeuta, či terapeutického prístupu.

ZOZNAM LITERATÚRY

- Anker, M. G., Duncan, B. L., Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 693–704.
- Baldwin, S. A., Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. vyd., s. 258–297). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Bertolino, B., Miller, S. D. (2012). *ICCE manuals on feedback informed treatment (Vol. 1–6)*. Chicago, IL: ICCE Press.
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy, 52*(3), 337–345.
- De Jong, K., van Sluis, P., Nugter, M. A., Heiser, W. J., Spinhoven, P. (2012). Understanding the differential impact of outcome monitoring: Therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychotherapy Research, 22*(4), 464–474.
- Ericsson, K. A., Charness, N., Feltovich, P. J., Hoffman, R. R. (2006). *The Cambridge handbook of expertise and expert performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T., Tesch-Romer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review, 100*, 363–406.
- Goldfried, M. R., Raue, P. J., Castonguay, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: a comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(5), 803–810.
- Hirai, T. (2010). *Personal and professional characteristics of Japanese master therapists: A qualitative investigation on expertise in psychotherapy and counseling in Japan* (Unpublished doctoral dissertation). University of Minnesota, Minneapolis.
- Jennings, L., D'Rozario, V., Goh, M., Sovereign, A., Brogger, M., Skovholt, T. (2008). Psychotherapy expertise in Singapore: A qualitative investigation. *Psychotherapy Research, 18*(5), 508–522.
- Jennings, L., Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology, 46*(1), 3–11.
- Jennings, L., Sovereign, A., Bottorff, N., Mussell, M. P., Vye, C. (2005). Nine ethical values of master therapists. *Journal of Mental Health Counseling, 27*(1), 32–47.
- Kwon, K., Kim, K. (2007). Analysis of the characteristics of Korean master group counselors. *The Korean Journal of Counseling, 8*(3), 979–1010.
- 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. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. vyd., s. 169–218). Hoboken: John Wiley.
- Lambert, M. J. (2010). Yes, it is time for clinicians to routinely monitor treatment outcome. In B. Duncan, S. Miller, B. Wampold, M. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in treatment* (pp. 239–266). Washington, DC: APA Press.
- Lambert, M. J., Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy, 48*, 72–79.
- Lambert, M., Whipple, J., Smart, D., Vermeersch, D., Nielsen, S. L., Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research, 11*(1), 49–68.
- Levitt, H. M., Piazza-Bonin, E. (2014). Wisdom and psychotherapy : Studying expert therapists' clinical wisdom to explicate common processes. *Psychotherapy Research* [online].
- Levitt, H. M., Williams, D. C. (2010). Facilitating client change: principles based upon the experience of eminent psychotherapists. *Psychotherapy Research, 20*(3), 337–352.
- Miller, S. D., Bergmann, S. (2012). 10 Tools for Progress Monitoring in Psychotherapy. Integrating Science and Practice, 2(2). Staženo z <http://www.scottdmiller.com/wp-content/uploads/2014/06/Integrating-Science-and-Practice-Miller-Bargmann.pdf>
- Miller, S. D., Hubble, M. (2011). The road to mastery. *Psychotherapy Networker, 35*, 22–31.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy, 50*, 88–97.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Duncan, B. L. (2007). Supershrinks. *Psychotherapy Networker, 31*(6).
- Orlinsky, D. E. (1999). The master therapist: Ideal character or clinical fiction? Comments and questions on Jennings and Skovholt's "The Cognitive, Emotional, and Relational Characteristics of Master Therapists." *Journal of Counseling Psychology, 46*(1), 12–15.
- Owen, J., Adelson, J., Budge, S., Wampold, B., Kopta, M., Minami, T., Miller, S. D. (2015). Trajectories of Change in Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 71*(9), 817–827.
- Řiháček, T., Juhová D. (in press). Monitorování účinnosti v psychoterapii a poradenství. *Testforum*.
- Řiháček, T., Kahancová, M., Jennings, L., Roubal, J., Vybíral, Z. (in press). Czech Master Therapists. In L. Jennings, T. M. Skovholt (Eds.), *Expertise in counseling and therapy: International perspectives on master therapists*. New York: Oxford University Press.
- Ricks, D. F. (1974). Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. In D. F. Ricks, M. Roff, A. Thomas (eds.). *Life History in Research in Psychopathology*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Smith, A. (2008). *Personal characteristics of master couple therapists* (Unpublished doctoral dissertation thesis). University of Alberta, Canada.
- Skovholt, T. M., Mullenbach, M. (2004). *Professional resiliency and emotional wellness*. In T. M. Skovholt, L. Jennings (Eds.), *Master therapists: Exploring expertise in therapy and counseling*. Boston: Allyn & Bacon.
- Sullivan, M., Skovholt, T. M., Jennings, L. (2004). Master therapists' construction of the therapy relationship. In T. M. Skovholt, L. Jennings (Eds.), *Master therapists: Exploring expertise in therapy and counseling*. Boston: Allyn & Bacon.
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *The American Psychologist, 69*(3), 218–229.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what*

makes psychotherapy work. (2nd ed). New York: Routledge.

Wiser, S., Goldfried, M. R. (1998). Therapist interventions and client emotional experiencing in expert psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 634–40.

Mgr. Mária Kahancová vyštudovala psychológiu na Fakulte Sociálnych Štúdií Masarykovej Univerzity. V rámci diplomovej práce v odbore psychoterapeutických štúdií sa zaoberala výskumom efektu terapeuta, čomu sa venuje aj v súčasnosti v rámci doktorandského štúdia. Od októbra 2015 pracuje v Brne ako terapeutka v doliečovacom centre pre alkoholikov Lotos. Je frekventantkou na riešenie zameraného výcviku v poradenstve a psychoterapii. E-mail: maria.kahancova@mail.muni.cz

Len Jennings, Ph.D., L.P. je univerzitným profesorom, ktorý sa dlhodobo zaoberá výskumom majstrovských terapeutov. Vydal vyše 30 publikácií týkajúcich sa oblastí optimálneho vývoja terapeutov, multikulturného poradenstva a kariérneho rozvoja. Na čiastočný úväzok pôsobí aj v súkromnej terapeutickej praxi, v ktorej sa špecializuje na záležitosti mužov, kariérny rozvoj a skupinovú terapiu. E-mail: lljennings@stthomas.edu

Mgr. Tomáš Řiháček, Ph.D., je psycholog a psychoterapeut. Působí jako odborný asistent na katedře psychologie FSS MU v Brně, kde se zabývá zejména výzkumem psychoterapie. Mimo to má privátní terapeutickou praxi a působí též jako výcvikový lektor. E-mail: tomas.rihacek@gmail.com

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 8. 1. 2016. Revidované znění došlo 30. 3. 2016, k publikaci přijato 4. 4. 2016.

LIBERECKÝ VÝCVIK V RODINNÉ TERAPII PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH

Liberec training in family therapy of psychosomatic disorders

Trapková L.^a, Chvála, V.^b

^a *Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, Liberec, CZ; e-mail: trapkova@mybox.cz*

^b *Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, Liberec, CZ; e-mail: chvala@sktlib.cz*

Psychoterapie. 10 (2), 126–139; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Představíme současnou podobu čtyřletého komplexního výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch schváleného pro zdravotnictví, která vznikla a vyvíjela se od roku 1997, kdy jsme otevřeli první běh. Výcvik byl od samého počátku koncipován jako intergrativní v mnoha ohledech. V osobnostech vedoucích se setkávají a integrují různé terapeutické směry: rodinná terapie (Trapková, Chvála), gestalt (Knop), Pessó-Boyden (Fürst). Frekventanti tvoří heterogenní komunitu mužů a žen, ve které se učí dialogu a spolupráci lékaři, psychologové a další humanitně vzdělaní odborníci pomáhajících profesí nad společnými pacienty/klienty s psychosomatickým příznakem. Zatímco čtyři malé sebezkušenostní skupiny slouží k individuálnímu rozvoji osobnosti budoucího rodinného terapeuta, výukové skupiny jsou určeny pro nácvik dovedností na podkladě přednesené teorie. Výcvik je organizován v šesti víkendech ročně, ke kterým se přidávají třídní výjezdy malých skupin v prvních třech ročnících. Podstatnou součástí výuky je pravidelné psaní esejí. Studenti se tak v mezidobí předem naladí na chystané téma a učitelé mají příležitost stavět monotematický víkendový program tak, že navazují na individuální připravenost studentů. Každý víkend má svou

pevnou trojdimenzionální strukturu, ve které se postupně od prvního do čtvrtého ročníku přesouvají důrazy od teorie k praxi, od osobního materiálu z vlastních rodin frekventantů k rodinám pacientů/klientů, od externích přednášejících v prvním ročníku, přes ukázky klinické práce interních učitelů až po reflexi vlastní práce frekventantů s patientskými/klientskými rodinami a k prvním zkušenostem se supervizí. Poznatky jednotlivých běhů nás inspirovaly k úpravám a zpřesňování programu v dalších cyklech.

Klíčová slova: rodinná terapie, psychosomatika, výcvik, sociální děloha

ABSTRACT:

We will introduce the present format of a four-year complex training in family therapy of psychosomatic disorders, which is approved for health service. It is being developed since 1997 when we opened our first course. From the very beginning, this training was conceived as integrative in many respects. In the personalities of supervisors, various therapeutic approaches meet and integrate: family therapy (Trapková, Chvála), Gestalt (Knop), Pessó-Boyden (Fürst). The participants comprise a heterogeneous community of men and women where dialogue and collaboration

are taught among doctors, psychologists, and other humanities-trained experts from helping professions, dealing with common patients/clients with psychosomatic symptoms. Whereas four small self-experiential groups serve the individual development of the personalities of future family therapists, the purpose of training groups is to train skills on the basis of an expounded theory. The training is organized over six weekends in a year, supplemented by three-day trips in the first and second year. An essential part of training is the regular writing of essays. In the interim periods, this puts students to the mood for the next topic in advance, and teachers have the opportunity to prepare a monothematic weekend programme on the basis of students' individual preparation. Each weekend has its fixed three-dimensional structure, with the emphasis gradually shifting (from the first until the fourth year) from theory to practice, from personal material from the participants' own families to the families of patients/clients, from external instructors in the first year to samples of clinical work of internal teachers to the reflection of the participants' own work with patient/client families, and their first experience with supervision. Findings from the various courses inspired us to modify the programme in the subsequent cycles, making it more focused.

Key words: family therapy, psychosomatics, training, social womb

ÚVOD

V lednu 2013 jsme otevřeli v Libereckém institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny pátý běh čtyřletého komplexního vzdělávacího programu v rodinné terapii

psychosomatických poruch (dále výcvik), schváleného pro zdravotnictví. Základy současné podoby výcviku byly položeny v roce 1997. Každý následující běh vyrůstal z předchozího a v každém vyvstalo, jak se dodatečně ukazuje, jedno dominantní téma, které se ocitlo v základech běhu dalšího, aby ovlivnilo jeho podobu pro novou generaci studentů. Novinky nenabýly nikdy takového rázu, aby vedly k zásadnímu vybočení od původního záměru propojovat dominantní proud biologické medicíny ve zdravotnictví s málo uplatňovanými poznatky o významném vlivu psychosociálního kontextu na stonání. Do výukových skupin vybíráme záměrně reprezentanty jak lékařských profesí, tak humanitně vzdělaných odborníků pomáhajících profesí, jako jsou kliničtí a poradenští psychologové, speciální pedagogové, sociální pracovníci, případně duchovní. Jejich počty vyvažujeme už při výběru tak, aby v komunitě složené ze čtyř malých skupin mohla spontánně vznikat atmosféra inspirující k dialogu všech jazykových a zkušenostních modů, lékařů a nelékařů. Absolventi takto uspořádaného komplexního vzdělání, které obsahuje teorii, nácvik dovedností, možnost osobnostního rozvoje v malých sebezkušenostních skupinách i supervizi, jsou připraveni pracovat v týmech na psychosomatických a dalších zdravotnických i nezdravotnických pracovištích.

ZAČÁTKY

Seznamujeme čtenáře s projektem, jehož kořeny sahají až do minulého režimu před rok 1989. Reagovali jsme na vzrůstající poptávku jak pacientů/klientů, tak motivovaných lékařů a klinických psychologů, kterým k léčbě nestačilo jednostranné

vybavení biologickou medicínou a individuální psychologickou diagnostikou. Ti všichni přestávali tolerovat neúčinnost opakovaných somatických vyšetření léčby tam, kde se i laikovi nabízelo, že chronické stonání může souviset s psychosociálním kontextem a se vztahy, ve kterých pacient žije. Určitá část lékařů začala otevírat dveře do medicíny psychologům a psychoterapii. Tento proces se urychlil po pádu železné opony, za kterou, například v tehdejší západní Německu, existovaly už desítky psychosomatických klinik. (Tress, Krusse, & Ott, 2004) Oficiální organizace zdravotnictví nebyla u nás na vzdělávání v psychoterapii a psychosomatice připravena, ale nic nebránilo, aby se zakládaly aktivity mimo hlavní proud medicíny. Zprvu tápavé pokusy se zpevňovaly, přibývalo dobrých zkušeností s prolínáním lékařského a psychotherapeutického jazyka. Paralelně s rozvojem vzdělávání lékařů se rozvíjelo vzdělávání klinických psychologů.

V tomto metodologickém a politickém klimatu vznikl vzdělávací program Výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch na půdě Libereckého institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny, který vznikl jako nástupce liberecké pobočky Pražského psychotherapeutického institutu.

Koncepce výcviku navazovala na zkušenosti našich předchůdců v medicíně a psychoterapii. Ujasňovali jsme si, jakou podobu by mělo mít společné postgraduální vzdělávání lékařů na straně jedné a klinických psychologů, případně dalších nositelů vzdělání a zkušeností z humanitních oborů, na straně druhé. Při vědomí propasti mezi různými oblastmi odborných jazyků jsme hledali takové uspořádání výuky, ve kterém by byli odborníci s úzce specializovaným

myšlením vystavováni samozřejmému dialogu a nutnosti spolupráce při zachování svých odlišných identit daných původním vzděláním. Teprve pak, nejlépe v týmech na psychosomatických a jiných pracovištích, mohou zajišťovat propojování bio-psycho-sociálních aspektů stonání a rozumět psychosomaticky nemocným v dostatečně širokém kontextu. Rodinnou terapii a systematické myšlení k tomu pokládáme za neobvykle účinnou cestu. Bylo zde na koho navazovat (Minuchin, 1977).

Zvažovali jsme dvě alternativy. Přijímat do výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch kolegy, kteří už za sebou mají sebezkušenostní výcvik, ať už individuální anebo ve skupině, a poskytovat jen výuku teorie a dovedností rodinné terapie, anebo vystavět komplexní program, který by obsahoval vše: teorii rodinné terapie, osobní sebezkušenost, výuku dovedností i supervizi. Rozhodli jsme se pro druhou variantu. Původně především proto, abychom získávali do vzdělávání co nejvíce lékařů, u kterých se nedal předchozí časově i finančně náročný sebezkušenostní výcvik předpokládat. Zkušenosti s druhou variantou pak přinášely tak velké výhody, že jsme se k první variantě už nikdy nepřiklonili a vydali se cestou odkrývání jejích rizik. S dvacetiletým odstupem musíme konstatovat, že by první varianta byla jednodušší pro učitele, nemuseli bychom zajišťovat sebezkušenostní přípravu adeptů rodinné terapie, ale byla by nepochybně psychologicky hlubinně méně kvalitní. Předávání zkušeností by nutně probíhalo povrchněji, ztratilo by se pohotové zpracovávání emočně silných osobních zážitků spontánně vznikajících ve výuce při probírání rodinných témat. Máme v tomto ohledu bo-

hatou zkušenost s posluchači přednášek a seminářů pro odbornou veřejnost. Jakmile se dostaneme k výkladu zákonitostí v dynamice rodinných vztahů, posluchači upadají do transu, ve kterém se vrací do svých vlastních rodin. Jejich kapacita vnímat další výklad nad příběhy pacientů bývá omezená. Ve výcviku, který by současně neobsahoval emoční zpracovávání intrapsychických konfliktů aktualizovaných ve výuce, by se patrně nedostalo na reflexi možných souvislostí zejména v těch případech, ve kterých frekventant reaguje na probírané téma somatizacemi. Na nich nejlépe zažije a pochopí bio-psycho-sociální realitu každého z nás.

Institucionalizace systematické psychoterapie nebyla na konci devadesátých let ještě stabilizovaná, pravidla České psychoterapeutické společnosti (ČPS JEP) se ustavovala v době, kdy první cyklus našeho výcviku už probíhal. Počet hodin a délku výcviku jsme proto upravovali takřkajíc za pochodu. První běh, který jsme otevřeli v roce 1997, tím byl pochopitelně poznamenaný. Jeho podobu jsme předem konzultovali se zkušenými lektory a tvůrci výcviků vznikajících v obtížných podmínkách minulého režimu před rokem 1989. Byli to Jaroslav Skála, který se nakonec stal i zakladatelem našeho Institutu, dále Jiří Růžička a Jan Špitz. Měli jsme ovšem ještě jednoho významného konzultanta, dánského dětského psychiatra a rodinného terapeuta Torbena Marnera, u kterého jsme našli překvapivě největší podporu, a to v době, kdy už jsme měli vlastní strukturu výuky prakticky hotovou (Marner, 2000). Torben nám prozradil, že až na detaily téměř stejně uspořádaný výcvik běží v Dánsku pod jeho vedením, a tak se stal naším prvním

supervizorem. Opřeli jsme se o jeho jistotu, že je možné v jednom týmu kombinovat a integrovat různé psychoterapeutické směry, sebezkušenostní dynamickou skupinu a výuku rodinné terapie.

Díky Torbenovi jsme nedali na varovné a kritické hlasy, které upozorňovaly, že rodinná terapie pracuje v tak odlišném paradigmatu, že není slučitelná s psychoterapeutickými směry, které se zabývají výhradně individuálním intrapsychickým procesem. Reálné postavy z pacientova/klientova okolí tam zůstávají důsledně za dveřmi ordinací. Jejich intervence do psychoterapeutického procesu se pokládají za rušivé, a proto eliminované v co největší možné míře. Přesto nám bylo jasné, že ani rodinný terapeut nebude plnohodnotně připravený ke své práci, pokud také sám na sobě nezažije pacientovu moc a bezmoc vystavený nejen systémovým silám v organizmu rodiny, jehož je součástí, ale současně také své vlastní individuální intrapsychické realitě, která více či méně autonomně do celkového zdraví rodiny samozřejmě přispívá. Je třeba si uvědomit triviální skutečnost, že ten, kdo se chystá stát rodinným terapeutem, nemůže přivést do sebezkušenostního výcviku celou svou rodinu analogicky ke studiu individuální nebo skupinové psychoterapie.

Hlavní rysy struktury programu vytvořené v roce 1997 vydržely téměř beze změn. Program poskytuje podmínky a dostatečně silné podněty pro osobnostní a profesionální zrání budoucího rodinného terapeuta. Také je vhodný pro postgraduální vzdělávání lékařů, kteří sice na systematickou psychoterapii neaspírují, nechystají se měnit své praxe v zaběhlém organizačním systému zdravotnictví, ale jsou motivováni

integrovat prvky rodinné terapie, systematické myšlení, a především vlastní osobnostní zkušenost, do běžné práce somatického lékaře nebo psychiatra. Někteří z nich by se mohli stát do hloubky poučenými a osobnostně připravenými vedoucími lékaři psychosomatických pracovišť, kterých se v našem zdravotnictví stále nedostává, aniž by sami systematickou rodinnou terapii prováděli. Ve výuce teorie a dovedností uplatňujeme vlastní vývojový koncept rodiny jako sociální dělohy a psychosomatického příznaku v rodině (Trapková & Chvála, 2004). Velkým inspirujícím zdrojem nám jsou aplikace tohoto konceptu na rozličných pracovištích somatických i psychiatrických,

pokud jej absolventi výcviku integrují do svých běžných praxí a zkušenosti s ním přinášejí do supervize.

V dalším textu opomineme formální informace, jako jsou rozsah výuky a počty hodin, podmínky přijetí, cena výcviku, apod., ty si čtenář může vyhledat (LIRTA-PS, 2005) a nejsou smyslem tohoto sdělení. Zde bychom chtěli reflektovat a diskutovat *koncept* výcviku a podat o ní zprávu odborné veřejnosti.

ORGANIZAČNÍ A ČASOVÁ STRUKTURA VÍKENDU

Prezenční část výcviku probíhá v komunitě čtyř přibližně desetičlenných uzavřených

OBRÁZEK 1: HARMONOGRAM VÝUKY

Pátek:

čas	A	D	B	C
15:30–16:00	komunita			
16:00–17:30	výuka		skupina	skupina
17:30–18:00	přestávka			
18:00–19:30	skupina	skupina	výuka	

Sobota:

čas	A	D	B	C
9:00–10:30	výuka		skupina	skupina
10:30–11:00	přestávka			
11:00–12:30	skupina	skupina	výuka	
12:30–14:30	oběd			
14:30–15:30	velká skupina			
15:30–16:00	přestávka			
16:00–17:30	výuka		skupina	skupina
17:30–18:00	přestávka			
18:00–19:30	skupina	skupina	výuka	

Neděle:

9:00–10:30	výuka		skupina	skupina
10:30–11:00	přestávka			
11:00–12:30	skupina	skupina	výuka	
12:30–12:45	přestávka			
12:45–13:45	komunita			

skupin, která se schází šestkrát do roka o víkendech po dobu čtyř let. Od čtvrtého běhu se k nim přidávají v prvních třech ročnících samostatné třídní výjezdy sebezkušenostních skupin. Po dokončení *prezenční části komplexního vzdělání v rodinné terapii* je pak nutné navázat povinnou *supervizi*, kterou si student plánuje a organizuje podle svých časových možností během dalších dvou let.

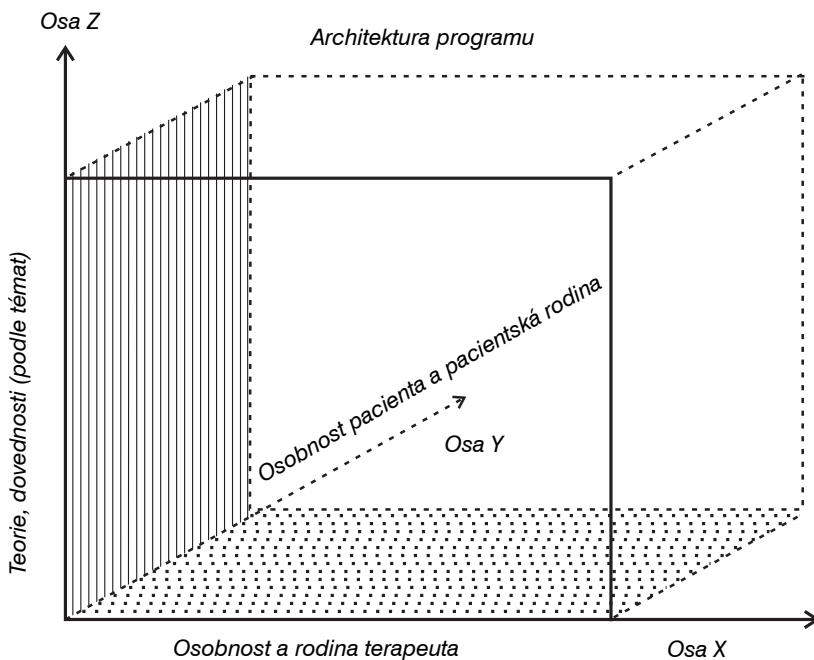
Od pátku do neděle osciluje každá malá sebezkušenostní skupina pravidelně od svého skupinového trenéra (Knop nebo Fürst) k učitelům (mužsko-ženské dvojici Chvála, Trapková) do výuky teorie a dovedností a po devadesáti minutách se vrací zase zpět. Na výuku se vždy dvě malé skupiny spojí

v jednu dvojskupinu, a pak se zase rozdělí k sebezkušenosti (obr. 1). V sobotu po obědě se schází velká skupina tvořená celou čtyřčlennou komunitou, kterou vedou společně oba skupinoví trenéři. Studenti tedy pracují během víkendu na třech úrovních skupinového procesu: v malé sebezážitekové skupině s jedním trenérem, ve výukové dvojskupině s učitelským mužsko-ženským párem a ve velké dynamicky orientované skupině, na které je přítomen celý čtyřčlenný tým vedoucích.

TROJDIMENZIONÁLNÍ CHARAKTER VÝUKY

Ve výuce sledujeme ve všech čtyřech ročnících tři dimenze zároveň a jednotlivé

OBRÁZEK 2



Osa X: Zrání osobnosti budoucího rodinného terapeuta v síti jeho rodinných vztahů

Osa Y: Praxe rodinného terapeuta s patientskou/klientskou rodinou

Osa Z: Výuka teorie rodinné terapie a dovedností rodinného terapeuta uspořádaná tematicky

ročníky se liší v důzazech na obsah jednotlivých dimenzí (obr. 2).

Víkendy jsou monotematické. V pátek začínáme po krátkém setkání celé komunity ve výukové dvoj skupině teorií na téma předem ohlášené. Paralelně běží v jiných dvou místnostech sebezkušenostní proces druhých dvou malých skupin. Po devadesátiminutovém bloku se tyto malé skupiny spojí a odcházejí do výuky, výuková se naopak rozdělí ke svým dvěma skupinovým trenérům. V sobotu navazujeme ve výuce praktickým procvičováním dovedností, kde v prvních dvou letech využíváme materiál z vlastních rodin studentů, od třetího ročníku materiálu patientských/klientských rodin. V neděli zasazujeme probranou látku do praxe studentů tak, že se směrem ke čtvrtému ročníku v nedělních cvičeních zvýrazňuje supervizní aspekt výuky. Víkendový program uzavíráme hodinovým setkáním celé komunity, které je věnováno organizačním záležitostem. Zde je třeba poznamenat, že jsme si vědomi rozdílu mezi situací těch studentů, kteří v pátek začínají sebezkušeností a v neděli končí výukou a těmi, kteří to mají naopak: V pátek vstupují nejprve do výuky a v neděli končí v sebezkušenostní skupině. Proto se skupiny i v tomto ohledu víkend od víkendu střídají. Ti co začínali sebezkušeností budou příště začínat ve výuce.

Od druhého ročníku se studenti připravují na každý víkend psaním esejí. Učitelé všechny eseje s předstihem přečtou, získají přehled o významu, pojetí a prožívání studentů v konfrontaci s daným tématem, takže pak mohou vstupovat do emočně „předehřátého“ prostoru. Zážitkově vzniká situace podobná té, která se opakuje na začátku každého sezení s rodinou. Očekávání rodiny

se propojuje s očekáváním rodinného terapeuta, který rodinu v jejím hledání provází. Skupinová trenérka eseje čtou jen podle vlastního uvážení především ve druhém ročníku, kdy zadáváme témata z rodinné a rodové anamnézy studentů. Ve třetím a čtvrtém ročníku patří práce s eseji spíše jen do výuky, která přechází od osobních témat k realitě patientských/klientských rodin. Sebezkušenostní skupiny pracují v rovině XY (viz. obr. 2), po celé čtyři roky paralelně s výukovými svým vlastním tempem. Jan Knop je svým domovským vzděláním gestalt terapeut, Aleš Fürst Pessó-Boyden. Oba psychoterapeutické směry se s rodinnou terapií podle našich zkušeností velmi dobře snášejí, skupiny jsou z hlediska vedoucích vyvážené.

METODOLOGIE A MYŠLENKOVÉ POZADÍ VÝCVIKU

V prvních dvou ročnících je rovina XY (vnitřní intimní součást procesu) preferovanou základnou nejen v sebezkušenostních, ale také ve výukových skupinách. K ní se od začátku postupně přidává dimenze Z (racionální a praktická složka). V druhých dvou ročnících postupně rovinu XY ve výukových skupinách opouštíme a preferovanou základnou se stává rovina YZ, uplatňování teorie a nácvik dovedností jsou propojovány se zkušenostmi, které studenti přinášejí ze svých pracovišť. Tak jsou vystavováni pohybu „zevnitř ven“ – z forum internum (ženský princip) do forum externum (mužský princip) (Chvála & Trapková, 2008). Podobně jako dítě zraje uvnitř forum internum rodiny a psychosociálně se „rodí“ do forum externum mimo její hranice do vnějšího světa. Na pozadí interpersonálních vztahů v komunitě (sociální úroveň

skupinového procesu), stále souběžně pokračuje individuální intrapsychický proces každého studenta (dimenze X), který do výukových skupin nepochybně „prosakuje“. A naopak výukový proces urychluje otevírání intimních často emočně silných témat. Všichni mohou ve výuce takové reakce pozorovat, ale dodržují pravidlo, že na zpracovávání osobních zážitků je místo a čas v malých skupinách. Studenti jsou tak konfrontováni s principem dynamické hranice mezi *forum internum* a *forum externum*. Tým trenérů tuto hranici pečlivě na všech úrovních tréninkového procesu reflektuje a v supervizi týmu pravidelně probírá. Je to jedna ze základních kompetencí rodinného terapeuta rozpoznávat a chránit vnější a vnitřní hranice rodiny, pečovat o jejich zdravou polopropustnost. Rodina, která má hranice buď vůči okolnímu světu rigidně uzavřené, nebo se naopak rozpadají, tvoří s vyšší pravděpodobností symptomy, jedno na které z koevolučně svázaných úrovní bio-psycho-sociálního organismu rodiny.

Jak je vidět, v takto strukturovaném vzdělávacím programu se integruje privátní a emocionální život budoucího terapeuta na straně jedné a jeho kognitivní a řemeslné dovednosti na straně druhé. Student se učí rozlišovat vlastní procesy ve své rodině od procesů v rodině patientské/klientské podobně, jako se psychoanalytik musí naučit odlišovat a reflektovat přenos od protipřenosu a ještě k tomu mít na zřeteli také psychoanalytickou teorii a praktické dovednosti práce s těmito fenomény. Střídání výukových a sebezkušnostních skupin zvyšuje „výživnost“ procesu, který probíhá obdobně spontánně v rodině. Umět jej pozorovat, reflektovat a zacházet s ním patří k základním kompetencím rodinného

terapeuta. Na druhé straně musí výuka probíhat při plném vědomí rizik, která plynou z neustálého překračování a ustanovování těchto dynamicky udržovaných psychosociálních hranic, podobně jako jsou hranice atakované a neustále se znovu nově tvoří v interakci členů rodiny. Jestliže se studentovi otevře ve výuce, kde se využívá osobní materiál, citově zraňující zážitek, má jej možnost přinést za pár minut do bezpečí malé skupiny, kde se mu dostane prostoru ke zpracování. Výjimku tvoří skupiny, které končí v neděli výukou, avšak další víkend se do této situace dostanou druhé dvě skupiny, jak vysvětlujeme na jiném místě této zprávy.

OBSAHOVÁ STAVBA VÝCVIKU

Ze zkušeností, které jsme reflektovali přímo během výukového procesu, vystávaly zásady, které od té doby respektujeme:

1. Od obecného ke speciálnímu

Externisté v prvním ročníku představují jednotlivé směry rodinné terapie tak, jak se rodinná terapie historicky od poválečných let vyvíjela ze svých původních kořenů, psychoanalýzy, sociologie a kybernetiky. Od druhého ročníku pak na externisty navazujeme svým vlastním vývojovým konceptem rodiny jako sociální dělohy (Trapková & Chvála, 2004), která není v rozporu s žádnou z předchozích historicky se vyvíjejících teorií rodinné terapie, integruje je a rozvíjí.

2. Od teorie k praxi

V prvním ročníku přidáváme k dění v malých skupinách a k teorii ve výukových skupinách praktické ukázky práce, které doplňují přednesenou látku a mají zatím jen ilustrativní

charakter. Teprve ve druhém a dalších ročnících už studenti zkoušejí aplikovat teorii a prakticky trénují práci terapeuta s rodinou.

3. Iniciování dialogu lékařů, klinických psychologů a dalších humanitně vzdělaných odborníků

Pregraduální i postgraduální výbava a jazyk biologicky vzdělaných lékařů jsou naprosto odlišné od výbavy a jazyka humanitně vzdělaných vysokoškoláků pracujících ve zdravotnictví. K propojování obou oblastí péče a vzájemnému vyladování je nezbytná důvěra a respekt z obou stran a praktická schopnost dorozumívání. Za ideální považujeme složení účastníků ve výcviku v poměru 1:1. Tento poměr se v jednotlivých cyklech měnil. V prvním se účastnili lékaři a nelékaři v poměru 2:1. Ve druhém se poměr obrátil na 1:2, ve třetím se podařilo vyvážením na té-

měř 1:1, ve čtvrtém jsme se vrátili k poměru 1:2. Ve statistice (obr.3) neuvádíme počty absolventů celého komplexního programu včetně supervize, kteří splňují tuto podmínku ke složení zkoušky ze systematické psychoterapie. Není jich většina. Ukazuje se totiž, že především lékařů, kteří obsáhnou obojí, medicínu i komplexní vzdělání v systematické psychoterapii, bude vždy menšina. Směřovat bychom měli k vytváření týmů s poučenou komunikací mezi zástupci různých oborů (obr. 3).

4. Zvnějšku dovnitř a zevnitř ven

Studenti jsou vedeni nejprve k tomu, aby se postupně *ponořovali do procesu* ve všech modalitách, mezi kterými během výcviku oscilují (malé sebezkušenostní skupiny, výukové dvojskupiny, velká skupina celé komunity, psaní esejí). Ve výukových sku-

OBRÁZEK 3: STATISTIKA

	1. běh 1997			2. běh 2000			3. běh 2004			4. běh 2009		
přijato	M+F	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F
lékařů	25	7	18	11	5	6	18	2	16	13	3	10
psychologů	9	2	7	18	0	18	14	4	10	19	6	13
ostatní	3	1	2	9	5	4	8	7	1	10	7	3
celkem	37	10	27	38	10	28	40	13	27	42	16	26
ukončili	prezenční část studia											
lékařů	21	6	15	8	4	4	17	2	15	10	2	8
psychologů	7	2	5	18	0	18	14	4	10	18	5	13
ostatní	3	1	2	6	2	4	6	5	1	9	6	3
celkem	31	9	22	32	6	26	37	11	26	37	13	24
odstoupili												
lékařů	4	1	3	3	1	2	1	0	1	3	1	2
psychologů	2	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0
ostatní	0	0	0	3	3	0	2	2	0	1	1	0
celkem	6	1	5	6	4	2	3	2	1	5	3	2

pinách právě z tohoto důvodu nepřednášejí obecnou teorii rodinné terapie hned v prvním ročníku interní učitelé, ale externisté (Balcar, Skorunka). Teprve od druhého ročníku postupujeme „dovnitř“ ke speciální rodinné terapii, vyučujeme koncept rodiny jako sociální dělohy. V další fázi výcviku se ustavuje poměrně stabilní pracovní společenství, zvyšuje se koheze, bezpečí je vysoce sledovaným faktorem. Začínáme pozorovat systémové síly uvnitř systému celé komunity, o kterých zároveň v teoretických a v nácvikových hodinách vyučujeme. Obvykle někdy kolem poloviny výcviku, nejpozději v průběhu třetího ročníku se začínají ozývat první „poslíčky“, anticipace konce výcviku. *Téma separace* se neobjevuje jen v sebezkušenostních skupinách, ale opakovaně se stává obecně teoreticky i prakticky reflektovaným tématem ve výukových skupinách. Studenti jsou vystavováni explicitně i implicitně otázkám na vlastní separační proces z primárních rodin, později si všímají separačních sil v rodinách patientských/klientských, a nakonec prožívají separaci ve skupinovém procesu při ukončování výcviku. Všechny tyto vrstvy studentovy reality jsou koevolučně svázané, systémově se na sebe navzájem vyladují.

5. Sekvence: Osobnost a rodina terapeuta – rodina pacienta – místo pomáhajících profesí v organizaci zdravotnictví, případně v dalších rezortech

Pátá zásada se týká pohybu „zevnitř ven“. Pozornost se přenáší od *vztahu* frekvenciant – trenér ve skupině přes reflexi *vztahu* budoucí rodinný terapeut – pacient/klient a jeho rodina až k procesu hledání místa, jaké má a může mít absolvent výcviku v systému organizace, kde je zaměstnán. Pro naše stu-

denty, zejména lékaře, není snadné vnášet nové paradigma (Bateson, 1988), naprosto jiný způsob myšlení a zacházení s nemocí, do zavedené hierarchie zdravotnických zařízení orientovaných téměř výhradně na jedince a integrovat psychosomatický přístup do jejich dosavadní praxe.

FORMÁLNÍ KOMPETENCE ABSOLVENTA

1. Absolvent pracující ve zdravotnictví, který splnil všechny požadavky Komplexního vzdělávacího programu a prokázal znalosti, dovednosti a schopnosti potřebné pro práci rodinného a systemického terapeuta, je oprávněn hlásit se do Certifikovaného kurzu MZ ČR pro získání zvláštní odborné způsobilosti v systematické psychoterapii.

2. Po složení zkoušky může být zařazen do seznamu certifikovaných rodinných a systemických terapeutů.

3. Absolvent pracující mimo zdravotnictví v ostatních pomáhajících profesích, je oprávněn uplatňovat potvrzení Institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny o absolutoriu u svých zaměstnavatelů nebo na živnostenských úřadech. Může žádat o zařazení do seznamu rodinných terapeutů Společnosti rodinných terapeutů SOFT.

OBECNÉ KOMPETENCE ABSOLVENTA

Absolvent libereckého Výcviku v rodinné psychoterapii psychosomatických poruch je vybaven kompetencemi v souladu s Klíčovými kompetencemi evropského psychoterapeuta EAP z roku 2013. (www.cps.cz)

SPECIÁLNÍ KOMPETENCE ABSOLVENTA

1. Schopnost navázat vztah s rodinou. Na rozdíl od individuálního vztahu to zna-

mená, že rodinný terapeut prokazuje dovednost tzv. „stranění všem“ ve prospěch vztahů členů rodiny mezi sebou. To znamená, že se primárně nevztahuje k jednotlivým členům rodiny, ale ke vztahům mezi nimi. Vztahuje se ke vztahům. Myslí i na nepřítomné členy a umí je pro práci se systémem – organizmem celé rodiny získávat.

2. Umí pracovat s nástroji všech směrů rodinné terapie tak, jak se historicky vyvíjely, včetně vývojového konceptu rodiny jako sociální dělohy. Respektuje cirkulární kauzalitu, osvojil si kontraktování, cirkulární dotazování, hypotetizování, umí zasadit psychosomatický příznak do kontextu generově a transgeneračně chápaného vývoje rodiny a rodu. Je obeznámen s prací s přenosem a protipřenosem mezi členy rodiny i terapeutem.

3. Pracuje s dynamickou diagnózou rodiny, umí identifikovat systémové vlastnosti a rodině zprostředkovávat jejich význam pro udržování chronického příznaku.

4. Zastává neexpertní pozici terapeuta v tom smyslu, že je odborníkem na proces terapie, nikoli však na způsob života rodiny. Vytváří bezpečné prostředí pro otevřený dialog mezi členy rodiny.

5. V neposlední řadě je oprávněn uplatňovat systemické myšlení a dovednosti i v jiných systémech než je rodina, všude tam, kde řešení problémů vyžaduje práci s kontextem – např. v pracovních týmech.

Tyto kompetence prokazují studenti trojím způsobem. Za prvé průběžně v tréninkových situacích, ve kterých se střídají na „terapeutické židli“. Vypracovali jsme speciální metodu pro nácvik práce s fiktivní rodinou odlišnou od tradičního poněkud umělého hraní rolí. Libovolný počet studen-

tů, obvykle tři až šest, dostane jednoduchou instrukci, že jsou rodina. Není stanoveno, kdo je kdo. Teprve otázkami „terapeuta“, tedy v jazyce, se cvičná rodina začne uskutečňovat. Student na „terapeutické židli“ nacvičuje práci s rodinou, protagonisté – „členové rodiny“ zažívají fenomén povstávání rolí v rodině pod vlivem dobře kladených otázek, sami na sobě pocítují tlaky a tahy systémových sil rodiny. Pro všechny bývá překvapivé, jak silné autentické emoce taková cvičná rodina vzbuzuje. Za druhé, studenti vypracují závěrečnou kazuistiku, kterou učitelé hodnotí podle předem stanovených bodově oceněných kritérií. Za třetí, studenti prokazují úroveň zvládnutí předepsaných kompetencí rodinného terapeuta v povinných 100 hodinách supervize a supervizor rozhodne, zda je supervizant připraven ukončit komplexní program a může žádat SOFT o certifikát rodinného terapeuta.

DISKUSE

Vzdělávací program Výevik v rodinné terapii psychosomatických poruch propojil výuku teorie a dovedností rodinné terapie se sebezkušeností v malých dynamicky orientovaných skupinách. Do té doby nebyla u nás s takovým typem výcviku žádná zkušenost. Podporu jsme dostali z Dánska od dětského psychiatra a rodinného terapeuta Torbena Marnera, který podobný výevik ve své zemi před lety zaváděl, a který se ujal supervize našich prvních dvou cyklů (Marner, 2000).

Na druhé straně jsme brali vážně varovné a kritické hlasy, že se budou různé psycho-terapeutické směry v jednom týmu trenérů navzájem kontaminovat a rušit. V původním týmu vedli sebezkušenostní skupiny

J. Knop vycvičený v gestalt psychoterapii a M. Zemanová, tehdy v psychoanalytické cvičné terapii. Skupiny v prvním běhu nebyly vyvážené tak, jak bychom si přáli, dvě skupiny vedl muž a dvě žena. Zvažovali jsme opakovaně možnost, že by se tým rozšířil o dva trenéry tak, aby nejen výukové, ale i sebezkušenostní skupiny vedly mužsko-ženské dvojice. Nejprve jsme tuto variantu zavrhovali proto, aby se neúměrně nezvýšila cena výcviku, později už si vedoucí malých skupin tak osvojili svou práci, že nápad rozšířit tým zanikl. Ve druhém a třetím cyklu na místo Zemanové nastoupil E. Panovský, gestalt terapeut stejně jako Knop. Po jeho odchodu do důchodu ho vyměnil A. Fürst. Jeho vzdělání v Pesso-Boyden psychoterapii je rodinné terapii také, podobně jako gestalt terapie, velmi blízké. Všechny tři terapeutické mody se v týmu dobře snášejí. Na místě supervizora týmu se po Torbenovi Marnerovi vystřídali ve třetím cyklu K. Balcar a ve čtvrtém a pátém A. Paloušová.

Supervize týmu pomáhala v každém cyklu objevit a řešit určité dominantní téma:

1. běh (1997–2000): Projasnila se a zpevnila hranice mezi trenéry, „terapeuty“ (vedoucími sebezkušenostních skupin) a učiteli (vedoucími výuky teorie a dovedností).

2. běh (2000–2004): Pod vlivem práce s klinickými rodinami jsme propracovávali metaforu rodiny jako sociální dělohy, čerstvé zkušenosti jsme předávali studentům, vyšla kniha Trapková, L., Chvála, V.: Rodinná terapie psychosomatických poruch, Portál 2004.

3. běh (2004–2008): Dozrávalo téma vyvažování mužsko-ženského principu v rodině, které jsme také hned zařazovali do výuky, vyšla kniha Chvála, V., Trapko-

vá, L.: Rodinná terapie a teorie jin-jangu, Portál, 2008.

4. běh (2009–2012): Zvážili jsme fakt, že počet hodin v sebezkušenostních skupinách byl významně nižší než v dynamických skupinových výcvikových programech. Zvláště skupinová vedoucí to pocítovali jako handicap. J. Knop proto navrhl rozšíření celkového počtu hodin o tři třídní výjezdy, v prvním, druhém a třetím ročníku. Koheze tak začala vznikat v malých skupinách dřív a zvýraznila se jejich identita. Tím se také stala vnitrovýcviková hranice mezi malými a výukovými skupinami jasnější. V teorii jsme začali promýšlet další aspekt pohledu na rodinu, téma vrozených a získaných vztahů v rodině.

5. běh (2013–2017): Specifické dominantní téma se teprve vynořuje. Promýšlíme vývojové tendence celého vzdělávacího programu, odkud kam jdeme, s jakými riziky jsme se učili vyrovnávat. Práce s hranicemi na více úrovních se stala tou nejobtížnější a také nejužitečnější. Spontánní překračování hranic sloužilo k jejich identifikaci a k propracování strategií, jak je udržovat dostatečně pevné a jasné a současně užitečně propustné tak, jak se to děje ve zdravě strukturované rodině. Ukázalo se, že pohyb mezi výukovou skupinou a malou sebezkušenostní skupinou je pro studenta velkou příležitostí, jak si osvojovat klíčovou dovednost rodinného terapeuta, práci s hranicemi. Student sám na sobě zažívá systémové vlastnosti živého organismu, kterým se komunita během čtyř výcvikových let stává. Jakmile se je naučí rozpoznávat a reflektovat, je připraven využívat je v terapii rodin svých pacientů/klientů. S téměř dvacetiletým odstupem musíme konstatovat, že už si nedovedeme

představit odtržení jednotlivých složek, teorie, sebezkušenosti a nácviku dovedností od sebe. Chystáme další změnu oproti předchozímu běhu: doposud studenti odevzdávali závěrečnou kazuistiku už po ukončení prezenční části výcviku. Prospěšnější bude odložit tuto povinnost až po absolvování povinných 100 hodin následné supervize, kdy je student mnohem zralejší a zkušenější reflektovat svou práci. Komplexní program ukončí závěrečnou obhajobou.

Klademe si otázku, do jaké míry vzdělávat somatické lékaře v systematické psychoterapii. Zda není mezi motivovanými lékaři dnes větší poptávka po kratším, méně náročném studiu, které by do určité míry proměňovalo jejich odborné praxe. Sami by neprováděli systematickou psychoterapii, ale uměli by ji v indikovaných případech doporučovat. Po zavedení lékařského nástavbového oboru psychosomatika novelou vyhlášky č.185/2009 Sb. z roku 2015 vznikl pro tyto lékaře nový prostor pro vzdělávání v psychosomatice, které je méně náročné a podstatně kratší než vzdělání v systematické psychoterapii. Omezením počtu lékařů ve výcviku bychom však oslabovali jeho kvalitu, možnosti vyváženého dialogu mezi lékařskými a nelékařskými obory přímo ve výuce. V každém případě bychom se však chtěli zaměřovat na vytváření a podporu týmů, ve kterých by si jednotliví odborníci ponechávali svou základní profesionální identitu a měli by jasně rozdělené kompetence pro individualizovanou práci s psychosomatickými pacienty. Vybavení systemickou teorií je přitom neocenitelnou výhodou, neboť také týmy jsou živými systémy, ve kterých může mít reflektování systémových vlastností zásadní vliv na výkonnost a kvalitu léčby.

NA ZÁVĚR

Zprávu uveřejňujeme tři roky poté, co byly v časopise Psychoterapie publikovány výsledky kvalitativního výzkumu pod názvem „Integrace v českých psychoterapeutických výcvicích“ (Řiháček & Koutná Kostínková, 2012). Jistě by stálo za to promyslet, jak koresponduje náš vnitřně konzistentní a didakticky propracovaný systém výuky rodinné terapie psychosomatických poruch se závěry výzkumu. Řiháček a Koutná Kostínková přispívají k tak potřebnému propojování praktické oblasti psychoterapie a somatické medicíny s univerzitní platformou.

LITERATURA:

- Bateson, G. (1988). *Mind and Nature: Necessary Unity*. New York: Bantam Book.
- Chvála, V. (1995). Časová osa – nový pohled na psychosociální souvislosti. *Kontext, XI*, č. 2., stránky str. 26–31.
- Chvála, V., & Trapková, L. (2008). *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál.
- Chvála, V., Trapková, L., & Skorunka, D. (5. May 2012). Social Uterus: A Developmental Concept in Family. *Contemp Fam Ther*, stránky 293–312.
- LIRTAPS/Výcvik rodinné terapie psychosomatických poruch. <http://www.lirtaps.cz/akce/vyevvik-v-rt/>
- Marner, T. (2000). *Letters to Children in Family Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Minuchin, S. (1977). *Familie und Familientherapie*. Freiburg: Lambertus.
- Řiháček, T., & Koutná Kostínková, J. (3–4 2012). Integrace v českých psychoterapeutických výcvicích. *Psychoterapie*, stránky 162–174.
- Trapková, L., & Chvála, V. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
- Tress, W., Krusse, J., & Ott, J. (2004). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.

PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny (LIRTAPS), trapkova@mybox.cz; Vystudovala FTVS UK (obor tělesná výchova-matematika) později též FF UK (jednooborovou psychologii). Pracuje jako klinická psycholožka, psychoterapeutka a supervizořka v Praze a Liberci.

MUDr. Vladislav Chvála, Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny (LIRTAPS), chvala@sktlib.cz; Vystudoval FVL v Hradci Králové, pracoval jako porodník a gynekolog. Od r.1989 působí jako rodinný terapeut a supervizor ve Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci (www.skt.cz), kde je vedoucím.

PhDr. L. Trapková a MUDr. V. Chvála vyučují rodinnou terapii v Institutu rodinné terapie psychosomatických poruch v Liberci (www.lirtaps.cz). Společně napsali knihy Rodinná terapie psychosomatických poruch s podtitulem Rodina jako sociální děloha (Portál, 2004), Rodinná terapie a teorie jin-jangu (Portál 2008) a rozhovor s tazatelkou Mgr. Pavlou Louckou Žena a muž v rodině (Vyšehrad, 2014).

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 7. 12. 2015. Revidované znění došlo 29. 3. 2016, k publikaci přijato 4. 4. 2016.

MOŽNOSTI OBOHACENÍ VÝCVIKOVÉ PRAXE POMOCÍ VÝZKUMU

Possibilities to enhance training practice through research

Tomáš Řiháček^a, Leoš Zatloukal^b

^a Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno, CZ; e-mail: tomas.rihacek@gmail.com

^b Univerzita Palackého, Dalet, Olomouc, CZ; e-mail: leos.zatloukal@dalet.cz

Psychoterapie. 10 (2), 140–150; ISSN 1802-3983

Tato studie vznikla za podpory specifického vysokoškolského výzkumu, projekt č. MUNI/A/1007/2015, kterou poskytlo MŠMT.

ABSTRAKT

Přestože je při obhajobě psychoterapie často zdůrazňován její vědecký základ, ve výcvikové praxi je tento aspekt často opomíjen. Tento text prozkoumává možnosti integrace výzkumných poznatků a postupů do psychotherapeutických výcviků (a do vzdělávání psychotherapeutů obecně) v sedmi oblastech: (1) znalost soudobé empirické báze psychoterapie, (2) formulace případu a plánování terapeutického postupu s využitím výzkumných poznatků, (3) využívání zpětné vazby o klientově pokroku v terapii, (4) provádění metodologicky kvalitních případových studií, (5) aktivní zapojení se do větších výzkumných projektů, (6) znalost zákonitostí profesního vývoje terapeutů a (7) výzkum samotného výcvikového procesu.

Klíčová slova: Výzkum, výcvik v psychoterapii, propojování výzkumu a praxe

ABSTRACT

Although psychotherapy is claimed to be scientifically based, this aspect is often neglected in psychotherapy training. This

text explores possibilities of integrating research findings and procedures into psychotherapy trainings (and into the education of psychotherapists in general) in seven areas: (1) the knowledge of the contemporary empirical base of psychotherapy, (2) case formulation and intervention planning using research findings, (3) the use of feedback on clients' progress in therapy, (4) conducting high-quality case studies, (5) trainees' active involvement in large-scale research projects, (6) the knowledge of findings on therapist professional development, and (7) research on the training process itself.

Key words: Research, psychotherapy training, bridging research and practice

Psychoterapie bývá často popisována jako spojení vědy a umění. Systematická propracovanost, disciplína a podloženost výzkumy se pojí s osobním talentem terapeuta, jeho přirozenými dovednostmi a tvořivostí (např. Cummings a Cummings, 2000; Vybíral a Roubal, 2010). I po zhruba devadesátileté historii psychotherapeutického výzkumu¹ lze však konstatovat, že ve vzdělávání terapeutů je v našem prostře-

¹ Počátky systematického výzkumu psychoterapie se datují do dvacátých let 20. století (Orlinsky, Rønnestad a Willutzki, 2004).

dí důraz kladen téměř výhradně na tradiční (a tradicí předávané) terapeutické školy, klinickou zkušenost a kultivaci terapeutické intuice. Výzkumu v jeho různých podobách se však až na výjimky pozornosti téměř nedostává.

Jedním z důvodů je pravděpodobně velká volnost, kterou mají čeští terapeuti ve volbě postupů a metod, spojená s absencí tlaku zdravotních pojišťoven a zřizovatelů sociálních služeb na dokládání účinnosti terapeutických intervencí. Dalším důvodem je zřejmě tradiční rozštěpení mezi výzkumem a praxí: zatímco badatelé si stěžují, že praktické jejich studie nečtou a nevyužívají, praktické zase badatelům (mnohdy právem) vytýkají nesrozumitelnost jejich článků a obtížnou převoditelnost výsledků výzkumu do praxe (Cooper, 2008). Často se pak mluví o „propasti“ mezi praxí a výzkumem (*practice-research gap*, Lebow, 2006). Má-li mít výzkum reálný dopad na terapeutickou praxi, je nezbytné hledat cesty jak toto rozštěpení překlenout. Jednou z možností je integrovat různé aspekty výzkumu do psychoterapeutických výcviků a vzdělávat tak generaci terapeutů, kteří sami budou výzkumně gramotní, budou mít o výzkum aktivní zájem a zároveň budou formulovat otázky blízké praxi a budou usilovat o výzkum, který bude pro praxi relevantní a obohacující.

V tomto textu přinášíme několik námětů, jak lze integrovat výzkum do stávající výcvikové praxe. Tyto náměty byly formulovány na základě soudobé výzkumné literatury a aktuálních výzkumných trendů a jsou výběrem možností, které sami vnímáme jako smysluplné a užitečné. Text poskytuje širokou paletu námětů, které směřují k rozvíjení tří okruhů profesních kompetencí: jsou to jednak znalosti o výzkumu a jeho metodolo-

gii (body 1 a 6), dovednosti a zkušenosti spojené se samotnou výzkumnou praxí (body 5 a 7) a dovednosti týkající se propojování výzkumu a praxe (body 2, 3 a 4).

(1) ZNALOST SOUDOBÉ EMPIRICKÉ BÁZE PSYCHOTERAPIE

Studenti by měli být během výcviku nebo již během pregraduálního studia seznámeni se základními výzkumnými poznatky o psychoterapii. Mezi ně patří např. obecná míra efektivity psychoterapie, vztah délky terapie a její účinnosti, riziko deterioračního efektu, metaanalýzy srovnávající účinnost různých terapeutických přístupů nebo znalost společných účinných faktorů a transteoretických principů změny. Dále sem patří znalost významných proměnných, které spoluurčují výsledný efekt terapie: jedná se jak o proměnné na straně klienta (např. důležitost motivace, očekávání, klientovy připravenosti na změnu či role různých osobnostních charakteristik), tak o proměnné na straně terapeuta (např. míra direktivity, podpůrný vs. konfrontační styl, role sebeodhalení ad.) a proměnné týkající se terapeutického vztahu a procesu (zejm. empatie, akceptace a kongruence, pracovní spojenectví a jeho „ruptury“ a tzv. responzivita).

Součástí znalostní výbavy studentů by měly být poznatky o empirické bázi přístupu, který studují. Jednotlivé terapeutické přístupy se značně liší ve své výzkumné podloženosti. Je proto užitečné seznámit se s tím, jaké oblasti aplikace daného přístupu již byly zkoumány a kde zatím dostatek výzkumů chybí. Studenti sami se tak mohou stát iniciátory dalších výzkumných studií a přispět k pokrývání pomyslné „mapy“ poznatků. V neposlední řadě mohou být

terapeutům užitečné poznatky z aplikační oblasti, v níž se pohybují (např. terapie dětí, párová a rodinná terapie, práce s klienty s adiktologickou problematikou či s psychotickými potížemi, kombinace psychoterapie s medikací apod.), a to nejen v rámci jejich vlastního přístupu, ale i v jiných přístupech.

Orientace ve výzkumných zprávách s sebou nese také nutnost orientovat se alespoň základním způsobem v metodologii psychoterapeutického výzkumu (McLeod, 1999). Znalost předností a limitů různých výzkumných designů, jež se ve výzkumné praxi používají, terapeutům pomůže adekvátně interpretovat výzkumná zjištění a nepřeceňovat význam jednotlivých studií, které mohou být zatíženy řadou metodologických chyb a omezení. Jako užitečné se nám např. jeví znát metodologické problémy tzv. znáhodňovaných klinických zkoušek (*randomized clinical trials*, RCT) převzatých z farmakologického výzkumu.

Základními studijními zdroji v češtině mohou být zejm. Timulák (2005), Vymětal (2004), Vybíral a Timulák (2010) a Kratochvíl (2012), a dále pak např. Cain a Seeman (2006a, 2006b). V anglickém jazyce je čtenářsky velmi přístupná kniha Micka Coopera (Cooper, 2008) shrnující základní poznatky z výzkumu psychoterapie a poradenství a také kniha Jaye Lebowy (Lebow, 2006) přinášející náměty na výzkum, který mohou terapeuti aplikovat ve své praxi. Základním zdrojem je pak periodicky vydávaný *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (poslední dvě vydání viz Lambert, 2004, 2013). Mezi další významné zdroje patří např. *The Heart & Soul of Change* (Duncan, Miller, Wampold a Hubble, 2010), *Psychotherapy Relationships that Work* (Norcross, 2011) nebo *Principles of Therapeutic*

Change that Work (Castonguay a Beutler, 2006). Oblastí, která prozatím není v centru pozornosti, ale jistě k němu míří, je aplikace neurovědeckých poznatků v terapeutickém procesu (Cozolino, 2014; Tryon, 2014; viz také tematické číslo čas. Psychoterapie 2014/2). Studenti mohou být v rámci vzdělávacích programů (VŠ studium, výcvik) vedeni k vyhledávání zajímavých studií, které sami považují za přínosné pro svou praxi. Řada studií je již volně přístupná na internetu nebo jsou dosažitelné přes portály jako je např. ResearchGate.

Věříme, že tyto znalosti nebudou mít jen efekt vzdělávací, ale podpoří též sebedůvěru studentů, pomohou vytvářet realistickou představu o terapeutické profesi a budou pěstovat též pokoru – např. vůči limitům psychoterapie, vůči jiným přístupům nebo vůči tomu, v jaké míře k efektu terapie přispívají sami klienti. Za důležité ovšem považujeme nepřijímat poznatky slepě, ale konfrontovat je se svou narůstající profesní zkušeností. Jakkoli věříme, že empirický výzkum pomáhá zkvalitňovat každodenní terapeutickou praxi, měl by být pouze jedním ze zdrojů pro rozhodnutí, která terapeuti ve své praxi dělají. Základními zdroji i nadále zůstává znalost psychoterapeutických teorií a terapeutova praktická zkušenost, stejně jako reflexe prováděná v rámci supervizí a intervizí. Ztotožňujeme se v tomto ohledu s Cooperovým (2008) pojetím tzv. výzkumem informované psychoterapie.

(2) FORMULACE PŘÍPADU A PLÁNOVÁNÍ TERAPEUTICKÉHO POSTUPU S VYUŽITÍM VÝZKUMNÝCH POZNATKŮ

V západním světě se při výuce psychoterapie prosazuje koncept formulace případu

(Eells, 2007; Ingram, 2006; u nás k tomuto tématu viz Čevelíček, Hytych a Roubal, 2013; Čevelíček, Roubal a Hytych, 2014). Formulaci případu lze, jednoduše řečeno, chápat jako vytvoření určité jádrové hypotézy, která pojmenovává klientovy potíže či potřeby, vysvětluje původ klientových potíží a propojuje je s vhodnými intervencemi. Lze předpokládat, že jsou-li studenti ve výcviku systematicky vedeni k explicitní formulaci případu, rozvíjejí tím svou dovednost strukturovaně přemýšlet o svých případech, brát v potaz různé (často i protirečící si) zdroje informací, učí se přehodnocovat své porozumění a také teoreticky zakotvovat své intervence.

Studenti při formulaci případů nemusejí brát v potaz jen své klinické pozorování, zkušenosti a teoretické znalosti, ale mohou se učit systematicky pracovat také s výzkumnou literaturou. Mohou si např. vyhledat výzkumy týkající se efektivity svého přístupu při práci s daným problémem či poruchou, případně mohou ve výzkumné literatuře hledat informaci o tom, jaká modifikace jejich přístupu by eventuálně mohla zvýšit pravděpodobnost úspěšné terapie, přičemž je potřeba brát v potaz jak „technické“, tak i vztahové aspekty terapeutického přístupu (Norcross, 2011). Užitečné je také vědět, jak mohou osobní charakteristiky klientů „interagovat“ s terapeutickým přístupem: např. u klientů s introspektivními sklony je vhodnější terapie zaměřená na vhled, zatímco u impulzivních či agresivních klientů je účinnější spíše terapie zaměřená na symptomy (Beutler, Harwood, Alimohamed a Malik, 2002). Výzkumné závěry týkající se interakcí různých charakteristik na straně klienta a na straně terapeutického postupu shrnují

Beutler a Harwood (2000) ve své tzv. preskriptivní psychoterapii. Jejich znalost pak terapeutům může pomoci lépe „šít terapii na míru“ konkrétnímu klientovi a může se stát základem pro asimilativní integraci přístupů (Řiháček a Zatloukal, 2012).

Dalším zdrojem informací a inspirace mohou být publikované případové studie, které dokumentují proces a výsledek terapie s konkrétním klientem. Existují časopisy, které se specializují na publikování případových studií, např. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* (dostupný online, <http://pcsp.libraries.rutgers.edu/index.php/pcsp>) nebo *Clinical Case Studies*, jiné tématu případových studií věnovaly speciální čísla, např. *Counselling and Psychotherapy Research* (2011, č. 1) a *Person-Centered & Experiential Psychotherapies* (2014, č. 2). Vznikají také internetové databáze případových studií, např. *Single Case Archive* (databáze psychoanalytických případových studií, <http://www.singlecasearchive.com/>). Další podobné databáze zmiňují Iwakabe a Gazzola (2009).

(3) VYUŽÍVÁNÍ ZPĚTNÉ VAZBY O KLIENTOVĚ POKROKU V TERAPII

Jedním z nejnovějších trendů ve výzkumu psychoterapie je zkoumání tzv. terapie informované zpětnou vazbou (*feedback-informed therapy*), kdy terapeut (a někdy i klient) průběžně dostávají standardizované informace o klientově pokroku. Přestože se naprostá většina terapeutů domnívá, že používání nástrojů měřících účinek psychoterapie je ztrátou času (Garland, Kruse a Aarons, 2003), ukazuje se, že zpětná vazba s použitím těchto nástrojů může mít na účinek psychoterapie pozitivní vliv.

Zejména bylo prokázáno, že zpětná vazba omezuje riziko klientova zhoršení či předčasného ukončení terapie (Lambert et al., 2003; Shimokawa, Lambert a Smart, 2010). Ukazuje se však, že u dlouhodobějších terapií může zpětná vazba dokonce mírně zvyšovat účinek terapie (De Jong et al., 2014). Efekt zpětné vazby byl prokázán též v párové terapii (Anker, Duncan a Sparks, 2009) či v práci s mladistvými (Dougals et al., 2015). Sledování výsledků a průběhu terapie lze tedy samo o sobě pokládat za poměrně významný účinný faktor.

Základem monitorování pokroku v terapii je pravidelná administrace některého z nástrojů určených k měření účinku terapie. Těchto nástrojů existuje celá řada, u nás jsou dostupné autorizované překlady několika nástrojů. Jedním z nich je *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure* (CORE-OM, Evans et al., 2000), 34 položkový dotazník se čtyřmi subškálami mapujícími subjektivní pohodu, problémy/symptomy, fungování v životě a rizikové chování. Druhým je *Outcome Rating Scale* (ORS, Duncan, 2012; Miller, Duncan, Sorrell a Brown, 2005), velmi krátký, čtyř-položkový nástroj, který má ve srovnání s CORE-OM sice o něco slabší psychometrické charakteristiky, ale díky své krátkosti je v praxi snadněji aplikovatelný. Třetím nástrojem je *Systemic CORE* (SCORE, Stratton, Bland, Janes a Lask, 2010), který ve zkrácené verzi obsahuje 15 položek a je určen pro sledování změny v rodinných systémech. V současné době probíhá validizační studie, jejímž cílem je ověřit psychometrické vlastnosti českých verzí těchto dotazníků. V západním světě se pro administraci a vyhodnocení těchto nástrojů běžně používají softwarové sys-

témy (Řiháček a Juhová, 2016), nástroje však lze poměrně dobře používat i bez nich. Kromě těchto standardizovaných nástrojů je možné využít též nástroje, v nichž si klient sám formuluje své potíže, jejichž intenzita se poté v průběhu terapie měří, např. *Personal Questionnaire* (Elliott, Mack a Shapiro, 1999) nebo *Psychlops* (Ashworth et al., 2005).

Kromě sledování účinku terapie je možné sledovat též vývoj tzv. pracovního spojení mezi terapeutem a klientem (*working alliance*), které zahrnuje většinou tři aspekty: dohodu na cílech terapie, dohodu na metodách a emoční vazbu mezi klientem a terapeutem (Bordin, 1979). Metaanalytické studie ukazují, že pracovní spojení je stabilním prediktorem účinku terapie napříč mnoha studii (např. Horvath, Del Re, Flückiger a Symonds, 2011) a že napravování tzv. vztahových trhlin (*alliance ruptures*) má pozitivní vztah k výsledku terapie (Safran, Muran a Eubanks-Carter, 2011). Podobně jako u terapeutického účinku, i zde existuje celá řada měřicích nástrojů. U nás jsou dostupné autorizované překlady dvou z nich: *Working Alliance Inventory* (WAI-SR, Hatcher a Gillaspay, 2006) a *Session Rating Scale* (SRS, Duncan, 2012; Miller, Duncan, Sorrell a Brown, 2005). V současné době probíhá jejich validizace.

Studenti terapeutických výcviků by měli mít povědomí o existenci těchto nástrojů a možnostech jejich integrace do běžné praxe. Považujeme za užitečné, aby měli možnost aktivně si vyzkoušet aplikaci některého z těchto nástrojů a blíže se seznámit s výhodami a nevýhodami jeho využívání v praxi. Ke správnému interpretaci údajů získávaných pomocí těchto nástrojů je nutné znát též koncept klinicky významné

a statisticky spolehlivé změny (Jacobson a Truax, 1991), případně koncept tzv. velikosti účinku (např. Seidel, Miller a Chow, 2014).

(4) PROVÁDĚNÍ METODOLOGICKY KVALITNÍCH PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ

Případové studie mají nezastupitelnou úlohu nejen ve výzkumu psychoterapie, ale i v samotném vývoji psychoterapie jako oboru. Vznikaly už od dob Freudových a pomáhaly utvářet teoretická východiska psychoterapie, dokládat její účinnost a ilustrovat principy terapeutického působení (McLeod, 2010). Pro nezastupitelnou roli případových studií v terapeutickém výcviku argumentují Mackrill a Iwakabe (2013). V řadě výcviků studenti píšou jednu či více kazuistik, v nichž mají zdokumentovat některý ze svých terapeutických případů. S využitím výše uvedených bodů je možné takovou kazuistiku metodologicky „pozvednout“ na úroveň systematické případové studie.

Existuje mnoho typů případových studií (viz např. Fishman, 1999; Iwakabe a Gazzola, 2009; McLeod, 2010), které se liší svými postupy a cíli. Všem je však společné zkoumání terapeutického procesu a výsledku v jeho přirozeném kontextu a s využitím více zdrojů dat a několika různých úhlů pohledu (Stake, 1995; Yin, 2003), díky čemuž jsou případové studie ze všech výzkumných metod nejbližší běžné terapeutické praxi. Kvalitní případová studie nabízí čtenáři dostatek informací, aby mohl kriticky sledovat, o co výzkumník své závěry opírá, a také aby si mohl vytvářet vlastní závěry. Systematickým způsobem popisuje změny klienta v čase, zabývá se alternativními interpretacemi dat a poskytuje informace

o možných zdrojích předpokladů a „zkreslení“ u samotného studenta/výzkumníka. V ideálním případě může zahrnovat i klientův pohled na terapii a interpretaci dat. Měla by přitom využít standardizovaný formát pro usnadnění případného porovnávání a metaanalýz (McLeod, 2010).

V rámci výcviku by pak taková případová studie mohla jako minimum zahrnovat (a) nahrávání jednotlivých sezení (nahrávky studentovi umožní vrátit se k zajímavým či kritickým místům a podrobněji je analyzovat), (b) průběžně aktualizovanou formulaci případu, (c) použití standardizovaných nástrojů k zachycení terapeutické změny, případně též pracovního spojení, (d) rozhovor s klientem po ukončení terapie, zaměřený na reflexi celé terapie a jejího přínosu pro klienta² (např. *Client Change Interview*, Elliott a Rodgers, 2008, nebo *Change After Psychotherapy*, Sandell, 1997). Struktura případové studie by pak mohla odpovídat principům tzv. pragmatické případové studie (Fishman, 2005). Zkušenější výzkumníci mohou využít i další formáty, jako např. případovou studii zaměřenou na rozvíjení teorie (Stiles, 2007), hermeneutickou jednopřípadovou studii účinku terapie (Elliott, 2002) či narativní případovou studii zachycující fenomenologickou zkušenost aktérů (McLeod, 2010).

Výsledkem takové práce zdaleka nebude jen kultivace publikačních dovedností, ale především rozvinutí schopnosti uvažovat

² Z metodologických i etických důvodů je nutné, aby tento rozhovor vedl někdo jiný než klientův terapeut. V rámci výcviku si tuto službu mohou studenti poskytnout navzájem: student v roli výzkumníka může vést rozhovor s klientem jiného studenta a poté pro něj na základě rozhovoru zpracovat zpětnou vazbu. Sám pak dostane na svou vlastní terapeutickou práci zpětnou vazbu od jiného studenta.

o případech v komplexních souvislostech a integrovat různé úhly pohledu (např. vlastní pozorování, pohled nezaujatého posuzovatele a standardizovaná dotazníková data). Psaní a sdílení případových studií navíc může podpořit výměnu informací a zkušeností uvnitř odborné komunity a posílit empirickou podloženost psychoterapie jako takové.

(5) AKTIVNÍ ZAPOJENÍ SE DO VĚTŠÍCH VÝZKUMNÝCH PROJEKTŮ

Schopnost pohlížet na svou terapeutickou práci kriticky a s odstupem mohou terapeuti kultivovat i tím, že se zapojí do rozsáhlejšího výzkumného projektu. Často tak mohou získat cennou zpětnou vazbu na svou práci. V současné době se objevuje trend tzv. na praxi zaměřeného výzkumu (*practice-oriented research*, Castonguay, Barkham, Lutz a McAleavey, 2013). Jedná se o studie, které zkoumají terapeutickou práci tak, jak probíhá v reálných podmínkách – na rozdíl od „umělých“ podmínek laboratorních studií. Objevují se studie, které jsou iniciovány samotnými praktiky či které vznikají v těsné spolupráci akademických výzkumníků a praktikujících terapeutů (např. Castonguay et al., 2010). Výzkumné otázky v těchto studiích jsou formulovány na základě potřeby samotných praktiků a zaměřují se na to, co praktiky zajímá. Výsledky takových výzkumů pak oslovují palčivé otázky praxe, poskytují užitečné výsledky, a díky tomu mají na praxi přímý dopad.

(6) ZNALOST ZÁKONITOSTÍ PROFESNÍHO VÝVOJE TERAPEUTŮ

Znalost poznatků o vývoji psychoterapeutů pomůže studentům lépe reflektovat svůj

profesní vývoj. Klíčový výzkum Rønnestada a Skovholta (2013) podrobně popisuje fáze profesního vývoje terapeutů a poradců od laického stadia, přes rigidní a zvnějšku řízené stadium studenta až po flexibilní a vnitřně řízené stadium zkušeného praktika. Neméně důležitý je extenzivní výzkum Orlinského a Rønnestada (2005) zkoumající různé zákonitosti profesního vývoje. Znalosti o vývoji osobního terapeutického přístupu (např. Řiháček a Danelová, 2015, 2016; Řiháček, Danelová a Čermák, 2012; Řiháček a Koutná Kostínková, 2012) pomohou studentům hledat svou vlastní cestu k terapeutické profesi a lektorům pomohou studenty v tomto úsilí podporovat. Podobně inspirativní v tomto směru může být i četba terapeutických autobiografií (např. Goldfried, 2005). Neméně zajímavé jsou též studie zkoumající efekt psychoterapeutických výcviků a supervize (jejich přehled viz Hill a Knox, 2013), z nichž některé poněkud zpochybňují vžitě přesvědčení o účinnosti výcviků (např. Montgomery, Kunik, Wilson, Stanley a Weiss, 2010), nebo studie, které pojmenovávají vlastnosti velmi zkušených a uznávaných terapeutů (Jennings a Skovholt, in press).

(7) VÝCVIK SAMOTNÝ MŮŽE BÝT PŘEDMĚTEM VÝZKUMU

Navzdory vzrůstajícímu zájmu výzkumníků o vývoj psychoterapeutů a výzkum terapeutických výcviků zůstává pravdou, že o výcvicích stále víme relativně málo (Hill a Knox, 2013). Výzkum toho, jak výcviky probíhají a jak jsou vnímány samotnými studenty i lektory, přitom poskytuje cennou zpětnou vazbu využitelnou při dalším rozvoji těchto výcviků. Příkladem z našeho prostředí může být několik dizertačních

prací (Kostínková, 2015; Müllerová, 2005; Zlámaný, 2013) a rozrůstající se řada prací diplomových. Studie Čevelička, Hytych a Roubala (2015) zkoumá vývoj dovedností formulace případu u studentů Výcviku integrace v psychoterapii. Řada výcvikových institutů se zapojila do zkoumání nápomocných a brzdících faktorů ve výcviku, zaštiťovaného Centrem pro výzkum psychoterapie v Brně. Příklady těsného propojení výcviku a výzkumu ve Výcviku integrace v psychoterapii uvádí Roubal (2015). Velkou výzvou (nejen metodologickou) zůstává zjišťování efektivity psychoterapeutických výcviků.

ZÁVĚREM

V tomto textu jsme naznačili několik způsobů, jimiž je možné integrovat výzkum do vzdělávání budoucích psychoterapeutů a do praxe psychoterapeutických výcviků. Některé z nich je možné zařadit již do osnov pregraduálního vzdělávání, jiné mohou být realizovány pomocí samostatných vzdělávacích modulů, další se mohou stát integrální součástí výcvikových programů. Jejich podrobnější rozpracování spolu s praktickými ukázkami a návody by vyžadovalo podstatně větší prostor, než poskytuje formát článku. Věříme však, že tento text podnítl diskuzi a nabídne inspiraci k dalšímu úsilí v této oblasti.

Chceme znovu zdůraznit, že výzkum v tomto textu primárně chápeme nikoli jako samoučelnou činnost, ale jako prostředek reflexe naší vlastní terapeutické i výcvikové praxe. Výzkum může generovat zajímavé poznatky – rozhodnutí o tom jak s nimi naložit však stále zůstává v rukou psychoterapeutů-praktiků.

LITERATURA

- Anker, M. G., Duncan, B. L., Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 693–704.
- Ashworth, M., Robinson, S. I., Godfrey, E., Parmentier, H., Shepherd, M., Christey, J., Matthews, V. (2005). The experiences of therapists using a new client-centred psychometric instrument, PSYCHLOPS (Psychological Outcome Profiles). *Counselling & Psychotherapy Research, 5*(1), 37–42.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. Oxford: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Alimohamed, S., Malik, M. (2002). Functional impairment and coping style. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (s. 145–170). New York: Oxford University Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*(3), 252–260.
- Cain, D. J., Seeman, J. (Eds.). (2006a). *Humanistická psychoterapie: příručka pro výzkum a praxi* (1. díl). Praha: Triton.
- Cain, D. J., Seeman, J. (Eds.). (2006b). *Humanistická psychoterapie: příručka pro výzkum a praxi* (2. díl). Praha: Triton.
- Castonguay, L. G., Barkham, M., Lutz, W., McAleavey, A. (2013). Practice-oriented research: Approaches and applications. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. vyd., s. 85–133). Hoboken: John Wiley.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Zack, S. E., Baker, S., Boutselis, M. a, Chiswick, N. R., Holtforth, M. G. (2010). Helpful and hindering events in psychotherapy: A practice research network study. *Psychotherapy:*

- Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 327–44.
- Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Cozolino, L. J. (2014). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain* (2. vyd.). New York: W. W. Norton & Company.
- Cummings, N. A., Cummings, J. L. (2000). *The essence of psychotherapy: Reinventing the art in the era of data*. San Diego: Academic Press.
- Čeveliček, M., Hytych, R., Roubal, J. (2013). Představení vybraných modelů psychoterapeutické formulace případu. *Československá psychologie*, 57(5), 447–460.
- Čeveliček, M., Hytych, R., Roubal, J. (2015). *Case formulation characteristics among psychotherapy integration trainees*. Nepublikovaná studie.
- Čeveliček, M., Roubal, J., Hytych, R. (2014). Využití formulace případu ve výuce a výcviku psychoterapie. *Psychoterapie*, 8(1), 44–54.
- De Jong, K., Timman, R., Hakkaart-Van Roijen, L., Vermeulen, P., Kooiman, K., Passchier, J., Busschbach, J. Van. (2014). The effect of outcome monitoring feedback to clinicians and patients in short and long-term psychotherapy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 24(6), 629–639.
- Douglas, S. R., Jonghyuk, B. A. E., Regina, A. N. A., Andrade, V. D. E., Tomlinson, M. M., Hargraves, R. P., Bickman, L. (2015). Feedback mechanisms of change: How problem alerts reported by youth clients and their caregivers impact clinician-reported session content. *Psychotherapy Research*, 25(6), 678–693.
- Duncan, B. L. (2012). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): The Heart and Soul of Change Project. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 53(2), 93–104.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., Hubble, M. A. (Eds.). (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2. vyd.) Washington, DC: American Psychological Association.
- Eells, T. D. (Ed.). (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford Press.
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12(1), 1–21.
- Elliott, R., Mack, C., Shapiro, D. A. (1999). *Simplified Personal Questionnaire procedure*. Staženo z <http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/pqprocedure.html>
- Elliott, R., Rodgers, B. (2008). *Client Change Interview*. Staženo z <http://www.drbrianrodders.com/research/client-change-interview>
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., McGrath, G. (2000). CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health*, 9(3), 247–255.
- Fishman, D. B. (1999). *The case for pragmatic psychology*. New York: New York University Press.
- Fishman, D. B. (2005). Editor's introduction to PCSP – From single case to database: A new method to enhancing psychotherapy practice. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 1(1), 1–50.
- Garland, A. F., Kruse, M., Aarons, G. A. (2003). Clinicians and outcome measurement: What's the use? *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30(4), 393–405.
- Goldfried, M. R. (Ed.). (2005). *How therapists change: Personal and professional reflections*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hatcher, R. L., Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12–25.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2013). Training and supervision in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. vyd., s. 775–812). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C.,

- Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16.
- Ingram, B. L. (2006). *Clinical case formulations: Matching the integrative treatment plan to the client*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Iwakabe, S., Gazzola, N. (2009). From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy Research*, 19(4–5), 601–611.
- Jacobson, N. S., Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19.
- Jennings, L., Skovholt, T. M. (Eds.). (in press). *Expertise in counseling and therapy: International perspectives on master therapists*. New York: Oxford University Press.
- Kostínková, J. (2015). *Výcvik integrace v psychoterapii: vytváření, výuka, kompetence* (dizertační práce). Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno.
- Lambert, M. J. (Ed.). (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. vyd.). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. (Ed.). (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. vyd.). Hoboken: John Wiley.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(3), 288–301.
- Lebow, J. (2006). *Research for the psychotherapist: From science to practice*. New York: Routledge.
- Mackrill, T., Iwakabe, S. (2013). Making a case for case studies in psychotherapy training: A small step towards establishing an empirical basis for psychotherapy training. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(3–4), 250–266.
- McLeod, J. (1999). *Practitioner research in counseling*. London: Sage.
- McLeod, J. (2010). *Case study research in counseling and psychotherapy*. London: Sage.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., Brown, G. S. (2005). The Partners for Change Outcome Management System. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 199–208.
- Montgomery, E. C., Kunik, M. E., Wilson, N., Stanley, M. A., & Weiss, B. (2010). Can paraprofessionals deliver cognitive-behavioral therapy to treat anxiety and depressive symptoms? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74(1), 45–62.
- Müllerová, Z. (2005). *Kvalitativna analýza efektov psychoterapeutických výcvikov* (dizertační práce). Filozofická fakulta Univerzity Komenského, Bratislava.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2. vyd.). New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. (Eds.). (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. vyd., s. 307–389). New York: John Wiley.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2013). *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. New York: Routledge.
- Roubal, J. (2015). Jak je možné učit integraci v psychoterapii. In M. Fiedlová, M. Lečbych (Eds.), *Společný prostor/Common space 2015: sborník příspěvků* (s. 45–58). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Řiháček, T., Danelová, E. (2015). How therapists change: What motivates therapists towards integration. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, 8, 5–31.
- Řiháček, T., Danelová, E. (2016). The journey of an integrationist: A grounded theory analysis. *Psychotherapy*, 53(1), 78–89.
- Řiháček, T., Danelová, E., Čermák, I. (2012).

- Psychotherapist development: Integration as a way to autonomy. *Psychotherapy Research*, 22(5), 556–569.
- Řiháček, T., Juhová, D. (2016). Monitorování účinnosti v psychoterapii a poradenství. *Test Fórum*, 7, 1–13.
- Řiháček, T., Koutná Kostínková, J. (2012). Integrace v českých psychoterapeutických výcvicích. *Psychoterapie*, 6(3–4), 162–174.
- Řiháček, T., Zatloukal, L. (2012). Asimilativní přístup k integraci v psychoterapii. *Psychoterapie*, 6(1), 17–26.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 48(1), 80–87.
- Sandell, R. (1997). *Rating the outcomes of psychotherapy or psychoanalysis using the Change After Psychotherapy scales (CHAP): Manual and commentary*. Stockholm: Stockholm County Council Institute of Psychotherapy and Karolinska Institute.
- Seidel, J. A., Miller, S. D., Chow, D. L. (2014). Effect size calculations for the clinician: Methods and comparability. *Psychotherapy Research*, 24(4), 470–484.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 298–311.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage.
- Stiles, W. B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(2), 122–127.
- Stratton, P., Bland, J., Janes, E., Lask, J. (2010). Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: The SCORE. *Journal of Family Therapy*, 32(3), 232–258.
- Timuřák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton.
- Tryon, W. W. (2014). *Cognitive neuroscience and psychotherapy: Network principles for a unified theory*. Amsterdam: Elsevier.
- Vybíral, Z., Roubal, J. (2010). Podoba dnešní psychoterapie. In Z. Vybíral, J. Roubal (Eds.), *Současná psychoterapie* (s. 30–44). Praha: Portál.
- Vybíral, Z., Timuřák, L. (2010). Je psychoterapie účinná? In Z. Vybíral, J. Roubal (Eds.), *Současná psychoterapie* (s. 45–55). Praha: Portál.
- Vymětal, J. (2004) Výzkum v psychoterapii. In J. Vymětal a kol., *Obecná psychoterapie* (s. 127–152). Praha: Grada.
- Zlámaný, J. J. (2013). *Teorie SUR – výcviková komunita jako terciální rodina* (dizertační práce). Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, Praha.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3. vyd.). Thousand Oaks: Sage.

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 3. 12. 2015. Revidované znění došlo 24. 1. 2016, k publikaci přijato 31. 1. 2016.

SOUČASNÝ STAV A VIZE PSYCHOTERAPEUTICKÝCH VÝCVIKŮ

Current state and visions of psychotherapy trainings

Bernhard Strauss

Institute of Psychosocial Medicine and Psychotherapy University Hospital, Friedrich-Schiller-University Jena, Germany; e-mail: bernhard.strauss@med.uni-jena.de

Psychoterapie. 10 (2), 151–164; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Cílem této práce je z výzkumného hlediska shrnout současné poznání o psychoterapeutických výcvicích. Práce je zaměřena na formální stránky výcviků v Evropě a na výzkum procesu a obsahu psychoterapeutických výcviků včetně reflexe psychoterapeutické integrace. Ve třetí části práce jsou formulovány některé vize týkající se budoucnosti psychoterapeutických výcviků.

Klíčová slova: Psychoterapeutický výcvik, výzkum psychoterapie, psychoterapeut, kompetence

ABSTRACT

The goal of this article is to summarize current knowledge about psychotherapy trainings from a research point of view. It is focused on formal aspects of trainings in Europe and on research on training process and content, including some reflections about psychotherapy integration. In a third part of the paper, some visions related to the future of psychotherapy trainings will be formulated.

Key words: Psychotherapy training, psychotherapy research, psychotherapist, competence

1. PSYCHOTERAPIE V EVROPĚ – POTŘEBA DIALOGU

V současné době probíhá diskuze o existenci společných standardů a sjednocení psychoterapie v evropských zemích, a také o pokusech dosáhnout právních regulací upravujících obecné evropské zásady pro psychoterapii. Vzrůstá také diskuze o profesní migraci, která je s tím spojena. Diskuzi kupředu posouvá také uznávání kvalifikace v různých státech. Realita je však stále odlišná. V posledním desetiletí byly realizovány různé studie zaměřující se na psychoterapii v evropských zemích, s rozsáhlým průzkumem van Deurzen (2001) v popředí. Novější průzkum realizovaný Straussem a Kohl (2009a) ukázal, že psychoterapeutické výcviky v Evropě jsou výrazně rozdílné. V tomto průzkumu bylo porovnáno 23 zemí. V době průzkumu (2009) mělo pouze 11 zemí legislativní regulaci, pouze 12 zemí mělo výcvikový program spojený s univerzitou a rozdíl mezi akceptovanými psychoterapeutickými orientacemi se velmi lišil od pouze jedné nebo dvou orientací k 22 (v případě Rakouska).

Vedle rozdílné legislativní situace existuje také velký rozdíl mezi tím, jak jednotlivé země chrání titul „psychoterapeut“. Ten je spojen s finančními kompenzacemi psychoterapie, zkuškovými procedurami a získáváním licencí a také s délkou a ná-

klady spojenými s psychoterapeutickým výcvikem. Nejdůležitějším výsledkem našeho průzkumu je to, že spojení psychoterapie s pojišťovny je stále výjimkou a nikoliv hlavním trendem (a to navzdory vysokým nákladům, které duševní onemocnění způsobují). Přitom se ukazuje, že vyšší finanční podpora psychoterapie je pravděpodobnější ve státech s jasně vymezenými zákonnými regulacemi a s vysokými standardy psychoterapeutických výcviků.

To přináší do popředí otázku výzkumu a empirických důkazů v kontextu výcviků – ty byly nedávno shrnuty v přehledové studii Strausse a Kohla (2009b). Autoři nejprve představili schéma pro kategorizaci výzkumných výsledků spojených s výcviky v psychoterapii, které je podobné generickému modelu psychoterapie (viz Tabulka 1), a poté propojili výsledky výzkumů s jednotlivými aspekty tohoto schématu. V následující části budou představeny a shrnuty vybrané výsledky spojené s některými vstupními a výstupními proměnnými.

2. VÝZKUMNÁ ZJIŠTĚNÍ VZTAHUJÍCÍ SE K PSYCHOTERA- PEUTICKÝM VÝCVIKŮM

Vstupní proměnné: výběr povolání, dřívější zkušenosti a volba terapeutického směru

Dřívější zkušenosti frekventantů zjišťovali Strauss et al. (2009). Pouze 14,7 % participantů z jejich výzkumného souboru nevedlo žádnou předchozí zkušenost s psychoterapií, 57 % nabylo dřívějších zkušeností během studentské praxe, 29 % získalo zkušenosti v rámci předchozí pracovní činnosti, 28,8 % z vlastní terapie a 15,2 % během dalšího vzdělávání. Také v případě výzkumu Bayera et al. (2009), který byl za-

měřen výhradně na výcvik v behaviorální terapii, se ukázalo, že participantů mají nejčastěji zkušenosti ze studentské praxe (40,2 %) a z dřívější pracovní činnosti (19,6 %). Pouze 11,6 % participantů za sebou nemělo žádnou zkušenost.

Vedle praktických zkušeností si frekventanti psychoterapeutických výcviků přináší v souvislosti se svou profesí také různé teoretické vědomosti. Psychologové nabývají v rámci vysokoškolského studia rozsáhlé vědomosti v metodologii, diagnostice, klinické psychologii a metodách intervence. Frekventanti z nepsychologických profesí mají naproti tomu velmi různorodé předchozí vědomosti. Podle výzkumu Kröner-Herwig et al. (2001) činí podíl „redundantně se opakujících“ vědomostí mezi studiem a psychoterapeutickým výcvikem alespoň cca. 216 h. (viz tab. 1).

Volba povolání

Teprve po dekadách výzkumů účinnosti psychoterapie se stala důležitou proměnnou ve výzkumu i osoba terapeuta (srov. Beutler et al., 2004). Jaké faktory volbu (podle Freuda „nemožného“) povolání psychoterapeuta ovlivňují, není však ještě zcela vyjasněno. Murphy a Halgin (1995) provedli studii týkající se ovlivňujících faktorů. Vyhodnotili dotazníky od 109 psychoterapeutů a sociálních psychologů. Zjistili, že kromě osobních motivů (profesionální altruismus, profesní úspěch a možnosti, osobní růst a osobní řešení problémů) jsou to také zkušenosti z vlastní minulosti (osobní problémy, zatěžující události z rodinné historie, významný vztah k jiné osobě uvnitř nebo vně rodiny). Nejsilnější vliv na volbu profese měly osobní motivy, jako „profesionální altruismus“ a přání osobního

Tab. 1. Schéma kategorizující výzkumná zjištění ohledně psychoterapeutických výcviků

Pozadí	Kultura Legislativní, etická, sociální a finanční regulace/báze psychoterapie Požadavky na přijetí Důležitost psychoterapie ve zdravotnickém systému obecně
Input	Osobní pozadí frekventantů výcviku Motivy pro volbu povolání Osobnost (vědomí vlastní účinnosti, vulnerabilita atd.) Dřívější zkušenosti, klinické zkušenosti Výběr směru Motivace, speciální zájmy (metody, směřování) Směr, lektori, vyučující terapeuti, supervizoři: Součásti výcvikového programu, kurikulum, předpoklady pro přijetí, podmínky přijetí, koncept výuky, koncept psychoterapie, kvalifikace vyučujících, standardy zajištění kvality
Proces	Cíle, obsahy a koncepty vzdělávání (fokus: např. orientováno na postupy vs. poruchy), kvalita vzdělávání Operacionalizace (např. tzv. <i>Helping Skills</i>), tréninkové aspekty Dovednosti (rozvoj a zvládnání) Skupinové procesy uvnitř výcvikové skupiny, instituce, supervizní skupiny atd. Negativní efekty Všeobecný rozvoj (individualizace, autonomie, závislost, identifikace) Komponenty výcviku: sebezkušenost, praktické vzdělávání, teoretické vzdělání, praktická činnost, supervize, stáže, doprovodné nabídky, evaluace
Output	Mikro- a makro-výstupy Kompetence Negativní efekty Profesní integrace, celoživotní vzdělávání, rozšíření zájmů Socializace po výcviku, osobní růst Pracovní zátěž a péče o sebe sama

růstu. Nejmenší vliv potom měly faktory jako zatěžující rodinná historie a osobní problémy.

Již dříve se zabývali různí autoři důvody pro volbu povolání psychoterapeuta. Holt a Luborsky zkoumali v r. 1958 osobnosti psychiatrů a psychoterapeutů. Zjistili, že důvody pro jejich profesní volbu se vyjasnily teprve v průběhu jejich profesní dráhy. Tuto myšlenku o „zraněných léčitelích“ (*wounded healers*) bralo v úvahu více autorů. Henry, Sims a Spray (1971) ve své knize *The fifth profession* poukázali na to, že

terapeuti, kteří se k této profesi dostali až později během své kariéry, se často cítili sociálně izolovaní. To mohlo vést ke zvýšené pozornosti k vnitřním dějům a k silnému nutkání pomoci sobě a ostatním. Na druhou stranu však terapeuti vyrůstali i v relativně normálních rodinách.

Další autoři navázali na tuto myšlenku a shledali, že tito psychoterapeuti zažili ve svém dětství a mládí více zatěžujících událostí než osoby vykonávající jiná povolání (Fussell a Bonney, 1990). Orlinsky a Ronnestad (2005) provedli studii na vzor-

ku 3500 psychoterapeutů a rovněž ukázali, že téměř polovina dotázaných uvedla, že výběr jejich profese souvisel se zatěžujícími zážitky. Také Sussman se (v knize *A Curious Calling*) ptá po nevědomých motivech psychoterapeutů. Vlastní terapie měla často velmi velký vliv na profesní rozvoj a rozhodnutí pro povolání (Geller, Norcross a Orlinsky, 2005).

Jak zdůrazňují Ronnenstadt a Skovholt (1997), nevědomé a eventuálně dysfunkční motivy mohou být rozhodující pro volbu povolání. Mohou ale také koexistovat s altruistickými motivy a motivy soucitu. Farber et al. (2005) podotýkají, že terapeuti měli oproti jiným lidem vůli a naučili se s těmito zraněními vhodně a příznivě zacházet a najít v prožívaném smysl. Přestože koncept „zraněného léčitele“ se jistě ukazuje jako lákavý, nevysvětluje rozhodnutí stát se terapeutem úplně. To ukázala i studie Murphyho a Halgina (1995). Také intelektuální zvědavost, brzký zájem o duševní vědy a knihy, přání pomoci ostatním lidem, porozumět jim a stimulovat jejich rozvoj se ukazují být důležitými motivy pro volbu profese psychoterapeuta (Henry, Sims a Spry, 1973). Podle Farbera et al. (2005) hraje důležitou roli také přání profesní autonomie, intelektuální stimulace, potěšení z terapeutické práce, volnost v práci (určit si vlastní pracovní dobu a poplatky) a přání „být sám sebou“. Někteří autoři dále u psychoterapeutů předpokládají geneticky založenou schopnost „psychologického myšlení“ (*psychological mindedness*), která se podle Farbera et al. (2005) zdá být určujícím faktorem pro profesní volbu: buď jako schopnost vrozená nebo posílená zatěžujícími životními událostmi a vlastní terapií. Studie, kterou provedli Eichenberg, Müller a Fischer (2007) se studenty psychologie

a medicíny zřetelně poukazuje na selektivní ovlivnění prostřednictvím jednostranné prezentace jednotlivých přístupů během studia psychologie. Počáteční zájem o psychodynamické přístupy se u studentů proměňuje v preferenci pro behaviorálně zaměřené přístupy na konci jejich studia. Studenti medicíny hodnotí lépe psychodynamické přístupy díky častějšímu kontaktu s kvalifikovaným psychodynamicky orientovanými profesory, přičemž se však o psychotherapeutických přístupech cítí informováni vyváženě. Tyto výsledky byly potvrzeny při dotazování studentů v rámci našeho průzkumu (Strauss et al. 2009).

Další důvody pro výběr konkrétního přístupu jsou u psychodynamicky orientovaných studentů podle Eichenberga, Müllera a Fischera (2007) subjektivní motivy nebo osobní zkušenosti a potřeba vědeckých diskuzí, zatímco ekonomické motivy nebyly podstatné. Behaviorálně orientovaní frekventanti uváděli spíše socioekonomické motivy a motivy formované akademickým vlivem, zatímco subjektivní motivy pro ně nebyly podstatné. Podle našeho průzkumu studující, kteří se profilovali behaviorálním směrem, uváděli ze 32,5 % vědecké uznání a přesvědčivý důkaz účinnosti (55,6 %), a pouze v 39 % případů zájem o směr a jeho soulad s osobností. Ve výběru typu výcviku se tedy zdají celkově pragmatičtější. U frekventantů, kteří preferují psychodynamické směry, se vyskytují pouze důvody vědeckého uznání (9,2 %) a důvody účinnosti (10,5 %), zatímco u 63,2 % se objevuje zájem a u 72,4 % soulad s osobností. Posuzováno zpětně, náklady hrály roli u 27,7 % behaviorálně orientovaných frekventantů, ale pouze u 10,3 % psychodynamicky orientovaných frekventantů.

Vasco a Dryden (1994) udávají jako dů-

ležitou pro počáteční výběr teoretické orientace osobní filozofii a hodnoty, stejně jako klinickou zkušenost. Zdůrazňují ale také, že roli hraje i příležitost výcvik absolvovat. Pokud jde o rozdíly mezi směry, behaviorálně orientovaní terapeuti se rozhodovali spíše na základě výsledků výzkumů, pro psychodynamicky orientované terapeuti byla důležitá teoretická orientace jejich vlastního terapeuta a systemičtí terapeuti kladli důraz na svou vlastní rodinnou zkušenost.

Podle Schwartze (1978) hrají při volbě prvního psychoterapeutického směru zejména náhodné faktory, zatímco volbu dalších směrů již ovlivňují výhradně osobnostní faktory. Topolinski a Hertel (2007) zjistili, že směr prvního psychoterapeutického výcviku nesouvisí s osobnostními vlastnostmi terapeutů, nýbrž je nejčastěji ovlivněn typem univerzitního vzdělání (lékař vs. psycholog). Teprve terapeutická orientace pozdějších výcviků souvisí s osobnostními vlastnostmi. Heffler a Sandell (2009) v jedné ze svých nejnovějších studií zjišťovali souvislost různých stylů učení s volbou přístupu. Studující preferující behaviorální směry upřednostňovali styl „mysli a dělej“ (*think and do*), zatímco studující s preferencí psychodynamicky orientované terapie upřednostňovali styl „pozoruj a proživej“ (*watch and feel*).

Osobnost, vulnerabilita

Dobrá přehled o studiích zabývajících se tímto tématem podává Arthur (2000) stejně jako již zmiňovaná práce Topolinského a Hertela (2007). I přes skutečnost, že mnoho studií, které byly na toto téma provedeny, vykazují metodologické nedostatky (malé, příp. rozdílně velké výzkumné sou-

bory atd.), se objevily rozdíly mezi psychodynamicky a behaviorálně orientovanými terapeuti týkající se osobnosti a vědecko-teoretických pohledů. Podle průzkumu Topolinského a Hertela (2007) proměnná „intuice“ signifikantně předpovídá volbu pozdějšího výcviku. Čím spíše terapeuti sami sebe posuzují jako intuitivní, tím spíše si později volí směr, který je orientovaný na vhléd. Souvislost mezi „intuicí“ a terapeutickou orientací zmiňuje také Arthur (2000). Vysoká versus nízká intuice se opětovně projevuje v různých epistemologických charakteristikách a vědeckých tradicích: ve způsobu pozorování/roli pozorovatele (subjektivní vs. objektivní), ve způsobu chápání a ovlivňování terapeutické změny (bez předem daného směru vs. stanovení cílů) a v zacházení s mnohoznačností (její přijímání vs. eliminování) (Topolinski a Hertel, 2007).

Tremblay, Herron a Schultz (1986) ze svých průzkumů vyvozují, že terapeuti mají zdravé osobnosti s jedinečnými osobnostními profily. Behaviorální terapeuti v porovnání s humanistickými a psychodynamicky orientovanými vykazují méně flexibility, akceptace vlastních pocitů a rozvinutí vztahu k pacientům.

V přehledové práci podává Arthur (2000) souhrn osobnostních charakteristik terapeutů rozdílných směrů. Kognitivně-behaviorální terapeuti pracují spíše s mechanickými epistemologickými teoriemi, psychodynamicky orientovaní spíše s organismickými teoriemi. V Millonově indexu osobnostních stylů (Millon, 1994) dosahují kognitivně-behaviorální terapeuti vyšších hodnot na škálách „vnímání“, „myšlení“, „libost“, „individuace“, „akomodace“ a „konformita“. Psychodynamičtí terapeuti mají vyšší

hodnoty na škálách „přijetí“, „intuice“, „cítění“ a „inovace“ (Arthur, 2000). Arthur (2000) ovšem poukazuje na to, že rozdíly mohly vzniknout díky malému, ale významnému počtu extrémních hodnot a že překryv mezi většinou terapeutů je pravděpodobně větší, než se předpokládá. Prospektivní longitudinální studie by měly vysvětlit, zda tyto osobnostní rozdíly existovaly již v době volby psychoterapeutického přístupu, nebo zda jsou výsledkem absolvovaného výcviku či procesu přizpůsobení v průběhu profesní činnosti.

Organizace a struktura výcvikových programů

Psychoterapeutický výcvik se nezávisle na tom, zda pro lékařské nebo nelékařské profese, orientuje převážně na specifický přístup, v německém prostředí většinou na (kognitivně) behaviorální a psychodynamickou terapii. Naše studie (Strauss et al., 2009) ukázala na různých rovinách dotazování, že výcvik orientovaný na jeden směr bude preferován i v budoucnosti, i když byl zároveň kladen požadavek na otevření se jiným přístupům.

Také mezinárodní studie ukazují podobným směrem. Stevens et al. (1998) provedli studii v USA a poukázali na to, že v programech psychoterapeutických výcviků různých teoretických přístupů se mezi analyticko-psychodynamickými a kognitivně-behaviorálními výcvikovými programy nacházely rozdíly pouze v důležitosti faktoru „dynamické konstrukty“ (např. získat vzhled do psychodynamiky pacienta). Důležitost faktoru „profesionální chování“ (empatie, zacházení s konflikty atd.) a „fokus na problém“ (identifikace problému pacienta, výběr odpovídajících intervencí) byla

stejně významná v obou případech. Přesto však dodnes existuje pouze málo vypracovaných návrhů pro vytvoření výcviku, který by byl nezávislý na přístupu, tj. takového, který se orientuje na centrální mechanismy psychoterapeutické změny nebo na meta-kognitivní schopnosti (srov. Castonguay, 2000; Fauth et al., 2007). Naproti tomu existuje daleko více návrhů na to, jak může být např. výzkum v psychoterapii více integrován do psychoterapeutického vzdělávání (např. Piper, 2004; Berns, 2005) nebo jak mohou být nové metody jako výuka pomocí počítače začleněny do vzdělávacího konceptu (Caspar et al., 2004).

Od Boswella a Castonguaye (2007) pochází také pokus obecně definovat a operacionalizovat fáze výcviku. Celkově rozlišují pět fází:

- příprava (zprostředkování základních dovedností klinického a interpersonálního rázu);
- explorace (vyzkoušení si různých terapeutických směrů, např. manualizovaná psychoterapie nebo behaviorální terapie pro konkrétní poruchy osobnosti);
- třetí fází je identifikace, ve které frekventanti sbírají zkušenosti a dostávají možnost se více identifikovat s různými přístupy a postoji, přičemž by měli mít možnost vyzkoušet si množství rozmanitých terapeutických nástrojů;
- ve fázi konsolidace jde o prohloubení získaného vědění;
- k propojení různých přístupů by mělo dojít ve fázi integrace; studenti by měli zvnitřnit „kontextuální model“ psychoterapie (srov. Wampold, 2001) a měli by si osvojit diferenciální indikační kritéria.

Castonguay (2000) je zastáncem takového výcviku, který bude zaměřen na všeobecné principy psychotherapeutické změny a ne na terapeutické školy, které měly a mají na vývoj psychotherapie pravděpodobně spíše nepříznivý vliv. Podobné přístupy jsou propagovány pod pojmem „psychologická“ nebo „všeobecná psychotherapie“. Systematické testování takového, na konkrétní škole nezávislého, modelu a jeho vědecké zhodnocení ještě chybí. V budoucnosti by bylo jistě užitečné netestovat pouze alternativy k současným vzdělávacím strukturám modelových studijních programů, ale také školy, které by se svým zaměřením mohly orientovat podle modelu Castonguaye (2000). S ohledem na integraci v psychotherapii popsali Castonguay et al. (2015) různé trendy, a to teoretickou integraci (např. použití transteoretického nebo asimilujícího modelu), variabilitu v technikách a sladění charakteristik léčby a pacienta, zaměření se na všeobecné účinné faktory (*common factors*) a „asimilativní“ integraci.

Proces

Operacionalizace a vývoj specifických terapeutických dovedností

V této souvislosti je potřeba poukázat na studie a modely pracovní skupiny kolem Clary Hillové (2009), která se již řadu let zabývá otázkou, jak mohou být operacionalizovány, vyučovány a zkoumány základní terapeutické dovednosti (tzv. *helping skills*, srov. Hill 2009; Hill, 1989; Hill a Knox, 2009). Hillová vyvinula třístupňový model, ve kterém rozlišuje exploraci, vzhled a akci. Ve fázi explorace jde o vybudování terapeutického vztahu, vytvoření reportu a o povzbuzení klienta k tomu, aby mluvil

o sobě, otevřel se a připustil si emoce. Ve fázi vzhledu mají být zpracována specifická témata s cílem vytvořit nové porozumění myšlenkám, pocitům a způsobům chování. Ve fázi akce se nakonec plánují změny v chování klientů. Model Hillové (2009) vykazuje jistě mnoho podobností s jinými modely terapeutické změny. Jedna z výhod tohoto přístupu je, že jednotlivým fázím jsou přiřazeny specifické, velmi dobře operacionalizované a tím i přezkoumatelné dovednosti, které byly výše zmiňovanou pracovní skupinou zkoumány v řadě studií.

Spokojenost s psychotherapeutickým výcvikem a jeho jednotlivými komponentami

V rámci naší studie (Strauss et al., 2009) byly shrnuty některé recentní výzkumy, které se vztahují k aspektům spokojenosti s psychotherapeutickými výcviky v německém vzdělávacím systému. Zásadní témata diskuze v předložených pracích se podle očekávání pohybují okolo známých kritických témat, jako je problematika délky výcviku, která často přesahuje předem daný rámec, redundance mezi vysokoškolským studiem a psychotherapeutických výcvikem, finanční a supervizní zajištění praktické činnosti a forma a kvalita zkoušek.

Co se týče jednotlivých částí výcviku, ozřejmily tyto studie, že frekventanti psychotherapeutických výcviků kritizují nadbytečné opakování teorie, jejímž odstraněním by se výcvikové hodiny uvolnily k jinému účelu, a přejí si lepší propojení teorie a praxe (např. Bayer et al., 2009). Sebezkoušenost je hodnocena převážně pozitivně a totéž platí i pro supervizi (např. Bayer et al., 2009), třebaže i zde je požadováno lepší zabezpečení kvality.

Output

Rozvoj frekventantů

v psychoterapeutickém výcviku a profesní rozvoj psychoterapeutů

Výzkum charakteristik psychoterapeutů je téměř stejně starý jako psychoterapie sama, ale (jak bylo již zmíněno v úvodu) zdaleka ne tak intenzivní jako výzkum procesů a výsledků různých forem psychoterapie.

Jako snaha o překonání této nerovnováhy vznikla před mnoha lety v rámci *Society for Psychotherapy Research* (SPR) síť výzkumníků (*Collaborative Research Network*), kteří společně vyvinuli dotazník mapující profesní rozvoj psychoterapeutů (Orlinsky, Ambühl, Ronnestad et al., 1999). Ten obsahuje položky týkající se přímého a nepřímého, retrospektivně posuzovaného profesního rozvoje, dále položky sledující terapeutické schopnosti, teoretické směry, vztahové styly, těžkosti v psychoterapeutické práci a strategie zvládnání. Dotazník vyplnilo více než 5000 terapeutů.

Více než polovina uvedla, že u nich nastala profesní změna, kterou vnímají jako pokrok. Největší rozdíl mezi psychoterapeutickou prací na začátku a pozdější fází své psychoterapeutické činnosti viděli v osvojení si terapeutických technik a strategií, stejně jako v porozumění tomu, co se odehrává v daném okamžiku terapie. Z dat byly odvozeny dvě dimenze terapeutické činnosti, pro které byly vypočítány proměnné se silnou prediktivní hodnotou. První z těchto dimenzí, tzv. „léčivá angažovanost“, vznikla sloučením aspektů jako pocit kompetence, používání konstruktivních copingových strategií, pozitivní pracovní morálka a prožitek plynutí na terapeutických sezeních. Tato

dimenze pozitivně souvisela mj. s šířkou terapeutického repertoáru a šířkou a hloubkou zkušeností z praxe, stejně jako s podporou a spokojeností v pracovním prostředí. Druhá dimenze, „stresující angažovanost“, vznikla spojením aspektů jako rozmanité obtíže, neproduktivní copingové strategie, obavy a nuda. Tato dimenze nebyla predikována žádnými „terapeutickými proměnnými“, nýbrž spíše proměnnými jako konkrétní počet případů nebo jiné zvláštnosti praxe. Přibližně tři čtvrtiny terapeutů vnímaly svůj pracovní život jako efektivní, zatímco zbývající čtvrtina jej vnímala jako neproduktivní, přičemž asi 10 % navíc prožívalo svůj každodenní pracovní den jako vysilující.

Studie ukázala, že terapeuti prožívají aktuální vyčerpání tím méně, čím více se rozvíjí, a že zvláště zatěžující se pracovní činnost jeví u 20% začátečníků, ale pouze u 6–7% etablovaných psychoterapeutů. To ukazuje, že zvláště nezkušené terapeuti jsou zranitelní vzhledem k vysilujícímu a vyčerpávajícímu profesnímu životu. Tito nezkušené terapeuti hodnotili jako důležitý pozitivní ovlivňující faktor supervize/intervize.

Pro výcviky v psychoterapii ve smyslu prevence vyčerpávajícího a neefektivního nasazení se ukazují jako zvláště důležité následující body (Orlinsky a Ronnestad, 2005):

- pečlivý výběr pacientů pro frekventanty výcviku, aby nedošlo tomu, že budou léčit mnoho náročných pacientů současně;
- řádná a podporující supervize;
- navazující podporující intervize;
- vysoký podíl praxe ve výcviku;
- seznámení se s různými terapeutickými směry, případy a modalitami (uspořádání individuální, skupinové, párové);

- kontinuální reflektování vlastního rozvoje, aby se případné problematické směřování mohlo obrátit správným směrem.

Ronnestad a Skovolt (1997) realizovali studii profesního vývoje psychoterapeutů, které se účastnilo 100 terapeutů. Podle jejich výsledků probíhá tento vývoj v osmi stupních: konvenční profesní vzdělávání, přechod k psychoterapeutickému výcviku, imitace, omezená autonomie, explorace, integrace, individuace a integrita.

Důležitá témata v průběhu tohoto utváření jsou mj. snížení úzkosti v roli psychoterapeuta, pokles rigidní orientace na vnější ujištění a rozvoj profesní individuace. Jako důležitý doprovodný proces profesního utváření popisují Ronnestad a Skovholt kontinuální supervizi v různých fázích „terapeutického života“. Nejdůležitější úkol ve všech stupních supervizního procesu je povzbuzování studentů k reflexi složitosti práce s pacienty a podpora k uzavření tohoto reflektujícího procesu s cílem zaměřit se na terapeutickou práci. V první fázi výcviku je důležité citlivé zacházení s intenzivní úzkostí supervidovaného a jsou upřednostňovány a doporučovány snadno naučitelné metody. Ve střední fázi výcviku je důležité vytvořit prostor současně pro „vědění“ i „pochybování“. Touha supervidovaného po struktuře a vedení již není tak výrazná. V práci s pokročilými frekventanty výcviku se pozornost zaměřuje na osobu terapeuta, a to jak v terapii, tak v supervizním vztahu. Do centra pozornosti se dostává perspektiva paralelních procesů psychoterapie a supervize, která vyžaduje opatrné a reflektované zacházení ze strany supervizora. V supervizi začínajících terapeutů jsou často výraznými tématy nejistota a stres

z profesní role. Na tomto místě je úlohou supervize naučit začínajícího terapeuta, které aspekty terapeutické role lze kontrolovat a které ne. Zkušený psychoterapeut se často sám stává supervizorem, aby předal nabyté zkušenosti a naučil supervidovaného artikulovat terapeutický postoj, techniku a proces.

Studie Ambühla et al. (1995) o utváření teoretické orientace psychoterapeutů na německém výzkumném souboru (N = 1225) ukázala, že terapeuti se s přibývajícím zkušenostmi stávají eklektičtějšími, přestože velká část zůstává nakonec věrná svému původnímu zaměření a nijak radikálně se od něj neodchyluje. Především terapeuti s analyticko-psychodynamickým zaměřením zůstávají svému teoretickému přístupu věrni. Nejčastěji rozšiřují svůj teoretický rámec humanisticky/systemicky orientovaní psychoterapeuti. Nejčastějším vzorcem nebyla však ani na začátku psychoterapeutické činnosti ani později „čistá“ orientace na určitou terapeutickou školu, ale spíše eklektický postoj, což se v kontextu výzkumu a výcvikových konceptů, kde dominuje „konfesní zaměření“, zdá absurdní.

3. VIZE BUDOUCÍCH VÝCVIKŮ V PSYCHOTERAPII

Následující vize jsou vyvozeny z mé vlastní práce v psychoterapeutických výcvicích, supervizích a z výuky studentů. Během posledních let pozoruji vzrůstající tendence u frekventantů výcviků (a lektorů) v tom směru, že

- nedostatečně zohledňují skupinu pacientů, kteří mají omezený či vůbec žádný přístup k psychoterapii;
- nedostatečně zohledňují kompetence, které překračují znalost technik a teorie;
- neznají dostatečně současnou ani historickou výzkumnou literaturu.

Přístup k psychoterapii

V souvislosti s reformou psychoterapeutických výcviků v Německu navrhly vědecké společnosti rozšíření konceptu profesionálního psychoterapeuta tím, že vytvořily dodatečné funkce jako je poradenství a prevence nebo např. odbornost v oblasti psychologických problémů spojených se somatickým onemocněním.

V nedávné době se výzkumníci v oblasti psychoterapie začali mnohem více zabývat spíše „negativními“ aspekty psychoterapie, mezi něž patří zkoumání negativních dopadů, vedlejších účinků psychoterapeutické léčby, předčasného ukončení terapie a přístupu ke službám. Víme, že značné procento pacientů (podle Lamberta, 2013, 2–15 %, většinou spojeno s experimentálními studii) vykazuje zhoršení jako následek léčby. Můžeme předpokládat, že v přirozených podmínkách jsou čísla mnohem vyšší (např. Kraus et al., 2011). Nedávné meta-analýzy (např. Swift a Greenberg, 2012) navíc ukazují značné procento pacientů, kteří předčasně ukončují psychoterapii. Ve Swiftově a Greenbergově analýze shrnující 699 studií s 83 834 pacienty, předčasně ukončilo terapii průměrně 19,7 %. Kromě toho víme stále více o faktorech, které stojí za výběrovostí léčby (Strauss, 2015a). Mnoho sociodemografických charakteristik jako je vzdělání, socioekonomický status a náležitost k minoritě snižují pravděpodobnost, že pacient dostane adekvátní léčbu. Navíc zde existuje mnoho skupin pacientů, kteří mají problém s přístupem k psychoterapii jako pacienti se somatoformními poruchami, s psychologickými problémy spojenými s rakovinou, s poruchami osobnosti a se závislostmi. Existují také náznaky, že pravděpodobnost získání adekvátní péče snižují

také některé psychologické charakteristiky, jako je například vyhýbavá citová vazba. Mnoho studií (např. Martin et al., 2007) naznačuje, že příběhy pacientů s vyhýbavou citovou vazbou běžně vyvolávají negativní reakce protipřenosu u psychoterapeutů, a tak snižují pravděpodobnost, že je přijmou jako pacienty. Celkově vzato, tyto aspekty spoluurčují výběr pacientů v psychoterapeutickém systému služeb, a proto musí být psychoterapeutické výcviky zaměřeny na zvyšování citlivosti účastníků a na zlepšení samotné situace ve službách.

Definování kompetencí

Výcvik by měl být nepochybně orientován na kompetence! Je velmi zajímavé, že po tolika letech, které byly charakteristické starou koncepcí Luborského a Spence (1971) „mnoho práce musí být vykonáno, aby bylo možné porozumět tomu, co dělá terapii dobrou terapií“, začíná zaměření na osobu psychoterapeuta vzrůstat až v posledních letech. V souvislosti s tím se také vedou diskuze o tom, které kompetence by měl psychoterapeut mít. Obvykle se rozlišuje mezi specifickými dovednostmi, obecnými interpersonálními a také intrapersonálními kompetencemi (např. Kahl-Popp, 2007). Nedávno se Německá komora psychoterapeutů (Bundespsychotherapeutenkammer, 2009) usnesla na definici následujících klíčových kompetencí psychoterapeutů:

- základní zhodnocení lidské zkušenosti, chování a vývoje
- diferenciální posouzení psychologických onemocnění
- standardizovaná měření
- výběr pacientů pro psychoterapii a adekvátní intervence

- kompetence pro užívání adekvátních psychoterapeutických intervencí
- přenos výzkumných závěrů a teorií do psychoterapeutické praxe
- znalost zákonného a administrativního pozadí, mezioborová spolupráce a její kvalita
- schopnost sebereflexe
- mít na paměti prevenci a sociální pozadí psychologických onemocnění.

Prozatím neexistuje mnoho empirických důkazů o prediktorech kompetencí. Abychom zmínili konkrétní studii: Eversmann (2008) zkoumal skupinu 40 frekventantů výcviku po dobu pěti let a zjistil, že interpersonální kompetence jasně predikují objektivní a subjektivní kritéria výsledků výcviku, jako je výsledek psychoterapie a evaluace ze strany supervizorů.

Výcvik a výzkum

Opakovaně bylo kritizováno, že instituty zajišťující psychoterapeutické výcviky jsou jen málo propojeny s výzkumnými institucemi a podle frekventantů nejsou příliš dobře informovány o stavu výzkumu v oblasti psychoterapie.

Určité pochybnosti panují také okolo výzkumu samotného. Je např. otázkou, zda jsou znáhodněné kontrolované studie skutečně zlatým standardem pro zjišťování výsledků výzkumů v psychoterapii. Otázky také vyvstávají kolem tvrzení, že pracovní spojení je nejlepším prediktorem výsledku terapie a že osoba terapeuta nehraje v psychoterapii zásadní roli. Dnes již panuje shoda na tom, že různé psychoterapeutické školy, ačkoliv mohou mít velmi rozdílné tradice spojené s empirickým výzkumem, mají určitou empirickou podporu. To můžeme považovat za dostatečné

k tomu, abychom se přestali ptát po obecné účinnosti psychoterapie a místo toho se zaměřili na relevantnější otázky psychoterapeutického výzkumu, jako například jak psychoterapie funguje.

Nedávné studie, které zkoumaly spojení vztahových proměnných spojených s výsledky terapie, ukázaly, že korelace mezi terapeutickou aliancí a výsledkem terapie je pouze středně vysoká (dle Horvath et al., 2011), průměrná korelace je 0,28. Terapeutická aliance tak vysvětluje zhruba stejný podíl variability výsledků psychoterapie jako osoba psychoterapeuta (Baldwin a Imel, 2013).

Vize

V nedávných letech vzrostla debata ohledně otázky, jak se může empiricky podložená psychoterapie dále rozvíjet. Emmelkamp a mnoho dalších výzkumníků (2014) publikovalo studii vztahující se k budoucnosti psychoterapeutického výzkumu a vypozařovalo následující směry vývoje:

- a) vzrůstající důležitost transdiagnostických modelů psychologických onemocnění;
- b) zaměření na analýzu komponent léčby a mechanismů terapeutické změny;
- c) léčebné metody založené na výsledcích výzkumu stresu/traumatu a vývojové psychopatologii;
- d) zlepšení systému služeb.

V jiné „vizionářské“ studii Strauss, Barber a Castonguay (2015) předpověděli konec doštihů¹, příchod studií terapeutického procesu, které umožní lépe rozlišit jednotlivé zdroje terapeutické změny, specifický důraz na osobu

¹ Soupeření mezi terapeutickými směry (pozn. editora).

psychoterapeuta, včetně výzkumu výcviků, vzrůstající úsilí zlepšit přístup k psychoterapii provedením kreativního výzkumu služeb a konečně intenzivnější zaměření na tzv. „na pacienta orientovaný“ výzkum.

Závěrem lze říci, že dnes již existují zdroje, které mohou být použity k vytvoření lepších psychoterapeutických výcviků. Díky otevřenějšímu postoji výcvikových institucí k výzkumu v psychoterapii je vize výzkumem informovaných psychoterapeutických výcviků stále realističtější.

V souladu s dřívějšími návrhy (srov. Strauss, 2015b) by měly být výsledky výzkumu zásadní součástí psychoterapeutických výcviků (přestože někdy mohou ohrožovat profesní identitu!). Měli bychom se stále více zaměřovat na výcvik lidí a ne na výuku směrů, programů či dokonce manuálů. Měli bychom se také zaměřovat na kontextuální a konceptuální aspekty psychoterapie (včetně kulturních a sociálních faktorů). Výcvik by neměl polarizovat tím, že podporuje idealizaci zasvěcených a stigmatizuje nezasvěcené. Místo toho by měly být zvýrazňovány podobnosti mezi odlišnými modalitami a odlišnosti uvnitř modalit v rámci vzrůstající psychoterapeutické integrace. Měli bychom posilovat dialog mezi různými „kmeny“ v praxi a výzkumu v termínech integrativních modelů, jestliže všichni víme, že přílišné spojení s jedinou specifickou teorií je podle všeho nevýhodné či dokonce škodlivé.

LITERATURA

- Ambühl, H., Orlinsky, D., Cierpka, M., Buchheim, P. (1995). Zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von PsychotherapeutenInnen. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 45, 109–120.
- Arthur, A. R. (2000). The personality and cognitive-epistemological traits of cognitive-behavioural and psychoanalytic psychotherapists. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 243–257.
- Baldwin, S., Imel, Z. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 258–297). Hoboken, NJ: Wiley.
- Bayer, J., Belz, M., Bengel, J. (2009). Ausbildungszufriedenheit und Expertiseentwicklung als Aspekte des Qualitätsmanagements in der Psychotherapieausbildung. Befragung von Auszubildenden an einem Ausbildungsinstitut. *Der Psychotherapeut*. (eingereicht).
- Berns, U. (2005). Psychotherapieausbildung im Licht empirischer Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut*, 51, 26–43.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., Wong, E. (2004) Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp 227–306). New York, NY: Wiley.
- Boswell, J. F., Castonguay, L. G. (2007). Psychotherapy training: Suggestions for core ingredients and future research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 378–383.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2009). *Kernkompetenzen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: Positionspapier*. Berlin: autor.
- Caspar, F., Berger, T., & Haulte, I. (2004). The rightview of your patient: A computer-assisted, individualized module for psychotherapy training. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(2), 125–135.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M., Muran, J. C., Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking in the future. *Psychotherapy Research*, 25, 365–382.
- Castonguay, L. G. (2000). A common factors approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 267–286.
- Eichenberg, C., Müller, K., Fischer, G. (2007).

- Die Motivation zur Berufswahl Psychotherapeut/in: Ein Vergleich zwischen Schülern, Studierenden und (anghenden) Psychotherapeuten. *Z Psychol Traumato Psychother Wiss Psychol*, 2, 83–98.
- Emmelkamp, P., David, P., Beckers, T., et al. (2014). Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. *Int J Meth Psychiat Res*, 23, 58–91.
- Eversmann, J. (2008). *Psychometrische Überprüfung eines Auswahlverfahrens psychotherapeutischer Weiterbildungskandidaten*. Dissertation, Universität Osnabrück.
- Farber, B. A., Manevich, I., Metzger, J., Saypol, E. (2005). Choosing psychotherapy as a career: Why did we cross that road? *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1009–1031.
- Fauth, J., Vinca, A. M., Gates, S., et al. (2007). Big ideas for psychotherapy training. *Psychother Theor Res*, 44, 384–391.
- Fussell, F. W., Bonney, W. C. (1990). A comparative study of childhood experiences of psychotherapists and physicists: Implications for clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27, 505–512.
- Geller, J., Norcross, J., Orlinsky, D. (2005). *The psychotherapist's own psychotherapy: Patient and clinicians perspectives*. New York, NY: Oxford University Press.
- Heffler, B., Sandell, R. (2009). The role of learning style in choosing one's therapeutic orientation. *Psychotherapy Research*, 19(3), 283–292.
- Henry, W. E., Sims, J. H., Lee, S. S. (1971). *The fifth profession*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Hill, C. E. (1989). *Therapist techniques and client outcomes: Eight cases of brief psychotherapy*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hill, C. E. (2009). Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action. Washington, DC: APA.
- Hill, C. E., Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research* 19, 13–29.
- Holt, R. R., Luborsky, L. (1958). *Personality patterns of psychiatrists*. New York, NY: Basic Books.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9–16.
- Kahl-Popp, J. (2007). *Lernen und Lehren psychotherapeutischer Kompetenz am Beispiel der psychoanalytischen Ausbildung*. Würzburg: Ergon.
- Kraus, D., Castonguay, L. G., Boswell, J., Hayes, J. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21, 267–276.
- Kröner-Herwig, B., Fydrich, T., Tuschen-Caffier, B. (2001). Ausbildung für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Ergebnisse einer Umfrage. *Verhaltenstherapie*, 11, 137–142.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 169–218). New York, NY: Wiley.
- Luborsky, L., Spence, D. P. (1971). Quantitative research on psychoanalytic therapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (3. vyd., s. 408–437). New York: John Wiley & Sons.
- Martin, A., Buchheim, A., Berger, U., Strauss, B. (2007). The impact of attachment organization on potential countertransference reactions. *Psychotherapy Research*, 17, 46–58.
- Millon, T. (1994). *Millon Index of Personality Styles-Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt, Brace and Company.
- Murphy, R. A., Halgin, R. P. (1995). Influences on the career choice of psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 422–426.
- Orlinsky, D. E., Ambühl, H., Ronnestad, M. H., et al. (1999). Development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research*, 9, 127–153.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Wash-

- ington, DC: American Psychological Association.
- Piper, W. E. (2004). Implications of psychotherapy research for psychotherapy training. *Can J Psychiatry, 49*, 221–228.
- Rønnestad, M. H., Skovholt, T. (1997). Berufliche Entwicklung und Supervision von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut, 42*, 299–306.
- Schwartz, B. D. (1978). The initial versus subsequent theoretical positions: Does the psychotherapist's personality make a difference? *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 15*(4), 344–349.
- Stevens, H. B., Dinoff, B. L., Donnenworth, E. E. (1998). Psychotherapy training and theoretical orientation in clinical psychology programs: A national survey. *Journal of Clinical Psychology, 54*(1), 91–6.
- Strauss, B. (2015a). Chancenungleichheit auf der Suche nach einem Therapieplatz – Schlussfolgerungen für die zukünftigen Aufgaben der Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut, 60*, v tisku.
- Strauss, B. (2015b). Leaving splendid isolation. In B. Strauss, J. Barber, L. G. Castonguay (Eds.), *Visions in Psychotherapy Research* (s. 329–346). New York: Routledge.
- Strauss, B., Barber, J. P., Castonguay, L. G. (2015). What the future holds for psychotherapy research. In B. Strauss, J. P. Barber, L. G. Castonguay (Eds.), *Visions of Psychotherapy Research*. New York, NY: Taylor & Francis.
- Strauss, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H. J., et al. (2009). Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Staženo z http://www.med.uni-jena.de/mpsy/forschungsgutachten/Endfassung_Forschungsgutachten_Psychotherapieausbildung.pdf
- Strauss, B., Kohl, S. (2009a). Entwicklung der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung in europäischen Ländern – Ergebnisse einer Expertenbefragung. *Psychotherapeut, 54*, 457–463.
- Strauss, B., Kohl, S. (2009b). Themen der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut, 54*, 411–426.
- Swift, J. K., Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *J Cons Clin Psychol, 80*, 547–559.
- Topolinski, S., Hertel, G. (2007). The role of personality in psychotherapists' careers: Relationships between personality traits, therapeutic schools, and job satisfaction. *Psychological Research, 17*, 378–390.
- Tremblay, J. M., Herron, W. G., Schultz, C. L. (1986). Relation between therapeutic orientation and personality in psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 17*(2), 106–110.
- Deurzen, E. V. (2001). Psychotherapy training in Europe: Similarities and differences. *Eur. J. of Psychotherapy, Counselling & Health, 4*(3), 357–371.
- Vasco, A. B., Dryden, W. (1994). The development of psychotherapists' theoretical orientation and clinical practice. *British Journal of Guidance & Counselling, 22*, 327–341.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Bernhard Strauss, Ph.D., narozen 1956, je profesorem psychoterapie a lékařské psychologie. Má výcvik v psychodynamické, psychoanalytické a skupinové psychoterapii a je vedoucím Institutu psychosociální medicíny a psychoterapie na University Hospital of the Friedrich-Schiller-University v Jeně (Německo). Vyučuje lékařskou psychologii a lékařskou sociologii v předklinické sekci a psychosomatickou medicínu a psychoterapii v klinické sekci lékařského kurikula v Jeně. Je bývalým prezidentem German College of Psychosomatic Medicine (DKPM), German Society for Medical Psychology (DGM) a také Society for Psy-

chotherapy Research (SPR). Je editorem několika odborných časopisů a knižních řad a publikoval více než 600 článků/kapitol. Mezi jeho hlavní zájmy patří výzkum v psychoterapii, skupinová psychoterapie, citová

vazba, výcvik, prevence a psychosociální intervence v medicíně.

*bernhard.strauss@med.uni-jena.de
<http://www.med.uni-jena.de/mpsy/>*

Došlo do redakce a přijato k publikaci jako zvaný text 1. 3. 2016.

**PETERMANN F., GRÜNDER G., WIRTZ M. A.,
STROHMER J. (HRSG.): DORSCH – LEXIKON DER
PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOPHARMAKOTHERAPIE**

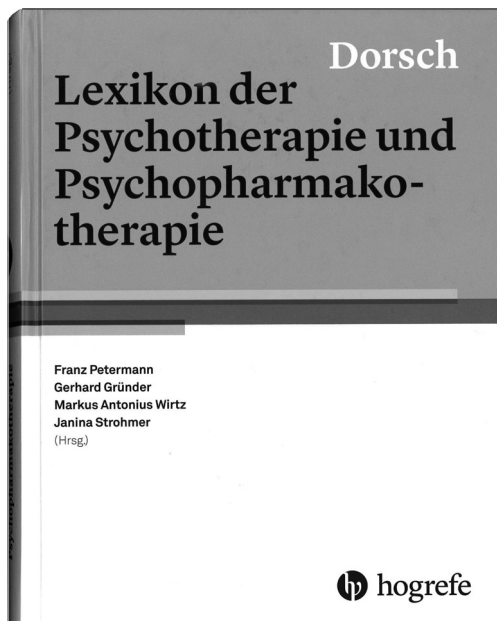
1. vydání, Bern: Hogrefe Verlag, 2016, s. 1047

Jan Vymětal

Tento Dorschův slovník navazuje na psychologické slovníky, které v Německu vycházejí od r. 1921. V letech 1935–1987 pak pod redakcí filozofa, psychologa a pedagoga Friedricha Dorsche (1896–1987). Poslední, v pořadí již 17. přepracované a rozšířené vydání, má dataci 2014 a obsahuje kolem 12 500 hesel od zhruba 600 autorů. Nese mírně pozměněný název Dorsch – Lexikon der Psychologie. Tyto rozsáhlé slovníky vycházely péčí nakladatelství H. Huber Verlag, v posledních letech pak v nakladatelském domě nesoucím název Hogrefe Verlag.

Nejnovější pojetí slovníku Dorsch – Lexikon der Psychologie je již diferencované a titul Dorschův slovník psychoterapie a psychofarmakoterapie vyjadřuje obsahově i formou skutečnost, že současné psychologické poznatky a poznatky ze souvisejících disciplín jsou již natolik rozsáhlé, že při pečlivém a seriózním zpracování je nelze zahrnout do klasického jednosvazkového slovníku.

Recenzovaný slovník zachycuje v nutné zkratce ve více než 4 500 heslech dnešní věděni snad o veškerých psychických poruchách, diagnostických a léčebných postupech. Zpracovalo je více než 400 psychologů, lékařů a psychofarmakologů z německojazyčných univerzit a vysokých škol. Součástí slovníku je také několik desítek stručných pojednání o nejdůležitějších psy-



chických poruchách a jejich léčeni (např. Klasifikace psychických poruch, Schizofrenie, Poruchy sociálního chování, Párová terapie, Tvarová terapie, atd.). Čtenáři uvítají, že problematika hlavních oblastí je vždy přiblížena úvodním, několikastránkovým textem (viz základní členění – obsah slovníku).

Přístup k problematice je tvořen bio-psycho-sociálním paradigmatem, kde kupř. biomedicína je součástí části „bio“ této složeniny. Zdůrazněn je empirický výzkum a přístup založený na důkazech (evidenci), tvořícím základ klinického diagnosticko-léčebného počínání.

Dorschův slovník psychoterapie a psychofarmakoterapie editoři rozčlenili takto:

Předmluva editorů Slovníku psychoterapie a psychofarmakoterapie (Franz Petermann, Gerhard Gründer, Markus A. Wirtz, Janina Strohmerová), Předmluva vydavatele Dorschova slovníku psychologie (Markus A. Wirtz).

I. Seznámení s hlavními oblastmi – klinická psychologie a psychoterapie, psychofarmakoterapie, klinická diagnostika a klinický výzkum, související disciplíny.

(V této části ještě nalezneme orientační odkazy – jak číst slovníková hesla a seznam zkratk).

II. Slovníková část.

III. Seznam autorů.

IV. Rejstřík (včetně výčtu více než 350 psychodiagnostických postupů, testů a všech slovníkových hesel).

V. Bibliografie.

Recenzovaný slovník je rozsáhlý a poučující čtenáře o všem potřebném i z oblastí blízkých psychoterapii a psychofarmakoterapii, jako jsou klinická psychologie, psychiatrie, ale i neurofyziologie, genetika ad. Nepřekvapí, a to je blízké německé tradici, že důraz je poměrně více položen na biologické stránce určenosti člověka. V našem případě se tím kupříkladu zabývají biologická psychologie, neuropsychologie a vůbec neurovědy. Není bez zajímavosti, že v současné době vzniká v USA z iniciativy National Institut of Mental Health nový klasifikační systém zdravotních poruch (nejen duševních a behaviorálních), nesoucí pracovní název Research Domain Criteria (RDoC). Prý je nezávislý na dosavadních klasifikačních systémech, jako jsou ve světě i u nás používané ICD 10 a DSM 5. RDoC systém má zohledňovat moderní

poznatky neurobiologie, avšak i věd o chování včetně psychologie a lze jej přiblížit slovy: od genomu k sebezposouzení. Mimo jiné umožňuje identifikaci patientských podskupin, pro které je vhodný určitý typ individualizované léčby.

Naši odbornou veřejnost by mohla zajímat některá statistická data, charakterizující současný stav psychoterapie v NSR. Dle údajů Spolkové psychoterapeutické komory se sídlem v Berlíně je zde evidováno cca. 40 000 psychoterapeutů – psychologů a psychoterapeutů (nelékařů) pro děti a mladistvé. Upozorňuji, že ne všichni mají uzavřené smlouvy se zdravotními pojišťovnami. V ambulantním sektoru pracuje 13 369 psychologů, dále 3 110 psychoterapeutů (nelékařů) pro děti a mládež, 5 322 lékařů s aprobačí pro psychoterapii (např. internistů). Psychoterapeutické služby ještě poskytuje 1 702 odborných lékařů pro psychiatrii a psychoterapii dospělých a 843 odborných lékařů pro psychiatrii a psychoterapii dětí a mládeže. Čtvrtletně čerpá v Německu dle statistických údajů ambulantní psychoterapeutickou péči na základě zdravotního pojištění přibližně milion nemocných. V lůžkových zařízeních (nemocnice, rehabilitační ústavy) pracuje kolem 7 000 psychoterapeutů (psychologů a lékařů).

Autora recenze příjemně překvapilo, že zde připravují pětileté aprobační univerzitní studium psychoterapie, na které bude navazovat možnost postgraduálního studia určeného pro lékaře.

Psychofarmakoterapii je věnováno neméně prostoru než psychoterapii, s důrazem, že léčba psychických poruch zohledňuje a zahrnuje přístup psychoterapeutický, psychofarmakoterapeutický a psychoeduka-

tivní – jinak už dnes není léčbou lege artis. Postrádáme zde však hledisko socioterapeutické, tak významné při rehabilitaci (i prevenci) vážných duševních chorob. Rádi si zopakujeme, že podmínkou příznivého diagnostického a terapeutického průběhu je žádoucí spolupráce mezi pacientem (příbuznými) a terapeutem (compliance, adherence), bez ní léčba jen málo „funguje“. V psychofarmakoterapeutické části se dovíme o rozdělení léků, seznámíme se s jejich vlastnostmi, mechanismy účinku i aplikací. Čtenáře zejména z praxe zaujmou aktuální léčebné standardy a německá zákonná opatření. O právní (a ekonomické) složitosti zavádění kupř. nového léku „na trh“ svědčí i nový zákon, platný od 1. 1. 2011. O jeho složitosti, ale jistě i přesnosti myslící na všechny eventuality, vypovídá už samotný název zákona, jenž zní: Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz. Autora recenze překvapilo konstatování, že prý se velké farmakologické koncerny a farmaceutické firmy stahují z výzkumu neuropsychofarmak, neboť výzkum nového léku musí být nejednou zastaven v pozdějších fázích vývoje, byť se jedná o lék se slibným „tržním potenciálem“ (cílovou skupinou jsou např. demence, deprese). Dochází prý takto k obrovským finančním ztrátám. Důvodem nedotažení výzkumu má být zejména nedostatečná znalost neurobiologie psychických poruch a stále nedostatečná znalost účinných mechanismů působení neuropsychofarmak. Je zde uvedeno, že za posledních 15 let údajně nebylo dosaženo v neuropsychofarmakologii, co

do účinnosti mechanismů působení, opravdu nových a zásadních poznatků (navzdory moderním, např. zobrazovacím metodám). Farmakologické koncerny a farmaceutické firmy se brání nižším ziskům tím, že zkoumají a rozšiřují indikační oblasti u již povolených léků (např. některých antidepresiv, antiepileptik). Jsme svědky toho, že neurobiologické procesy překračují klasické nosologické hranice. Zároveň odborníci na neuropsychofarmaka a psychopatologii upozorňují, že biologizací psychických poruch se vzdalujeme pochopení psychopatologie.

Při celkovém posouzení Dorschova slovníku psychoterapie a psychofarmakoterapie rád uvedu, že se jedná o rozsáhlé a potřebné dílo mimořádné kvality, nalézající uplatnění i v době internetu. Naši německy čtoucí psychoterapeutické obci je doporučuji a spolu s editory díla konstatuji i širší čtenářskou indikační oblast, jíž jsou kromě psychoterapeutů a psychofarmakoterapeutů i kliničtí psychologové, studenti psychologie a psychologii blízkých oborů, včetně profesí, které mají co do činění s psychickými poruchami, jejich léčbou a nápravou. Poskytuje spolehlivý zdroj informací, i pokud jde o trendy vývoje psychoterapie a psychofarmakoterapie.

*prof. PhDr. Jan Vymětal
Ústav pro humanitní studia v lékařství,
1. lékařská fakulta UK v Praze,
Karlovo nám. 40
128 00, Praha 2*

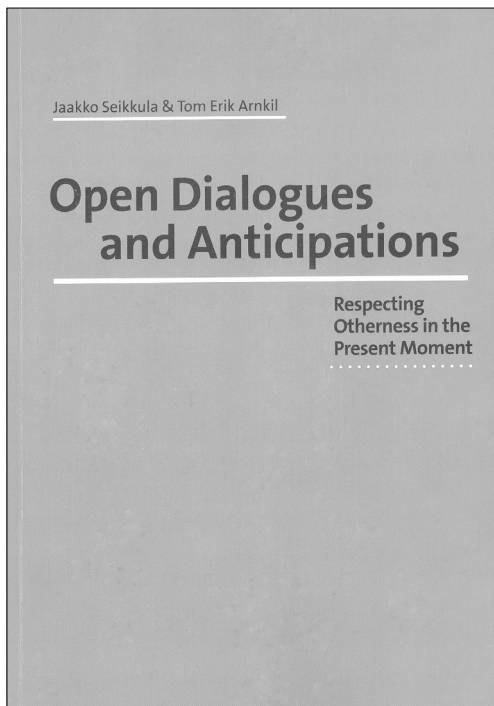
PTÁT SE NA TO, CO SE DĚJE PRÁVĚ TEĎ

Seikkula, Jaakko, Arnkil, Tom Erik (2014). Open Dialogues and Anticipations. Respecting Otherness in the Present Moment. Tampere: Juvenes Print – Finnish University Print (201 stran)

Zbyněk Vybíral

„Dílo“ anebo jinak řečeno „vklad“ do soudobé psychoterapie od finského terapeuta Jaacka Seikkuly a profesora na Universitě v Jyväskylä sleduje řada čtenářů tohoto časopisu dlouhodobě. Např. v ročníku 2010 jsme otiskli překlad (studijní text) Seikkuly s Mary Olsonovou (Poetika a mikropolitika „otevřeného dialogu“ při léčbě lidí s akutní psychózou); v čísle 1/2013 jsme přinesli recenzi na Seikkulovu a Arnkilovu knihu z roku 2006 *Dialogical Meetings in Social Networks* (od Davida Skorunky); knižní překlad do češtiny se křtil jen o pár týdnů později na psychoterapeutickém sympóziu (knihu vydal Narativ v Brně, 2013). Referovali jsme i o širším kontextu systemického dialogického přístupu ve Skandinávii: v ročníku 2011 psala Jitka Balášová o práci akutního psychiatrického týmu v norském Tromsø. Seikkula ovlivňuje část zejména mladé (mladší, střední) generace psychoterapeutů u nás (sám ovlivněn Tomem Andersenem, Bachtinovým dílem, nebo třeba svým přítelem, americkým filosofem Johnem Shotterem), pravidelně navštěvuje Českou republiku a má zde, dá se říct, své žáky.

Hned na první straně nejnovější knihy J. Seikkuly a T. E. Arnkila *Otevřené dialogy a předjímání. Respekt k jinakosti v danou chvíli* najdeme dvě určující tvrzení. A sice to, že lidé se rodí do vztahů a že se lidé rodí do dialogů. Na třetí straně je toto východisko zopakováno a doplněno: Všichni se rodíme do vztahů, žijeme v nich, ale jsme také každý jiný.



V knize je objasněna jak psychoterapie, tak její filosofické základy, a předností knihy je řada fragmentů z praxe. **Dialogičnost** představuje základní klíčový koncept autorů. Znamená postoj, ne stav (není to jen stav, kdy mluvíme k druhým nebo sobě). Znamená způsob bytí. Dialogy představují „umění překračovat hranice“ (s. 23). Být dialogickým pomocníkem znamená být přítomen v danou chvíli zde a nyní. Pomocník s dialogem, facilitátor, respektuje jedinečný pohled druhého člověka na situaci, kterou spolu zažívají (s. 38). Souvisejícím jádro-

vým konceptem je **dialog mezi více aktéry** (*multi-actor dialogue*). Tento úhel pohledu umožňuje vidět vnitřní psychotickou řeč pacienta jako jeden z řady jeho hlasů. Již v knize *Otevřené dialogy* najdeme přesvědčivé a hlavně autory několikrát doložené tvrzení, že psychotická řeč v psychotické atace dává s největší pravděpodobností průchod tomu, pro co pacient před atakou nenacházel slova (Seikkula, Arkil, 2013, s. 51). Autoři představují v nové knize znovu oba přístupy, které uplatňovali v rámci systemicky modifikované rodinné terapie a intervencí v rodinách a s rodinami a které popsali rovněž už v *Otevřených dialogích*. Prvním je „otevřený dialog“, druhým jsou „dialogy předjímající budoucnost“ (anticipation/future dialogues).

Přístup nazývaný jako „otevřený dialog“ byl vyvinut v západním Laponsku. Zásadním elementem a potenciálně léčivou složkou se stalo naslouchání pacientům a jejich rodinným příslušníkům. Tom Arnkil v knize popisuje obdobný „experiment“ v jedné italské škole v únoru 2012: učitelé se zkusili přizpůsobovat svým žákům a ukončit atmosféru strachu spojenou např. se zkoušením. Když se žák bojí, nic se nenaučí. Dalším krédem se stala zásada, že když dospělí berou děti vážně, berou je pak vážně i děti. – Na jiných místech se autoři věnují tomu, jak přístupy uplatnit v řízení lidí a projektů (v managementu).

Zastavím se ještě u jiného teoretického východiska autorů. Všichni disponujeme kromě vědění explicitního také **implicitním vědění**. Na stranách 113–114 se autoři odvolávají na Daniela Sterna, podle něhož je základním „terénem“ pro setkání s druhým člověkem daná chvíle (nebo chceme-li „přítomná chvíle“, přítomnost, čas „nyní“). Je tomu tak

pochopitelně také v psychoterapii. V „dané“ chvíli máme především implicitní vědění o tom, co dělat, které je často nepojmenovatelné slovy. Terapeut se nějak cítí (... a tím pádem ví) a měl by věnovat tomuto svému prožitku pozornost, než něco vysloví. S tímto postojem autorů souvisí odmítnutí „labelingu“ (nálepkování lidí) a psychiatrických diagnóz, jako součásti reality „bud/anebo“. Stern byl kritický i k sestavování narací (příběhů) a k tomu, že by tu psychoterapeut měl být od toho, aby těmto příběhům pacienta dodával význam. Významy se ustavují v dialogu, nenabízí je terapeut pacientovi! V tomto terénu je pak vcelku pochopitelně dalším inspirátorem autorů Martin Buber.

Celou knihou se vine to, v co autoři věří a před čím varují. Vyhmátněme alespoň něco: a) Lidi s psychickým onemocněním není možné (vy)léčit, když se k nim vztahujeme jako izolovaným jednotkám a nevěnujeme pozornost jejich rodinným příslušníkům nebo těm, kteří „mají co říct“ k jejich potížím; b) rozšířené je lineárně kauzální vysvětlování si toho, co se nemocnému děje typu A způsobilo B, ale takové uvažování zavede terapeuta skoro vždy do slepé uličky; c) terapeutický tým se nemá na samém začátku zaměřit na diagnózu, ale ihned má „generovat“ dialog, ve kterém mu členové rodiny řeknou svými vlastními slovy, co se děje, popíšu mu problém.

Kniha je velmi praktická. Obsahuje řadu užitečných, návodně pojatých pasáží. Například: na stranách 123 až 126 najdeme jednoduchá vodítka k tomu, jak zlepšit to, abyste byli v daný moment opravdu přítomni. Autoři doporučují: Dávejte přednost tématům, o kterých mluvíte nyní, před příběhy z minulosti. Přebírejte klientova slova a témata, která přináší, spíše než abyste

vycházeli z toho, o čem byste s ním rádi mluvili vy. Mluvte v první osobě, mluvte za sebe. Nebojte se vyslovovat a klientovi připomínat: „Podle mě...“. Zůstávejte v rozhovoru klidní. Měli byste odpovědět/reagovat na každou promluvu (třeba jen na *uhm*), přičemž naše reakce jsou často vtělené v nás, reagujeme neverbálně atd.). Zůstat bez odezvy je nejhorší, co se člověku, snažícímu se něco říct druhým, může stát (tento étos je obsažen rovněž už v *Otevřených dialogích*, např. str. 137).

K následujícímu doporučení dovedla J. Seikkulu zkušenost z rozhovorů s psychotickými pacienty – radí: Navazujte dialog s „hlasy“ druhých lidí, které nemusejí být na první pohled patrné. Vycházejte při tom ze svých pocitů. Cítíte pohnutí? Pak je tu patrně někdo, kdo byl také pohnut (i když klient o něčem mluví právě chladně). Terapeut mu v takovou chvíli nemá tvrdit, že skrývá emoce, ale má se zvolna snažit vytvořit více prostoru pro eventuální vyjádření emocí.

Co se týče druhého klíčového termínu v názvu, **předjímání**, podle autorů jsou „lidé mistry v předjímání“ (s. 29). Naše psychika předjímá neustále, předjímání je naším radarem, naší orientací. Jsem spolu

s autory přesvědčen o tom, že upamatovávat psychoterapeuty na předpojatosti, předjímání, předsudky, na všechno (domnělé) vědění předem, které bývá někdy velmi sebevědomé – že to patří mezi, dejme tomu, stovku základních misí teoretiků psychoterapie.

Co nám autoři v knize *Otevřené dialogy a předjímání* říkají? Každý, kdo se účastní terapie, má právo vyjádřit se a být slyšen. Pacientka si může přizvat např. svou kamarádku, v podstatě koho chce. V „dialogích předjímajících budoucnost“ je klíčovou součástí pokládání otázek na budoucnost, v níž by bylo pacientovi dobře, a na cesty, které k takové budoucnosti mohou vést. Všichni přitom snášejí nejistotu a psychoterapeuti by měli být trénováni v tom, aby nejistotu unesli (a nepomáhali si z ní například saháním po diagnózách). V psychoterapii se netrápí jen klient. Řadou pochybností strádá terapeut, další členové týmu, nebo i supervizor. Dobrá terapie se rodí jen v dobrých, otevřených dialogích. O těch je tato kniha.

Autor recenze přednáší na Katedře psychologie FSS MU.

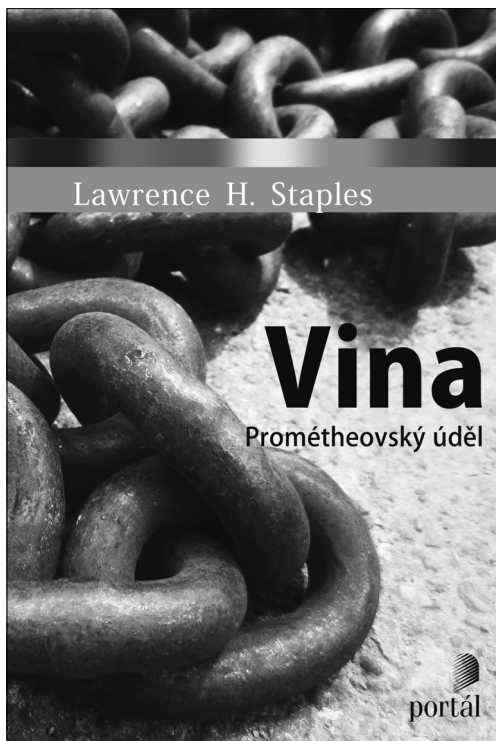
DŮLEŽITOST KONTRASTU: PŘÍJEMNÉ NENÍ BEZ NEPŘÍJEMNÉHO

Staples, L. H. (2016). *Vina: Prométheovský úděl*. Praha: Portál

Adéla Tarinová

Lawrence H. Staples, Ph.D. je zkušeným psychoterapeutem, členem Institutu C. G. Junga, který svou práci věnuje převážně problémům středního věku, kreativitě a vině. Mimo jiné je autorem knihy *Vina: Prométheovský úděl*. Tato monografie obsahuje mnoho autorových myšlenek, ke kterým došel během svých mnohaletých zkušeností, a jež jsou, jak sám dodává, z velké části subjektivní. Kniha je obohacena velkým množstvím příkladů z jeho praxe. Ty jsou částečně zbeletrizovány, aby byla zachována mlčenlivost, nicméně umožňují čtenáři nahlédnout do problematiky hlouběji.

Kniha je rozdělena do dvou částí. V úvodu se čtenář dočte, proč podtitul nese název Prométheovský úděl. Autor popisuje, jak přišel na myšlenku „dobré viny“, kterou spojuje právě s prométheovským mýtem. Prométheus se provinil tím, že ukradl oheň bohům a dal jej lidem. Za trest byl připoután ke skále, kde jej napadal orel a trhal mu játra. Avšak bez Prométheovy oběti by společnost trpěla. Zde autor poukazuje na to, že pro potřebné, ač zakázané věci, je třeba hřešit a přivádět si tak následné pocity viny. Staples tvrdí, že „Prométheovská vina a dobrá vina jsou tedy pocity provinilosti za hříchy, které musíme spáchat, máme-li růst a seberealizovat se“ (str. 15). S tímto konceptem dobré viny autor v celé své knize pracuje, dává ji do různých kontextů a snaží se ji čtenářům co nejvíce přiblížit.



V první části se Staples nejprve věnuje jungovskému modelu a jeho pojetí individuace. Právě vina hraje v tomto procesu významnou roli. Abychom totiž mohli dosáhnout svého jedinečného potenciálu, což je hlavním úkolem tohoto vývoje, musíme se dopouštět hříchu a prožívat pocity viny. Pro čtenáře je tedy velmi důležité, aby se s tímto modelem seznámil.

Autor se s námi dělí také o další jungovský pojem, a tím je *stín*. Jde o ty části duše člověka, které byly dosud „neobydlené a nerozvinuté“ (str. 51). Pokud se však

do nich na cestě individuace rozhodneme vstoupit, přivádíme si tím pocity viny a utrpení. Přesně to se od nás ale v tomto procesu očekává. Každý člověk má ve svém stínu ukryta svá vlastní témata, a některým z nich se Staples ve spojitosti s vinou v knize věnuje. Pro úplnost je zde vyjmenuji. Jedná se o: vinu a sex, opouštění, rozvod, negativní pocity vůči rodičům, hněv, negativismus, mužské/ženské role, sobeckost, odlišnou sexuální orientaci, vinu z nedosažení ideálu, pravdu a lež, vinu a zřeknutí se náboženské víry, vinu a alkohol a konečně vinu a city.

Další kapitola v první části knihy se nazývá Pocity jako vývojový elixír, což už samo prozrazuje, že zde autor hovoří o emocích. Ty jsou součástí procesu, který zajišťuje naši duševní rovnováhu. A je to ona vina, která „je jedním z nejdůležitějších pocitů, které Já využívá k dosažení homeostázy“ (str. 96). Staples uvádí několik příkladů, díky nimž může čtenář jeho myšlenky snadno pochopit. Každá duše člověka je složena z mužské a ženské stránky, tzv. animus a anima. Pocity jsou součástí především ženské stránky duše (animy), a dle Junga nás anima vede k vlastnímu Já. Ne každý člověk však dává průchod oběma těmto stránkám, a Staples sděluje, že pro zachování duševní rovnováhy je důležité, abychom se nebáli projevit každou z nich, tedy naši racionální i pocitovou součást.

Nejsou to však jen pocity samy o sobě, jež jsou důležité. Pocity dávají průchod našim tvořivým procesům. Člověk ve své dvojakosti skrze tvořivost dojde ke své jedinečné identitě. Díky tvůrčí práci, budeme-li dostatečně pozorní, můžeme spatřit ty oblasti Já, o kterých jsme dosud nevěděli, nebo jsme je potlačovali. Tvorba skýtá sebeodhalování, odkrýváme veřejnosti kou-

sek ze svého nitra a často se bojíme kritiky. Je to pro nás intimní záležitost, jež v nás v případě nesouhlasu může vyvolat pocity viny. Staples však uvádí, že pro náš vývoj je nezbytné, abychom svůj strach překonali, odhalili své já, vystavili se pocitům viny a přijmli tyto pocity.

Ve druhé části knihy se autor zabývá tím, jak rány způsobené vinou zmírňovat. Vina s sebou přináší mnoho utrpení, kterého se člověk ať už vědomě či nevědomě snaží zbavit. Naše pocity viny mohou být např. dočasně „pohřbeny“ v nevědomí, což však může nadělat více škody než užitku. Tyto pocity nakonec stejně jednou vyplují napovrch, a často mají dalekosáhlejší dopady. Autor tedy popisuje několik kroků, jež je třeba podniknout v rámci léčebného procesu a vypořádání se s pocity viny. Prvním přístupem, který zmiňuje, je duchovní. Zde rozvíjí myšlenku prométheovského způsobu „dávání zpět“. Dle Staplese je třeba dát společnosti něco hodnotného za naše provinění. Autor uvádí mnoho příkladů, díky čemuž se čtenář může vžít do situace. Např. příběh vyléčeného alkoholika, který byl sice pronásledován pocity viny, ale přijal je a nyní může pomáhat ostatním lidem v podobné situaci skrze AA.

Kniha by nebyla úplná bez konkrétního popisu práce s vinou. Autor tvrdí, že chceme-li se naučit pracovat s vinou, musíme se zaměřit nejprve na úzkost. Taje totiž předzvěstí, že se blíží něco špatného, zakázaného. Velmi důležitým prvkem v psychologickém zpracování viny je také zpověď (katarze). Člověk se ze svých hříchů vyzpovídá a jeho zpověď je terapeutem bezpodmínečně přijata, což může vést k tomu, že si člověk konečně odpustí. Vina také často vyvstává z toho, že člověk

nedostal ideálům (ať už svým či ideálům stanovených autoritami). Staples píše, že naše ideály jsou ale často nereálné a nedosažitelné a je tedy třeba se zaměřit na jejich změnu. Nakonec jsou v knize představeny práce se sny jako nástroj pro zmírnění viny. Sny nám pomáhají získat přístup k nevědomému obsahu, jehož součástí jsou také témata, z nichž pramení pocity viny. Kniha byla koneckonců průběžně prokládána příklady snů, na kterých autor se svými pacienty pracoval a jež jim pomohly se s jejich pocity viny vypořádat.

Musím říct, že kniha je velmi čtivě napsaná. I z toho důvodu je vhodná nejen pro odbornou veřejnost, ale také pro „laiky“. Člověk, který se v psychologických tématech tolik nevyzná, v knize najde vysvětlení, co který pojem či koncept znamená. Navíc autor často používá všemožné metafory, které čtenářům problém přibližují. To jednak přidává na čtivosti ale také na porozumění problematice. Zmínila bych však, že kapitola o tvořivosti je přece jen moc dlouhá. Ačkoli si uvědomuji důležitost tohoto procesu při práci s vinou, je tato problematika docela abstraktní a bez uvedených příkladů a metafor nebylo jednoduché udržovat pozornost a sledovat autorovy myšlenky.

Pro mě byla tato kniha jasnou volbou. Vina je něco, s čím se člověk musí během svého života vypořádávat neustále, chtě nechtě. Nemusí se nutně jednat o proces individuace, kdy se vydáváme do svých nejniternějších oblastí duše, jejichž překročení nám přináší nepříjemné pocity, a také onu vinu. Dle mého názoru může čtenáři přinést jiný pohled na vinu, může nás naučit, že ne vždy znamenají pocity viny něco špatného. Pro mě byla významná myšlenka celého díla, že bez těch špatných věcí bychom nebyli schopni prožít ty dobré. Neměli bychom např. takovou radost z nalezeného telefonu, kdybychom ho prvně neztratili. Kontrast, protiklady, jsou tedy velmi důležité. To samé platí o vině. Záleží pouze na tom, jak s ní člověk umí pracovat a zda si uvědomí její smysl, což mu může pomoci zmírnit bolest a dopady z ní vyplývající. Musíme ji však nejprve prožít, aby následně přišlo rozehřešení a náš osobní růst. Toto si po přečtení knihy *Vina: Prométheovský úděl* odnáším, a věřím, že si v ní každý najde to své, co mu pomůže na jeho cestě životem.

Autorka je studentkou psychologie na FSS Masarykovy univerzity.

POKLADNICE TECHNIK

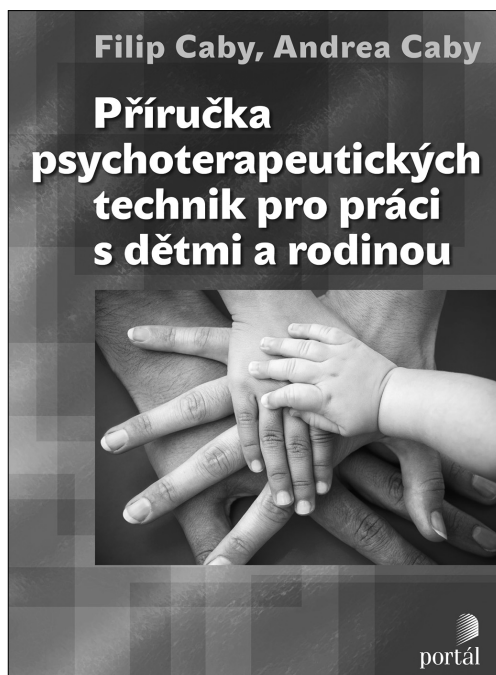
Filip Caby, Andrea Caby: Příručka psychoterapeutických technik pro práci s dětmi a rodinou. Praha: Portál, 2014, 143 stran

Michal Mužík

V roce 2014 vyšla v češtině kniha s názvem Příručka psychoterapeutických technik pro práci s dětmi a rodinou, jejíž autoři jsou dva němečtí psychoterapeuti, manželé Filip a Andrea Cabyovi. Originální název tohoto díla, poprvé vydaného v Německu v roce 2009, se dá do češtiny přeložit jako Psychoterapeutická pokladnice. A stejně jako když se uschovávají cennosti do truhly s pokladem, uschovali Cabyovi do této knihy své zkušenosti a poznatky z praxe ve formě psychoterapeutických technik, nápadů a rad. Jak už ale název napovídá, zaměřují se především na techniky, kterých je v knize uvedeno přes 40. Dílo bylo původně určeno pro potřeby pediatrií, nicméně našlo si cestu také do knihoven psychoterapeutů, sociálních pracovníků, pedagogů a dalších pracovníků pomáhajících profesí, kteří při práci s klienty někdy potřebují rychle nalistovat nějakou užitečnou radu.

Manželé Cabyovi jsou oba vzděláním lékaři a mají psychoterapeutickou praxi se zaměřením na děti a dospívající. Jejich psychoterapeutické vzdělání je rozsáhlé, ale to, které mají oba společné, je v oblasti systemické terapie. Právě ta se výrazně podepsala na teoretickém pozadí této knihy, na zaměření uvedených technik a pohledu, z jakého je kniha napsaná. To však neznamená, že nelze značnou část technik využít i mimo rámec rodinné terapie nebo mimo práci s dětmi a dospívajícími.

Kniha je rozdělena celkem do čtyř kapitol, z nichž jsou první tři ještě dále členěny do podkapitol. První kapitola se zabývá



teoretickým zaměřením uvedených psychoterapeutických technik, dotazovacími technikami a vedením rozhovoru. Kromě výše zmíněné oblasti systemické terapie, je teoretický rámec knihy dále vymezen orientací na řešení, orientací na zdroje a konstruktivismem. Kapitola také obsahuje rady týkající se dotazování a rozhovoru.

Následuje nejobsáhlejší kapitola knihy, zabývající se psychoterapeutickými technikami, které jsou zde pojmenovány jako intervence. Zaměřuje se především na jejich popis a využitelnost. Intervence jsou podkapitolami rozděleny na dvě skupiny, a to obecné intervence a speciální techniky, které mají specifitější zaměření. Obě sku-

piny jsou dále rozděleny na ty intervence, které lze použít přímo během rozhovoru, a na ty, které jsou použitelné jako domácí úkoly. Popisy všech intervencí mají stejnou strukturu ve smyslu, že nejdříve je popsána základní myšlenka dané intervence, dále praktické provedení, zvláštní tipy, indikace, kontraindikace a nakonec vhodné uspořádání. Údaj o vhodném uspořádání se týká toho, pro jaký typ terapie je intervence vhodná, přesněji řečeno jestli je vhodná pro použití v individuální, rodinné, skupinové nebo párové terapii. Některé popisy také obsahují stručné ukázky použití v praxi. Zde mi přijde vhodné poznamenat, že uvedené intervence nejsou jen originální výtvořky Cabyových, přestože informace v knize vycházejí hlavně z jejich zkušeností. Jsou zde uvedeny také techniky původně jiných autorů, například zázračná otázka Steva de Shazera a Insoo Kim Bergové.

Třetí kapitola se zabývá speciálními indikacemi, kde každá indikace tvoří krátkou samostatnou podkapitolu. Ty jsou navíc, na rozdíl od intervencí, seřazeny podle abecedy. V této kapitole jsou popsány časté symptomy poruch nebo nápadností chování, jako je například agresivní chování, lhaní nebo poruchy příjmu potravy, a k nim příslušné intervence, které jsou v daném případě autory považovány za nejvhodnější. Tato část knihy neobsahuje podrobný popis indikací nebo symptomů, ale slouží především k vyhledání vhodné intervence pro daný případ.

Poslední kapitola obsahuje ve stručnosti rady a nápady pro zvládnutí situací zdánlivě bezvýchodných nebo jinak náročných. Jedná se například o tvrzení klientů typu „Jste naše poslední naděje!“ nebo situace, kdy na sezení vypukne mezi klienty hádka.

Knihy mi přijde srozumitelně napsaná

a přehledná, nebyl jsem zahlcen množstvím textu a dobře jsem se v ní orientoval. Její kratší rozsah umožňuje čtenáři rychlé prolistování a vyhledání toho, co se mu v danou chvíli hodí nebo co ho zajímá. To odpovídá původnímu záměru autorů, kteří ho vyjádřili větou na začátku první kapitoly: „*Neměla by to být tlustá kniha, ale kniha, která bude používána.*“. Na druhou stranu stručnost popisu intervencí a indikací lze považovat také za jistou nevýhodu. Jednotlivým technikám je věnována jedna až tři strany a sám jsem si při čtení knihy několikrát říkal, jestli nebyla daná pasáž trochu moc odbytá a jestli by si nezasloužila, aby se jí autoři věnovali o trochu víc. Příkladem může být intervence s názvem Navození souhlasné nálady, která svým popisem zabrala necelou jednu stranu a část o zvláštních tipech zde byla zcela vypuštěna. Také poslední kapitola by si dle mého názoru zasloužila rozšířit, je zde uvedeno celkem 14 situací na necelých pěti stranách a některé popisy tak obsahují pouze pár ukázek možných otázek, které by měly pomoci danou situaci vyřešit.

Osobně hodnotím knihu jako užitečnou nejenom pro začínající terapeutky, kteří by mohli ocenit výběr z množství technik obsažených v jedné publikaci, ale také pro každého, kdo hledá různé možnosti či nápady, které by mohl využít v praxi. Nelze však očekávat něco převratného, některé z uvedených technik nebo informací bude znalejší čtenář pravděpodobně znát. Přestože kniha nepodává vyčerpávající popis vybraných technik, poskytuje stručný návod na jejich použití a může sloužit také jako zdroj inspirace pro práci s klienty.

Autor je studentem psychologie na FSS Masarykovy univerzity.