

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 11. ročník, 2017, číslo 3

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

PhDr. Petr Goldman – Psychiatrická léčebna, Praha-Bohnice

PhDr. Šárka 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

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 Timulák, 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. Barbora Petránková**, **Mgr. Michal Čeveliček**

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 3/2017 byla 20. 11. 2017, recenzní řízení bylo uzavřeno 15. 11. 2017. Vychází v prosinci 2017.

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.

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

OBSAH / CONTENT

EDITORIAL

Roman Hytych - - - **177**

TEORIE / THEORY

Zbyněk Vybíral: Psychoterapeuti chybují I: Historický přehled (Psychotherapists fail I: A historical overview) - - - **178**

Tomáš Řiháček: Medicínský model a psychoterapie (The medical model and psychotherapy) - - - **190**

VÝZKUM / RESEARCH

Eva Březinová: Využití idiomatičtého jazyka v psychoterapii (The use of idiomatic language in psychotherapy) - - - **204**

Marek Preiss, Jana Geisslerová, Veronika Juričková: Vodítka pro výběr klienta do psychoterapie – pilotní studie (Clues for selection of client to psychotherapy – pilot study) - - - **216**

PRAXE / PRACTICE

Peter Kusý, Ferdinand Knobloch: Práce so snami z pohľadu integrovanej psychoterapie (Dream work in integrated psychotherapy point of view) - - - **230**

KONFERENCE / CONFERENCE

David Skorunka: Skeptikův průvodce po galaxii systemického výzkumu (Zpráva o International Systemic Research Conference 2017, Heidelberg, 8.–11. 3. 2017) - - - **242**

DISKUSE / DISCUSSION

Jan Šíkl: O nesamozřejmosti vnitřní změny - - - **249**

RECENZE / REVIEWS

Zimbardo, P. & Coulombová, N. D. (2017). Odpojený muž: Jak technologie připravuje muže o mužství a co s tím. Praha: Grada Publishing. (Karel Hájek) - - - **252**

Lillian B. Rubin (2017). Muž s nádherným hlasem: Příběhy z druhé strany pohovky. Praha: Portál. (Roman Vejbor) - - - **255**

Lowen, Alexander. (2017). Jazyk těla. Tělesná dynamika charakterových struktur. Praha: Portál. (Filip Abramčuk) - - - **258**

Pavel Nepustil (2014). Bez léčby to jde: proces přestávání s pervitinem bez odborné pomoci (Bronislav Farkač) - - - **261**

Děkujeme za finanční podporu Janu Poněšickému.

SYMPOZIUM O VÝZKUMU A PRAXI V PSYCHOTERAPII

Případové studie

25. 5. 2018

FSS MU Brno

Srdečně zveme psychoterapeuty, kteří mají zájem o výzkum psychoterapie, k setkání na tradičním psychoterapeutickém sympóziu v Brně.

Úvodní část sympozia se bude věnovat výzkumně zpracovaným případovým studiím.

Jak mohou jednotlivé případy posouvat naše chápání psychoterapie?

Jak může případová studie napomáhat spolupráci praktického psychoterapeuta, teoretika, výzkumníka i studenta?

Jak napsat případovou studii, která bude klinicky zajímavá i vědecky přínosná?

Dlouhodobým záměrem sympozia je propojování praxe a výzkumu v psychoterapii a budování vzájemně podpůrné sítě odborníků, kteří se o výzkum psychoterapie zajímají. Rádi bychom, aby i v Česku zdomácnělo pojetí výzkumu jako podpory pro praxi, jak to mezinárodně propaguje *Society for Psychotherapy Research*. Do druhé části sympozia proto uvítáme příspěvky z různých oblastí výzkumu psychoterapie.

Jan Roubal, Tomáš Řiháček, Jana Kostínková, Roman Hytych, Michal Čevelíček, Zbyněk Vybíral

Sympozium pořádá **Centrum pro výzkum psychoterapie**
při Katedře psychologie FSS MU v Brně.

I EDITORIAL

„Je mi o hodně líp, jen pořád nemůžu večer usnout,“ stěžuje si klient. „Vím, že jste říkal, ať si neberu problémy do postele, ale to máte těžké – manželka nechce spát jinde.“ Posledním letošním číslem vstupujeme do období klidu. Proto doufám, že vás podobné dilema nepotká právě v souvislosti s naším časopisem a že četba nejnovějších příspěvků vás po odborné stránce příjemně osvěží – a to i přes náročnost některých témat.

Protože nejen klienti, ale i psychoterapeuti mohou mít občas těžkou hlavu – chybování je přeci jen lidské a ani na poli psychoterapie by nemělo být toto téma tabu. O tom, jak běžné je chybovat, co vlastně chyba je a co dělat, když se dozvíte o pochybení svého kolegy, píše podrobně ve své stati Zbyněk Vybíral. Všichni přitom víme, že psychoterapie se původně zrodila na poli medicíny. Je ovšem nasnadě, že klasický medicínský model s jeho hodnotami, jednáním a postoji lékařů může být z hlediska účinné pomoci klientovi v terapii problematický: například soustředěním na patologii, technicistním pojetím léčby nebo přehlížením kontextu klientova života. Kde psychoterapie přesahuje rámec medicíny? A kde se vůči němu dokonce vymezuje? Na tyto otázky se ve svém článku pokouší odpovědět Tomáš Řiháček.

Pro začínající terapeuty pak vůbec nemusí být snadné rozhodnout, kterému klientovi budou schopni pomoc nabídnout a na jakého už si netroufají. Marek Preiss, Jana Geisslerová a Veronika Juříčková vytvořili pro takovou situaci didaktickou pomůcku se 32 položkami pro posouzení vhodnosti klienta pro psychoterapii. Možnosti práce se sny z pohledu integrované terapie zase analyzují ve svém článku Peter Kusý a Ferdinand Knobloch – hlavně ve smyslu odkrývání maladaptivních vzorců jednání a korektivní emoční zkušenosti, které mohou vést k terapeutické změně.

Klienti, kteří „vybuchují vzteky“ nebo si „vylévají srdce“, bývají v terapii úspěšnější než ti, kteří podobné idiomy, přesněji řečeno kontejnerové metafory pro pojmenování svých emocí nepoužívají. Ukázala to kvantitativní studie Evy Březinové, jejíž závěry mluví ve prospěch většího používání idiomatičtějšího jazyka tam, kde potřebujeme popsat ty nejnítěrnější pocity.

Také proto vám, vážení čtenáři, chci z celého srdce popřát do nového roku lehkou hlavu, dobrý spánek a klienty, kteří se chtějí „posunout dál“.

Roman Hytych

PSYCHOTERAPEUTI CHYBUJÍ I: HISTORICKÝ PŘEHLED

Psychotherapists fail I: A historical overview

Zbyněk Vybíral

Katedra psychologie Fakulty sociálních studií MU, Brno, CZ; e-mail: vybiral@fss.muni.cz

Psychoterapie. 11 (3), 178–189; ISSN 1802-3983

„Ale všichni jsme jen lidé a někdy klopneme. Únava, nepozornost, nesprávné pochopení, chybná informace, nesprávné posouzení, falešná představa, pýcha a netrpělivost jsou pouze některé z riskantních momentů, ve kterých někdy uděláme chybu, anebo jinými slovy, mohou za to, že nezareagueme zrovna nejetichtěji.

(K. POPE, M. VASQUEZ, 2016, s. 66)

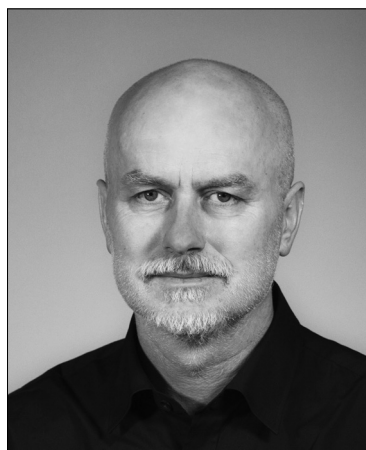
ABSTRAKT

Stať nabízí historický přehled toho, jak bylo doposud chybování psychotherapeutů pojímáno. Téma bylo přítomno v rámci psychoanalýzy již od S. Freuda. Vztahová psychoanalýza důrazně upozornila na to, že někdy je to psychotherapeut, kdo terapii komplikuje. O chybách psychotherapeutů je potřeba psát a diskutovat, a to v zájmu zkvalitňování péče o pacienty. V článku jsou uvedena vodítka k tomu, co lze za chybu považovat, a co dělat, když se dozvíme o chybách kolegy. V rámci historického přehledu jsou ukázána přiznání terapeutů k vlastním pochybením, a to zejména v oblasti psychodynamické psychotherapie (Casement, Searles). Z nejvýznamnějších chyb jsou probrány sexuální vztahy mezi terapeutem a klientkou.

Klíčová slova: chyba, selhání, terapeut, psychoanalytik, sexuální vztah

ABSTRACT

The article offers a historical overview of therapist's failures. The topic has been described as an integral part of psychoanalysis since Freud's texts. Relational psychoanalysis stressed that sometimes not patient but psychoanalyst can impair the therapeutic process. We must mention and analyze psychotherapist's faults in the interest of our clients. Analysis of failures can enhance a quality of care. The paper entails some guidance how to identify a fault in therapy and what we should do when



Zbyněk Vybíral

Je profesorem pro sociální psychologii na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity, v minulosti byl šéfredaktorem tohoto časopisu. Dlouhodobě se zabývá psychotherapií, v poslední době zahájil výzkum nežádoucích účinků psychotherapie. Nedávno vydal knihu *Jak se stát dobrým psychotherapeutem* (2016) a *Co je nového v psychologii* (2017).

we heard about failure of other therapist. The article mentions some therapist's confessions particularly in the psychodynamic psychotherapy (Casement, Searles) regarding their failures. Serious ethical faults like sexual relationships between therapist and client are mentioned as well.

Key words: fault, failure, therapist, psychoanalyst, sexual relationship

JE DŮLEŽITÉ CHYBU ROZPOZNAT

Víme, jak rozšířené je chybování psychotherapeutů? Významný americký psycholog Larry Beutler se v roce 2010 v rozhovoru pro server psychotherapy.net vyjádřil, že třetina psychotherapeutů v práci selhává.¹ Můžeme předpokládat, že selhávání psychotherapeutů je v podstatě *všudypřítomné*?

Toto slovo sem na úvod nepíšu náhodou. V rámci vztahové psychoanalýzy to byl I. Hoffman (1983), kdo upozornil na „všudypřítomnost neurotogenního vlivu, který terapeut uplatňuje prostřednictvím protipřenosu“ (2004, s. 86). Hoffman také upozornil na analytikův odpor, který může terapeutickou práci komplikovat podobně jako odpor pacientův, či na to, že analytik svým vlastním protipřenosem může přispívat k tomu, že se v léčbě udržují vzorce interakcí, kvůli nimž pacient vyhledal analýzu. A že to může být psychotherapeut, kvůli kterému se pacient nelepší. Brzdnými momenty žádoucího pokroku v terapii se může stát řada „věcí“, např. analytikova

odtažitost, nutkavé vracení se k určitému tématu, posedlost tím, aby mu byl pacient vděčný, vedení analýzy tak, aby sytila analytikovy potřeby, erotický protipřenos, v rámci kterého analytik pacienta (pacientku) svádí, a řada jiných.

Sám fakt, že psychoanalytik může být tím, kdo zhoršuje léčbu, uznal ke konci života i Freud, když napsal: „Je nepopíratelné, že analytici nedosáhli ve své vlastní osobnosti vždy oné míry psychické normalnosti, k níž chtějí vychovat své pacienty“ (1971, s. 362).² Freud zároveň vyzval ke shovívavosti v případě analytikových slabin. Uvedl to na příkladu somatického lékaře internisty, pro kterého také platí, že nemusí mít vnitřní orgány v pořádku a že pro něho může být dokonce výhodou, když sám trpí chorobou: může pak nemoc lépe pochopit. Vzápětí však příměr k nemocnému internistovi odmítl jako ne zcela přiléhavý a plédoval za to, aby měl analytik nad pacientem přece jenom převahu v podobě „vyšší míry duševní normalnosti (...), aby na pacienta mohl v určitých analytických situacích působit jako vzor a v jiných jako učitel“ (Freud, 1971, s. 363).

V 90. letech minulého století se v psychoanalytických textech a debatách začalo znovu více diskutovat o prožívání lásky a nenávisti v psychoanalýze. Jak uvádí Coen (1996), řada analytiků si díky otevřeně vedeným diskusím uvědomila, že pravděpodobně poškodili některé ze svých pacientů z řad gayů a lesbiček. Uvádí příklad psychotherapeutky, jež se cítila nepříjemně, když se jí homosexuálně orientovaná klientka stále

¹ Přestože lze předpokládat, že Larry Beutler (1941), jakožto bývalý prezident Společnosti pro výzkum psychotherapie, měl svůj odhad opodstatněný desítkami výzkumů, berme jeho vyčíslení s rezervou: přece jen bylo vysloveno v rozhovoru.

² Jde o úryvek z jeho pozdní stati „Konečná a nekonečná analýza“ z roku 1937, úryvek ze známé pasáže, v níž vyzval psychoanalytiku, aby sami periodicky podstupovali vlastní analýzu vždy po pěti letech.

dávala na lýtka a na stehna. Psychoterapeuti se někdy cítí iritováni chováním klientů, cítí se nesví; v takových situacích s vyšší pravděpodobností chybují. Jednu takovou reflexi prezentoval supervizor, když přiznal: Dováděl mě k zuřivosti, a já přiznávám, že jsem na něho nebyl zrovna dvakrát příjemný. Myslím, že to bylo moje selhání jako jeho psychoterapeuta (viz Meldau, 2013).

Psychoterapeuti - psychologové mají povinnost vyhýbat se jednání, jež by mohlo jejich klienty poškodit nebo využívat. Mají také zodpovědnost vůči společnosti, mimo jiné nepoškozovat prestiž psychologie a důvěru klientů v psychologii. – Na druhou stranu: chyb se dopouštějí. Pokud by o nich veřejně nemluvili a nepsali, k chybování bude docházet dál, možná dokonce ve větší míře, a psychoterapie bude dál „nebezpečnou metodou“, před kterou by L. Beutler své děti spíše varoval, než aby jim psychoterapii doporučil.

Ve společnosti a v komunitě psychoterapeutů je potřeba navodit a udržovat takové klima, aby bylo možné mluvit o chybách a selháních veřejně, a beze strachu, že v návaznosti na přiznání přijde automaticky trest. V tomto směru jistě platí to, co napsal Leape (2009):

„Ti, kdo pečují o druhé, potřebují otevřeně sdílet informace o rizicích, chybách a nežádoucích momentech. Lidé nemohou zlepšit systémy, pokud nemohou mluvit o svých zkušenostech. Jediní by se neměli rozpakovat oznámit chyby bez toho, že se budou bát postihu.“ (Leape, 2009: 425)

O chybách psychoterapeutů musíme psát a diskutovat už proto, aby je psychoterapeuti rozpoznali. Aneb, jak to zformuloval Casement (1999): „Každý psychoanalytik nebo terapeut se bude nevyhnutelně dopou-

šťet chyb. Je proto důležité, aby byl schopen rozeznat, když k tomu dochází, a je právě funkcí vnitřní supervize, aby nám přesně v tomto pomohla“ (Casement, 1999:190). Na to, že se může analytik hodně naučit od pacienta, a to nejen o něm samotném, ale i o analytickém vztahu a o sobě, se v 30. letech minulého století ke konci života a na sklonku své praxe zaměřil Ferenczi (2014). V 50. letech minulého století zformuloval podobný apel v psychoanalýze Searles (1959) a knižně téma několikrát zpracoval Casement (1999, 2002, 2014).

I mimo hranice psychoanalýzy můžeme již čtyři desetiletí vidět systematickou pozornost věnovanou chybám, negativním reakcím terapeutů a zhoršování stavu pacienta. Možná se někdy zapomíná na to, že již v roce 1977 publikovali Strupp s Hadleyovou a Gomesem-Schwartzem první knihu, v níž byly publikovány výsledky průzkumu mezi kliniky a výzkumníky.³

CO JE CHYBOU V PSYCHOTERAPII?

Důkladnější terminologickou konceptualizaci (co je chybou, co selháním, co nezdarem, co je etickým pochybením apod.) nabídneme v samostatném článku. Přesto si v rámci historického přehledu odpovězme na otázku: Co můžeme označit za chybu v práci psychoterapeuta?

Chyba je vágní pojem. Medau et al. (2013)

³ Kniha se jmenovala příznačně *Když je hůř: problém negativních dopadů v psychoterapii* (When Things Get Worse....). Mimochodem v Československu vyšla ukázka z knihy záhy v „Psychoterapeutických sešitech“ (v čísle 5 z roku 1981). Již před touto knihou, v roce 1971, vyšla kniha psychiatra Richarda Chessicka *Proč psychoterapeuti selhávají*. Téma ale jak ve světě, tak u nás zůstávalo až donedávna marginalizované, resp. přehlížené.

pro svůj nedávný průzkum převzali definici z německé příručky pro psychoterapeuty z roku 2000, podle které je chybou v psychoterapeutickém procesu „nepřiměřené chování během terapie nebo nepřesná diagnóza nebo nesprávná indikace na rozdíl od dnes akceptovaných vodítek či standardů. Chyba tedy může porušit základní pravidla terapeutova chování vůči klientovi“ (Medau et al., 2013:3). Autoři navrhli třídít chyby do čtyř skupin: technické, úsudkové, normativní a systémové.

V každém případě máme různé „druhy“ chyb, a jejich eventuální dopad může být rozdílný. Uživeme-li termín „nepřiměřené chování“, můžeme si pod ním představit desítky nepřiměřených aktivit, reakcí, otázek, odpovědí nebo třeba návrhů.⁴ Označení určitého postupu jako chybného bylo v historii psychoterapie často výsledkem diskusí odborníků; bylo poučné sledovat různé názory na terapeutův postup, jak to ukázali v obsáhlé knize např. Standal a Corsini (1959).

Etické kodexy terapeutům říkají jen velmi málo, a někdy neříkají vůbec nic o tom, jak má psychoterapeut postupovat, dopustí-li se chyby (Medau et al., 2013).⁵ Těch, kteří se v minulosti podělili o vlastní chyby veřejně – minimálně zčásti tím riskovali svou pověst – je velmi málo. Nedávno Budge (2016) v časopise *Psychotherapy* připomněla pouze knihy P. Casementa (česky 1999) a Kottlera s Carlsonem (česky 2006). Výzkumníci dnes konstatují, že v oblasti, která

je eticky a profesionálně velmi důležitá, se dosud téměř nepěstoval empirický výzkum (Medau, 2013; Budge, 2016).

Vážné otazníky vyvolává i situace, kdy se terapeut dozví o chybách druhého terapeuta. To platí například pro supervizory. Ale nejenom pro ně. Jak má ten, kdo se dozví o pochybení kolegy, postupovat? Terapeut je zpravidla vtažen do konfliktu mezi profesní loajalitou vůči kolegovi (tu etické kodexy předepisují) a zodpovědností vůči pacientovi. Kodexy uvádějí povinnost probrat pochybení s dotyčným terapeutem, postupovat zprvu neformálně a zachovat přitom důvěrnost. Teprve když upozornění a probrání nepomohlo, nebo jsou chyby velmi vážné, má využít formálního postupu a obrátit se na etickou komisi příslušné organizace, asociace nebo instituce.⁶ Bohužel většina terapeutů, kteří se dozvědí o chybách, proti kolegovi veřejně nevystoupí.⁷ Někdy tedy chybu rozpoznáváme, a to častěji u druhého než ve vlastní práci, ale nic „s tím“ neděláme.

CO VÍME Z PŘÍZNÁNÍ PSYCHOTERAPEUTŮ?

Patrick Casement v knize *On learning from the patient* (1985)⁸ zpětně stopoval se zapojením vlastního „vnitřního supervizora“ chyby, kterých se dopustil v analýze pacientky B. Uvádím výtah z pasáží, kde pojmenovává své chyby nebo selhání:

„Místo abych analyzoval nevyřešenou

⁴ Symptomatický je podtitul jedné popularizační knihy, kde je probráno 50 chybných postupů psychoterapeutů; viz: Schwartz, Flowers (2012).

⁵ Medau et al. výslovně zmiňují, že taková vodítka nenašli v kodexu BACP ve Velké Británii, ani v kodexu BDP, tedy Asociace německých psychologů a psycholožek.

⁶ V Etickém kodexu Evropské asociace pro psychoterapii: viz článek 6. e); viz: <http://www.europsyche.org/contents/13134/statement-of-ethical-principles>

⁷ Tvrzení opírám o výzkum Medauové et al. (2013). Veřejnému vystoupení má předcházet upozornění kolegy.

⁸ České vydání z roku 1999 vyšlo pod názvem Hledání a objevování.

úzkost (...), prezentoval jsem sám sebe v roli hodné matky (...) Zdá se, že je to pro pacientku uspokojivé, ale jasněji to spíše uspokojuje moji vlastní potřebu“ (Casement, 1999:115). „Zasahuji předčasně. Bývalo by lepší zformulovat si tichou hypotézu a počkat před intervencí na pacientčiny další myšlenky“ (tamtéž:116). „Stále blokuji psychoanalytický proces tím, že zůstávám v manipulativním modu práce“ (tamtéž:118). „...postupuji příliš rychle od nepohodlné přítomné reality do minulosti. Ve skutečnosti odvádím pacientku od svého vlastního selhání pozornosti vůči ní k selhání pozornosti její matky. Můžeme v tom vidět další znamení toho, že se ohledně nedávných chyb v analýze cítím nesvůj. Nedávám jí volnost k tomu, aby to rozvedla svým vlastním způsobem a tempem. Bráním jí v tom tím, že to dělám za ni“ (tamtéž:120). „Interpretuji, aniž bych dal pacientce čas, aby mi dala k interpretování materiál. Tudíž stále ještě jedním pod vlivem své protipřenosové úzkosti pramenící z faktu, že jsem v poslední době udělal tolik chyb, z nichž jedna vedla k druhé“ (tamtéž:126). „Bývalo by lepší zůstat zticha a nechat pacientku, aby vedla“ (tamtéž:127). „Tím, že jí nedávám čas, aby odtud už pokračovala sama, pořád ohrožuji její prostor“ (tamtéž: 127).

Jaké chyby si psychoterapeut uvědomoval? Heslovitě můžeme extrahovat tyto:

předčasná interpretace;
 příliš rychlá interpretace;
 nedává prostor pacientce, aby pracovala sama;
 maskuje vlastní selhání tím, že od něj odvádí pozornost;
 odklání pozornost od přítomnosti do minulosti;
 manipuluje.

Také na dalších místech Casement přiznává obdobné chyby: „Moje naslouchání se úplně odvrátilo od pacientky (...), reagoval jsem jako závistivé dítě“, píše v první kazuistice s paní A. (s. 74); namísto psychoanalytické práce s ní podněcoval kvazi-společenský vztah (s. 75).

Kottler a Carlson (2006) shromáždili na základě dvou desítek rozhovorů s psychoterapeuty řadu dalších přiznání k chybám. Terapeut nezvládal svůj protipřenos; sám vykazoval odpor k terapii; nechal se okouzlit technikou; trval na postupu podle jisté školy, i když viděl, že postup někdy nefunguje; anebo třeba v terapii uvažoval tak, že se za to později styděl.

JAK O CHYBÁCH PŘEMÝŠLET?

Zásadním zdrojem pro promýšlení chyb v psychoterapii, ale také pro promýšlení správných postupů a jejich širších, etických souvislostí, je „kniha otázek“, kterou sepsali Pope et al. (2006) a která nese výmluvný název „O čem terapeuti nemluví a proč“. Autoři do knihy zařadili desítky krátkých „modelových“ pasáží, resp. „scénářů“, které mají tendenci být spíše tabu. U všech doporučují, aby se čtenář nejprve zeptal sám sebe, co při čtení o problematickém chování cítí. Poté nabízejí často i desítky otázek, kterými je možné učit se z vlastních pocitů, myšlenek, hypotéz, postojů; nabízejí otázky, díky kterým je možné promýšlet téma, okolnosti, promýšlet, jak by se terapeut měl zachovat. Nenabízejí odpovědi. Některé z ukázek jsou výmluvné. Například to, když se terapeut s voyeurskou zvědavostí zajímá o detailní popis sexuálního zneužití.

Autoři mj. předkládají k diskusi rovněž Ericksonovu instrukci, kterou dal v rámci strategické terapie mladé ženě, kterou se

snážil vyléčit z fobie z manželství, z cestování a sexu. Sám Milton Erickson svůj postup popsal v roce 1959 a je zahrnut do knihy editované J. Haleyem. Ženu vedl k tomu, aby se před ním svlékla, ukázala mu obě prsa, bradavky, genitálie, hýždě, pak aby se zase oblékla. Pope et al. sepsali deset okruhů otázek, které je nad Ericksonovou instrukcí užitečné „si probrat“. Např.: Myslíte si, že je rozdíl, když terapii provádí lékař? Nebo: Umíte si představit, že za jistých okolností byste po pacientovi žádali, aby vás slepě uposlechl?

Pope se spoluautory citují také Fritze Perlse, který popsal, jak na jedné esalenské skupině srazil k zemi neklidnou pacientku, která se začala prát s ostatními, a ti Perlse žádali, ať ji zklidní. Zpacifikoval ji třikrát, až vyskočila a objala ho s tím, že ho miluje. Perls to okomentoval, že v USA jsou tisíce žen, které takto provokují a dorážejí na manžele a nikdy nedostanou výprask, který by si zasloužily. Autoři citují rovněž Perlsův popis konejšení vzlykající dívky, která se k němu tiskla blíž a blíž a jeho hladící ruce jí klouzaly přes boky, přes prsa... (Pope et al., 2006: 110). Jsou toto jasné příklady terapeutova selhání? Anebo za jistých okolností, v určité situaci, může být i takový postup použit ku prospěchu klientky?

Nedávné speciální číslo časopisu *Psychotherapy* (ročník 2016, č. 3) věnované klinickým chybám psychoterapeutů se zaměřilo na některé vybrané chyby. Bugatti a Boswell rozebrali nedostatek citlivosti věnované kontextu: chybou podle nich může být nedostatek citlivého zvážení kontextu (*context responsiveness*); viz Bugatti a Boswell, 2016. Chybou může být nesprávné zařazení pacienta do skupinové terapie

atd. Přes velkou šíři toho, co je někdy možné označit za chybné, nedosáhla tato mozaika hloubky, k jaké se dostalo reflektování chyb v psychoanalytické literatuře (Searles, 1959; Casement, 1999, 2014).

Minuchin (in Miller, 2011) odpovídá v rozhovoru J. Lappinovi, že někdy nevěděl, jestli se nedopouští chyby. Uvádí příklad, že dostal chuť se dotknout obličej klienta nebo klientky. To, co udělal, bylo, že vyslovil pochybnost nad tím, jestli dělá správně, ale zároveň to udělal.⁹

Za řadou chyb hledali zejména psychoanalytici nezvládnutí protipřenosu. Searles (1959) popsal situace, kdy se on sám, jako analytik, zamiloval do pacientky s hebefrenní schizofrenií a později také do pacienta s ještě vážnějším schizofrenním postižením, a měl fantazie o manželství s nimi. To, co při analytické práci prožíval, byly úzkost, prožitky viny, rozpaky. Poděsilo ho to. Utíkal se k intelektualizaci. Zpětně se však dopracoval toho, že tyto protipřenosové fantazie jsou chtě nechtě součástí analytického vztahu a psychoanalytik jim musí rozumět a využít jich. Fascinující upřímnost k sobě samému ho dovedla ke zformulování čtyř různých zdrojů terapeutovy „oidipské lásky“ ke svému pacientovi.

Pope et al. (2006) ve výše zmíněné knize využili Searlsova přiznání k zamilovanosti do pacienta, kdy byl analytik zaplaven homosexuálními fantaziemi o uzavření manželství s klientem a následně s ním nebyl schopen pokračovat v terapii, k tomu, aby mezi možné chyby zařadili i méně

⁹ Postupy Salvadora Minuchina se mohou zdát nepřijatelné – jako zmíněný příklad sáhnutí klientovi do obličej, ale je třeba si připomenout, že pracoval s velmi narušenými rodinami, s rodiči, kteří týrali děti atd.

obvyklé důvody předčasného ukončení psychoterapie.

Selhal tehdy Searles?

CHYBNÉ PŘEMÝŠLENÍ O PACIENTOVI

Casement v knize *Further Learning from the Patient* (1990/2014) varuje před ustálenými interpretacemi a interpretačními klišé, které se v analyticky mysli usadily z práce s jinými pacienty a on je pak, ve chvílích nejistoty, použije při práci s někým jiným. Takto sám terapeut „intelektualizuje“ proces léčby, místo aby léčil. Casement zdůrazňuje, jak žádoucí je „čerstvý“ vhled (*fresh insight*). Ustálené klišovité interpretace (někde také nazývané jako „univerzální“ nebo dogmata) představují v psychoterapii nástrahy či léčky (*pitfalls*) na cestě vedoucí ke vhledu, porozumění a změně. Interpretaci i vhled vytvoříme teprve na základě vzájemného učení se s klientem.

Interpretační klišé patří do „rodiny“ chyb, které označil Abraham Maslow jako kategorizování klientů. Podle Maslowa „proces řazení do kategorií... je vlastně určitá forma ne-poznávání, je to rychlé a snadné klasifikování, jehož cílem je vyhnout se úsilí spojenému s pečlivějším, idiografickým vnímáním nebo myšlením. Umístit člověka do systému vyžaduje menší množství energie než poznat ho v jeho jedinečnosti.“ (Maslow, 2014: 183). Maslow varoval, že rychlé klasifikování může přitom klient prožít jako něco, co ho uráží. Stojí za povšimnutí, že humanistický psycholog upozornil, že vidět můžeme [kategorizování] „dokonce i u těch nejlepších terapeutů, jsou-li nemocní, unavení, zaujatí něčím jiným, úzkostní, bez zájmu, ve spěchu, pokud si pacienta neváží, a tak dále.“ (Maslow, 2014: 292).

Objasnění únavou nebo vyhořením najdeme v literatuře i jinde (Pope, Vasquez, 2016). Neseписuji zde však soupis polehčujících okolností. Psychoterapie „operuje“ v náročném interpersonálním, emočním terénu; a toho si musí být každý psychoterapeut vědom.

INTERPERSONÁLNÍ ZDROJ NEGATIVNÍCH EMOCÍ TERAPEUTA A ZHORŠENÍ V PSYCHOTERAPII

Obtížná je pro psychoterapeuta situace, ve které mu klient či klientka přizná, že ho/ji sexuálně přitahuje nebo že se do něj zamiloval/a. (Genderově zde můžeme „rotovat“: klient se vyzná z lásky k terapeutce; stejně tak se to může přihodit v aranžmá „homosexuálním“. Pro zjednodušení použiju model zamilování se klientky do terapeuta.) Psychoterapeut velmi často reaguje negativními emocemi, jako jsou překvapení až šok, odtažitost, nebo hněv, které mají dopad na další průběh psychoterapie, na klientčino prožívání, na její sebevědomí. Terapeut je pak tím, kdo zhorší „atmosféru“ v psychoterapii. Běžné a přirozené je, že se psychoterapeut po klientčině odhalení cítí velmi nepříjemně, bezradně nebo zmateně. Takové situace zažije v praxi hodně psychoterapeutů a psychoterapeutek. Podle Popa a Tabachnickové (1994), kteří provedli průzkum mezi profesionály, prožila více jak třetina psychologů při osobní terapii přitažlivost k terapeutovi! V 6,5 % případů trvala přitažlivost delší dobu a její součástí byly sexuální fantazie o vztahu s terapeutem. Nedávný zevrubný přehled o výzkumech v této oblasti si můžeme přečíst od Sonnevové a Jochaiové (2014) včetně výzkumů toho, jak reagují terapeuti. Zamilovaná

klientka může v průběhu sezení „pouze dělat“ sexuální narážky, může projevovat přitažlivost neverbálně, může ale také aktivně flirtovat, chtít políbit nebo obejmout terapeuta, navrhnout schůzku mimo terapii, navrhnout, aby ve vztahu pokračovali, až terapie skončí; může terapeutovi posílat e-maily, telefonovat. Psychoterapeuti často zůstkostní nebo dostanou strach v terapii pokračovat. Někdy si kladou za vinu, že k takové situaci došlo. Hlavním emočním prvkem v psychoterapii náhle je to, že se v ní terapeut necítí dobře.

Problém nastává i opačně. K tomu, že ve své praxi zažili minimálně jednou sexuální přitažlivost ke klientce nebo klientovi, se v různých průzkumech přiznává přibližně devět z deseti psychoterapeutů; může psychoterapeuty přitahují fyzicky atraktivní ženy, psychoterapeutky zase úspěšní, uznávaní muži. Zkoumá se, zda a jak taková přitažlivost může psychoterapii poškodit (Sonne, Jochai, 2014).

KONTINUUM SEXUÁLNÍ PŘITAŽLIVOSTI PSYCHOTERAPEUTA KE KLIENTCE

Sexuální vztah mezi psychoterapeutem a klientem je zakázán a je považován za neetický. Podobně je zapovězeno sexuální obtěžování (*sexual harassment*).

Sexuální zneužití je nejpovážlivějším a nejriskantnějším činem terapeuta vůči klientce.¹⁰ Jak zdůraznil Pope (1993), musíme shromažďovat zprávy o sexuálních kontaktech mezi terapeuty a klienty proto

¹⁰ Pro zjednodušení zde probírám jen vztah „terapeut muž – klientka žena“, protože podle výzkumů šlo až v 95 % případů právě o zneužití v tomto genderovém aranžmá (Pope, 1993). Platí však i pro vztahy v jiném genderovém rozložení.

a) abychom přispěli k prevenci, b) abychom vytvořili vodítka pro to, jak dokázat profesionálně zvládnout sexuální přitažlivost ke klientce. Sexuální přitažlivost k pacientce totiž terapeut často projikuje do pacientky, jako kdyby vyzařovaly z ní a jako kdyby to byla pacientka, kdo terapeuta svádí (Gabbard, 2005). Často však mohou být ve hře potřeby a fantazie a návyky terapeutovy. Pokud si je neuvědomuje, nazval Gabbard tento druh protipřenosu zneschopňujícím a ochromujícím.

Na začátku 90. let minulého století a následně v dalších publikacích shrnul Pope to, co se zjistilo ve výzkumech využívajících tři zdroje: 1. Z anonymních průzkumů mezi psychoterapeuty, ve kterých byli požádáni, aby se přiznali k tomu, pokud navázali s klientem sexuální vztah; 2. z průzkumu mezi psychology zaměřených na to, kolikrát se dozvěděli o zneužití předchozím terapeutem; a 3. ze zpráv disciplinárních komisí rozhodujících o event. odebrání licence. Z osmi amerických celonárodních průzkumů, jejichž výsledky byly publikovány ve vědeckých časopisech mezi lety 1977 a 1994, vyplynulo, že přibližně 4,4 % terapeutů (čtyřikrát častěji šlo o muže než o ženy) mělo sex minimálně s jednou klientkou/klientem; (podrobnější údaje o průzkumech najde čtenář in: Pope, 1993 nebo Pope, 2001).

Důvody toho, proč je dnes v etických kodexech navazování sexuálních vztahů s klienty zakázáno, shrnuli Pope s Vasquezovou (2016), resp. již dříve Pope (2001) do deseti bodů: klient vtažený do sexuálního vztahu, ať již takový vztah sám aktivně navázal, nebo byl sexuálně zneužit, má (nebo s velkou pravděpodobností může zažívat) pocity ambivalence, vinu, prázdnotu

a izolaci; má narušenu schopnost důvěřovat, zmatek v rolích a hranicích, stává se emočně labilním, potlačuje zlost, zvýší se u něj riziko sebevraždy a je postižen kognitivními dysfunkcemi včetně flashbacků, nutkavých myšlenek atd.

Oprávněné je ptát se rovněž na to, zda klienta nepoškodí, je-li sexuální vztah navázán po ukončení terapie. V některých státech je takový vztah zakázán navždy: Pope a Vasquez (2016) odhadují přes dvacet zemí; explicitně jmenují novozélandský a australský etický kodex pro psychiatry. Již dříve Brown (1988) popsala poškozující dopad takových vztahů na některé ženy v lesbické komunitě, které po terapii začaly žít se svými (lesbickými) terapeutkami. Mimo jiné to na ně vrhlo negativní světlo („ona to je její bývalá klientka“); tyto ženy se cítily izolovanější než dříve. Barnett (2014) připomněl, že v rámci platného etického kodexu APA psycholog nesmí navázat sexuální vztah s bývalým klientem po dobu dvou let, a i poté je třeba zvážit celkem sedm kritérií před navázáním takového vztahu.¹¹

Sexuální a erotické intimnosti se nepochybně vyskytují na kontinuu od pouhé (nezveřejněné) touhy, jež obtěžuje jednu ze stran pouze ve fantazii – až po očividné zneužití. Co se týče zatoužení nebo zamilování se, Searles (1959) se stal advokátem toho, že psychoanalytik má takové erotické

touhy či zamilovanost před pacientem odhalit; zdůrazňoval samozřejmě, že za vhodných okolností. Ve svém proslulém článku neřešil, jestli udělal chybu. Přesněji řečeno: byl přesvědčen, že chybu neudělal.¹²

Dnes by se mnoho z nás přiklonilo k tomu, že chyboval. Předpokládejme, že rozpoznání chyby v psychoterapii a širší shoda na tom, co není správné, je dnes, i díky studiu všech zde zmíněných historických zdrojů, na pokročilejší úrovni než před několika desetiletími. Otázka, zda se k chybě přiznat, však zůstává; anebo je možná ještě naléhavější.

Otázku, jestli chybu odhalit před klientem v psychoterapii, znovu nadnesli Medau, Jox a Reiter-Theil (2013). Podle nich je třeba zvážit jak nárok na to být pravdivě informován („right to truth“), tak potenciální vážné hrozby, jakými jsou narušení therapeutic

¹² Psychoterapeuti chyby nepřiznávali, a to zejména v raném období rozvoje psychoterapie. Kromě známějšího selhání C. G. Junga (vztah s pacientkou Sabine Spielreinovou) je poučný příběh Sandora Ferenczi. Ferenczi, jak je doloženo v korespondenci mezi ním a Freudem, se zamiloval do Elmy Pálos („získala jeho srdce“). Elma byla dcerou Gizelly Pálos, která již tehdy byla Ferencziho přítelkyní, byť byla vdaná za muže, kterého Ferenczi analyzoval. Freud již předtím, na společné cestě s Ferenczim do Palerma (1910) kritizoval vztah svého budapeštského žáka a soupevníka k oběma ženám. Ferenczi, poté, co se do něj Elma – dle jeho slov – zamilovala a vyhrožovala mu, prosil Freuda, aby analýzu Elmy převzal, a ten tak na krátké období v roce 1912 učinil. Elma se nicméně brzy vrátila do analýzy zpět k Ferenczimu. V době, kdy analyzoval Elmu, byl Ferenczi, zdá se, zcela vykořeněn: oscilloval mezi přáními oženit se s ní, jindy zase trval na tom, že dokončí její analýzu (a někdy si to stanovoval jako podmínku pro jejich budoucí manželství). Nakonec se v roce 1919 oženil s její matkou Gizellou Pálos. (Více in: Brabant et al., 1993; Forrester, 1997 a jinde.) Ferenczi vzájemné vztahy mezi sebou a pacientkami tematizoval na konci života jako tzv. vzájemnou analýzu, čímž se je snažil odborně ospravedlnit (Ferenczi, 2014).

¹¹ Viz dokument APA „Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct“, článek 10, odstavec 8. Výslovně se zde uvádí, že na odborníkovi i po dvou letech bude ležet „důkazní břemeno“; jinak řečeno: měl by být schopen dokázat, že nijak bývalého pacienta nezneužil; přičemž za zneužití lze pokládat např. to, že již v průběhu terapie plánoval, nebo naznačoval, že po dvou letech spolu budou moci sexuální vztah navázat.

kého vztahu a zejména riziko sebevraždy. Ve své studii analyzovali rozhovory se třiceti německými supervizory: většina z nich se přiklonila k tomu, že má psychoterapeut probrat chybu s pacientem (až na výjimky, kdy se to v určitý čas nebo vzhledem k diagnóze nehodí). Probrání své chyby před pacientem považují mnozí dokonce za součást profesionální povinnosti terapeuta; za součást jeho respektujícího chování ke klientovi, za součást důstojnosti; omluva a vysvětlení mohou terapeutickému procesu napomoci, mohou mít na klienta pozitivní dopad.

POZVÁNÍ K DISKUSI

Proč se o chybách a selháních psychoterapeutů píše a diskutuje tak málo? Leape s kolegy (2009) v rámci částečných odpovědí na tuto otázku nabídli zamyšlení nad paternalismem, hierarchií a systémovou nefunkčností zdravotnictví. Třebaže ne všechna psychoterapeutická léčba se odehrává uvnitř tohoto systému, mají rysy tohoto systému vliv na zamlčování chyb. Terapeuti se bojí postihu. Kdyby přiznali chybu, byli by potrestáni. Proto o pochybení raději mlčí. Medau a spoluautoři (2013) zjistili, že terapeuti, kteří se dozvědí o chybách kolegů a vědí, že se jich dopouštějí i poté, kdy s nimi o jejich chování neformálně mluvili, zpravidla už dále selhání kolegů neřeší (nevyužívají např. toho, že mají možnost oznámit „kauzu“ etické komisi). Nadřazují kolegiální loajalitu nad zodpovědnost vůči pacientům. Jakkoliv to zní téměř paradoxně, díky kolegiální loajalitě je zde nejspíše dost psychoterapeutů, kteří dlouhodobě poškozují klienty.

Apelovat na to, že je důležitá supervize, je neúčinné, pokud supervizor nesáhne

po řadě neformálních kroků zacílených na pomoc kolegovi, a nepomohou-li, pak i k formální proceduře.

Stejně tak snadné je apelovat na upřímnou sebereflexi psychoterapeuta. Casement vzpomíná na svou „protipřenosovou pošetilost“, když pracoval s šedesátiletou paní A. Tehdy, protože do supervize nechodil, vyvinul si vnitřní instanci, kterou nazval „vnitřní supervizor“. Komentuje to: „Kdybych si nebyl uvědomil, že si tu přehrávám protipřenos, mohlo mé rušivé chování dovést tuhle terapii k prudkému a ničivému konci“ (Casement, 1999: 72).

Speciálním druhem „hrozícího poškození“ v psychoterapii je chybné zacházení se sexualitou, sexuálními nebo erotickými fantaziemi, klientovou a terapeutovou intimitou, zamilovaností a láskou. Jak zdůraznil Hayes (2014), intimita představuje v psychoterapii „riziko povolání“, je však v psychoterapii přítomna téměř vždy: „Máme fantazie o našich klientech a oni mají fantazie o nás (...), není potřeba, abychom byli perfektní, jen bychom si svých nedostatků měli být vědomi, aby nás nezradily“ (Hayes, 2014, 119–120). To, že nemůžeme být perfektní, připuštění, že chybovat je lidské a že fakt, že nás někdo bude přitahovat, je vlastně nevyhnutelný, nacházíme ve všech nedávno publikovaných příspěvcích na toto téma (viz Barnett, 2014, Budge, 2016, Hayes, 2014).

MOŽNOSTI DALŠÍHO VÝZKUMU

Nevyužitý výzkumný potenciál leží ve zprávách, jež můžeme získávat od klientů. Využití těchto zpráv znamená v principu učit se od klientů. Klienti jsou v terapii zpravidla mimořádně citlivě nastavení pozorovatelé, kteří monitorují terapeutovo chování a kla-

dou si nad jeho prací řadu otázek (Casement, 1999).

„Pacienti si jasně všímají výběru a načasování terapeutových zásahů. Sami sebe se ptají, proč je to či ono komentováno takhle a ne jinak, proč terapeut zasahuje, když zasahuje, a ne už dříve nebo až později (nebo vůbec ne). Pacienti také rozpoznají terapeutovy obavy, jestliže je příliš aktivní nebo často přerušuje sezení. Stejně je zájímají prodlužovaná mlčení, zejména poté, kdy pacient dal průchod proudu silných pocitů. Zavalil jimi pacient terapeuta příliš?“ (Casement, 1999: 70).

Výzkum zaměřený kromě jiného na analýzu zkušeností klientů s negativními dopady psychoterapie jsme zahájili v Centru pro výzkum psychoterapie na FSS MU. K tématu se proto nepochybně vrátíme.

ODKAZY

- Barnett, J. (2014). Sexual feelings and behaviors in the psychotherapy relationship: An ethics perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 170–181.
- Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments. *American Psychologist*, 65 (1), 13–19.
- Beutler, L. (2010). Larry Beutler about Science and Psychotherapy. Interview with Hui Qi Tong. Staženo z: <https://www.psychotherapy.net/interview/larry-beutler> (27. 6. 2017)
- Brabant, E. et al. (Eds.) (1993). *The Correspondence of Sigmund Freud and Sándor Ferenczi*, Vol. I, 1908–1914. Cambridge (MA): The Belknap Press of Harvard University Press.
- Brown, L. (1988). Harmful effects of posttermination sexual and romantic relationships between therapists and their former clients. *Psychotherapy*, 25 (2), 249–255.
- Budge, S. L. (2016). To err is human: an introduction to the special issue on clinical errors. *Psychotherapy*, 53(3), 255–256
- Bugatti, M., Boswell, J. F. (2016). Clinical errors as a lack of context responsiveness. *Psychotherapy*, 53(3), 262–267
- Casement, P. (1999). *Hledání a objevování. Jak se učit v psychoanalýze od pacienta*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. (Orig. 1985: On learning from the patient.)
- Casement, P. (2014). *Further Learning from the Patient*. London: Routledge.
- Casement, P. J. (2002). *Learning from our mistakes: Beyond dogma in psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Coen, S. J. (1996). Love between therapist and patient: a review. *American Journal of Psychotherapy*, 50(1), 14–27.
- Forrester, J. (1997). *Dispatches from the Freud Wars: Psychoanalysis and Its Passions*. Harvard University Press.
- Ferenczi, S. (2014). *Klinický deník*. Praha: Portál.
- Freud, S. (1937/1971). Konečná a nekonečná analýza. *Vybrané spisy III. Práce k sexuální teorii a k učení o neurosách*. Praha: Avicenum – str. 338–367.
- Gabbard, G. O. (1995). The Early History Of Boundary Violations In Psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 43: 1115–1136.
- Gabbard, G. O. (2005). *Dlhodobá psychodynamická psychoterapie*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Hayes, J. (2014). “Well I got a few on my own”: Therapists’ reactions to attraction, sex, and love in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 119–122.
- Hoffman, I. (1983/2004). Pacient interpretuje analytikovu zkušenost. In Mitchell, S., Aron, L. (Ed.). *Vztahová psychoanalýza – zrození traduce (1. díl)*. Praha: Triton.
- Kottler, J., Carlson, J. (2006). *Nezdařená terapie. Nejhorší chyby z praxe předních současných psychoterapeutů*. Praha: Portál.
- Leape, L., Berwick, D., Clancy, C. et al. (2009). Transforming healthcare: a safety imperative. *Quality & Safety in Health Care*, 18, 424–428.
- Maslow, A. (2014). *O psychologii bytí*. Praha: Portál.

- Medau, I., Jox, R., Reiter-Theil, S. (2013). How psychotherapists handle treatment errors – an ethical analysis. *BMC Medical Ethics*, 14:50
- Medau, I., Jox, R., Reiter-Theil, S. (2014). Behandlungsfehler in der Psychotherapie: ein empirischer Beitrag zum Fehlerbegriff und seinen ethischen Aspekten. *Ethik Med*, 26, 3–18.
- Miller, A. (2011). Instructor's Manual for Salvador Minuchin on Family Therapy with Salvador Minuchin and Jay Lappin. Mill Valley, CA: Psychotherapy.net. Dostupný: <https://www.psychotherapy.net/data/uploads/5113e-45715ce5.pdf> (staženo 6. 10. 2017).
- Pope, K. S. (1993). Licensing disciplinary actions for psychologists who have been sexually involved with a client: some information about offenders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24 (3), 374–377.
- Pope, K. S. (2001). Sex between therapist and clients. In: Worell, J. (Ed.) *Encyclopedia of Women and Gender: Sex Similarities and Differences and the Impact of Society on Gender*. Academic Press (Vol. 2, 955–962).
- Pope, K. S., Sonne, J. L., Greene, B. (2006). *What Therapists Don't Talk About and Why. Understanding Taboos that Hurt Us and Our Clients*. Washington: APA (second edition).
- Pope, K.S., Tabachnick, B. (1994). Therapists as patients: A National Survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25 (3), 247–258
- Pope, K. S., Vasquez, M. (2016). *Ethics in Psychotherapy and Counseling*. Hoboken, New Jersey: Wiley (fifth edition).
- Schwartz, B., Flowers, J. (2012). *Jak selhat jako terapeut. 50 způsobů, jak ztratit nebo poškodit svého klienta*. Praha. Portál.
- Searles, H. (1959). Oedipal love in the countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 40, 180–190.
- Sonne, J., Jochai, D. (2014). The „vicissitudes of love“ between therapist and patient: A review of the research on romantic and sexual feelings, thoughts, and behaviors in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 182–195.
- Standal, S. W., Corsini, R. J. (1959). *Critical incidents in psychotherapy*. Englewood Cliff (N.J.): PRENTICE-HALL, INC.
- Strupp, H., Hadley, S., Gomes-Swartz, B. (1994). *When things get worse – the problem of negative effects in psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc. (2. vydání).

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 9. 10. 2017. Revidované znění došlo 4. 11. 2017, k publikaci přijato 5. 11. 2017.

MEDICÍNSKÝ MODEL A PSYCHOTERAPIE

The medical model and psychotherapy

Tomáš Řiháček

Katedra psychologie Fakulty sociálních studií MU, Brno, CZ; e-mail: tomas.rihacek@gmail.com

Psychoterapie. 11 (3), 190–203; ISSN 1802-3983

Tento článek vznikl za podpory specifického vysokoškolského výzkumu, projekt č. MUNI/A/1024/2016, kterou poskytlo MŠMT.

ABSTRAKT

Psychoterapie, tak jak ji dnes chápeme, se původně zformovala na poli medicíny. Postupně se však stala svébytnou disciplínou a její praktikování se rozšířilo mezi psychology a odborníky dalších profesí. Dnes si můžeme klást otázku, do jaké míry medicínský model – ideový rámec, který tvaruje myšlení, jednání, hodnoty a postoje lékařů – odpovídá východiskům psychoterapie a soudobým empirickým poznatkům. Některé charakteristiky medicínského modelu lze z pohledu psychoterapie vnímat jako problematické. Patří mezi ně (a) tendence soustředit se na patologii a její léčbu, (b) předpoklad specifického účinku léčebných postupů, (c) technicistní pojetí léčby a (d) odhlížení od širšího psychosociálního a sociokulturního kontextu potíží. Autor v tomto textu argumentuje, že psychoterapie je oborem, který mantinely medicínského modelu přesahuje a mnohdy se vůči němu i aktivně vymezuje.

Klíčová slova: Psychoterapie, medicínský model, patologizace, specifický účinek, technicistní pojetí léčby, individualizace

ABSTRACT

Psychotherapy, as we understand it today, originally formed in the field of medicine. Gradually, however, it became a distinct discipline, practiced also by psychologists and other professionals. Today, we may question the extent to which the medical model – the ideological framework that shapes physicians' thinking, action, values, and attitudes – corresponds to the essence of psychotherapy and contemporary empirical knowledge. From the psychotherapy perspective, some characteristics of the medical model can be viewed as problematic. These include: (a) the tendency to concentrate on pathology and its treatment; (b) the assumption of the specific effects of treatment procedures; (c) the technicist concept of treatment; and (d) disregarding the wider psychosocial and socio-cultural context of the problem. The author argues that psychotherapy is a discipline that not only exceeds the medical model but often stands in an active opposition to it.

Key words: Psychotherapy, medical model, pathologization, specific effect, technicist concept of treatment, individualization

Psychoterapie jako obor vznikla ve Freudově době a její praktikování bylo po několik dekad doménou lékařů. Navzdory

úsilí lékařů zachovat psychoterapii jako součást medicíny však začala být psychoterapie po 2. světové válce ve stále větší míře praktikována psychology a postupně též odborníky dalších profesí, jako je sociální práce, ošetrovatelství, pedagogika či adiktologie (Lambert, Bergin a Garfield, 2004). Psychoterapie se tak stala prakticky (a v některých zemích i legislativně, viz Vybíral, 2010, 2013) samostatným oborem. Toto široké pojetí psychoterapie ztělesňuje Štrasburská deklarace z roku 1990 a rozvíjí *European Association for Psychotherapy* a *World Council for Psychotherapy*, a svým zaměřením podporuje též *The Society for the Advancement of Psychotherapy* (29. divize Americké psychologické asociace).

O postavení psychoterapie v českém odborném a právním prostředí se v současné době vede diskuze mimo jiné i na stránkách tohoto časopisu (od roku 2009 více než 20 příspěvků). Tato diskuze se zatím soustředila převážně na otázky profesní identity (Komu patří psychoterapie?), odborné způsobilosti (Kdo je dostatečně kvalifikovaný pro výkon psychoterapie?) a právního ukotvení (Kdo a za jakých podmínek smí psychoterapii poskytovat?). Málo pozornosti bylo doposud věnováno konceptuálním otázkám (Co je podstatou psychoterapie? Jak se liší její aplikace v různých kontextech? Jak se liší od poradenství či jiných disciplín?). Tento text si klade za cíl přispět k diskusi rozbořením tzv. medicínského modelu a jeho vztahu k psychoterapii.

Lékařská péče (máme zde na mysli tzv. západní medicínu) je významně ovlivněna tzv. medicínským modelem – ideovým rámcem, který tvaruje myšlení, jednání, hodnoty a postoje lékařů. Ačkoli medicínský



**Tomáš
Řiháček**

Mgr., Ph.D. Je psycholog a psychoterapeut. Působí na Katedře psychologie FSS MU v Brně, kde se zabývá zejména výzkumem psychoterapie. Mimo to má privátní psychotherapeutickou praxi a působí též jako výcvikový lektor.

model našel uplatnění i v psychoterapii, některé jeho charakteristiky lze z pohledu psychoterapie vnímat jako problematické. Jedná se zejména o (a) tendenci soustředit se na patologii a její léčbu, (b) předpoklad specifického účinku léčebných postupů, (c) technicistní pojetí léčby a (d) odhlížení od širšího psychosociálního a sociokulturního kontextu potíží (volně podle Bracken, 2012; Elkins, 2009; McLeod, 2009; Wampold, 2001b). Psychoterapii lze přitom chápat jako disciplínu, která mantinely medicínského modelu přesahuje a mnohdy se vůči němu i aktivně vymezuje.

PATOLOGIZACE DUŠEVNÍHO ŽIVOTA

K základním charakteristikám medicínského modelu patří předpoklad, že léčba musí být založena na diagnóze (Szasz, 2014). Biomedicínský přístup předpokládá, že nejen tělesné, ale i duševní nemoci mají somatickou příčinu, kterou může být che-

mická dysbalance, genetická anomálie či defekt v mozkové struktuře (Deacon, 2013). Byť jsou současné klasifikace psychiatrických onemocnění (MKN-10, DSM-V) konstruovány deskriptivním způsobem jako výčet symptomů, existuje trend překládat je do jazyka základních dimenzí biologického fungování (Goldfried, 2015). Navzdory tomu, že Světová zdravotnická organizace již před více než sedmdesáti lety přijala definici vymezující zdraví jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli pouhou absenci nemoci či nemohoucnosti“ (Světová zdravotnická organizace, 2006, s. 1), bio-psycho-sociální (a tím spíše bio-psycho-socio-spirituální) model zdraví se zatím nestal realitou (Fava a Sonino, 2008) a v běžné lékařské praxi je zdraví stále chápáno jako nepřítomnost tělesné patologie. Cílem léčby je pak odstranit nemoc, nikoli pěstovat zdraví jako takové.

Také psychoterapie předpokládá existenci nějaké poruchy, problému či nespokojenosti na straně klienta (např. Rogers, 1957; Wampold, 2001b), avšak vychází z předpokladu, že při jejich vzniku či udržování hrají zásadní roli psychologické aspekty, které jsou ovlivnitelné psychologickými prostředky. Řada psychoterapeutických přístupů přitom chápe psychologické symptomy a potíže jako potenciálně smysluplné výsledky předchozí adaptace, které měly a stále mohou mít svou pozitivní funkci při udržování duševní rovnováhy, a které též slouží jako komunikační signály (Deacon, 2013; Styx, 1991). Psychoterapie o těchto symptomech uvažuje v kontextu širšího psychologického a sociálního (případně též spirituálního) fungování klienta, který zahrnuje také zdroje na straně klienta (viz např. Grawe, 2004). Tento důraz na kliento-

vy zdroje a resilienci, spíše než na samotné potíže, přitom proniká i do směrů, které jsou tradičně nejvíce na symptomy orientované (např. *Strengths-Based Cognitive-Behavioural Therapy*, Padesky a Mooney, 2012). Některé přístupy navíc chápou potíže, s nimiž klient přichází, primárně ne jako obtíž, která má být odstraněna, ale jako příležitost pro další růst a zrání osobnosti. Cílem psychoterapeutické práce pak může být nikoliv odstranění bezesmyslných a obtěžujících symptomů, ale jejich zvýznamnění a integrace do života klienta, což může vést k rekonfiguraci osobnosti a nové životní perspektivě (Maqsood, Jabeen a Khatoon, 2013; Sedláková a Řiháček, 2016). Výsledek psychoterapeutického procesu pak může mít blíže ke konceptu posttraumatického rozvoje (Mareš, 2008, 2009) než k „návratu k normálu“.

Účelnost psychiatrických diagnostických systémů (MKN-10, DSM-V) pro vedení psychoterapeutického procesu bývá zpochybňována (Beutler a Malik, 2002; Cooper, 2014). Psychoterapeuti samozřejmě také potřebují potíží klientů nějak rozumět, případně je klasifikovat, obvykle k tomu ale používají koncepty vycházející z teorie svého vlastního přístupu (např. vnitřní konflikt v psychodynamické psychoterapii, kontaktní styly v Gestalt terapii, ego-stavy v transakční analýze, iracionální myšlenky v kognitivní terapii či inkongruence v na člověka zaměřeném přístupu). Existuje také několik psychoterapeutických diagnostických systémů, které tvoří alternativu k těm psychiatrickým a lépe odpovídají potřebám psychoterapeutického procesu. Patří mezi ně např. Psychodynamický diagnostický manuál (Alliance of Psychoanalytic Organizations, 2006), Operacio-

nalizovaná psychodynamická diagnostika (Pracovní skupina OPD, 2013), na osobu zaměřená integrativní diagnostika (Salloum a Mezzich, 2011) či psychotherapeuticko-diagnostický přístup podle Bartusky et al. (2008). Jako podstatné pro přizpůsobování psychotherapeutického procesu konkrétnímu klientovi se ukazují také mimodiagnostické charakteristiky klienta, jako je třeba copingový styl, míra reaktance, preference a očekávání či stadium terapeutické změny (Beutler a Harwood, 2000; Norcross, 2011), s nimiž tradiční medicínský model ve své orientaci na diagnózu vůbec nepočítá.

Zatímco v rámci medicínského modelu je vyžadován objektivní nález (příznačně označovaný jako „pozitivní“), diagnostika duševních potíží objektivní není a být nemůže. Psychotherapie pracuje se subjektivními stesky („co klienti popisují“) a intersubjektivní zkušeností („co s nimi terapeuti zažívají“). Navzdory mnoha revizím diagnostických manuálů různí odborníci diagnostikují stejné potíže různě (Dougherty, 2005) a do rozhodování o diagnóze se promítají také faktory, jako je rasa či pohlaví klienta (Delbello, Lopez-Larson, Soutullo a Strakowski, 2001). Stiles a Shapiro (1989) upozorňují na to, že psychologická normalita je mnohem heterogennější než ta tělesná. Zatímco lékařská věda se shodne na znacích optimálního tělesného zdraví, jednotlivé psychologické a psychotherapeutické školy se liší v pojetí optimálního fungování lidské osobnosti (viz též Coan, 1999). V rámci medicínského modelu přitom stále schází širší reflexe psychopatologie jako sociální konstrukce (Gelo, Vilei, Maddux a Gennaro, 2015; Middleton, 2015; Podgornik a Kovačič, 2014; Slováčková, 2008) a dochází tak

k neoprávněné reifikaci mentální nemoci (Hyman, 2010).

S tím souvisí též dopad, který přidělená diagnóza má na samotného klienta a v širším smyslu i na společnost. Znalost diagnózy může na jedné straně přispět k uklidnění klienta, napomoci k vyrovnání se s aktuálním stavem (Bachroníková a Řiháček, 2017), potvrzovat status nemocného (Kebza, 2005) a zvýšit dostupnost lékařské či jiné adekvátní péče (Schwarz, Weiss a Lennon, 2000; Toffalo a Pedersen, 2005). Na straně druhé však může přispívat k zakonzervování neuspokojivého stavu, a rezignaci na možnost změny (Roubal, 2008; Strong, Ross a Sesma-Vazquez, 2015), stejně jako ke zjednodušenému „nálepkování“ a stigmatizaci ze strany společnosti (Bos, Pryor, Reeder a Stutterheim, 2013). Existence psychiatrické „nálepky“ může přitom člověka provázet celý život a negativně ovlivňovat jeho sebedůvěru, stejně jako možnosti vzdělání a profesního i sociálního uplatnění. Řada autorů se přitom shoduje na tom, že psychiatrické diagnózy jsou nadužívány a slouží primárně k možnosti vykazovat psychotherapeutickou péči zdravotním pojišťovnám (Dougherty, 2005). Psychiatrizace duševních potíží je součástí širšího procesu medicinalizace každodenního života, který bývá mnohdy kritizován (Bártlová, 2005, 2006; Rockwell, 2012). V tomto procesu dochází ke snižování naší tolerance k nepříjemným prožitkům a k následné patologizaci nepříjemného. Medicína je pak pověřována úkolem, aby v této oblasti stanovila normu a vykonávala sociální kontrolu (viz též Styx, 1991).

Shrnuto, informační hodnota psychiatrické diagnózy pro způsob vedení psycho-

terapie je omezená a zjednodušující patologizace duševních symptomů neodpovídá komplexní roli, již tyto symptomy často hrají v životě klientů. Psychoterapeutický proces vyžaduje zohlednění řady dalších charakteristik klienta, které nejsou psychiatrickou diagnózou zachyceny, a vyžaduje též terapeutovu citlivost k tomu, jaký význam bude ta která diagnóza pro klienty mít a jak ovlivní samotný terapeutický proces.

PŘEDPOKLAD SPECIFICKÉHO PŮSOBNÍ LÉČEBNÝCH POSTUPŮ

Medicínský model vychází z předpokladu, že konkrétní léčebná „ingredience“ (chemická látka, chirurgický výkon apod.) specificky ovlivňuje určitý problém či poruchu. Dále předpokládá, že množství této specifické ingredience lze dávkovat a že velikost účinku závisí na poskytnuté dávce (Stiles a Shapiro, 1989). Efekt očekávání (tzv. placebo efekt) je v lepším případě považován za podpůrný faktor, který umocňuje účinek léku, v horším případě za problematický jev, který komplikuje prokazování „skutečného“ účinku léku (Wampold, 2001b).

Tyto předpoklady bývají aplikovány i na psychoterapii. Také psychoterapeutické působení zahrnuje různé konkrétní „ingredience“ (tj. techniky a intervence), u nichž jednotlivé psychoterapeutické teorie předpokládají, že budou specificky ovlivňovat určité oblasti symptomů či potíží. Z toho mimo jiné plyne předpoklad, že jednotlivé psychoterapeutické směry, uplatňující různé techniky a postupy, by se měly lišit ve své účinnosti ve vztahu k různým poruchám a potížím. Několik desetiletí výzkumu účinnosti psychoterapie

však ukazuje, že jednotlivé směry se co do efektivity v průměru neliší (Luborsky et al., 2002; Smith, Glass a Miller, 1980; Wampold, 2001b) a že obohacování či naopak ochuzování terapeutických přístupů o různé techniky jejich efektivitu mění vůbec nebo jen nepatrně (Ahn a Wampold, 2001; Bell, Marcus a Goodlad, 2013). Podle Norcross a Lamberta (2011) vysvětlují technické rozdíly mezi jednotlivými přístupy přibližně 8% celkového rozptylu ve výsledcích terapie, podle Wampolda (2001b) pak dokonce pouze 1%. Tyto empirické závěry tedy předpoklad specifičnosti nepotvrzují.

V návaznosti na výše citované studie se jako smysluplnější jeví pojetí psychoterapie založené na tzv. společných účinných faktorech. Tato myšlenková tradice sahá až k Saulu Rosenzweigovi (1936) a objevuje se opakovaně v různých variantách (např. Frank a Frank, 1993; Garfield, 1995; Goldfried, 1980; Grawe, 2004; Lampropoulos, 2001; Hubble, Duncan a Miller, 1999; Prochaska & Norcross, 1999; Wampold, 2012). Například podle Wampolda (2012) se psychoterapeutická změna odehrává skrze kombinaci základního lidského kontaktu, sociálního vlivu terapeuta, nabídnutí vysvětlení psychických potíží, které bude klientem sdíleno, očekávání účinku terapeutické metody a zážitku průběžného zlepšení a zvládnutí. Různé přístupy naplňují tyto obecné kategorie různým způsobem – podle tohoto pojetí však konkrétní obsah není tak důležitý, podstatný je celý kontext tohoto „sociálního léčení“. Frank a Frank (1993) a po nich i Wampold (2001a, 2012) používají tento termín, aby zdůraznili, že psychoterapie sdílí společné prvky s řadou dalších praktik, které byly v různých kul-

turách a historických epochách využívány k léčení duševních potíží.

Medicínský model požaduje, aby psychoterapeutické přístupy prokazovaly svou účinnost oproti placebo. Existující meta-analýzy takový účinek skutečně potvrzují (Lipsey a Wilson, 1993; Smith, Glass a Miller, 1980; Wampold, 2001b), samotné placebo se ale, jako ostatně i ve farmakoterapii, ukazuje též jako značně účinné (Lambert a Ogles, 2004). Z perspektivy výše uvedeného přístupu založeného na společných účinných faktorech je však samotné rozlišování specifického (konkrétní procedury) a nespecifického (placebo) účinku psychoterapie pochybné, neboť obojí je produktem psychologických mechanismů (Wampold, 2001a) a vzájemně se ovlivňuje. Navíc psychoterapeutické placebo, které by bylo věrnou analogií k farmakologickému placebo, je nemožné vytvořit (Wampold, 2001b). Vyžadovalo by to totiž postup, který (1) neobsahuje žádnou teoreticky účinnou „ingredienci“, ale přesto (2) vzbuzuje u klientů stejná očekávání jako plnohodnotná psychoterapie, přičemž (3) psychoterapeut neví, zda právě poskytuje psychoterapii, či neúčinné placebo, a přitom (4) poskytuje intervenci s vírou v její účinnost.

Výzkumy též prokázaly, že existuje vztah mezi množstvím poskytnuté psychoterapie (tj. „dávkou“) a výsledným efektem (např. Howard, Kopta, Krause a Orlinsky, 1986; Kopta, Howard, Lowry a Beutler, 1994). Ani tento předpoklad vztahu dávka-efekt nelze ovšem aplikovat na psychoterapii mechanicky – ve skutečnosti je ovlivněn očekáváním klientů ohledně délky terapie. Ve studii Shapira et al. (1994) se neprokázal celkový rozdíl mezi efektivitou osmi- a šestnáctidenní léčby. Zajímavé však

bylo, že klienti, kteří věděli, že jejich léčba bude sestávat pouze z osmi sezení, dosáhli výsledného efektu rychleji než klienti, kteří věděli, že budou mít sezení dvojnásob. To je opět důkazem, že tzv. „nespecifické“ faktory (očekávání) jsou od těch „specifických“ v psychoterapii stěží oddělitelné.

TECHNICISTNÍ POJETÍ LÉČBY

V rámci medicínského modelu mají léčebné intervence instrumentální povahu – jsou chápány jako technické postupy, které lze oddělit od osoby lékaře a od kontextu, v němž jsou aplikovány (Stiles a Shapiro, 1989). Díky tomu pak lze tyto postupy standardizovat a přiřazovat ke konkrétním poruchám (diagnostickým jednotkám). Lékařská intervence je považována za aktivního činitele změny, zatímco pacient je chápán jako objekt, na němž je léčba prováděna (Bohart a Tallman, 1999). Ověření účinnosti těchto standardizovaných postupů v léčbě konkrétních poruch je pak základním požadavkem na důkazech založené medicíny (*evidence-based medicine*, Rodwin, 2001) a randomizované klinické zkoušky jsou považovány za „zlatý standard“ výzkumu (Wampold, 2001b).

Také v psychoterapii, ve shodě s medicínským modelem, existuje již téměř tři desetiletí snaha validizovat definované psychoterapeutické postupy ve vztahu ke konkrétním diagnózám (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Chambless a Hollon, 1998). Jejím výsledkem je vytváření psychoterapeutických manuálů popisujících standardizovanou podobu psychoterapeutických přístupů pro práci s konkrétními poruchami, které jsou následně empiricky ověřovány. Tato snaha je však mnohými autory kritizována,

protože dostatečně nezohledňuje specifika psychoterapeutického procesu, zejména jeho vztahovou povahu a důležitost klientovy vlastní angažovanosti.

Existuje stále otevřená debata, zda je používání terapeutických manuálů pro klienty prospěšné (Addis a Cardemil, 2006; Duncan a Miller, 2006). Zatímco některé výzkumy význam manuálů podporují, jiné ukazují, že důsledné následování psychoterapeutického manuálu může narušovat terapeutický proces a vést až k dehumanizaci klienta (Cooper, 2008; Elliott, 1998; Chambless a Ollendick, 2001). Proti používání manuálů a algoritmizovaných pravidel se staví autoři, podle nichž je pro úspěch terapeutického procesu zásadní flexibilita terapeuta (Beutler, 1999) a kteří usilují o definování psychoterapeutických postupů pomocí volnějších principů (Levitt, Niemeyer a Williams, 2005). Samotný požadavek „empirické podloženosti“ je pak potřeba chápat v mnohem širším pojetí než jen ve smyslu randomizovaných klinických zkoušek (Norcross, Beutler a Levant, 2006) a závěry empirických výzkumů mohou být pouze jedním z mnoha vodítek při vedení psychoterapeutického procesu (Cooper, 2008).

Psychoterapeutické působení se odehrává v kontextu interpersonálního vztahu a technickou stránku intervence nelze od této vztahové roviny oddělit. Empirické studie konzistentně potvrzují, že kvalita terapeutického vztahu pozitivně koreluje s výsledkem terapie (Beutler et al., 2004; Horvath, Del Re, Flückiger a Symonds, 2011) a že terapeutický vztah je nejen *podmínkou* terapeutické změny, ale je i samotným *procesem*, skrze nějž změna nastává (Zilcha-Mano, 2017). Norcross (2011) shrnuje

řadu konkrétních vztahových proměnných, u nichž byla prokázána jejich pozitivní souvislost s výsledkem psychoterapie, mezi nimi např. terapeutovu empatii, kongruenci, otevřenost klientově zpětné vazbě či schopnost adekvátně reagovat na narušení pracovního spojení. Jako protiváhu k vytváření seznamu empiricky podložených terapií pak Norcross razí termín „empiricky podložené psychoterapeutické vztahy“. Obraz psychoterapeutického procesu je však ve skutečnosti ještě mnohem komplikovanější. Terapeut i klient na sebe neustále reagují a terapeut (v optimálním případě) svůj přístup ustavičně přizpůsobuje potřebám a preferencím konkrétního klienta, stejně jako fázi terapeutického procesu. Takovýto proces je v zásadě nemanualizovatelný a nelze v něm definovat jednoduché vztahy typu intervence-účinek tak, jako je tomu v medicíně (Hardy, Stiles, Barkham a Startup, 1998; Kramer a Stiles, 2015; Stiles a Shapiro, 1994; Stiles, Honos-Webb a Surko, 1998).

V kontextu medicínského modelu je pacient považován za víceméně pasivního příjemce lékařské péče. Výzkumy v psychoterapii však ukazují, jak zásadní roli v terapeutickém procesu i výsledném efektu hraje aktivní přístup klienta, jeho motivovanost a připravenost ke změně (Norcross, Krebs a Prochaska, 2011; Orlinsky, Rønnestad a Willutzki, 2004; Seligman, 1995). Proměnné spojené s klientem tak mohou být důležitější než to, jaký přístup zastávají jejich psychoterapeuti (Bohart a Tallman, 1999; Duncan, Miller a Sparks, 2004). Zatímco medicínský model je charakteristický paternalistickým přístupem k pacientovi, zdůrazňuje lékařovu odpovědnost a pacientovo podřízení se lékaři, psychoterapie je

zásadně ovlivněna přístupem konzumeristickým, který zdůrazňuje pacientova práva, zodpovědnost, hodnoty a individuální preference (Beisecker a Beisecker, 1993). Paternalistický přístup je jednostranný, monologický, vyžaduje poslušnost a zpasivňuje pacienta. Poskytuje lékaři více kontroly, dává mu moc (a tím i povinnost) hodnotit pacientův stav a stanovit cíl léčby a v extrémní podobě může vést až k dehumanizaci pacienta. Konzumeristický přístup je naproti tomu dialogický, vtahuje klienta do rozhodování o směru terapie i do hodnocení jejích výsledků (Seikkula a Arnkil, 2006). Přestože i paternalistický přístup má někdy v psychoterapii své opodstatnění, mnoho psychoterapeutů se přiklání spíše k přístupu konzumeristickému. Tuto tendenci lze zpětně vysledovat až k Rogersovi (1942) a lze ji dnes pozorovat napříč různými psychoterapeutickými přístupy.

INDIVIDUALIZUJÍCÍ POHLED NA POTÍŽE

Individualizací zde není myšlen odkaz na individualizovanou péči ve smyslu personalizované medicíny (Di Paolo, Sarkozy, Ryll a Siebert, 2017), ale fakt, že v rámci medicínského modelu diagnostika i léčba cílí vždy na jedince. To je přirozeným důsledkem biologické orientace medicíny, pro niž základní jednotkou, a tedy i nositelem symptomu a objektem intervence, je (biologicky chápaný) organismus.

Stávající psychiatrické diagnostické systémy (MKN-10, DSM-V) jsou též přísně individualistické – diagnózu může získat pouze jednotlivý člověk – pacient. V psychoterapii se však často setkáváme se situacemi, které se takovému pohledu vymykají. Příklad do ordinace například

manželka muže s těžkou závislostí na alkoholu a bude hovořit o svém vyčerpání, zoufalství a pocitu bezvýchodnosti, prisma medicínského modelu na ni budeme nuceni nahlížet jako na někoho, kdo trpí poruchou nálady, spíše než jako na někoho, kdo je obětí (či spoluvůrcem) nepříznivé vztahové situace. V případě párové terapie medicínský model vyžaduje, aby alespoň jednomu z partnerů byla přidělena diagnóza (deprese, sexuální dysfunkce, porucha osobnosti, ...), aby bylo možno psychoterapeutickou intervenci legitimizovat jako léčbu individuální poruchy. Podobně i na rodinnou terapii pohlíží medicínský model jako na léčbu jedince (identifikovaného pacienta), byť pomocí systémové intervence. V rámci medicínského modelu neexistuje koncept „vztahové patologie“ nebo „léčby vztahu“, přestože psychoterapeuti vztahovým či systémovým způsobem potíže svých klientů často konceptualizují (např. Francesseti, Gecele a Roubal, 2013).

Někteří autoři upozorňují, že výhradním zaměřením pozornosti na pacienta individualizuje lékař celospolečenské problémy. Mnoho vážných nemocí má však společenské a environmentální rozměry. Mnoho smrtelných nemocí je podmíněno chudobou, špatným bydlením, nepříznivým přírodním prostředím či rizikovými pracovními podmínkami (Bartlová, 2006). Duševní onemocnění bývají automaticky považována za příčinu různých sociálních problémů, jako je například nezaměstnanost, bezdomovectví či kriminalita, mechanismus však může být ve skutečnosti i opačný (Draine, Salzer, Culhane a Hadley, 2002). Podle Bartlové (2005, 2006) konceptualizací těchto problémů jako individuálních poruch se pak zodpovědnost

přesouvá na postižené jedince a medicínská praxe tak posiluje sociální systém, který je sám o sobě v podstatě zdrojem mnoha chorob (Bartlová, 2005, 2006). Jak ale trefně podotkli Syřišřtřová et al. (1972), je příznakem nemoci být šťasten v nemocném světě. Pravdou je, že i psychoterapii jako takové bývá někdy vytykán přílišný individualismus a odhlížení od sociálního kontextu (McLeod, 2009). Přesto lze říci, že většina psychoterapeutických přístupů se nenechává spoutat medicínským modelem a nahlíží na etiologii a léčbu duševních potíží v širším kontextu.

ZÁVĚR

Cílem tohoto textu bylo představit stěžejní rysy medicínského modelu a poukázat na jeho limity ve vztahu k psychoterapii. Z výše uvedených argumentů je patrné, že medicínský model nemůže obsáhnout psychoterapii v její úplnosti a že snaha podříditi psychoterapii tomuto modelu by znamenala ignorovat proměnné, které v psychoterapeutickém procesu hrají fundamentální roli.

Je však nutné na tomto místě upozornit, že medicínský model je obecný konstrukt, který zobecňuje charakteristiky obvyklé lékařské praxe. Neznamena to automaticky, že všichni lékaři se s tímto modelem plně identifikují. I v rámci samotné medicíny existují snahy jeho omezení překročit. Příkladem může být již zmíněný bio-psycho-sociální model (Engel, 1977) a celá oblast behaviorální medicíny (Feldman a Berkowitz, 2011; Keefe, 2011). Také různé psychoterapeutické přístupy se k medicínskému modelu vztahují různě. Zatímco některé jej principiálně odmítají (zejm. humanistické, systemické a postmoderní přístupy), jiné se medicínské perspektivě

i jejím požadavkům na výzkum poměrně dobře přizpůsobily (zejm. kognitivně-behaviorální přístupy). Mezi psychoterapií a medicínou tak existuje vztah oboustranného ovlivňování.

Doposud jsme se soustředili na kritiku medicínského modelu a je namístě ocenit také jeho přínosy ve vztahu k psychoterapii. Na tomto místě je potřeba vyzdvihnout, že medicínský model (1) nabízí strukturovaný a přehledný pohled na (psycho)patologii a její léčbu a tím usnadňuje orientaci odborníkům i jejich klientům, (2) svým důrazem na individuální fungování dobře odpovídá současné společenské poptávce, (3) podporuje výzkum a snahu o zvyšování efektivity psychoterapie, (4) legitimizuje psychoterapii jako formu zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním a tím ji (alespoň teoreticky) zpřístupňuje širším vrstvám populace a (5) nastavuje vysoký standard vzdělávání a v rámci současné legislativy umožňuje snadnější kontrolu kvality poskytované psychoterapeutické péče. Výzvou tedy není eliminace medicínskému paradigmatu, ale spíše vzájemné obohacování medicínské a psychosociální perspektivy.

Závěrem je nutno konstatovat, že psychoterapie je založená na psychologických principech, mezi něž patří například důvěrný a autentický mezilidský kontakt, možnost dát smysl svému trápení, naděje na zlepšení, korektivní zkušenost či učení se novým dovednostem. Tyto principy nejsou a ze své podstaty ani nemohou být plně podřizeny medicínskému modelu. Přestože snaha uchopit psychoterapii skrze medicínský model je historicky a pragmaticky pochopitelná, můžeme spolu s Elkinsem (2009) konstatovat, že medicínský model

dominuje současnému diskurzu ne proto, že by adekvátně zachycoval podstatu psychotherapeutického procesu, ale spíše kvůli zdání vědeckosti, které budí, a kvůli legitimizaci, kterou poskytuje psychoterapii na poli medicíny. Možnosti medicínského modelu adekvátně popsat a vysvětlit, co se odehrává v psychotherapeutickém procesu, jsou omezené. Značná část empirických poznatků o psychotherapeutickém procesu je s tímto modelem v rozporu. Medicínský model by proto měl být ve vztahu k psychoterapii používán uvážlivě a s vědomím jeho limitů.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Janu Roubalovi a Simoně Řiháčkové za cenné připomínky a podněty k textu.

LITERATURA

- Ahn, H., Wampold, B. E. (2001). Where of where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251–257.
- Alliance of Psychoanalytic Organizations (Eds.). (2006). *Psychodynamic diagnostic manual (PDM)*. Silver Spring, MD: Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*(4), 271–285.
- Addis, M. E., & Cardemil, E. V. (2006). Psychotherapy manual can improve outcomes. In J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 131–140). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bachroníková, M., & Řiháček, T. (2017). Skúsenosť ľudí s nespecifickými črevnými zápalmi. *Psychosom, 14*(2), 99–110.
- Bártlová, S. (2005). Medicinalizace – problém stále živý. *Sociální práce, 1*, 115–121.
- Bártlová, S. (2006). Proces medicinalizace. *Kontakt, 2*, 280–285.
- Bartuska, H., Buchsbaumer, M., Mehta, G., Pawlowsky, G., & Wiesnagrotzki, W. (Eds.). (2008). *Psychotherapeutic diagnostics: Guidelines for the new standard*. Wien: Springer.
- Beisecker, A. E., & Beisecker, T. D. (1993). Using metaphors to characterize doctor-patient relationships: Paternalism versus consumerism. *Health Communication, 5*(1), 41–58.
- Bell, E. C., Marcus, D. K., & Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(4), 722–736.
- Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. Oxford: Oxford University Press.
- 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: John Wiley.
- Beutler, L. E. (1999). Manualizing flexibility: The training of eclectic therapists. *Journal of Clinical Psychology, 55*(4), 399–404.
- Beutler, L. E., & Malik, M. (Eds.). (2002). *Rethinking the DSM: Psychological Perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bohart, A., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology, 35*(1), 1–9.
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Ber, G., Beuster, C., ... Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The*

- British Journal of Psychiatry*, 201, 430–434.
- Coan, R.W. (1999). *Optimální osobnost a duševní zdraví*. Praha: Grada.
- Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy: The facts are friendly*. Los Angeles, CA: Sage.
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33, 846–861.
- Delbello, M. P., Lopez-Larson, M. P., Soutullo, C. A., & Strakowski, S. M. (2001). Effects of race on psychiatric diagnosis of hospitalized adolescents: A retrospective chart review. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11(1), 95–103.
- Di Paolo, A., Sarkozy, F., Ryll, B., Siebert, U. (2017). Personalized medicine in Europe: Not yet personal enough? *BMC Health Services Research*, 17(1), 289–297.
- Douherty, J. L. (2005). Ethics in case conceptualization and diagnosis: Incorporating a medical model into the developmental counseling tradition. *Counseling and Values*, 49, 132–140.
- Draine, J., Salzer, M. S., Culhane, D. P., & Hadley, T. R. (2002). Role of social disadvantage in crime, joblessness, and homelessness among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 53, 565–573.
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2006). Treatment manuals do not improve outcomes. In J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 140–149). Washington, DC: American Psychological Association.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. A. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy* (rev. ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Elkins, D. N. (2009). The medical model in psychotherapy: Its limitations and failures. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(1), 66–84.
- Elliott, R. (1998). Editor's introduction: A guide to the empirically supported treatments controversy. *Psychotherapy Research*, 8(2), 115–125.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Fava, G. A., & Sonino, N. (2008). The biopsychosocial model thirty years later. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 1–2.
- Feldman, M. D., & Berkowitz, S. A. (2012). Role of behavioral medicine in primary care. *Curr Opin Psychiatry*, 25, 121–127.
- Francesetti, G., Gecele, M., & Roubal, J. (2013). *Gestalt therapy in clinical practice: From psychopathology to the aesthetics of contact*. Milano: FrancoAngeli.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Garfield, S. L. (1995). *Psychotherapy: An eclectic-integrative approach second edition* (2nd ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Gelo, O. C. G., Vilei, A., Maddux, J. E., & Gennaro, A. (2015). Psychopathology as social construction: The case of anorexia nervosa. *Journal of Constructivist Psychology*, 28(2), 105–125.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *Applied and Preventive Psychology*, 13(1–4), 3.
- Goldfried, M. R. (2016). On possible consequences of National Institute of Mental Health funding for psychotherapy research and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(1), 77–83.
- Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Hardy, G. E., Stiles, W. B., Barkham, M., Startup, M. (1998). Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 304–312.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16.

- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159–164.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155–179.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7–18.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annu. Rev. Psychol.*, 52, 685–716.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Keefe, F. J. (2011). Behavioral medicine: A voyage to the future. *Ann. Behav. Med.*, 41, 141–151.
- Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L., & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 1009–1016.
- Kramer, U., & Stiles, W. B. (2015). The responsiveness problem in psychotherapy: A review of proposed solutions. *Clin Psychol Sci Prac*, 22, 277–295.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (2004). Introduction and historical overview. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 3–15). New York, NY: Wiley.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 3–15). New York, NY: Wiley.
- Lampropoulos, G. K. (2001b). Common processes of change in psychotherapy and seven other social interactions. *British Journal of Guidance and Counselling*, 29(1), 21–33.
- Levitt, H. M., Neimeyer, R. A., & Williams, D. C. (2005). Rules versus principles in psychotherapy: Implications of the quest for universal guidelines in the movement for empirically supported treatments. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(1), 117–129.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48(12), 1181–1209.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, S. J., Levitt, J. T., ... Krause, E. D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well—mostly. *Clin Psychol Sci Prac*, 9, 2–12.
- Mareš, J. (2008). Posttraumatický rozvoj: Nové pohledy, nové teorie a modely. *Československá psychologie*, 52(6), 567–583.
- Mareš, J. (2009). Posttraumatický rozvoj: Výzkum, diagnostika, intervence. *Československá psychologie*, 53(3), 271–290.
- Maqsood, A., Jabeen, T., & Khatoon, H. (2013). Assessment of positive effects of illness: Implications for an integrative approach of bio-psycho-socio-spiritual model. *Pakistan Journal of Life and Social Sciences*, 11(2), 139–146.
- McLeod, J. (2009). *An introduction to counselling* (4th ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Middleton, H. (2015). The medical model: What is it, where did it come from and how long as it got? In Loewenthal, D. (Ed.), *Critical psychotherapy, psychoanalysis and counselling* (pp. 29–40). London: Palgrave Macmillan.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (Eds.). (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J.

- O. (2011). Stages of change. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 279–300). New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 3–21). New York, NY: Oxford University Press.
- 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* (5th ed., pp. 307–389). New York, NY: John Wiley.
- Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012). Strengths-Based Cognitive-Behavioural Therapy: A four-step model to build resilience. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 283–290.
- Podgornik, N., & Kovačič, A. (2014). Can mental health be viewed as a public social problem? *International Journal of Mental Health*, 43(2), 52–69.
- Pracovní skupina OPD (Eds.). (2013). *Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika OPD-2: Manuál pro diagnostiku a plánování léčby*. Praha: Hogrefe-Testcentrum.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Rockwell, D. (2012). Humanizing mental health: Existentialism and the DSM-5: Can humanistic psychology light the way? *The Humanistic Psychologist*, 40(2), 207–211.
- Rodwin, M. A. (2001). The politics of evidence-based medicine. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26(2), 439–446.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*. Boston, MA: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- Rosenzweig, S. (1936/2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 5–9.
- Roubal, J. (2008). Proces diagnostikování v terapeutickém vztahu. *Psychoterapie*, 2(1), 12–16.
- Salloum, I. M., & Mezzich, J. E. (2011). Outlining the bases of person-centred integrative diagnosis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17, 354–356.
- Sedláková, H., & Řiháček, T. (2016). The incorporation of a spiritual emergency experience into a client's worldview: A grounded theory. *Journal of Humanistic Psychology* [online].
- Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2013). *Otevřené dialogy: setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Brno: Narativ.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 522–34.
- Schwartz, S., Weiss, L., & Lennon, M. C. (2000). Labeling effects of a controversial psychiatric diagnosis: A vignette experiment of late luteal phase dysphoric disorder. *Women & Health*, 30(3), 63–75.
- Slováčková, Z. (2008). Zdraví – historie a současnost. In *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity* (pp. 85–97). Brno: Masarykova univerzita.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clin Psycho Sci Prac*, 5, 439–458.
- Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9, 521–543.

- Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(5), 942–948.
- Strong, T., Ross, K. H., & Scsma-Vazquez, M. (2015). Counselling the (self?) diagnosed client: Generative and reflective conversations. *British Journal of Guidance & Counselling, 43*(5), 598–610.
- Styx, P. (1991). *Zacházení s bláznem: Interakční psychiatrie*. Brno: Společnost pro reklamu a tisk.
- Syříšřtřová, E. et al. (1972). *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum.
- Szasz, T. S. (2014). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personla conduct*. New York, NY: Harper.
- Světřová zdravotnická organizace (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Stařeno z http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- Toffalo, D. A. D., & Pedersen, J. A. (2005). The effect of a psychiatric diagnosis on school psychologists' special education eligibility decisions regarding emotional disturbance. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 13*(1), 53–60.
- Vybřral, Z. (2010). Psychoterapie v Evropě. In Z. Vybřral & J. Roubal (Eds.), *Současná psychoterapie* (pp. 67–77). Praha. Portál.
- Vybřral, Z. (2013). K současnému postavení psychoterapie ve světě. *Psychoterapie, 7*(2), 115–122.
- Wampold, B. E. (2001a). Contextualizing psychotherapy as a healing practice: Culture, history, and methods. *Applied & Preventive Psychology, 10*, 69–86.
- Wampold, B. E. (2001b). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. (2012). Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy, 49*(4), 445–9.
- Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist, 72*(4), 311–325.
- Dořlo do redakce a přijato k recenznímu řřzenř 3. 11. 2017. Revidované znění dořlo 14. 11. 2017, k publikaci přijato 15. 11. 2017.*

VYUŽITÍ IDIOMATICKÉHO JAZYKA V PSYCHOTERAPII

The use of idiomatic language in psychotherapy

Eva Březinová

Centrum psychologické podpory, z.s., Vrchlabí, CZ; e-mail: ebrezinova1@seznam.cz

Psychoterapie. 11 (3), 204–215; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Tato studie kvantitativně vyhodnocuje způsob použití idiomů, neboli ustálených frází, které mají doslovný a přenesený význam, v psychoterapeutických sezeních dvou odlišných klientů a stejného terapeuta. Také byly sledovány „kontejnerové výrazy“, které vychází z obecné metafory autorů Lakoffa a Johnsona (2002): „tělesné a citové stavy jsou entity uvnitř člověka, tělo je kontejner pro emoce, (např. *vybuchnout vzteky, vylít si srdce*).“ Výsledky ukazují, že vyšší počet idiomů se vyskytuje v sezeních citově zabarvenějších. Větší pravděpodobnost úspěšnosti terapie se ukázala ve spojitosti s častějším výskytem kontejnerových výrazů. Zároveň je však patrné, že použití idiomatického jazyka v psychoterapii se víceméně odvíjí od osobního komunikativního a kognitivního stylu. Tyto výsledky tedy naznačují, že při vhodném použití kontejnerových výrazů je v psychoterapii možné zásadně přispět k pojmenování nejniternějších pocitů, jinak obtížně uchopitelných, a tím napomoci k přelomovým chvílím v terapii.

Klíčová slova: Idiom, psychoterapie, neverbální komunikace, úspěšná terapie, kontejnerové výrazy, idiomy

ABSTRACT

This study quantitatively assesses the use of idioms in psychotherapy sessions of

two different clients and the same therapist. Idioms are understood here as phrases that have literal and metaphorical meaning. Moreover, “container expressions” which are based on Lakoff and Johnson’s (2002) metaphor: “bodily and emotional states are entities inside the person, the body is a container for emotions, (e. g. *to blow one’s top off, spill the heart*)” were studied. The results show that higher number of idioms occur in sessions of more emotional intensity and that bigger probability of therapy success is related to more frequent incidence of container expressions. They also illustrate that the use of idiomatic language in psychotherapy is more or less related to personal communicative and cognitive style of a person. I conclude that when used properly, the “container expressions” can fundamentally contribute to naming the most inner feelings, otherwise expressed with difficulty, and this way they can help with major turning points in therapy.

Key words: idiom, psychotherapy, non-verbal communication, successful therapy, container expressions, idioms

ÚVOD

Průlomová kniha „Metafory, kterými žijeme“ od autorů Lakoffa a Johnsona (2002) představila nový koncept pohledu na myšlení a emoce ve spojení s jazykem. Podle nich je naše myšlení založeno na metaforických

procesech, neboli „image-schématech, které reflektují běžné tělesné prožitky, což nám pomáhá vyjádřit abstraktní myšlenky srozumitelněji. Např. prostorové pojmy typu *nahoře-dole*, *dovnitř-ven*, *vpředu-vzadu* vznikají z našich prostorových zkušeností v souvislosti s tělem. Vedle fyzických zkušeností zažíváme i kulturní, emocionální, mentální a další druhy zkušeností, které mohou hrát podobně důležitou roli v pojmové konceptualizaci. Fyzická zkušenost hraje důležitou roli hlavně ve skutečnosti, že běžně „konceptualizujeme nefyzické jevy na základě jevů fyzických“ (Lakoff a Johnson, 2002, s. 77). Jako příklad z oblasti emocí se jedná o metaforický výraz *šťastný je nahoře*, *smutný je dole*, kdy dochází ke spojení mezi emocí (šťastím) a naší smyslovou motorickou zkušeností vzpřímené chůze. Použití tohoto metaforického procesu pomáhá konceptualizovat emoce v jasněji definovaných pojmech, což následně vede k porozumění v souvisejících prožitcích, např. *zvedla/klesla (se) náhoda*, *cítit se skleslý/povznesený*, *upadnout do deprese/nemoci*.

S psychoterapií často souvisejí city a myšlenky, což jsou pojmy abstraktní, které dle Lakoffa a Johnsona (2002) nejsou v naší zkušenosti jasně zakotveny. Proto hledáme cesty, jak abstraktním pojmům jasněji porozumět skrz pojmy s přímou zkušeností: našich těl (vjemy, smyslovo-motorická zkušenost, motorika), našich interakcí s fyzickým prostředím (prostorová orientace, manipulace s předměty, pohyb) a našich interakcí s jinými lidmi v rámci kultury. Metaforický základ jazyka v tomto směru hraje důležitou roli, protože nám umožňuje rozumět jedné zkušenosti na základě jiné. Např. obecná metafora *porozumění je vidění*:



Eva
Březinová

PhDr. Bakalářský titul z psychologie získala na College of Charleston v Jižní Karolině v USA, dále je absolventkou studia psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Absolvovala výcvikový program v poradenství a psychoterapii zaměřené na člověka dle C. Rogerse (PCA institut, Praha). V USA působila na krizové lince 211 Counselling Hotline; v ČR na Lince bezpečí, dále pracovala v Krizovém centru J. J. Pestalozziho v Chrudimi a v PPP Trutnov. Je spoluzakladatelkou Centra psychologické podpory, z.s., ve Vrchlabí, kde pracuje jako psycholožka a terapeutka: www.poradna-vrchlabi.cz, email: ebrezinova1@seznam.cz

Už vidím, oč ti jde. Můžete to blíže osvětlit? Nebo obecná metafora myšlenky jsou řezné nástroje: Dovede být velmi nabroušená.

Lakoff (1987) podrobněji popisuje myšlenku vyjádření emocí pomocí metaforického jazyka: když pocítujeme emoce, zažíváme tělesné reakce, které se následně projevují v jazyce. Např. při prožívání vzteku pocítujeme zvýšené tělesné teplo (*mít horkou hlavu*), vnitřní napětí (*puknout/prasknout vzteky*), změny vnímání (*být zaslepen vztekem*) a agitaci (*třást se vztekem/vzteky*) (Čermák et al., 2009). Na základě vlastní fyziologické zkušenosti následně chápeme všeobecnou metaforu: *vzteky je*

teplo. Lakoff (1987) dochází k závěru, že *vztek je kapalné teplo v kontejneru (nádobě)*. Náš konceptuální systém je dle tohoto autora založen na obecnější metafoře, kdy své tělo vnímáme jako nádobu s orientací uvnitř – vně: *tělo je kontejner (nádobu) pro emoce*. Tato obecná metafora nám pak na základě vlastních tělesných zkušeností, ale i teoretických a životních zkušeností procesu uvedení kapaliny do varu, pomáhá rozumět a tvořit další metaforická vyjádření typu: *vybuchnout vzteky, vyšumět vzteky, soptit/hořet/planout/sršet vzteky/zlostí/hněvem* (Čermák et al., 2009).

Nabízí se tedy otázka, jakým způsobem lze tyto poznatky využít v psychoterapii, tedy při procesu, jehož úspěšnost je na srozumitelném vyjádření emocí klíčově závislá. Pro bližší zkoumání této problematiky jsem se v této práci v souvislosti s psychoterapií zaměřila na dvě oblasti. Za prvé: na používání idiomů v průběhu sezení dvou klientů s jedním terapeutem. Za druhé: v psychoterapeutických sezeních jsem vyhledala obraty založené na obecné metafoře *tělesné a citové stavy jsou entity uvnitř člověka, kdy se vnímáme jako bytosti s vnitřkem a vnějškem* (Lakoff, Johnson, 2002), např. „*vylít si srdce, být něčeho plný*“. Tyto výrazy jsem nazvala „kontejnerové výrazy“. Důvodem je hypotéza, že tyto výrazy mohou reflektovat pocity popsané na základě našich tělesných zkušeností.

Pro názornost je níže uvedeno několik ukázek z nahrávky terapeuta s oběma klienty, kde je patrná práce s idiomatickým jazykem (podtrženo) a kontejnerovými výrazy (ztučněno).

Ukázka 1:

Klient A: „*Když se to ve Vás hromadí,*

tak se to nějak řešit musí, ale jak – a řešit to, že si vezmete prášek, to nemá smysl.“

T (terapeut): „*Říkáte **hromadí...***“

Klient A: „*Ten pocit, že z toho už v podstatě (dojetí), ať šáhnete na cokoliv, to myslím to hromadí, že dojdete k závěru, že nemáte šanci na cokoliv, kdekoliv, že už jste odepsanej.*“

Ukázka 2:

T (terapeut): „*U Vás já mám pocit, že se to dostalo do takové situace, ať je to cokoliv, že*

Tenhleten prostor tam nemáte. Nevzniklo to asi ze dne na den. Zvažuju, jestli jste dřív měl větší (prostor). Možná že manželka vždycky měla tendenci do řady věcí hovořit, ale jestli jste si ho našel ten prostor pro svůj zájem, to ohraničení. Tady jsem já.“

Klient B: „*Asi takhle. Nedal jsem si nikdy do toho moc kecat, jak se říká, ale teď to je stlačený do užšího prostoru tou mojí vlastní nemohoucností, že nemůžu. Co jsem stihnul za den, tak na to potřebuju týden. Tím prostě je to takovej jakoby ten prostor vymizel nějak. Nevím, jestli Vám to říkám dobře.*“

Využití figurativního jazyka v psychoterapii bylo dosud studováno spíše z pohledu využití metafor. Figurativní jazyk je obecně vnímán jako jazyk s více jak jedním významem neboli jazyk jdoucí za doslovný význam slov, jehož podskupinou jsou jak idiomy, tak metafory. Oproti metaforám, které porovnávají dvě slova s podobným významem, idiomy jsou ustálené fráze, složené z nejméně dvou slovních prvků, které v češtině obsahují dva možné významy – doslovný a přenesený. V této souvislosti je nutné zmínit kanadskou autorku McMullen (1989), která zkoumala případy úspěšné

a neúspěšné terapie. Zjistila, že pro případy úspěšné terapie jsou charakteristické výlevy figurativního jazyka nebo vývoj jedné metafory v čase, existence centrální metafory a vyjádření osobní pozitivní změny v nedoslovném jazyce. V neúspěšných případech terapie pomocí figurativního jazyka účastníci pak vyjadřovali vnější okolnosti a ne hlavní témata terapie.

Úspěšná terapie se také může vyznačovat proměnou metafor, např. autoři Levitt et al. (2000) zaznamenali změny v metaforách při terapii depresivních pacientů, kdy metafora spojená s tíhou se v konečných sezeních „odlehčila.“ Jelikož se tato studie zaměřuje na idiomy, je zde zmíněna ukázka přeměny idiomu v čase: terapeut při rekapitulaci průběhu celé terapie reflektuje pocity klienta B: „...ta tíha nespočívala jenom na těch Vašich bedrech, že se rozložila.“ U stejného klienta B terapeut také několikrát použil idiom „ztrácet půdu pod nohama.“ v konečných sezeních ho nahradí „postavit se na nohy.“ na což klient reaguje slovy: „S některejma věcmi jsem se vyrovnal. Jsem si uvědomil, že musím jít dál.“

Rabu et al. (2013) se ve své studii také zabývali použitím metafor ke konci psychoterapie. V případě zlepšení v konečných setkáních zaznamenali metaforické obraty značící růst: v oblasti cestování (kam se posunuli), v oblasti smyslů (zesílili), v oblasti úklidu (utřídili si věci, uklidili) či v pocitu získání něčeho v průběhu terapie (dárky, nástroje). V případě nahrávek této studie se v konečných sezeních klient B vyjádřil idiomaticky: „...,když jsem přišel poprvé, to jsem byl dost vydrěnej... To mi přineslo takovej, ta první lekce takový uvolnění. Jsem se z toho nejhoršího tak nějak dostal“ (oblast posunu). Klient A zase reagoval

na terapeutův postřeh ve formě idiomu následujícími slovy: T: „Mám takovej pocit, že v tom nejste až po uši.“ Klient A: „Ted je to trochu níž asi“ (oblast smyslů).

Využití idiomů a kontejnerových výrazů dosud srovnatelně podrobně sledováno nebylo, a to přes velký potenciál, který díky svému propojení s emočními projevy skýtají. Cílem předložené práce bylo detailní studium používání idiomatického jazyka v průběhu dvou psychoterapií a vyhodnocení jejich významu při terapeutické praxi. Základním metodickým přístupem bylo kvantitativní hodnocení počtu vyřčených idiomatických výrazů v průběhu terapií.

METODIKA

Základní popis sledovaných psychoterapií a klientů

Pro účel této práce byly porovnány terapeutické audio nahrávky dvou klientů se stejným terapeutem. Nahrávky těchto dvou klientů byly vybrány z následujících důvodů: záznam nahrávek je víceméně kompletní od začátku terapie po její konec, terapii absolvují u stejného terapeuta v podobném čase (na přelomu roku 1989 a 1990), oba jsou muži, oba mají jediné dítě (dceru), ke které mají úzký vztah. Terapeutovi je v době terapie 45 let. Klientovi A je na začátku terapie 37 let, tzn. o 8 let méně než terapeutovi. Klientovi B je na začátku terapie 56 let, tzn. o 11 let více než terapeutovi. Terapeut je tedy věkem o pouhé 3 roky bližší klientovi A. Terapeut v současné době již nežije. Byl klinickým psychologem na klinice, supervizorem a vysokoškolským profesorem přednášejícím o psychoterapii. Hlásil se spíše k integrativnímu terapeutickému směru.

Základním tématem terapie je u obou

vztah s manželkou (bývalou u klienta A a současnou u klienta B), dále se u obou vyskytují přidružené tělesné problémy. Klient A přichází do terapie v porozvodové situaci, se kterou se špatně smiřuje. Diagnóza je anxiózně-depresivní neuróza v návaznosti na konfliktní rodinnou situaci. I klient B v nahrávkách vykazuje úzkostné rysy. Přichází pro stupňující se potíže v soužití s manželkou, pracovní neschopnost, těžké smiřování se s klesající výkonností spojenou s věkem a zdravotními potížemi.

Sběr dat

Nahrávky i dotazníky u obou klientů byly pořízeny za účelem výzkumu inkongruence. Oba klienti souhlasili s anonymním zpracováním dat včetně přepisu rozhovorů pro výzkumné účely. Přístup k nahrávkám mi zprostředkovala vedoucí mého psycho-terapeutického výcviku.

Nahrávky jsem přepsala včetně slyšitelných projevů neverbálního vyjadřování (smích, pláč, odmlky apod.). Následně jsem pomocí Slovníku české idiomatiky a frazeologie (Čermák et al., 2009) vyhledala a označila idiomatická slovní spojení. Nejednoznačné idiomy jsem konzultovala při osobní konzultaci s profesorem F. Čermákem. Dále jsem z dostupných přepisů nahrávek vybrala výrazy, které splňují definici metafory „*tělesné a citové stavy jsou entity uvnitř člověka*“ (Lakoff a Johnson, 2002, s. 67). Tyto výrazy jsem pojmenovala „kontejnerové výrazy“ (viz pasáž z publikace Lakoff, Johnson, 2002, v úvodu příspěvku). Popsaný způsob výběru idiomů na základě jednotné metodiky zmenšuje dle mého názoru subjektivitu při výběru idiomů na minimum; určování idiomů nezávislými posuzovateli a jejich hodnocení pomocí

koeficientů inter-rater-reliability nemohlo být zrealizováno z praktických důvodů (nedostatek expertních posuzovatelů, nedostatek času).

U klienta A byl vedle nahrávek k dispozici Dotazník zpětné vazby (autor neznámý), který klient i terapeut vyplňovali bezprostředně ke konci každého sezení.

Dotazník obsahuje 10 otázek s bodovým hodnocením od 1–6, kdy hodnota 1 značí největší souhlas (naprosto ano) a hodnota 6 nejmenší souhlas (vůbec ne). Odpověď 1 naznačuje vždy maximální spokojenost terapií, odpověď 6 maximální nespokojenost s terapií. Příkladem otázek pro klienta je např. „*Všemu, co mě terapeut dnes říkal, jsem rozuměl(a). Mám dojem, že dnes byl terapeut vůči mě otevřený. Dnes jsem měl(a) pocit, že jsem terapeutem přijímán(a). Dnešní hodina byla přínosná. Odcházím s pocitem, že vše, co jsem chtěl(a) říct, jsem řekl(a). S dnešní hodinou jsem spokojen(a).*“ Záznamy z 12. sezení chybí. Bodové hodnocení z každého sezení jsem následně zprůměrovala u klienta A i u terapeuta. U klienta B podrobné záznamy o terapii včetně dotazníků a stanovené diagnózy bohužel chybí.

Analýza dat

Nahrávky klienta A a klienta B jsou ve svém rozsahu celkově porovnatelné (klient A: 12 sezení, celkem 33457 slov, klient B: 11 sezení, celkem 34448 slov). Množství vyřčených idiomatických výrazů bylo pro účely následných kvantitativních analýz určeno jako jejich počet na 1 000 vyřčených slov. Průměrné rozdíly mezi produkcí idiomů a kontejnerových výrazů různými klienty či terapeuta v různých terapiích byly testovány t-testem pro 2 sku-

piny či pro párová pozorování. Závislost výskytu idiomů a kontejnerových výrazů mezi terapeutem a klienty v průběhu terapie a dále závislost jejich výskytu a hodnocení spokojenosti v průběhu terapie byly testovány pomocí korelační analýzy (Pearson). Regresní koeficient je výsledkem analýzy lineární regrese. Analogicky byl testován trend výskytu idiomů a kontejnerových výrazů v průběhu terapie. Všechny analýzy byly provedeny v rámci programu Excel (Microsoft Office Standard 2010).

VÝSLEDKY

Idiomy

Při porovnání produkce idiomů u terapeuta a klienta A nebyl zjištěn zásadní rozdíl. Naopak produkce idiomů klienta B byla oproti terapeutovi významně nižší (neparametrický Wilcoxonův test, $p < 0.001$). Terapeut průměrně použil 31.9 idiomů na 1000 slov u klienta A a 37.9 idiomů u klienta B. Rozdíl je téměř signifikantní (t-test pro 2 skupiny, $p < 0.01$). Klient A vyprodukoval více idiomů než klient B. Tento rozdíl je rovněž na hranici signifikance (t-test pro 2 skupiny, $p < 0.01$). Průměrná produkce idiomů u terapeuta s klientem A s časem (sezeními) signifikantně klesá (korelační analýza – Pearson, $r = -0.52$, $p < 0.05$), s klientem B má tendenci stoupat ($r = 0.42$, $p = 0.1$). U obou klientů se pak produkce idiomů v průběhu terapie nemění (základní informace o užití idiomatických výrazů viz grafy 1 a 2).

Kontejnerové výrazy

Průměrné hodnoty sebraných kontejnerových výrazů z dostupných 23 nahrávek se u obou klientů příliš neliší: klient A použil 5.0 kontejnerových výrazů za sezení, klient B 4.45. V terapii A terapeut použil

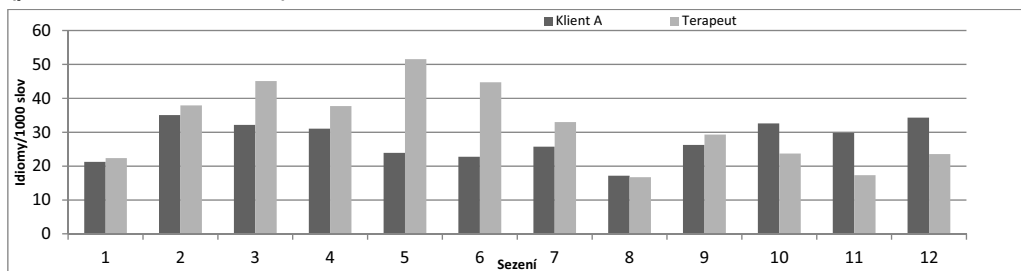
5.08, v terapii B 7.36. Rozdíl v produkci terapeuta v obou terapiích je signifikantní (t-test pro 2 skupiny, $p < 0.05$). Průměrná hodnota všech zúčastněných je 5.45 kontejnerových výrazů za sezení. Pro podrobnější představu viz *Graf 3 a 4*. Patrná je vysoká, ale ne signifikantní, míra korelace mezi počtem kontejnerových výrazů u klienta A a terapeuta (korelační analýza – Pearson, $r = 0.42$, $p < 0.01$ jednostranně).

Příklady kontejnerových výrazů klientů jsou: „*brnkat na nervy, mít v hlavě, vyčistit si hlavu, motá se to v kouli...*“ Terapeut použil kontejnerové výrazy typu: „*co se ve Vás (v ní) odehrává, to jste si nosili v sobě, leží v hlavě, uzavírat se do sebe, se to ve Vás pere, co Vás drželo pohromadě, vlézt do kůže druhého, necítit se ve své kůži, vybít si ze sebe vztek, vybuchnout, dostávat se do presů, být pod tlakem*“ apod.

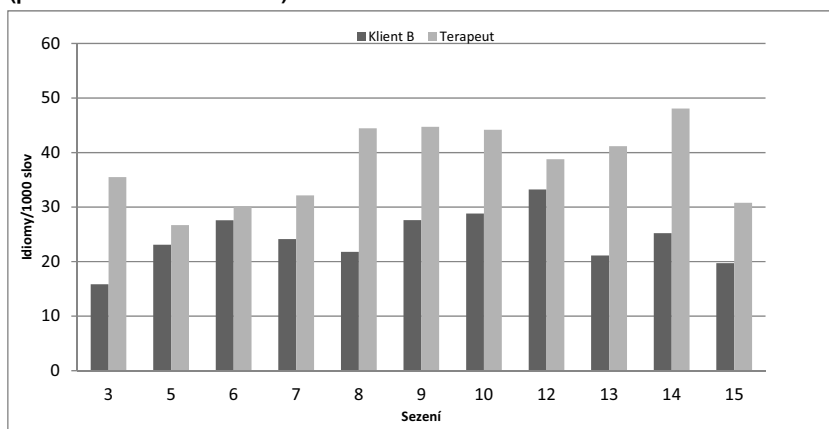
Spokojenost s terapií

Terapeut i klient A se v Dotazníku zpětné vazby signifikantně shodli v reakcích ohledně terapeutických sezení (viz Tab. 1), tedy čím větší spokojenost s terapií uvedl jeden, tím spokojenější byl i druhý (korelační analýza – Pearson, $r = 0.86$, $p < 0.0001$). Vztah mezi počtem idiomů u terapeuta (korelační analýza – Pearson, $r = 0.57$, $p < 0.01$) a spokojeností s terapií u terapeuta je téměř signifikantní. Čím více idiomů terapeut použil, tím menší spokojenost se sezením uvedl v Dotazníku (pro hodnocení spokojenosti bylo užito stejné logiky jako při známkování ve škole: 1 = maximální spokojenost, 6 = maximální nespokojenost). Tento vztah není signifikantní v případě počtu idiomů u klienta a klientovou ani terapeutovou spokojeností. Signifikantní vztah se ukázal mezi počtem kontejnerových výrazů produkovaných

Graf 1: Frekvence vyřčených idiomů klientem A a terapeutem v průběhu 12 terapeutických sezení (počet idiomů na 1000 slov)



Graf 2: Frekvence vyřčených idiomů klientem B a terapeutem v průběhu 11 terapeutických sezení (počet idiomů na 1000 slov)



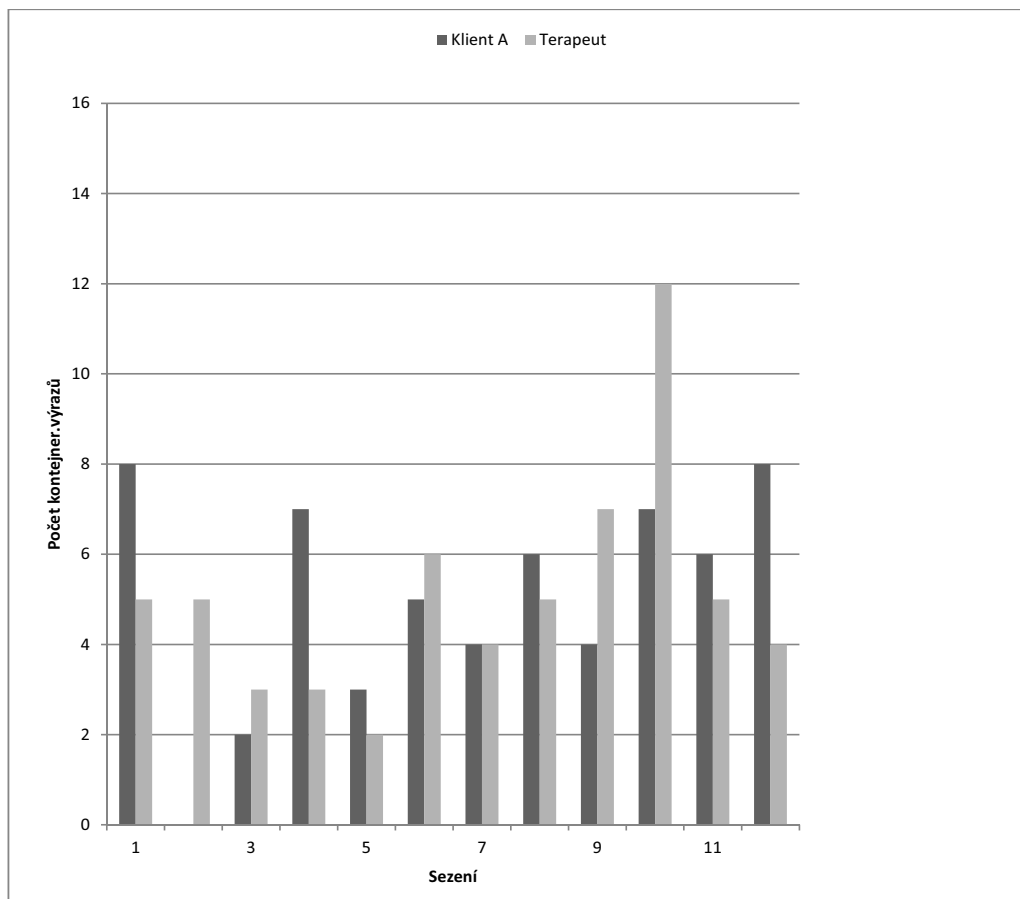
klientem A a klientovou (korelační analýza – Pearson, $r=-0.72$, $p=0.0125$) spokojeností se sezením, tzn. čím více kontejnerových výrazů klient A použil, tím spokojenější byl se sezením. Stejně tak je patrný signifikantní vztah mezi terapeutovou spokojeností s větší produkcí kontejnerových výrazů u klienta A (korelační analýza – Pearson, $r=-0.66$, $p=0.0275$). Produkce kontejnerových výrazů ze strany terapeuta ve spokojenosti terapeuta nehrála roli.

DISKUZE

Výsledky této studie ukazují souvislost mezi počtem kontejnerových výrazů produkovaných klientem A a klientovou

i terapeutovou spokojeností se sezeními. To naznačuje, že kontejnerové výrazy se v praxi používají a mohou být v psychoterapii využívány podobně jako jiné složky figurativního jazyka (viz např. McMullen 1989, Levitt et al. 2000, Rabu et al. 2013). Terapeuti si jich tedy mohou být vědomi a ve své praxi je rozvíjet podobně jako jiné výrazy s metaforickým základem. Pokud se vhodně použijí, mohou zásadně přispět k pojmenování nejnítěrnějších pocitů, jinak obtížně uchopitelných. Dokonce je v rámci psychoterapie možné, že kontejnerové výrazy lépe než idiomy pomáhají uchopit ty nejnítěrnější pocity. Kontejnerové výrazy se totiž již svojí úzkou definicí na základě

Graf 3: Frekvence vyřčených kontejnerových výrazů klientem A a terapeutem v průběhu 12 terapeutických sezení (počet kontejnerových výrazů na 1000 slov)



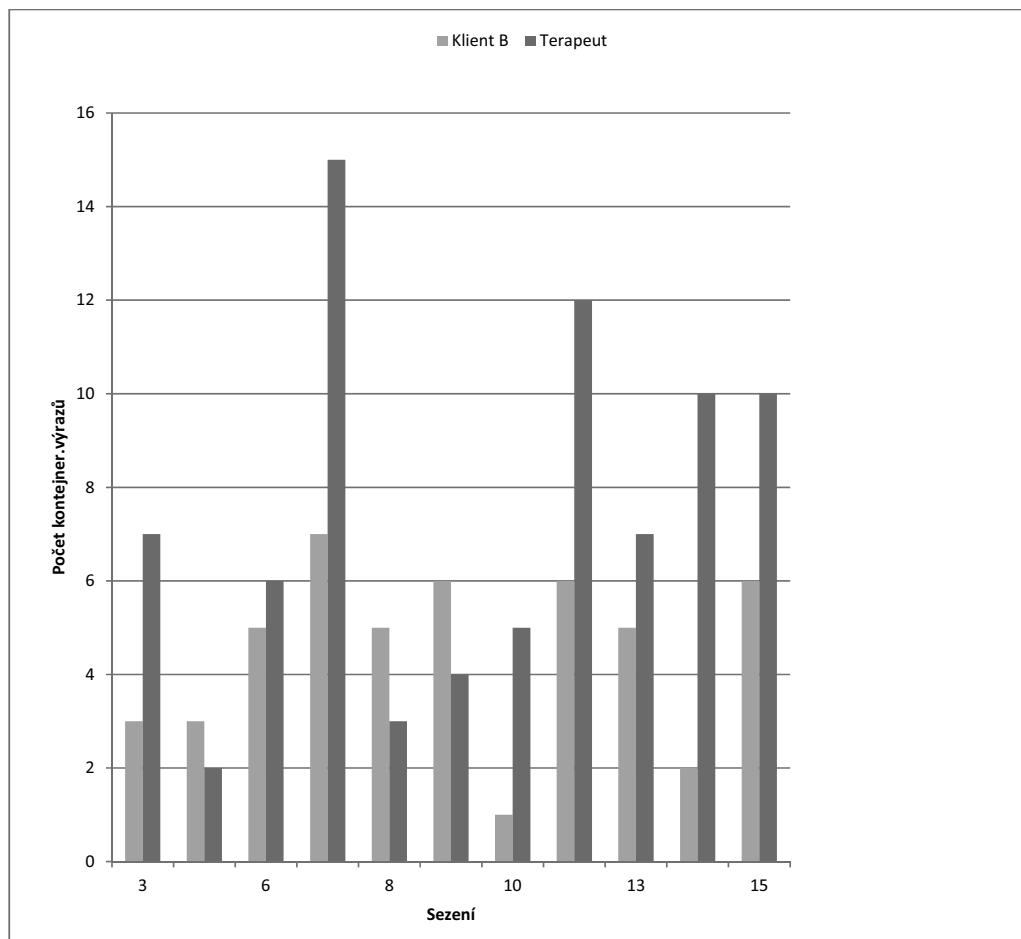
obecné metafory – *tělesné a citové stavy jsou entity uvnitř* člověka – více přibližují oblasti psychoterapie. Na druhou stranu výběr idiomů dle definice idiomů pro tuto studii obsahoval jak výrazy odrážející vnitřní svět klientů, např. viset na někom (pocitově), podrazit někoho, procházet (někomu) hlavou apod., tak i idiomy daleko vzdálené vnitřnímu prožívání, např. tím pádem, v podstatě, dejme tomu, atd. Plyne z toho možný závěr, že ač byly kontejnerové výrazy v jednotlivých sezeních zaznamenány v menší míře, přesto jakoby lépe než idiomy

„uhodily hřebíkem na hlavičku“, jak naznačuje vztah spokojenosti klienta A i terapeuta se sezeními v Dotazníku zpětné vazby. Zde je však třeba upozornit, že jednoznačné hodnocení významu idiomatického jazyka a kontejnerových výrazů je úkol pro širší pojeté studie založené na studiu většího počtu terapií.

Průběh využití idiomatických výrazů v rámci terapií

U klienta A průměrná produkce idiomů terapeuta s časem (sezeními) celkově sig-

Graf 4: Frekvence vyřčených kontejnerových výrazů klientem B a terapeutem v průběhu 11 terapeutických sezení (počet kontejnerových výrazů na 1000 slov)



Tab. 1 – Průměrné hodnoty odpovědí z Dotazníku zpětné vazby po jednotlivých sezeních mezi terapeutem a klientem A. Hodnoty: 1 = maximální spokojenost, 6 = maximální nespokojenost

Sezení	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Klient	1.2	1.7	1.5	1.3	1.3	1.2	1.2	1.0	1.0	1.0	1.0
Terapeut	2.5	3.1	3.4	2.2	2.2	2.3	2.3	1.6	2.2	2.0	1.8

nifikantně klesala, i když v prvních sezeních se počet idiomů nejprve zvyšoval, následně snižoval, až dosáhl nejnižší hranice v 8. sezení. Jedním vysvětlením může být, že vzrůstající počet idiomů znamená terapeutova zvyšující se snaha o proniknutí

do problému a poskytnutí podpory a reflexe klientovi. Naopak menší produkce idiomů ze strany terapeuta může signalizovat jeho „stažení se“ pramenící z pocitu, že klient je „z nejhoršího venku.“ 8. sezení bylo zlomové jak v uvolněnosti, tak i v probírání

lehčích témat (zájmy). Sám terapeut tento vývoj popisuje slovy v písemném hodnocení terapie: „*Na rozdíl od depresivního ladění v úvodních sezeních, pláčivosti a přecitlivělosti, sebelitování a hledání křivdy v bývalé manželce, se (klient) postupně s porozvodovou situací smiřuje, vidí ji reálněji, začíná rozvíjet své zájmy, vystupuje z izolace.... Také subjektivní pocity vlastní neschopnosti, apatie vymizely.... Sám pacient v závěru terapie vyjadřoval spokojenost s léčbou. Mám pocit vcelku úspěšné terapie v situaci, kdy pacient sice ještě všechny problémy nevyřešil, ale „dokáže se již sám postavit na nohy“.* Jisté utlumení v produkci idiomů ze strany terapeuta v souvislosti s dobře probíhající terapií je nepřímou vyjádřeno v na první pohled nelogické souvislosti z Dotazníku zpětné vazby: čím méně idiomů terapeut použil, tím větší spokojenost se sezením uvedl. Jakoby mohl ve své angažovanosti trochu polevit, když cítil, že se klient A pomalu „staví na vlastní nohy“.

Terapeutova produkce idiomů v čase s klientem B má během sezení stoupající tendenci. Pravděpodobnost, že terapeut nepovažoval terapeutický posun s klientem B za dostatečný, mohlo vést k terapeutovu většímu zapojení až do posledních sezení, tzn. i ke stoupajícímu použití idiomatických vyjádření. Terapeutova větší angažovanost je viditelná např. ve snaze pojmenovat zdroje potíží a řešení klienta i v posledních dvou sezeních (otázky typu: „*Kde a kdy se to vzalo? Co se s tím dá v rodině dělat?*“). U klienta A jde ke konci spíše o formu rekapitulace a zaměření se do budoucnosti.

Klient B v porovnání s klientem A vyprodukoval méně idiomů (na hranici signifikance). Produkce idiomů klienta B byla

oproti terapeutovi významně nižší. V terapii s klientem B může hrát roli jistá míra neúspěšnosti terapie, jak je rozvedeno níže na základě komentářů klienta B, terapeuta i postřehů autorky z nahrávek.

Sám klient B na začátku předposledního sezení téma úspěšnosti svojí terapie nadhodil dotazem na klienta před ním. Zde je ukázka této výměny:

Klient B (dále K): *Úspěšnější než já?* (terapie předchozího klienta – pozn. autorky).

Terapeut (dále T): *Si myslíte, že jste neúspěšnej?*

K: *Ale ne. Vy to asi se mnou nemáte lehký, nebo jo?*

T: *Mě se s Váma tady sedává dobře. Že to nemám já s Váma lehký. Proč myslíte?*

K: *No, nevím. Se to asi tak nějak okolo moc nehejbe. To je takový furt ten jeden problém.*

T: *Takovej začarovanéj kruh.*

Přestože klient B ke konci setkávání popisuje, jak pro něj byla terapie přínosná v pocitu uvolnění, smíření se se situací, v možnosti podělit se a nebýt na to sám, zároveň přiznává, že tělesné potíže přetrvávají, doma se to příliš nemění a pocit „začarovaného kruhu“ zůstává. Terapeut tento idiom reflektuje i v konečných sezeních, což značí, že i on má pocit, že situace klienta se příliš nezměnila.

Jedním vysvětlením menší úspěšnosti terapie s klientem B může být pojednání o faktorech hrajících dominantní roli v úspěšnosti terapie od C. Strengera (2004), který klade velký důraz na shodu mezi terapeutem a klientem spíše než v technice a přístupu, tak v osobnosti, intelektu a způsobu života. Věk v tomto případě pravděpodobně nehraje roli, jelikož je klient A pouze o 3 roky k terapeutovi blíže.

Sám terapeut svůj postoj ke klientovi B, alespoň v počátcích terapie popisuje následujícími slovy: T: „*Když bych měl být upřímněj. Zpočátku, když jste byl takovej bolestínskej a bylo to všechno hrozně citlivý, tak si dokážu představit, že pro člověka, který je vedle Vás v takovýhlech situacích, že ho to může dráždit. ... Jak se dělá na závěr toho sezení takový ty body, tak já jsem si to dělal vždy na závěr z takovýho svýho pohledu taky a když jsem se teď na to díval, tak jsem zjistil, že skutečně, když jste během těch hodin víc jste si stěžoval, víc jste cítil jenom tu křivdu, že po Vás všichni šlapou, tak to ve mně vyvolávalo taky nějaký napětí, cítím jsem se trošku nespokojen i s celou tou hodinou.*“

Další z vysvětlení menší úspěšnosti terapie pramení z komunikačního stylu klienta B. Vyšší počet idiomů se vyskytuje v sezeních citově zabarvenějších, naopak nižší počet idiomů koresponduje s nezávažnými tématy typu zájmů, vyplňování dotazníku, popisem vnějších událostí apod. (McMullen, 1989). Právě popis vnějších situací v rodině včetně přímé řeči mezi rodinnými příslušníky je pro klienta B typickým způsobem komunikace. Toto ovlivňuje míru jeho ponoření do popisu svého vnitřního světa projevující se v menší tvorbě idiomů, a následně dle mého názoru může zmenšovat i úspěch terapie.

Dále McMullen (1989) tvrdí, že úspěšnost terapie se odvíjí od přítomnosti výlevů figurativního jazyka, který je u klienta B v případě idiomů (podskupiny figurativního jazyka) signifikantně nižší než u terapeuta a na hranici signifikance nižší oproti klientovi A.

Dalším faktorem úspěšnosti terapie dle McMullen (1989) je existence centrální me-

tafory. Pokud ve stejném smyslu centrální metafory hledáme centrální, neboli zásadní a často se opakující idiom, pak oba klienti v průběhu terapie často zmiňují idiom „To nemá smysl“. Klient A ho v konečných sezeních používá méně (1–2x) oproti počátečním setkáním (5–6x). Ke konci jím popisuje spíše okolnosti svého minulého života, se kterými se více méně smířil. Rozdíl u klienta B je v tom, že on stejný idiom používá v průběhu terapie v podobné míře pro svůj současný život, se kterým příliš smířený není. Další často opakované idiomy u klienta B jsou také spíše negativní: být zahnaný do kouta, začarovaný kruh, nemít na to, nemocť se z toho vyhrabat.

McMullen (1989) zmiňuje i vliv vyjádření osobní pozitivní změny v nedoslovném jazyce. Terapeut se v předposledním sezení klienta B ptá, zda je něco z čeho má radost. Odpověď zní: „*Právě, že nic není*“. Terapeut o chvíli později dokonce vyslovuje obavu, že „*když by to šlo tímhle směrem, tak se dostanete do defenzívy*.“

Posledním ukazatelem podle McMullen je vývoj jedné metafory v čase. Klient B zmínil i pozitivní vývoj – v případě této studie – idiomu „Jsem se z toho nejhorsšího tak nějak dostal.“ Zároveň ale dodává, že „zase v tom (ve zdravotních problémech) lítám“ a že „nemám na to (se vrátit do zaměstnání)“. Z příkladů z nahrávek a komentářů výše vyplývá, že dle závěrů kanadské autorky (1989) terapie s klientem B splňuje ukazatele méně úspěšné terapie.

Na závěr stojí otázka schopností různých lidí jazyk s metaforickým základem vytvářet, chápat a rozumět mu. Výsledky této studie potvrzují závěr, že různí lidé, jak terapeuti, tak i klienti, mají odlišné schopnosti metaforický jazyk používat, což může

být dané jejich osobním komunikativním a kognitivním stylem (Gelo, Mergenthaler, 2012). Produkce idiomů u obou klientů byla různorodá. Stejný terapeut s odlišným klientem sice použil poměrně rozdílný počet idiomů, možné důvody jsou vysvětleny výše.

ZÁVĚRY

Výsledky této studie ukázaly, že používání idiomů a kontejnerových výrazů je v psychoterapeutických sezeních běžné, a naznačily souvislost mezi intenzitou jejich využívání a intenzitou nezávisle dokladovaných emočně zabarvených situací. Využití těchto výrazů při terapii lze tedy vědomě rozvíjet, samozřejmě v souladu s osobním komunikačním a kognitivním stylem terapeuta a povahovými vlastnostmi klientů.

LITERATURA

- Čermák, F. a kolektiv (2009). *Slovník české frazeologie a idiomatiky: výrazy slovesné, výrazy neslovesné, přirovnání, výrazy větné*. Praha: Leda.
- Gelo, O. C. G., Mergenthaler, E. (2012). Unconventional metaphors and emotional-cognitive regulation in a metacognitive interpersonal therapy. *Psychotherapy Research*, 22(2), 159–175.
- Lakoff, G. (1987). *Women, fire, and dangerous things: What categories reveal about the mind*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Lakoff, G., Johnson, M. (2002). *Metafory, kterými žijeme*. Brno: Host.
- Levitt, H., Korman, Y., Angus, L. (2000). A metaphor analysis in treatments of depression: metaphor as a marker of change. *Counselling Psychology Quarterly*, 13(1), 23–35.
- McMullen, L. (1989). Use of Figurative Language in Successful and Unsuccessful Cases of Psychotherapy: Three Comparisons. *Metaphor and Symbolic Activity*, 4(4), 203–225.
- Microsoft Office Standard (2010). Microsoft Corporation.
- Rabu, M., Haavind, H. a Binder, P. (2013). We have travelled a long distance and sorted out the mess in the drawers: Metaphors for moving towards the end in psychotherapy. *Counselling & Psychotherapy Research*, 13(1), 71–80.
- Strenger, C. (2004). Mentoring the Patient's Self-Creation: Thoughts on the Nature of the Therapeutic Relationship. *Journal of Humanistic Psychology*, 44(3), 377–405.

PODĚKOVÁNÍ

Mé poděkování patří Dr. Carol Toris za představení tématu idiomů v psychologii, PhDr. Vendule Junkové a prof. PhDr. Janu Vymětalovi za poskytnutí nahrávek a prof. Františku Čermákovi za osobní konzultaci. Dále děkuji recenzentům a redaktorům časopisu *Psychoterapie* za podnětné připomínky. Velké poděkování si zaslouží manžel za podporu a pomoc a dcerky za trpělivost. Silnou inspirací pro mne byl způsob terapeutické práce klinického psychologa zachyceného v nahrávkách, jemuž touto cestou vyslovuji poděkování a obdiv im memoriam při zachování jeho anonymity.

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 10. 1. 2017. Revidované znění došlo 4. 4. 2017, v druhé revizi 21. 5. 2017, k publikaci přijato 22. 5. 2017.

VODÍTKA PRO VÝBĚR KLIENTA DO PSYCHOTERAPIE – PILOTNÍ STUDIE

Clues for selection of client to psychotherapy – pilot study

Marek Preiss¹, Jana Geisslerová², Veronika Juríčková³

¹Národní ústav duševního zdraví, Praha, CZ; marek.preiss@nudz.cz

²Pražská vysoká škola psychosociálních studií s.r.o., Praha, CZ; jana.geisslerova@gmail.com

³Národní ústav duševního zdraví, Praha, CZ; veronika.jurickova@nudz.cz

Psychoterapie. 11 (3), 216–229; ISSN 1802-3983

Tato studie je výsledkem badatelské činnosti podporované projektem číslo LO1611 za finanční podpory MŠMT v rámci programu NPU I.

ABSTRAKT

Autoři vytvořili metodu s **32 položkami** pro posouzení aspektů výběru klienta/pacienta do psychoterapie pro kolegy v rané fázi terapeutických zkušeností. Výsledná metoda zkoumá tři kategorie – **Kompetence a rámec psychoterapie** pod supervizí v průběhu výcviku, **Kontaminace psychoterapie vnějšími vztahy** a **Faktory na straně budoucího klienta**. Panel expertů hodnotil položky jako relevantní. Rozdíly v hodnocení byly mezi zkušenými psychoterapeuty a frekventanty psychoterapeutických výcviků minimální. Stratifikovaná Cronbachova alfa byla 0,896. Autoři doporučují metodu jako (didaktickou) pomůcku pro zvážení vhodnosti výběru klientů do psychoterapie především u začínajících psychoterapeutů.

Klíčová slova: výběr klienta, příprava na klienta, psychoterapeutický výcvik

ABSTRACT

Authors created a 32-items method for assessing aspects of client/patient selection

for psychotherapy for colleagues in early phase of therapeutic experiences. The final method examines three categories – competence and the framework of psychotherapy under supervision during training, contamination of psychotherapy with external relations and factors of the future client. Experts assessed the items as relevant. There were minimal differences in rating of items between experienced psychotherapists and participants of psychotherapeutic training. Stratified Cronbach's alfa was 0,896. Authors recommend the method as an (didactic) aid for considering the suitability of selection the clients for psychotherapy, especially for beginners in psychotherapy.

Key words: client selection, preparation for client, psychotherapeutic training

ÚVOD

Především pro začínající psychoterapeuty může být obtížné rozhodování, jaké proměnné vzít v úvahu u klienta, který má o psychoterapii zájem. Někdy může mít začínající psychoterapeut potřebu zvážit vlastní možnosti (např. své dovednosti) a mohou se vyskytnout různé další okolnosti, které je třeba promyslet. Často jsou klienti posíláni známými osobami a je třeba zvážit, zda a jak to může narušit terapeutický proces.

V klinické praxi existují nástroje pro klienty, které umožňují posouzení vhodnosti zařazení do skupinové psychoterapie (např. Group Readiness Questionnaire, Krogel et al., 2009; v českém překladu Braunová, 2015). Myšlenkovou práci psychoterapeutů samotných, formalizovanou do podoby sebeposuzovacího nástroje, jsme (podle dostupných informací) nenašli.

Profesionální kompetence evropského psychoterapeuta (dosažitelné v češtině na www.psychoterapeuti.cz, záložka EAP nebo na www.europsyche.org) podle Evropské psychoterapeutické asociace (EAP) stanoví řadu konkrétních dovedností a kompetencí, kterými psychoterapeut má disponovat. Mimo jiné si vést řádné a adekvátní záznamy ze všech terapeutických sezení; pracovat s maximální efektivitou a bez zbytečného stresu; prokázat dobrou znalost potřeb pacientů/klientů; zajistit, aby první kontakt udělal na pacienta/klienta pozitivní, vstřícný a profesionální dojem; uvědomit si možnost vzniku potencionálních problémů nebo potíží mezi psychoterapeutem a pacientem/klientem, včetně možnosti hrát duální roli; popsat možné problémy vznikající v důsledku rozdílnosti a rozmanitosti – tříd, kultur, rasy, náboženství, diverzity, sexuality, genderových preferencí, místa v hierarchii, statutu nebo nerovnováhy moci; informovat pacienta/klienta o etice a postupech při podávání stížností; prodiskutovat s pacientem/klientem jeho úkoly a odpovědnost, včetně frekvence sezení, předpokládané délky psychoterapie, metodologie a finančních otázek, způsobů rušení schůzky, způsobů kontaktování, zajištění služeb v době dovolených. Z uvedeného je patrné, že je třeba při přípravě na práci s klientem/pacientem promyšlet případné kom-



**Marek
Preiss**

Doc., Ph.D. Je klinickým psychologem v Národním ústavu duševního zdraví a přednášejícím na University of New York in Prague. Zabývá se poruchami osobnosti, psychoterapií a neuropsychologií.

plikace, se kterými se psychoterapeut při práci může setkávat a přinejmenším některé minimalizovat. Proměnných, které mohou spolupráci ztěžovat, je více a na různých úrovních. Pro konkrétního psychoterapeuta je obtížné, již jen z kapacitních důvodů, všechny promyslet. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli pokusit se usnadnit začínajícím psychoterapeutům výběr klienta/pacienta výčtem proměnných, které by bylo vhodné vzít v úvahu před započítím samotného psychoterapeutického procesu.

O vodítkách pro výběr klientů do psychoterapie jsme uvažovali jako o proměnných, které by psychoterapeut mohl promyslet před tím, než s klientem začne pracovat, v období seznamování se s klientem a před závazným rozhodnutím ke spolupráci. Zvolili jsme empirický postup a vycházeli ze zkušeností psychoterapeutů s víceletou praxí a s výcvikem v různých psychoterapeutických směrech. Postupovali jsme

v několika fázích. Cílem práce bylo vyvinout škálu, která by facilitovala přemýšlení o různých aspektech výběru klienta/pacienta pro kolegy v rané fázi terapeutických zkušeností a zjistit její základní psychometrické charakteristiky.

1. METODA

Během vývoje metody jsme postupovali v několika fázích, které následně popíšeme.

1.1. FÁZE 1

V první fázi jsme diskutovali návrh kritérií vytvořených prvním autorem se skupinou zkušených psychologů (s minimální délkou psychologické praxe 10 let). Po diskusi došlo k úpravě kritérií a doplnění dalších návrhů. Výběr položek vycházel z empirie – zkušeností s frekvencianty ze supervizí, diskusí během Teoretického vzdělávání Rafael institutu.

1.2. FÁZE 2

Po doplnění dalších návrhů byl seznam rozšířen na 40 položek, znovu rozeslán a byly navrženy další úpravy. Navrhli jsme také instrukci: *Níže jsou otázky, na které si zkuste odpovědět před tím, než klienta závazně přijmete do psychoterapie pod supervizí v průběhu výcviku (tj. komplexního vzdělávacího programu). Tučně zvýrazněné odpovědi jsou žádoucí z hlediska vhodnosti přijetí klienta do psychoterapie. Pokud každou tučnou odpověď ohodnotíte jedním bodem, je maximální skóre 40 bodů. Čím více se blížíte hranici 40 bodů, tím je pravděpodobnější, že jste vhodně nastavil/a budoucí vztahové hranice, že se cítíte pro tohoto klienta kompetentní a že se vyvarujete přijímání osob, se kterými může být spolupráce komplikovaná. Pokud na otázku*

*odpovíte jinak než variantou vytištěnou tučně, zamyslete se nad případnými riziky pro psychotherapeutický/poradenský vztah, případně konzultujte výběr klienta v supervizi. Otázky slouží spíše pro přemýšlení o budoucí spolupráci s potenciálním klientem, ale lze je použít pro rychlý přehled nad oblastmi, které stojí za to – před rozhodnutím s klientem spolupracovat – promyslet. Škála odpovědí byla stanovena na dichotomickou ano-ne. Položky jsme rozdělili do 3 kategorií: **Kompetence a rámec psychoterapie pod supervizí v průběhu výcviku** (např. Na základě toho, co o budoucím klientovi víte a s pomocí supervize si věříte, že mu/jí budete schopni pomoci.), **Kontaminace psychoterapie vnějšími vztahy** (např. Je budoucí klient součástí skupiny Vašich známých?) a **Faktory na straně budoucího klienta** (např. Víte o tom, že Váš budoucí klient trpí těžkou psychickou poruchou (jako je mj. schizofrenie, schizoafektivní*



Jana
Geisslerová

Bc. Je studentkou psychologie na PVŠPS, spoluzakladatelkou organizace podporující psychologů Meetina z.s. Pracuje v restauraci poskytující pracovní uplatnění lidem s duševním onemocněním.

psychóza)? Pro rozdělování položek do kategorií jsme vycházeli ze smysluplnosti a empirických zkušeností, názvy kategorií vznikly po diskusích a opakovaném promyšlení položek, ne formou např. kvalitativní či konsenzuální analýzy.

1.3. FÁZE 3

V této fázi jsme redukovali některé položky na základě prvních zkušeností s vyplňováním dotazníku na konečný počet 32. Stanovili jsme pro škálu název Vodítka pro výběr budoucího klienta do psychoterapie s instrukcí: *Prosím zamyslete se nad otázkami, které byste si mohl/a položit před tím, než vezmete klienta do psychoterapie (poradenství). Jde nám o to, jaká kritéria by se podle Vás měla vzít obecně v úvahu před tím, než klienta do terapie vezmete, aby šance na účinnou pomoc byly co největší. Jak moc důležité pro Vás jednotlivé položky jsou?* Dále jsme po předchozích zkušenostech stanovili odpověďovou škálu na 1–7 takto:

Nedůležité		Něco mezi			Velmi důležité	
1	2	3	4	5	6	7

1.4. FÁZE 4

Finální podobu škály (32 položek, sedmibodovou stupnicí od 1 – nedůležité až po 7 – velmi důležité; **Kompetence a rámec psychoterapie pod supervizí v průběhu výcviku** – položky 1–8 (celkem 8 položek); **Kontaminace psychoterapie vnějšími vztahy** – položky 9–15 (celkem 7 položek); **Faktory na straně budoucího klienta** – položky 16–32 (celkem 17 položek) jsme administrovali dvěma souborům respondentů: panelu expertů a frekventantům z psychoterapeutických



**Veronika
Juríčková**

Mgr. Je výzkumnou pracovnící v Národním ústavu duševního zdraví a studentkou doktorandského studia na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Zabývá se studiem morálky a psychopatologie.

výcviků – jak s neukončeným výcvikem, tak v období prvních zkušeností během 1–2 let po výcviku s klienty pod supervizí nebo přípravu na první klienty.

Cílem této části studie bylo zjistit, zda experti vnímají položky jako důležité při uvažování o přijetí klienta do psychoterapie a zda se liší názory expertů a frekventantů psychoterapeutického výcviku.

2. SOUBORY A METODIKA

2.1. PANEL EXPERTŮ

Vytvořili jsme malý soubor zkušených psychoterapeutů, který jsme definovali jako osoby s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem, min. 10 let provádějící psychoterapii. Soubor zkušených psychoterapeutů (2 muži a 4 ženy) se skládal z 6 osob ve věku 39 – 69 let ($M=52$, $SD=10$). Výcvik absolvovali v různých směrech a institutech – SUR (2), SUR a KBT (1), KBT (1), gestalt (1) a psychoanalýza (1). Pět ze šesti

vedlo, že pravidelně pracují pod supervizí. Počet let psychoterapeutických zkušeností se pohyboval mezi 12 a 30 ($M=20$, $SD=6$). Profesně byli čtyři experti klinickými psychology nebo psychiatry, dva měli jiné základní profese. Z původního souboru expertů (Fáze 1) zůstali 4, další 2 jsme získali v Národním ústavu duševního zdraví.

2.2. SOUBOR FREKVENTANTŮ

Soubor ($N=45$) se skládal z 21 frekventantů komplexního vzdělávacího programu Rafael Institutu (www.rafaelinstitut.cz) a 23 frekventantů daseinsanalytického nebo psychodynamického výcviku v rámci Pražské vysoké školy psychosociálních studií, s.r.o. a 1 frekventanta výcviku v jungiánské psychoterapii.

Soubor ($N=45$) obsahoval 80 % žen, průměrný věk byl 30 let ($SD=9$; rozpětí 23–56 let), 9 frekventantů mělo výcvik již dokončený (1–2 roky od ukončení výcviku), zbytek dosud neukončilo. 22 uvedlo, že již má vlastní klienty, 15 již pracovalo se svými klienty pod supervizí. Zbývajících 7 uvedlo, že pracuje bez supervize.

U souboru frekventantů Rafael institutu byla data sebrána v rámci Teoretického vzdělávání a to osobně prvním autorem a dále za pomoci dalších kolegů. U souboru frekventantů daseinsanalytického nebo psychodynamického výcviku byla data sebrána studentkou psychologie Janou Geisslerovou. Oběma skupinám byl vysvětlen účel výzkumu a anonymní zpracování dat.

Instrukce pro vyplňování byla formulována takto: Prosím zamyslete se nad otázkami, které byste si mohl/a položit před tím, než vezmete klienta do psychoterapie (poradensví). Jde nám o to, jaká kritéria by se podle

Vás měla vzít obecně v úvahu před tím, než klienta do terapie vezmete, aby šance na účinnou pomoc byly co největší. Jak moc důležité pro Vás jednotlivé položky jsou?

3. VÝSLEDKY

3.1. ZPRACOVÁNÍ DAT

Stanovili jsme „váhu“ položek (průměrnou hodnotu na škále 1–7) pro panel expertů a soubor frekventantů (čím vyšší číslo, tím vyšší míra důležitosti kritéria). Pro porovnání mezi soubory jsme spočítali také součtový skóre (součet čísel na škále 1–7) a průměrný skóre (součet hodnot na škálách dělený počtem položek v kategorii) pro 3 kategorie položek (Kompetence a rámec psychoterapie pod supervizí v průběhu výcviku – položky 1–8; Kontaminace psychoterapie vnějšími vztahy – položky 9–15; Faktory na straně budoucího klienta – položky 16–32). Rozdíly mezi soubory byly vzhledem k malému N hodnoceny neparametrickým Mann-Whitneyovým U testem. Pro provedené výpočty byl použit program Statistica a SPSS.

3.2. POSOUZENÍ EXPERTY

V první řadě nás zajímalo, zda experti hodnotili některé položky jako nedůležité, tj. skórem 1 na sedmibodové škále.

Položka 17 (*Zda máte informace o tom, že by se Váš klient ambulantně psychiatricky léčil, případně byl někdy psychiatricky hospitalizován?*) a položka 28 (*Zda může být věk klienta komplikací pro Vaši spolupráci? /např. příliš mladí nebo příliš starší lidé/*) byla jedním z expertů hodnocena jako 1 (nedůležité), ale ostatní experti ji hodnotili skórem > 1 . Kromě těchto dvou položek byly ostatní položky hodnoceny skórem 2 či vyšším.

Dále nás zajímalo, jak moc se experti od sebe liší. Je patrné (viz tab. 1), že u některých položek panuje značná shoda (např. u pol. 4 – *Zda máte možnost obracet se průběžně na supervizora a konzultovat s ním průběh psychoterapie/poradenství?*), která je hodnocena pouze jako 6 či 7. U jiných položek (např. pol. 2 – *Zda na základě toho, co o budoucím klientovi víte, se domníváte, že psychoterapie/poradenství by se mohla dotýkat Vašich slabých (ve výcviku či jinak nezpracovaných) oblastí?*) se názory na význam položky lišily a byly hodnoceny skórem 2–7.

Soubor expertů (N=6) přikládal relativně velkou váhu (odpověď 6 a více na sedmibodové škále, kde 7 je „velmi důležité“) položkám 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 18 a 32. Relativně malou váhu (skór 3 a nižší) přikládali experti položkám 17, 19 a 28.

V míře shody mezi experty dominovaly položky 10 a 11 (standardní odchylka = 0) a těmito položkám experti přikládali také relativně velkou váhu (odpověď 6 a výše na sedmibodové škále, kde 7 je „velmi důležité“). Relativně málo se experti shodovali u položek 2, 17, 27 a 28 (standardní odchylka > 2). Dvěma z těchto čtyř položek (17, 28) připisovali také v průměru malou váhu (skór 3 a nižší na sedmibodové odpověďové škále) – viz tab. 1.

3.3. POROVNÁNÍ POSOUZENÍ EXPERTŮ A FREKVENTANTŮ

V dalším kroku jsme provedli porovnání hodnocení mezi skupinou expertů a skupinou frekventantů. Výsledky ukazuje Tab. 2. Na úrovni kategorií nebyly rozdíly mezi experty a frekventanty (viz tab. 2).

Tab. 1
Hodnocení expertů (N=6)

Číslo položky	N	Průměr	Minimum	Maximum	SD
1	6	5,8	3	7	1,5
2	6	4,7	2	7	2,3
3	6	5,5	3	7	1,4
4	6	6,7	6	7	0,5
5	6	6,3	5	7	1
6	6	6,8	6	7	0,4
7	6	5	3	7	1,7
8	6	6,7	5	7	0,8
9	6	6,5	4	7	1,2
10	6	7	7	7	0
11	6	7	7	7	0
12	6	6,8	6	7	0,4
13	6	6,7	5	7	0,8
14	6	4,8	2	7	1,7
15	6	5,3	3	7	1,4
16	6	6,7	6	7	0,5
17	6	3,7	1	6	2,1
18	6	6,5	6	7	0,5
19	6	3,8	2	5	1,2
20	6	5,8	3	7	1,6
21	6	5,3	3	6	1,2
22	6	4,5	2	6	1,4
23	6	4,3	3	5	0,8
24	6	4,5	2	7	1,9
25	6	5,8	4	7	1,2
26	6	5,5	4	6	0,8
27	6	5	2	7	2,4
28	6	3,2	1	6	2,1
29	6	5,2	3	7	1,5
30	6	4,8	3	6	1,2
31	6	4	3	5	0,9
32	6	6,7	6	7	0,5

3.4. POROVNÁNÍ DVOU PSYCHOTERAPEUTICKÝCH ŠKOL

V posledním kroku jsme porovnali soubor 21 frekventantů psychoterapeutického výcviku Rafael Institutu (www.rafaelinstitut.cz) a soubor 23 frekventantů daseinsanalytického nebo psychodynamického výcviku v rámci Pražské vysoké školy psychosociálních studií, s.r.o.

Na úrovni kategorií byl rozdíl u **Kontaminace psychoterapie vnějšími vztahy**,

Tab. 2 Porovnání panelu expertů a souboru frekventantů ve třech kategoriích

Název kategorie	Experti (N=6)	Frekventanti (N=45)	Z	p	
Kompetence a rámec psychoterapie pod supervizí v průběhu výcviku	47,5	45,2	1,19	0,232	n.s. *
Kontaminace psychoterapie vnějšími vztahy	44,2	41,1	1,07	0,282	n.s. *
Faktory na straně budoucího klienta	85,3	80,0	0,93	0,352	n.s. *

* n.s. – statisticky nevýznamné

kde měl soubor frekventantů psychoterapeutického výcviku Rafael Institutu vyšší hodnoty ($z=2,19$, $p=0,03$). V ostatních kategoriích nebyly mezi soubory rozdíly. Měřeno velikostí účinku (Cohenovo d) byl rozdíl v kategorii Kontaminace psychoterapie vnějšími vztahy $d=0,61$, což lze interpretovat jako střední efekt.

3.5. PSYCHOMETRICKÉ CHARAKTERISTIKY ŠKÁLY

Celkový skóre pro **Kompetenci a rámec psychoterapie pod supervizí v průběhu výcviku** koreloval s celkovým skórem pro **Kontaminaci psychoterapie vnějšími vztahy** 0,19 (Spearmanovo r , $p=0,224$) a s celkovým skórem pro **Faktory na straně budoucího klienta** 0,47 ($p=0,002$). Celkový skóre pro **Kontaminaci psychoterapie vnějšími vztahy** koreloval s celkovým skórem pro kategorii **Faktory na straně budoucího klienta** nevýznamně ($r=0,24$, $p=0,136$).

Celkový skóre pro **Kompetenci a rámec psychoterapie pod supervizí v průběhu výcviku** koreloval s jednotlivými položkami statisticky významně (Spearmanovo $r=0,29-0,59$) s výjimkou položky 3 ($r=-0,27$). Celkový skóre pro **Kontaminaci psy-**

choterapie vnějšími vztahy koreloval s jednotlivými položkami statisticky významně (Spearmanovo $r=0,37-0,85$). Celkový skóre pro **Faktory na straně budoucího klienta** koreloval s jednotlivými položkami statisticky významně (Spearmanovo $r=0,33-0,78$)

s výjimkou položek 31 a 32.

Pokud bychom měřili průměrný skóre pro každou kategorii, abychom stanovili „váhu“, která je přisuzována jednotlivým kategoriím, měla by nejvyšší průměrný skóre kategorie **Kontaminace psychoterapie vnějšími vztahy** ($M=5,9$, $SD=0,8$), dále kategorie **Kompetence a rámec psychoterapie pod supervizí v průběhu výcviku** ($M=5,7$, $SD=0,6$) a kategorie **Faktory na straně budoucího klienta** ($M=4,7$, $SD=0,8$). První kategorie v míře přikládání významu se statisticky významně lišila od kategorie druhé ($t=8,0$, $p<0,001$) a od poslední ($t=8,2$, $p<0,001$).

Cronbachova alfa pro 32 položek byla 0,877. Při vyloučení položek 3, 31 a 32 byla Cronbachova alfa také 0,877. Standardizovaná Cronbachova alfa byla pro kategorii **Kompetence a rámec psychoterapie pod supervizí v průběhu výcviku** 0,57, pro kategorii **Kontaminace psychoterapie vnějšími vztahy** 0,83 a pro kategorii **Faktory na straně budoucího klienta** 0,86. Stratifikovaná Cronbachova alfa byla 0,896.

4. DISKUSE

Interní konzistenci škály lze hodno-

tit jako poměrně dobrou (stratifikovaná Cronbachova alfa 0,896). Vyloučením nekorelujících položek se Cronbachova alfa nezměnila. Z tohoto důvodu a také z důvodu relevance položek při hodnocení expertů navrhuje pro další zkoumání škálu nechat v podobě, jak ji uvádíme v příloze. Oproti verzi, kterou jsme administrovali frekventantům/expertům, jsme odstranili uvozující spojku „zda“, která byla na začátku každé položky a dále jsme přidali pro budoucí uživatele škály typ odpovědi ano/ne pro zvýšení výtěžnosti pro uživatele – odpověď typu ano/ne ukazuje na znalost o klientovi a na případnou potřebu prohloubení těchto znalostí, odpověď na míru důležitosti uvádí subjektivní váhu, kterou položce přiřazuje.

Některé položky škály jsou poměrně náročné na přemýšlení a nelze je intuitivně a rychle zodpovědět. To může snižovat stabilitu škály v čase, kterou bychom mohli zjistit metodou test-retest. Tento přístup jsme nepoužili a bude potřeba test-retestovou realibilitu zjistit v jiné studii.

Zjistili jsme, že experti položky hodnotí jako relevantní. Výjimkou byly 2 položky z celkových 32, které jeden z expertů hodnotil skórem 1. Rozdíly v hodnocení položek mezi experty mohou být odrazem osobních zkušeností, preferencí v hodnocení, konkrétními klienty, se kterými se setkávají, mohou ale také ukazovat na rozdíly mezi způsobem práce a konkrétním vzděláváním v psychoterapii (původní výcvikem, základním zaměřením). Seznam položek tedy nelze pokládat za univerzální. Nicméně vzhledem k vysoké míře akceptace položek experty jsme se rozhodli seznam položek neměnit.

Na druhou stranu položky nebyly hod-

noceny stejně. Soubor expertů přiřádal relativně velkou váhu některým položkám (4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 18 a 32) a jiným ne (17, 19 a 28). Také shoda mezi experty kolísala – maximální byla u položek 10 a 11, minimální u položek 2, 17, 27 a 28. Dvěma z těchto čtyř položek navíc experti připisovali také v průměru malou váhu. Experti pro výběr klientů nepřikládali velkou váhu faktu, zda se klient psychiatricky léčí (17, tuto položku jsme zařadili spíše z didaktických důvodů pro uvědomění si složitosti psychiatrické péče začínajícími frekventanty), dále zda v minulosti již psychoterapeuta navštívil (19, tuto položku jsme původně zařadili s očekáváním, že předchozí návštěvy psychoterapeuta mohou být negativním prognostickým znakem) a také otázce věku klienta jako faktoru pro rozhodování (28, tuto položku jsme opět zařadili z didaktických důvodů, k uvědomění si potřeb a specifík různě starých klientů).

Experti se také lišili v kladení důrazu na jednotlivé položky. Malou míru shody mezi experty měla položka zmiňující vlastní slabá místa frekventanta (2), psychiatrickou léčbu klienta (17), otázku těžké nemoci (27) a věku (28). Zda je v pozadí rozdílů expertů vliv teoretického zázemí (různých psychoterapeutických směrů) by byla vhodná otázka pro další výzkum.

Je pravděpodobné, že v rámci hlavních psychoterapeutických přístupů (za které jsou považovány směr eklektický, kognitivní, behaviorální, psychodynamický, interpersonální, humanistický, rogeriánský, systemický, přičemž eklektický přístup je v současnosti preferován; Nevid a Rathus, 2013) by ve větších souborech mohly být položky a kategorie vnímány odlišně. Naši experti pokrývali především psychodyna-

mický přístup (SUR, gestalt, psychoanalýza) a kognitivně-behaviorální.

Vzhledem k malému počtu expertů jsme se nemohli věnovat rozdílům v položkách dotazníku mezi jednotlivými psychoterapeutickými směry. Vzhledem k odlišnému teoretickému zázemí by mohl být kladen důraz na jednotlivé položky a je také možné, že s určitým směrem by mohla být spojena potřeba konkrétních položek a že by se jednotlivé směry mohly v počtu a obsahu položek lišit. Pro budoucí validizaci škály by bylo vhodné vytvořit skupiny expertů podle jednotlivých psychoterapeutických směrů. To by umožnilo porovnat rozdíly v potřebách výběru klientů podle teoretického zázemí výcviku a v souladu s konkrétní výcvikovou činností.

V této práci zmiňujeme problematiku začínajících psychoterapeutů. Komplexní vzdělávací program jednoho ze zkoumaných institutů (Rafael institut) je zaměřený na výcvik v dynamicky orientované skupinové terapii a to pro klinicky i poradensky orientované, vysokoškolsky vzdělané frekventanty z pomáhajících profesí. Při tvorbě položek jsme vycházeli také z vlastních klinických zkušeností a opomíjeli kontext psychoterapie v poradenství. To je patrné zejména na položkách z kategorie **Faktory na straně budoucího klienta**, kde jsou zmiňovány duševní poruchy, psychiatrická léčba či sebepoškozování, což jsou proměnné, se kterými se psychoterapeut pracující v kontextu poradenské práce nemusí vůbec setkávat. Naopak v poradenství mohou být proměnné, problematizující vstup klienta do psychoterapie, které nejsou do naší metody zahrnuty. Této oblasti by bylo vhodné věnovat v budoucnosti samostatnou pozornost.

Frekventanti se od expertů nelišili v žád-

né ze tří kategorií (**Kompetence a rámec psychoterapie pod supervizí v průběhu výcviku, Kontaminace psychoterapie vnějšími vztahy, Faktory na straně budoucího klienta**). Lze tedy usuzovat podobné vnímání položek jak u zkušených psychoterapeutů, tak u frekventantů psychoterapeutického výcviku. Výsledek může ukazovat na přizpůsobení se vnímání obou souborů, což lze pokládat za pozitivní a prospěšné pro kontinuitu oboru – začínající psychoterapeuti přizpůsobují své vnímání klientů starším a zkušenějším kolegům.

Nad některými položkami lze vést diskusi. Anonymní recenzenti (za pečlivé a věcné posudky velmi děkujeme) např. kladli otázky, zda odlišovat známé a přátele (9 a 10), zda je relevantní výraz „věnovat se někomu naplno“ (5) či opakovaně (6), že se platba netýká všech kontextů psychoterapie (31), že není rozdíl mezi introspekci a náhledem (25 a 30), dále byla kritizována těžkopádnost některých formulací (27, kde není jasné zda jde pouze o somatickou chorobu, když na psychickou se ptá položka 16), podobnost položek 31 a 32. Položky by bylo možné dále měnit a zpřesňovat. Naší snahou bylo, vzhledem k různorodým kontextům práce začínajících psychoterapeutů (poradenských pracovníků) poskytnout raději širší a mírně se překrývající položky, než něco vynechat. Zlepšením by bylo také dotazování respondentů na kvalitu, srozumitelnost a adekvátnost položek. V budoucí práci se o zlepšení kvality položek dále pokusíme. Vzhledem k nízkým korelacím mezi kategoriemi a dobré interní konzistenci škál lze očekávat vícefaktorovou strukturu metody. Pro prověření této úvahy by byl vhodný nový soubor s vyšším počtem probandů. Pro frekventanty, kteří uzavírají

s klienty kontrakt, by možná bylo vhodné upravit instrukci na „než s klientem uzavřete poradenský – terapeutický kontrakt“.

Pokud jsme měřili průměrný skóre pro každou kategorii, abychom stanovili význam přisuzovaný jednotlivým kategoriím, měla nejvyšší skóre kategorie **Kontaminace psychoterapie vnějšími vztahy**, poté kategorie **Kompetence a rámec psychoterapie pod supervizí v průběhu výcviku** a poslední kategorií byly **Faktory na straně budoucího klienta**. Důvodem může být, že kategorie **Kontaminace psychoterapie vnějšími vztahy** je nejnázornější představitelná pro každého a pravděpodobně si ji lze dobře představit, rizika z ní vyplývající pro psychoterapeuta jsou srozumitelná. Položky z druhých dvou kategorií mohou být v představě probandů vzdálenější a s jejich obsahem mohou mít menší nebo žádné zkušenosti.

Zkoumání frekventanti prodělávají psychoterapeutický výcvik na dvou pracovištích (Rafael institut a Pražská vysoká škola psychosociálních studií). Přístup obou pracovišť k psychoterapeutickému výcviku lze považovat za psychodynamický. Zajímalo nás proto, zda by pracoviště zajišťující vzdělávání v psychoterapii mohlo hrát roli v případě rozdílů v hodnocení položek mezi soubory. Při porovnávání obou subsouborů (N=21 a N=23) jsme zjistili rozdíl v jedné z kategorií – **Kontaminace psychoterapie vnějšími vztahy**, kde měl soubor frekventantů psychoterapeutického výcviku Rafael Institutu vyšší hodnoty. Rozdíl v kategorii, která je sycena 7 položkami by mohl odrážet rozdíl mezi pracovišti (v tomto případě vyšší citlivostí k této kategorii u prvního souboru). Otázka vlivu konkrétního pracoviště (např. složení výcvikového týmu, pravidla výcviku) na hodnocení položek

by proto mohla být relevantní. Nemáme ale dobré vysvětlení, proč by právě jeden z institutů mohl být k této kategorii pozornější.

Přestože jsme kategorie položek vytvořili empiricky, částečně se podobají jiným přístupům, které v práci o náročných klientech popisuje K. Fleišmanová (2008), jako je model Paniague et al. (1993), který odděluje pacientovy charakteristiky, charakteristiky případu a terapeutovy charakteristiky. V jiné práci se Sigal et al. (1999) navíc zaměřil na kritéria pro vhodnost psychoterapie na straně pacienta, která analyzoval za pomoci faktorové analýzy, které označil jako vnímání afektů, stabilitu osobnosti, stabilitu vztahů, pozitivní přístup k terapii a tvořivost. Podobně se již dříve vymezil také Salzberg et al. (1966).

Otázkou je, zda navržená kritéria mají praktický význam a zda mohou ukazovat na efektivitu psychoterapie. Je pochopitelné, že pokud mají mít naše vodítka praktický smysl, mohla by mít vztah k výsledku psychoterapie. Sigal et al. (1999) navrhol 39 kritérií pro rozpoznání pacientů vhodných pro krátkodobou dynamickou psychoterapii. Sigal použil podobně jako v naší studii panel expertů. Vztah mezi kritérii a průběhem psychoterapie byl nevýznamný, žádné z kritérií nekorelovalo s výsledkem škál měřících efektivitu psychoterapie a autoři uzavírají, že soubor kritérií predikujících úspěšnost terapie zatím neexistuje. Naším cílem ovšem nebyl výběr klienta/pacienta do psychoterapie, ale soubor vodítek k přemýšlení, zda může být spolupráce úspěšná, zda neexistují na straně klienta, terapeuta či kontextu psychoterapie překážky, které by mohly práci znesnadnit, pokazit, narušit. Strang (1947) navrhoval jako vodítka pro pokrok v psychoterapii či

poradenství ukončení a nevracení se do terapie, adaptace v práci, zmírnění příznaků, pacientův pocit, že terapie pomohla, známky adaptace v životě. Výzkum odmítnutých klientů je ovšem eticky a organizačně složitý. Takový výzkum by ale byl zatížen metodologickými problémy, protože většinou nemáme možnost sledovat klienty, kteří do psychoterapie nenastoupí, ať již je důvodem odmítnutí z jedné nebo druhé strany. Jde o problém výběru, kde většinou nemáme možnost – např. při výběru zaměstnanců – odmítnuté kandidáty nadále sledovat a data získáváme pouze od přijatých.

Další praktický význam uvažování nad vodítky je zvažování problematičnosti klienta. Jako důležitá se obvykle terapeutům jeví nespolupráce klienta (Flejšmanová, 2008), ale také např. porucha osobnosti. Především začínající psychoterapeuti však příliš volbu klienta nemají, v průběhu výcviku oceňují získání téměř jakéhokoliv klienta. Přikláníme se k úvaze, že vodítka nemají ani tak smysl pro souvislost s efektivitou budoucí psychoterapie, ale že slouží spíše k detekci latentních budoucích potíží, které by se mohly projevit v terapeutickém vztahu a zprostředkovaně snižovat pozitivní vliv psychoterapie.

Pilotní studie má řadu omezení, např.:

1. Soubor frekventantů je malý a případně odlišnosti mezi soubory mohou odrážet jen náhodné rozdíly. Experti byli především z Rafael institutu, což snižuje reprezentativnost. V našem panelu absentovali zástupci jiných významných psychoterapeutických směrů jako je interpersonální, humanistický, rogeriánský a systemický. I když pokládáme za pravděpodobné, že zkušenosti expertů odrážejí obecnější zkušenosti členů psychote-

rapeutické obce, nelze vyloučit, že jiný soubor expertů by kladl důraz na jiná kritéria.

2. Výběr frekventantů i expertů byl nenáhodný, vycházel z možností autorů práce.
3. I když výběr položek byl proveden postupně a konzultován, je možné, že některé důležité aspekty výběru klientů byly opomenuty.
4. Položky obsahují formulaci o psychoterapii, resp. poradenství. Předpokládali jsme malé rozdíly v uvažování mezi osobami, které se věnují psychoterapii a které svůj přístup v rámci stávající legislativy označují jako poradenství, to ale nemusí být skutečností.

Další výzkum by mohl obsahovat navýšení souboru frekventantů, zařazení expertů z jiných chybějících směrů (interpersonální, humanistický, rogeriánský a systemický), prospektivní vztahování se k výsledku budoucí psychoterapie. Dotazníkovou metodu, která vznikla v této pilotní studii, považujeme za pomůcku pro frekventanty psychoterapeutických výcviků.

LITERATURA

- Braunová M. (2015). *Indikace skupinové psychoterapie*. Bakalářská práce. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií.
- Flejšmanová K. (2008). *Obtížná terapie*. Co terapeuti považují za obtížné při psychoterapii. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita.
- Kroegel, J. A., Beecher, M. E., Presnell, J., Burlingame, G. M., Simons, C. (2009). The Group Selection Questionnaire: A Qualitative Analysis of Potential Group Members. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(4), 529–542.
- Nevid J. S., Rathus S. A. (2013). *Psychology and the Challenges of Life: Adjustment and Growth (12th ed.)*. New York: Wiley.

Paniagua, F., Wassef, A., O'Boyle, M., Linares, I. S., Cuellar, I. (1993). What is a difficult mental health case? An empirical study of relationships among domain variables. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 23, 77–98.

Salzberg, H. C., Bidus, D. R. (1966). Development of a group psychotherapy screening scale: An attempt to select suitable candidates and predict successful outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 22(4), 478–481.

Sigal J. J., Paris J., Kardos M., Zimmerman G., Buonvino M. (1999). Evaluation of some criteria used to select patients for brief psychodynamic therapy. *Psychother Psychosom*, 68(4), 193–198.

Strang, R. (1947). Criteria of progress in counseling and psychotherapy. *Journal Of Clinical Psychology*, 3(2), 180–183.

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 20. 6. 2017. Revidované znění došlo 8. 9. 2017, v druhé revizi 13. 9. 2017, k publikaci přijato 14. 9. 2017.

PŘÍLOHA

VODÍTKA PRO VÝBĚR BUDOUCÍHO KLIENTA DO PSYCHOTERAPIE

Prosím zamyslete se nad otázkami, které byste si mohli/a položit před tím, než vezmete klienta do psychotherapie (poradenství).

Jde nám o to, jaká kritéria by se podle Vás měla vzít obecně v úvahu před tím, než klienta do terapie vezmete, aby šance na účinnou pomoc byly co největší.

Jak moc důležité pro Vás jednotlivé položky jsou?

1. Na základě toho, co o budoucím klientovi víte, si věříte, že mu/jí budete schopni pomoci? ano – ne

Nedůležité	Něco mezi		Velmi důležité			
1	2	3	4	5	6	7

2. Na základě toho, co o budoucím klientovi víte, se domníváte, že psychotherapie/poradenství by se mohla dotýkat Vašich slabých (ve výcviku či jinak nezpracovaných) oblastí? ano – ne

Nedůležité	Něco mezi		Velmi důležité			
1	2	3	4	5	6	7

3. Máte možnost obracet se průběžně na supervizora a konzultovat s ním průběh psychotherapie/poradenství? ano – ne

Nedůležité	Něco mezi		Velmi důležité			
1	2	3	4	5	6	7

4. Jste ochoten/na se klientovi během sezení plně věnovat? ano – ne

Nedůležité	Něco mezi		Velmi důležité			
1	2	3	4	5	6	7

5. Je nějaký důvod, pro který byste se nemohl/a budoucímu klientovi věnovat naplno? (např. nemoc, pracovní absence aj.) ano – ne

Nedůležité	Něco mezi		Velmi důležité			
1	2	3	4	5	6	7

6. Máte možnost se budoucímu klientovi opakovaně věnovat? ano – ne

Nedůležité	Něco mezi		Velmi důležité			
1	2	3	4	5	6	7

7. Jste ochoten/na si vést o budoucím klientovi písemné záznamy a skladovat je tak, aby nemohla být narušena důvěrnost získaných informací? ano – ne

Nedůležité	Něco mezi		Velmi důležité			
1	2	3	4	5	6	7

8. Máte vhodné prostory pro provádění psychotherapie? ano – ne

Nedůležité Něco mezi Velmi důležité
 1 2 3 4 5 6 7

9. Je budoucí klient součástí skupiny Vašich známých? ano – ne

Nedůležité Něco mezi Velmi důležité
 1 2 3 4 5 6 7

10. Je budoucí klient součástí skupiny Vašich přátel či blízkých osob? ano – ne

Nedůležité Něco mezi Velmi důležité
 1 2 3 4 5 6 7

11. Je s Vámi budoucí klient v pracovním vztahu? ano – ne

Nedůležité Něco mezi Velmi důležité
 1 2 3 4 5 6 7

12. Znáte budoucího klienta z Vašeho dřívějšího osobního života? ano – ne

Nedůležité Něco mezi Velmi důležité
 1 2 3 4 5 6 7

13. Mohl by vztah s budoucím klientem ovlivnit Váš vztah k někomu z Vašich blízkých? ano – ne

Nedůležité Něco mezi Velmi důležité
 1 2 3 4 5 6 7

14. Mohl by vztah s budoucím klientem ovlivnit Váš vztah k někomu z Vašich pracovních kolegů? ano – ne

Nedůležité Něco mezi Velmi důležité
 1 2 3 4 5 6 7

15. Je budoucí klient v přátelském nebo v pracovním vztahu s osobami, které znáte? ano – ne

Nedůležité Něco mezi Velmi důležité
 1 2 3 4 5 6 7

16. Víte o tom, že Váš budoucí klient trpí těžkou psychickou poruchou (jako je mj. schizofrenie, schizoafektivní psychóza)? ano – ne

Nedůležité Něco mezi Velmi důležité
 1 2 3 4 5 6 7

17. Máte informace o tom, že by se Váš klient ambulantně psychiatricky léčil, případně byl někdy psychiatricky hospitalizován? ano – ne

Nedůležité Něco mezi Velmi důležité
 1 2 3 4 5 6 7

18. Víte o tom, že Váš budoucí klient trpí poruchou osobnosti (např. ve smyslu protispoločenského chování, vyhýbavého chování, nadměrně uzavřené osobnosti)? ano – ne

Nedůležité Něco mezi Velmi důležité
 1 2 3 4 5 6 7

19. Vystřídal Váš budoucí klient před Vámi již více než jednoho psychoterapeuta? ano – ne

Nedůležité Něco mezi Velmi důležité
 1 2 3 4 5 6 7

20. Absolvuje Váš budoucí klient v současné době jinou psychoterapii/poradenství? ano – ne

Nedůležité Něco mezi Velmi důležité
 1 2 3 4 5 6 7

21. Máte obavy z chování budoucího klienta vůči Vám? ano – ne

Nedůležité Něco mezi Velmi důležité
 1 2 3 4 5 6 7

22. Je Vám Váš budoucí klient v zásadě sympatický, příjemný? ano – ne

Nedůležité Něco mezi Velmi důležité
 1 2 3 4 5 6 7

23. Máte informace o tom, že by Váš klient byl manipulativní, složitý? ano – ne

Nedůležité		Něco mezi			Velmi důležité	
1	2	3	4	5	6	7

24. Máte informace o tom, že by se Váš klient někdy sebepoškozoval? ano – ne

Nedůležité		Něco mezi			Velmi důležité	
1	2	3	4	5	6	7

25. Označil/a byste Vašeho budoucího klienta jako schopného náhledu? ano – ne

Nedůležité		Něco mezi			Velmi důležité	
1	2	3	4	5	6	7

26. Označil/a byste Vašeho budoucího klienta jako motivovaného ke změně? ano – ne

Nedůležité		Něco mezi			Velmi důležité	
1	2	3	4	5	6	7

27. Víte o tom, že by Váš budoucí klient trpěl těžkou a obtížně vyléčitelnou chorobou? ano – ne

Nedůležité		Něco mezi			Velmi důležité	
1	2	3	4	5	6	7

28. Může být věk klienta komplikací pro Vaši spolupráci? (např. příliš mladí nebo příliš staří lidé) ano – ne

Nedůležité		Něco mezi			Velmi důležité	
1	2	3	4	5	6	7

29. Umožňuje tělesný stav klienta zátěž psychoterapie? ano – ne

Nedůležité		Něco mezi			Velmi důležité	
1	2	3	4	5	6	7

30. Je klient dostatečně schopný introspekce potřebné pro dynamickou psychoterapii? ano – ne

Nedůležité		Něco mezi			Velmi důležité	
1	2	3	4	5	6	7

31. Je klient ochoten za psychoterapii/poradenskoství zaplatit? ano – ne

Nedůležité		Něco mezi			Velmi důležité	
1	2	3	4	5	6	7

32. Jsou pro klienta akceptovatelné podmínky psychoterapie/poradenskoství? (např. frekvence, způsob práce, platba aj.) ano – ne

Nedůležité		Něco mezi			Velmi důležité	
1	2	3	4	5	6	7

PRÁCA SO SNAMI Z POHLĀDU INTEGROVANEJ PSYCHOTERAPIE

Dream work in the view of integrated psychotherapy

Peter Kusý^a, Ferdinand Knobloch^b

^a Katedra pedagogických štúdií, Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave, SK; e-mail: peterkusy7@gmail.com

^b Emeritný profesor Univerzity Britskej Kolumbie, CA; e-mail: knobloch19@shaw.ca

Psychoterapie. 11 (3), 230–241; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Tento príspevok sa snaží reflektovať možnosti práce so snami z pohľadu systému integrovanej psychoterapie. Autori sa v úvode stručne venujú teoretickému pozadiu práce so snami v rámci psychoterapie. Pre ilustráciu dávajú do porovnania stručné príklady z psychoanalytickej/psychodynamickej praxe a integrovanej psychoterapeutickej práce so snami. Využitie akčných techník má svoje špecifiká v skupinovej a najmä v individuálnej forme, ktoré tiež v krátkosti popisujeme. Integrovaná psychoterapia si kladie za cieľ eliminovať a korigovať sebahodnotujúce správanie snívajúceho smerom k adaptívnej forme. Sny pri prehrávaní môžu odhaliť takéto maladaptívne vzorce správania a vďaka abreakcii, resp. emočnej korektívnej skúsenosti pomôcť k celkovej terapeutickému zmene.

Kľúčové slová: práca so snami, integrovaná psychoterapia, akčné techniky, sebahodnotujúce správanie

ABSTRACT

This paper seeks to reflect the possibilities of using dreams in the view of integrated psychotherapy. At the beginning authors briefly introduce the theoretical background

of working with dreams in psychotherapy. For illustration, we give a brief examples of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy fragments of practice and integrated psychotherapists work with dreams. Usage of action techniques has its own specifics in the group and especially in individual form, which we also describe briefly. Integrated psychotherapy aims to eliminate and correct self-defeating behavior of dreamer towards adaptive form in real life. In psychodrama and through the abreaction dreams can reveal these counterproductive behavior patterns. This corrective emotional experience helps to the overall therapeutic change.

Key words: dream work, integrated psychotherapy, action techniques, self-defeating behavior

ÚVOD

Psychoterapeutická práca so snami tvorí neodmysliteľnú súčasť praxe integrovanej psychoterapie už takmer 70 rokov. Akčné techniky prístupu manželov Knoblochových pri spracovaní snových obsahov tak využíva dodnes množstvo odborníkov na rôznych pracoviskách po celom svete. Tento príspevok sa snaží o teoretickú diskusiu a komparáciu princípov, ktoré využíva pri

pohľade na sny v psychoterapii na jednej strane integrovaná psychoterapia (tzv. experienciálne techniky), resp. na druhej strane niektoré súčasné smery, ktoré využívajú vlastný prístup k analýze snov (tzv. interpretačné techniky). Naším primárnym cieľom je popísať metodiku psychoterapeutickej práce so snami, ktorá sa uplatňuje v praxi integrovanej psychoterapie.

1. PRÁCA SO SNAMI V PSYCHOTERAPII Z POHLADU VIACERÝCH PRÍSTUPOV

V súčasnosti existuje množstvo prístupov, ktoré používajú prácu so snami v psychoterapii. Množstvo z nich stále vychádza z pôvodných Freudových myšlienok, aktualizuje ich a samozrejme k nim pristupuje v zmysle trpezlivej konštruktívnej kritiky.



**Peter
Kusý**

PhDr., Ph.D. Psychológ, terapeut integrovanej psychoterapie, ktorý aktuálne pôsobí na Pedagogickej fakulte Trnavskej univerzity v Trnave. Zároveň má vlastnú poradenskú a terapeutickú prax, lektoruje workshopy a zážitkové semináre, ktoré sa venujú práci so snami z pohľadu integrovanej psychoterapii a tiež možnostiam využitia hudby v pomáhajúcich profesiách.

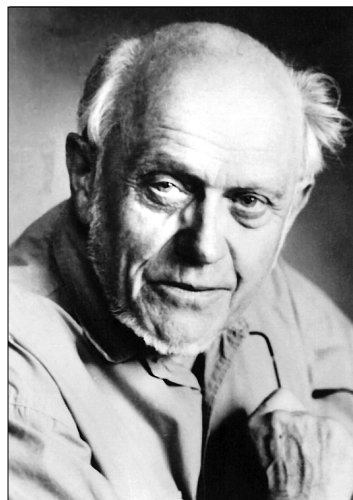
Zatiaľ čo Freud (2005) ponímal sen ako nevedomý materiál, za ktorým sa skrýva jeden alebo viac pudov, resp. ich reprezentácií, ich priamy výraz potlačila práve snová cenzúra. Jung (podľa Aeppli, 1996) chápal sen ako psychický útvar, ktorý hovorí svojím vlastným jazykom, ktorý je charakteristickým spôsobom vyjadrovania nevedomia. Fromm (1970) označil sen ako poslednú a stále existujúcu archaickú univerzálnu reč ľudstva. Naopak v ostrom protiklade k psychoanalytickým prístupom ku snom je daseinsanalýza, ktorá odmieta hľadať ich symbolický význam. Z ich pohľadu sú sny skôr kráľovskou cestou k základným dimenziám ľudského bytia (Plháková, 2013). Jeden z humanistických smerov, Gestalt terapia, považuje jednotlivé zložky sna za projekciu rôznych zložiek osobnosti snívajúceho a to vrátane tých, ktoré z rôznych dôvodov odmieta, či neprijíma (Plháková, 2013).

1.1. SNY A SNOVĚ OBSAHY – TERMINOLOGICKÉ VYMEDZENIE V RÁMCI INTEGROVANEJ PSYCHOTERAPIE

Aj keď integrovaná psychoterapia nemá explicitne zadefinované sny a snové fenomény ako také, práca so snami má v psychoterapeutickej praxi častokrát nezastupiteľné miesto. Inšpiráciou nám tak môže byť priekopník v tejto problematike Freud (2005), ktorý si tento potenciál uvedomil už na prelome 19. a 20. storočia, keď tvrdil, že sen je kráľovskou cestou k nevedomiu pacienta. S týmto výrokom môžeme súhlasiť po menšej modifikácii – sen môže byť kráľovskou cestou k poznaniu sebaopodryvajúceho správania. Odhalenie takéhoto správania, eliminácia jeho prejavov, resp.

úplné odstránenie, je jedným z hlavných cieľov integrovanej psychoterapie¹. Zakladateľ Gestalt terapie Fritz Perls (2004), ktorý pracoval so snami expresívne a veľmi kreatívne, sa o sne vyjadril, že je to „najautentickejší prejav ľudského bytia“. Súhlasíme tak napr. s Hillovou (2009), ktorá sa zamýšľa nad tým, prečo niektoré psychoterapeutické systémy ignorujú podstatu snov v živote jedinca. Snové obsahy, ktoré majú často výrazné emočné podfarbenie, sú súčasťou prežívania každého pacienta a mal by im byť v psychoterapeutickej práci venovaný patričný priestor. Ďalej dodáva, že interpretácia snov často vedie priamo k centrálnym osobným konfliktom, ktoré predtým pacient nemal možnosť vyjadriť. Takýmto spôsobom sa stávajú vedomými a citlivejšími k svojim problematickým témam, ktoré si dali do súvislosti so svojimi vlastnými snovými obsahmi. Zaujímavým spôsobom o snívaní a snových obrazoch uvažuje Hartmann (2013), ktorý uvádza, že snívanie je určitou formou našej psychiky. Podľa neho je snívanie jedným pólom psychického kontinua, pričom na druhej strane sa nachádza sústredené bdenie a uprostred je fantazírovanie, denné snívanie a rozjímanie. Autor ďalej zdôrazňuje, že spojenia v snoch sa nevytvárajú náhodne, ale sú výrazne ovplyvnené emóciami snívajúceho.

¹ Sebapodryvajúce správanie (self-defeating behavior) alebo tiež kontraproduktívne správanie, je jeden z najdôležitejších termínov v integrovanej psychoterapii. Knobloch (1979, 1999) ho popisuje ako druh maladaptívneho správania, ktoré pôsobí kontraproduktívne, tzn. že jedinec nevedomky docieli opak toho, čo si praje uskutočniť vo vzťahu k svojmu okoliu. Integrovaná psychoterapia si kladie primárne za cieľ práve elimináciu, až úplné odstránenie takéhoto sebapodryvajúceho správania (Enachescu-Hroncová & Knobloch, 2010).



Ferdinand Knobloch

Prof. MUDr., CSc., F. R. C. P. Emeritný profesor psychiatrie na University of British Columbia v Kanade je zakladateľom systému Integrovannej psychoterapie a priekopníkom v rodinnej terapii a práci s terapeutickou komunitou v Československu v povojnovom období. Je autorom viac ako 250 odborných a vedeckých príspevkov a viacerých monografií z oblasti psychoterapie.

S týmto tvrdením súhlasíme a práve emočný náboj snových obsahov je kľúčovým pri ich psychoterapeutickom spracovaní. Rovnako ako nočné sny (vrátane lucidných snov), tak aj denné sny, môžu byť pre nás v psychoterapii užitočným materiálom pre ďalšie smerovanie. Snové obrazy tak vnímame ako projekčné plátno pacienta, na ktoré sa premieta nevedomý materiál vždy s príslušným emocionálnym nábojom. Symbolmi v snoch a ich analýzou sa bližšie v integrovanej psychoterapii nezaobráame. Zároveň však pripúšťame, že ak sa v sne vyskytnú rôzne osoby, neživé predmety, zvieratá, veci a podobne, tak môžu tvoriť zástupný objekt pre snívajúceho. V zástupení tak môžu reprezentovať na fantazijnej snovej úrovni jednotlivé signifikantné osoby a práve korekcia vzťahov pacienta s ni-

mi je súčasťou psychoterapeutického procesu. Snové obsahy tak okrem sebahodnotňujúceho správania dávame do súvisu so skupinovú schémou snívajúceho, ktorá s takýmto maladaptívnym správaním úzko súvisí². Emocný náboj k zástupným objektom v snoch korešponduje s emocionálnym prežívaním pri prehrávaní rolí so významnými druhými skupinovej schémy pacienta. Dôraz na emocionálny náboj v snovom prežívaní sa zdá byť pre psychoterapeutický proces relevantný. Navyše ako uvádza Plháková (2013), niektorí autori zastávajú názor, že v snoch vo všeobecnosti mierne prevládajú skôr negatívne emócie nad pozitívnymi. Ak k tomu pridáme Freudov (2005) predpoklad, že sny často tvoria „zvyšky z predchádzajúceho dňa“ s príslušným emocionálnym podfarbením, je o to dôležitejšie s nimi v psychoterapii pracovať a to nielen na úrovni racionálnej a kognitívnej, ale najmä konatívnej (behaviorálnej) a emocionálnej.

2. POROVNANIE EXPERIENCIÁLNYCH A INTERPRETAČNÝCH TECHNÍK PRI PRÁCI SO SNAMI V PSYCHOTERAPII

Na tomto mieste uvádzame veľmi stručnú teoretickú diskusiu o klasickom výklade snov (tzv. interpretačných technikách)

² Pod pojmom skupinovú schému chápeme v integrovanej psychoterapii predstavovanú skupinu, ktorá je individuálne spoluvytváraná a formulovaná skúsenosťami s jednotlivými ľuďmi v rôznych rolách (Knobloch, 2003). Takáto schéma obklopuje človeka aj keď je sám a je modelom malej sociálnej skupiny, ktorý jedinec využíva buď ako kognitívnu mapu sociálnych vzťahov alebo ako určitý priestor pre realizáciu rôznych sociálnych akcií na fantazijnej úrovni, resp. ako zdroj náhradného uspokojenia interpersonálnych potrieb (Kusý, 2015).

a akčných technikách (tzv. experienciálnych), ktoré používame v integrovanej psychoterapii. Pre lepšiu prehľadnosť uvádzame rozdiel medzi týmito dvoma prístupmi na krátkych príkladoch z psychoterapeutickej praxe autorov. Celkovo uvádzame jeden príklad z psychoanalytickej práce autora integrovanej psychoterapie (F. K.) a na doplnenie tiež príklad, ktorý uvádza Dieckmann (2010). V rámci využitia experienciálnych (akčných) techník pri práci so snami v psychoterapii uvádzame krátke príklady z praxe autorov tohto príspevku.

2.1. KAZUISTICKÉ PRÍKLADY Z PRAXE – INTERPRETAČNÉ TECHNIKY

Príklad č. 1: Psychoanalytická práca so snom pacientky Márie (Knobloch, 1999, s. 160–161).

Prvým je práca so snom pacientky Márie, ktorá prebiehala štandardným psychoanalytickým prístupom pod vedením jedného z autorov (F. K.) v 60. rokoch v Kanade. Mária je 31 ročná lekárka, neistá medzi ľuďmi so strachom z červenanania sa. Nedávno bola požiadaná o osvetovú prednášku, z čoho má veľký strach a obavy a bojí sa, že to nedokáže. Prichádza neskoro popoludní a vyzerá ustrašene, vydesene. Na každý pohyb reaguje ako by sa bála nejakého nebezpečenstva, či útoku. Aj keď psychoterapia vždy prebieha podľa psychoanalytických pravidiel, tentokrát sa vyhýba, aby si ľahla na pohovku a stále sa ustrašene obzerá, ako by čakala útok.

FK: *Vyzerá to, že sa niečoho bojíte?*

MÁRIA: *Áno, neviem čoho, ale chcela som so sebou priviesť kamarátku... Mala som včera strašný sen. Snívalo sa mi, že som ešte malá, asi päťročná. Som sama*

na zelenej lúke a kreslím si okolité stromy. Sú to vrby, nikto tam nie je a krásne svieta slniečko. Naraz vidím, že z dialky sem ide rýchlo nejaký muž v policajnej uniforme a nesie kufrík. Príde ku mne, vytiahne z kufríka revolver a dva veľké nože. Kreslím si ďalej a on hovorí, že sa bojí zlých ľudí. Nič nehovorím a naraz vidím, že ku mne beží zviera, ktorého predná polka je teriér a zadná polka je líška s dlhým chvostom. To zviera na mňa skočí, ja sa bránim a volám o pomoc. A ten muž sa vrhne ku mne a myslím, že ma ide zachrániť. Ale bola to zrada, to on narafičil, aby ma ten pes napadol a teraz ma sám bodá do krku nožom... (mlčí).

MÁRIA: Tá predná časť toho psa je pekná, chcela by som sa s ním hrať a hladíť ho. Tá zadná časť je desivá a chvost má hrdzavú farbu, je mi odporný.

MÁRIA: Ó, tá farba! (veľmi zarazená nejakú dobu mlčí. Na dopytovanie s veľkým váhaním po chvíli pokračuje). Môj manžel má krátku košelu a je mu vidieť ochlpenie, ktoré má farbu ako tá líška.

FK: Koho Vám pripomína ten muž v uniforme?

MÁRIA: Ja neviem kto to je. On hovoril, že ma zachráni, ja som mu verila, ale bola to zrada...

MÁRIA: (Nasleduje dlhé mlčanie a potom naraz vykrikuje so zrejším prekvapením a začne usedavo plakať). Ten muž bol dôstojník, zabudol nôž v mojej izbe... On bol príčinou môjho nešťastia. (Mária sa rozhovorie čo sa stalo v minulosti, keď mala svoj prvý sexuálny pomer s dôstojníkom, ktorý sa k nej celý večer správal nežne. Otehotnela, mala potrat za veľmi nepríjemných okolností a od tej doby sa jej nesmelosť a plachosť vystupňovala. Manžel, ktorého

si vzala bez veľkej lásky, sa rovnako stráni ľudí. Celkovo je medzi nimi veľmi málo vrelých citov a takmer žiadny sex, čo súvisí najmä s jej sexuálnou poruchou a vyhýbaním sa sexu so svojím manželom).

Tento sen je plný symbolov a ako potvrdila ďalšia analytická práca, išlo o zreteľne prenosový sen. Možno trochu paradoxne, v tomto prípade sme sa stretli s pomerne jednoduchým a plynulým priebehom analytickej práce, čo však nebýva v psychoterapeutickej práci vždy zvykom (Knobloch, 1999).

Množstvo príkladov by sme mohli nájsť u rôznych psychoanalyticky, resp. hlbinné orientovaných autorov, ktorí popisovali analytickú prácu s rôznymi snami pacientov. Interpretačný prístup ilustruje napr. Dieckmann (2010, s. 179), ktorý popisuje typický iníciaľny sen. Pacientovi sa počas psychoanalýzy sníval nasledujúci krátky sen:

„Som vedený na popravu a mám byť šťatý.“

Autor uvádza, že tento sen predovšetkým naznačuje veľmi nebezpečný negatívny aspekt, ktorý je sprevádzaný silným strachom. Snívajúci sa však tomuto procesu vystavil a podrobil sa premene, ktorú jeho nevedomie vnútorne schválilo. Mohlo by sa mu predsa tiež snívať, že rozsudku unikne. Za smrťou stoja vždy znovuzrodenia a Dieckmann (2010) to chápe ako ambivalentnú reakciu s perspektívnou vyhlídkou. Takýmto interpretáciám sa v integrovanej psychoterapii skôr vyhýbame a snažíme sa pomocou akčných techník priviesť pacienta k pochopeniu a formulácii vlastných záverov. Tie však nesmú byť kontraproduktívne v zmysle sebaopodryvujúceho správania, ale skôr konštruktívne v zmysle náhľadu na od-

kaz, ktorý snový obsah snívajúcemu mohol zanechať. Pre porovnanie uvedieme príklady využitia akčných techník integrovanej psychoterapie (modelovanie, prehrávanie sna, hranie rolí a technika prázdnej stoličky) pre prácu so snami v psychotherapeutickom procese.

2.2. KAZUISTICKÉ PRÍKLADY Z PRAXE – EXPERIENCIÁLNE (AKČNÉ) TECHNIKY

Na druhej strane v integrovanej psychoterapii pracujeme pomocou experienciálneho prístupu k snovým obsahom, tzn. využijeme pomerne široké spektrum akčných techník. Druhý a tretí príklad ilustruje práve rozdielne využitie experienciálneho prístupu naproti klasického interpretačného prístupu. Druhý príklad práce so snom pacientky July pochádza z psychotherapeutickej praxe realizovanej autorom integrovanej psychoterapie v Kanade (F. K.) a tretí príklad je prípadom zo Slovenska z praxe prvého autora tohto príspevku (P. K.).

Príklad č. 2: Hranie rolí pri práci so snom pacientky July.

Na tretie stretnutie prináša 32 ročná inžinierka z Vancouveru July sen, ktorý podávame v skrátenej podobe (Knobloch, 1999, s. 162):

JULY: *Sedela som v kuchyni a krájala cibuľu. Pozerám sa a nemôžem sa rozhodnúť, čo s ňou, pretože je vo vnútri z časti plesnivá. Mám to vyrezať alebo zahodiť?*

FK: *Keď sa posadíte tamto na tú druhú stoličku, zaujmite miesto tej cibule a povedzte, čo si tá cibuľa v tom sne myslí?*

JULY: *Ja viem, že niesom celkom v poriadku, ale dúfam, že ma nezahodí. S pečenými mušľami a zemiakmi by som bola moc dobrá a to, že som trochu plesnivá, by sa stratilo.*

FK: *Koho Vám tá cibuľa pripomína?*

JULY: *Ja neviem. Takto bezprostredne nikoho. (po chvíli ticha pokračuje) Ja v týchto dňoch často myslím na Jeffa... (jej priateľ s ktorým je spolu jeden rok, ale nebyvajú spoločne. Jeff je tiež inžinier, ale nezamestnaný, žijúci zo sociálnych dávok, pričom trvalé zamestnanie intenzívne nevyhľadáva).*

FK: *Je nejaká podobnosť medzi tou cibuľou v sne a Jeffom?*

JULY: (začína plakať).

FK: *Je to plač nad tou cibuľou?*

JULY: *Jeff je dobrý človek, môžem mu dôverovať... Ale ja mám pocit, že mu budem musieť stále pomáhať. On moc nehovorí a keď niečo navrhmem, tak on s tým súhlasí. Ale ja neviem, či toto stačí pre život. Ja by som tiež asi chcela mať raz deti, ale tak ako je to teraz, veď by som sa o neho nemohla oprieť... A čo keď by to išlo ešte k horšiemu?*

FK: *Ako s tou plesňou v tej cibuli?*

JULY: *Ja neviem, čo s ním nie je v poriadku... Ale niečo tu chýba...*

Vyššie uvedený úryvok z prehrávania sna pomocou metódy hrania rolí a techniky prázdnej stoličky ilustruje, ako dokáže byť v psychotherapii užitočné, ak neignorujeme neživé predmety, ako to bolo v tomto prípade s cibuľou. Tie môžu mať často zástupný charakter a pacienti pri asociovaní často premietajú vzorce správania k reálnym signifikantným osobám zo svojho života. To nám môže často pomôcť veľmi rýchlo identifikovať konfliktnú oblasť u snívajúceho a zároveň vďaka hraniam rolí emocionálny náboj je často oveľa zreteľnejší a výraznejší, ako pri klasickej analýze, keď sa o sne diskutuje skôr na racionálnej úrovni. V roli sa snívajúci zrazu vo fenomenologickom priestore ocitne vo svojej vlastnej skupinovej schéme, kde je konfrontovaný s realitou

vzťahov so signifikantnými osobami. Nižšie uvádzame ešte jeden príklad z praxe prvého autora (P. K.), ktorý ilustruje metódu hrania rolí a obráteného hrania rolí pri práci so snom v psychoterapeutickom procese.

Príklad č. 3: Hranie rolí pri práci so snom Natália.

Sen prináša Natália asi v polovici spoločnej terapeutickej práce (po roku). Pacientka je 21 ročná slobodná a bezdetná administratívna pracovníčka a do terapie prinášala množstvo snov s ktorými sme pracovali. Prinášame úryvok práce s jedným z nich, ktorý ako sa neskôr ukázalo, bol kľúčový pre jej ďalšie smerovanie.

NATÁLIA: *Niekde vonku (neviem kde) bol veľký potkan. Bol zranený, takže sa trápil. Bolo mu vidno zuby a lebku – (asi na pravej strane) mal také ako diery bez kože. Nechcela som, aby trpel. Nevie, či ja alebo niekto iný, ho chytil za chvost a trieskal s ním o zem, o betón – zo strany na stranu. On sa však vôbec nezmenil a v tom to skončilo.*

PK: *Môžete sa postaviť sem na miesto a hrať seba? Vy budete predstavovať seba a ja sa postavím oproti Vám a budem predstavovať potkana zo sna. Skúste mňa – potkana – najskôr opísať v priamej reči tak, ako si ho pamätáte zo sna. Ako vyzerá, možno ako na Vás pôsobí, aký máte z neho pocit.*

NATÁLIA: *Hm, no si taký znetvorený, vidno ti zuby a lebku, asi si zranený. Pôsobíš na mňa nepríjemne, odpudzujúco... mám z teba taký nepríjemný pocit, neviem to vysvetliť... (začína plakať) ale ja mám zvieratá rada, nikdy by som im neublížila (sama chová dva potkany).*

POTKAN (NATÁLIA): (obrátenie rolí – Natália vstupuje do role potkana a hovorí za neho) *Ja ti ale nechcem ublížiť, nemusíš sa ma báť.*

PK: (po chvíli ticha) *V poriadku Natália, môžete sa vrátiť do svojej role. Koho Vám ten potkan pripomína?*

NATÁLIA: *Hm, neviem. To je ťažké. Aj ja mám potkany, ale tento bol iný, bol veľký skoro ako človek.*

PK: *Kto by to mohol byť, ak by to mal byť človek? Koho Vám pripomína?*

NATÁLIA: *...asi Maroša (Maroš je priateľ Natálie, sú spolu asi štyri roky, ale ešte spolu nebývajú). Hej, potkany sú rozumné a musia vedieť prežiť aj v ťažkých podmienkach a vyťažiť z toho maximum.*

PK: *Môžete si predstaviť, že tu na mojom mieste namiesto potkana stojí Maroš. Čo by ste mu chcela povedať?*

NATÁLIA: (začína plakať) *Ja ti nechcem ublížiť... Viem, že sa v poslednej dobe k tebe správam zle. Prepáč mi to... (stále plače).*

PK: (po chvíli ticha) *Môžeme sa vymeniť a skúste odpovedať za Maroša...*

MAROŠ (Natália): *Nechápem, čo sa to deje... (plače).*

Vyššie uvedený úryvok práce so snom pomocou hrania rolí a obráteného hrania rolí pomohol Natálii vidieť z viacerých optík napätú situáciu vo vzťahu s partnerom, ktorú sa dlhodobo snažila potláčať a neriešiť. Partner bol navyše dlhodobo zdravotne handicapovaný (od 15. rokov mal diagnostikovanú Crohnovu chorobu), čo pripomínalo v sne znetvorenie potkana. Jeho zdravotný stav sa zhoršil po tom, čo sa nepochopenie a chlad z jej strany začalo stupňovať. Vďaka tomuto snu si uvedomila, že nesie na nefunkčnosti vzťahu svoj podiel a nechce partnerovi ďalej ubližovať a trápiť ho. Rozhodla sa problémy riešiť, otvorila s ním túto tému, začala k nemu pristupovať viac empaticky a postupne sa napätie medzi nimi vytrácalo.

2.3. INTERPRETAČNÉ VERSUS EXPERIENCIÁLNE TECHNIKY PRI PRÁCI SO SNAMI – KRÁTKA DISKUSIA

Obidva vyššie uvedené príklady práce so snom pomocou hrania rolí ilustrujú ako rýchlo dokáže snívajúci preniknúť k vlastným intrapsychickým tenziám a konfliktom so silným emocionálnym nábojom. V integrovanej psychoterapii je metóda práce so snami inšpirovaná Perlsovou (2004) Gestalt terapiou, kde je sen psychodramaticky prehrávaný snívajúcim. Ten na seba berie role všetkých účastníkov, vrátane neživých personifikovaných predmetov. Perls bol pôvodne inšpirovaný Morenovou psychodramou a hraním rolí v skupine (Kratochvíl, 2005). Tento postup sa ukázal v praxi ako rýchlejší a účinnejší, než analýza snov len za pomoci voľných asociácií (Knobloch, 1993). Takáto psychodramatická akcia smeruje k vytvoreniu modelu skutočnosti s abreaktívnymi prvkami, čím pomáha pochopiť vlastné reakcie a umožňuje korekciu emócií (Valenta, 2007). Práca so snom pomocou experienciálneho prístupu tak nekladie primárne dôraz na snový obsah a nepýta sa klienta napr. „čo Vám sen hovorí? Čo znamená ten daný obraz, ako si ho vysvetľujete?“. Naopak, práca so snom je v psychoterapii interaktívny dynamický proces (Sparrow, 2013), kde je sebakúsenosť spolukonstruovaná klientom/snívajúcim a jeho zažitou skupinovou schémou. Jedným z najznámejších experienciálnych konceptov práce so snami v psychoterapeutickom procese je Hillovej kognitívno-experienciálny model tvorby a interpretácie snov (Hill & Spangler, 2007). Hillová (2009) uvádza tri základné fázy – explorácia, vzhľad a ko-

nanie. Proces interpretácie tak postupne prechádza od analýzy snových obsahov cez emočne nabitú asociáciu, aktiváciu relevantných schém a spúšťače z bdelého života snívajúceho. Následne prichádza vzhľad, čo je akýmsi pochopením, kognitívnym ukotvením a dochádza k akomodácii schém, čo celkovo ovplyvňuje konanie po procese interpretácie sna. Tento model parciálne pripomína experienciálny prístup integrovanej psychoterapie vo viacerých aspektoch. Hillová (2009) kladie dôraz na kognitívne schémy snívajúceho a ich modifikáciu prostredníctvom interpretácie snových obsahov. V našom prístupe dávam prednosť skupinovej schéme, ktorá okrem kognitívnej oblasti zahŕňa tiež interpersonálnu (sociálnu) a emocionálnu oblasť klienta. Preto je v našom ponímaní kladený dôraz na akúsi expozíciu reálnych významných osôb skupinovej schémy snívajúceho v modelovej psychoterapeutickej situácii. Akčné techniky môžu pomerne efektívne urýchliť prechod k fáze vzhľadu a následne k žiadúcej emočnej korektívnej skúsenosti. Využitie experienciálneho prístupu deklaruje Gendlin (1986), ktorý kladie dôraz na prácu s telom pri analýze snových obsahov. Aj keď je inšpirovaný Jungiánskym prístupom, presvedčil sa, že využitie tela a pohybu pri práci so snami pomáha snívajúcemu nájsť zmysel a spracovať vlastný sen oveľa efektívnejšie, ako klasická interpretačná analytická práca so snom.

Obvykle ukončujeme prácu so snom tým, že dáme pacientovi možnosť, aby si svoj sen predstavil ako „ideálny sen“. Takýto ideálny obraz sa potom môže namodelovať, prehrať a snívajúci má možnosť pre neho prijateľným spôsobom uzavrieť niektoré konfliktné oblasti. S ideálnym snom sa pracuje rovnako ako s pôvodným snom, ale

samozrejme nie je nutné ho vždy inscenovať a prehrávať. Niekedy je však vhodné práve modelovanie a prehrávanie ideálneho sna, čo môže snívajúcemu ešte umocniť „aha zážitok“ a podporiť celkovú emočnú korektívnu skúsenosť.

3. SKUPINOVÁ PRÁCA SO SNAMI V INTEGROVANEJ PSYCHOTERAPII

Samozrejme práca so snami za pomoci akčných techník má svoje špecifiká pri individuálnej, ale aj skupinovej forme psychoterapie. Vieme, že pôvodné Morenove poňatie psychodrámy a jednotlivých akčných techník vychádzalo primárne zo skúsenosti s malou skupinou. Psychodramatická práca so snom tak má okrem terapeutickej hodnoty aj charakter overovania skutočnosti (Knobloch, 1993). Sám snívajúci má možnosť vidieť v rolách iných účastníkov (niekedy cielene ako pozorovateľ), konfrontovať sa s nimi v rámci dialógov pri hraní rolí, identifikovať sa, resp. komplementovať ich postoje, názory a interpersonálne nastavenie. Ak by sme sa inšpirovali účinnými faktormi skupinovej psychoterapeutickej intervencie podľa Yaloma (1999), môžeme na tomto mieste spomenúť napr. zdieľanie a predávanie si informácií medzi jednotlivými účastníkmi (v rámci interakcie pri hraní rolí), korektívna rekapitulácia skupinovej schémy snívajúceho (a častokrát simultánne aj účastníkov skupiny), rozvoj sociálnych zručností (zrkadlenie snívajúcemu ostatnými členmi skupiny), interpersonálne učenie, skupinová súdržnosť (podpora, dodávanie nádeje atď.) a katarzia (zväčša prostredníctvom riadenej abreakcie). Kratochvíl (2005) k účinným faktorom ešte dodáva emočnú podporu, ktorú je v našom poňatí cítiť najmä

pri vstupovaní do hraných rolí z pozície „alter ega“ (ten, kto vstupuje do role druhého a hovorí za neho, položí aktérovi v roli ruku na plece a v priamej reči vyjadruje čo cíti, prežíva). Ďalšie sú napr. získanie náhľadu na vlastné interpersonálne vzorce správania a komunikačné (zlo)zvyky, korektívna emočná skúsenosť (vrátane kognitívneho a konatívneho aspektu), skúšanie a nácvik nových typov interpersonálneho správania. Výskumy Hillovej a Spanglerovej (2007) o skupinovej interpretácii snových obsahov v rámci psychoterapie zdôrazňujú najmä význam náhľadu na vlastné správanie snívajúceho, skupinovú dynamiku a podpornú bezpečnú atmosféru, ktorá umocňuje celkový terapeutický efekt. Treba mať na zreteli, že nie pri každom pacientovi je žiaduce a vhodné pracovať so snami v terapeutickej skupine. Súhlasíme s Plhákovou (2013), ktorá hovorí o tom, že snové obsahy sú veľmi osobné, čo pri psychoterapii uľahčuje prechod k intímnym témam a problémom. To môže byť samozrejme devízou, avšak vzhľadom na to, že v snoch sa často objavujú snívajúcim doposiaľ nevedomované motívy s príznačným emočným nábojom, je dôležitá otázka načasovania a výberu sna u jednotlivých členov skupiny. Pri skupinovej práci je tiež dôležité udržať fokus na základný terapeutický proces hlavného protagonistu, pričom sa snažiť vyvarovať zdĺhavým diskusiám a polemikám, ktorými si často snažia niektorí členovia skupiny uspokojiť zvedavosť a udržať bezpečný odstup od jadra problému.

4. INDIVIDUÁLNA PRÁCA SO SNAMI V INTEGROVANEJ PSYCHOTERAPII

Práca so skupinou má množstvo výhod, ktoré sú v individuálnej forme psychoterapie nenahraditeľné, resp. len čiastočne

kompenzované. V individuálnej práci tak využívame omnoho viac techniku autodrámy, ktorú často využíval v Gestalt terapii Perls (Knobloch, 1999). Integrovaný terapeut má tak možnosť využiť techniku „prázdnej stoličky“, ktorá je prakticky pomerne jednoduchá, pacienti s ňou väčšinou nemajú problém a rýchlo si ju osvoja. Treba s ňou však narábať sofistikovane a citlivo, pretože niekedy môže dochádzať ku konfúzii rolí, čo vedie k neprehľadnosti celej situácie a odvádza snívajúceho od emócií „tu a teraz“. Terapeut v tomto prípade vystupuje oveľa direktívnejšie a aktívnejšie, ako tomu býva väčšinou v skupine, keďže je „moderátorom“ celého prehrávania a nemá okrem snívajúceho k dispozícii ďalších členov, ktorí by mohli hlavnému protagonistovi poskytnúť iné uhly pohľadu. Niekedy je tiež možné použiť zástupné predmety (napr. rôzne kamene, vankúše, terapeutické bábky a podobne), ktoré by však mali byť skôr neutrálnej povahy, aby zbytočne nerušili a neodvádzali pozornosť v procese prehrávania. Pre lepšie navodenie atmosféry sna môže byť použité v podstate čokoľvek, čo je v tej chvíli dostupné v terapeutickej miestnosti. Snívajúci má možnosť zinscenovať si scénu svojho sna tak, ako si ho zapamätal. Spoločne s terapeutom sa tak snaží upraviť prostredie a vybrať dôležité zástupné predmety a osoby, ktoré v sne účinkujú. Stáva sa tak sám na chvíľu „režisérom svojho sna“ a následne sa sen prehrá tak, ako ho snívajúci vyrozprával. Takáto inscenácia môže pomôcť lepšie sa sústrediť na to, čo v sne (resp. v súvislosti so snom) prežíva – tu a teraz. Obdobným spôsobom sa pracuje aj v skupine, kde má však snívajúci k dispozícii možnosť výberu zástupnej osoby zo širokej palety účastníkov.

Za zmienku ešte stojí párová forma psychoterapie, kedy sa pracuje s manželskými a partnerskými párami. Takýto typ terapeutické práce s primárnym využitím snov oboch účastníkov deklaruje Nellová (2009), ktorá má práve s prácou s párom za pomoci snov bohaté skúsenosti. Súhlasíme s ňou, že sen hneď od začiatku spontánne osvetľuje hlavné vzťahové problémy, čím podporuje účinný a úspešný priebeh psychoterapeutického procesu. V integrovanej psychoterapii vzniká pri individuálnej forme ešte ďalšia možnosť, kedy na stretnutie prizveme významné osoby pacienta (najčastejšie sú to partneri, rodičia, súrodenci, priatelia, spolupracovníci a podobne). Ten má možnosť konfrontovať sa priamo s reálnymi postavami zo svojej skupinovej schémy, smerujúc k náprave maladaptívnych vzorcov intrapersonálneho správania, ktoré často medzi jednotlivými vzťahovými osobami vznikajú (Knobloch, 1979; Knobloch, 2003).

5. POTENCIÁL A LIMITY METÓDY INTEGROVANEJ PSYCHOTERAPIE PRI PRÁCI SO SNAMI

V poslednej časti tohto príspevku by sme chceli stručne zrekapitulovať niektoré výhody a potenciality techník, ktoré boli na rôznych miestach spomenuté. Rovnako sa pokúsime naznačiť určité limity a riziká vyplývajúce z práce so snami metódami integrovanej psychoterapie. Prvou z výhod využitia akčných techník pri práci so snami je už spomínaná rýchlosť a efektívnosť. Snívajúci, ktorý sa na fenomenologickej úrovni „tu a teraz“ opäť stáva aktérom svojho vlastného sna, má možnosť projekovať do jednotlivých predmetov, osôb, zvierat,

vecí a hovoriť za ne. Je v bezprostrednom kontakte so svojimi emóciami, intenzívne prežíva zážitok na sebe v súvislosti s analýzou svojho vlastného sna. Takáto forma „projektívnej terapie“ je užitočná práve tým, že umožňuje viesť pacienta do projekcie i z projekcie. Pri práci s rolami obsahuje podľa Valentu (2007) takýto proces predovšetkým posun z každodennej „všednej role“ do imaginárnej role. Tie slúžia práve na to, aby ukázali snívajúcemu ako (ne) efektívne fungujú jeho role v reálnom živote (zvlášť vo vzťahu k významným osobám). Môžeme tak odкрыť sebahodnotujúce správanie pacienta a viesť ho k jeho náprave a eliminácii. Samozrejme predkladom na efektívnu prácu s akčnými technikami je na jednej strane mentálna kapacita pacienta na porozumenie základného princípu hrania rolí (ako aj pochopenie účelu pre využitie takýchto techník). Na druhej strane je dôležitá motivácia pacienta k liečbe, prípadne odpor a ďalšie obranné mechanizmy, ktoré sa zvlášť v úvodných fázach terapie môžu objaviť. Kontraproduktívne je, ak pacient nie je ochotný prijať fixnú realitu dramatických techník. Pokiaľ mu je navyše čokoľvek vnucované, či dokonca direktívne nariadené, môže sa podľa Valentu (2007) dostať až do charakterovej opozície vo vzťahu k svojej vlastnej osobe (princíp kognitívnej disonancie). Samozrejme práca s akčnými technikami v psychoterapii má aj svoje riziká a limity. Napr. Mohrova (1995) revízia 46 štúdií negatívneho účinku Gestalt terapie u dospelých nepsychotických pacientov v psychoterapii uvádza, že expresívne zážitkové terapie (experenciálne prístupy) môžu prispieť k zvýšeniu úrovne deteriorácie v porovnaní s ostatnými terapeutickými prístupmi. Nebezpečenstvom môže byť

najmä nezvládnutá práca s abreakciou, ktorá je už storočie diskutovaná z pohľadu rôznych prístupov v psychoterapeutickej obci. V integrovanej psychoterapii pracujeme s riadenou abreakciou, ktorá môže byť dôležitou zložkou terapeutického procesu, avšak jej dôležitosť sa viaže vždy na korektívnu skúsenosť pacienta (Knobloch, 1999). Ako rizikové tiež vnímame neukončenie práce s konkrétnym snom a preto používame vyššie spomenutú prácu s ideálnym snom pacienta. Sám snívajúci tak má možnosť svoj sen revidovať a modifikovať, čo má samo o sebe často veľmi ozdravný účinok. V praxi sa ukazujú dobré skúsenosti s takto ukončeným procesom analýzy snov po dramatizácii s využitím akčných techník, čo býva pre snívajúceho emočne náročné. Ideálna predstava tak posúva emocionálny náboj snívajúceho smerom k pozitívnejšej podobe, ktorá je pre jeho ďalšie smerovanie prospešná.

ZÁVER

V príspevku sme sa snažili priblížiť možnosti práce so snovými obsahmi v psychoterapeutickom procese z pohľadu integrovanej psychoterapie. Skúsenosti s aplikáciou metód integrovanej psychoterapie počas viac ako 60 rokov jej existencie ukazujú, že akčné techniky prinášajú žiaducu terapeutickú zmenu oveľa skôr, ako je to pri „pasívnych“ diskusných formách terapeutického intervenčie, ktoré sú založené najmä na dialógu/diskusii pacienta a terapeuta. Hranie rolí nám tak dáva nový rozmer, kedy pacient na seba prevezme role všetkých živých aj neživých objektov v sne. Prehrávanie sna „tu a teraz“ dáva možnosť navodenia príslušného emocionálneho náboja, ktorý je v snoch často veľmi dôležitý. Psychodramatické experenciálne techniky môžu odkryť jednotlivé

vzorcu sebadrývajúceho správania, ktoré sa vďaka náhľadu pacienta (za pomoci terapeuta a ostatných aktérov) môže cez emočnú korektívnu skúsenosť eliminovať a meniť smerom k žiaducej adaptívnej forme. Katartický efekt môže priniesť riadená abreakcia, ku ktorej často dochádza práve pri konfrontácii so signifikantnými osobami skupinovej schémy snívajúceho. Aj keď si uvedomujeme, že táto metóda nie je vhodná pri všetkých typoch pacientov, jej efektivita sa ukazuje nielen v bohatej praxi autorov (viď napr. Knobloch & Knoblochová, 1979, 1993, 1999), ale tiež v praxi nasledovníkov integrovanej psychoterapie a vo výcvikových skupinách (viď www.incip.cz).

LITERATÚRA

- Aeppli, E. (1996). *Psychologie snů*. Praha: Sagittarius.
- Dieckmann, H. (2010). *Sny jako řeč duše: hlubinně-psychologický výklad snů*. Praha: Portál.
- Enachescu-Hroncová, I. & Knobloch, F. (2010). Integrovaná psychoterapie (Knobloch). Back to the future. *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika*, 1 (2010), 51–54.
- Freud, S. (2005). *Výklad snů*. Pelhřimov: Nová tiskárna Pelhřimov.
- Fromm, E. (1970). *Sny a mýty*. Bratislava: Obzor.
- Gendlin, E. T. (1986). *Let your body interpret your dreams*. Wilmette: Chiron Publications.
- Hartmann, E. (2013). *Sny, podstata a funkcie snívania*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Hill, C. E. (2009). *Práca so snami v psychoterapii*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Hill, C. E. & Spangler, P. (2007). Dreams and Psychotherapy. *The New Science of Dreaming*, 1(2007), 159–186.
- Knobloch, F. & Knobloch, J. (1979). *Integrated psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Knobloch, F. & Knoblochová, J. (1993). *Integrovaná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.
- Knobloch, F. & Knoblochová, J. (1999). *Integrovaná psychoterapie v akci*. Praha: Grada Publishing.
- Knobloch, F. (2003). A Heuristic Path to Psychotherapy Integration: One Early European Development. *Journal of Psychotherapy Integration*, 13(2), 107–129.
- Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
- Kusý, P. (2015). Interpersonálne tendencie ako odraz individuálnej psychodynamiky v skupine. *E-mental: elektronický časopis o mentálnom zdraví*, 3 (2), 6–12.
- Mohr, D. V. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 127.
- Nellová, R. (2009). *Používání snů v párovém poradenství a terapii*. Brno: Emitos.
- Perls, F., Hefferline, R. F. & Goodman, P. (2004). *Gestalt terapie. Vzrušení lidské osobnosti a její růst*. Praha: Triton.
- Plháková, A. (2013). *Spánek a snění: vědecké poznatky a jejich psychotherapeutické využití*. Praha: Portál.
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (1999). *Psychotherapeutické systémy*. Praha: Grada Publishing.
- Sparrow, G. (2013). A new method of dream analysis congruent with contemporary counseling approaches. *International Journal of Dream Research*, 6 (1), 45–53.
- Valenta, M. (2007). *Dramaterapie*. Praha: Portál.
- Yalom, I. D. (1999). *Skupinová psychoterapie: Teorie a praxe*. Hradec Králové: Konfrontace.

Internetové odkazy:

www.incip.cz

Došlo do redakcie a prijato k recenznému řizení 9. 3. 2017. Revidované znění došlo 10. 10. 2017, v druhé revizi 4. 11. 2017, k publikaci přijato 5. 11. 2017.

SKEPTIKŮV PRŮVODCE PO GALAXII SYSTEMICKÉHO VÝZKUMU

Zpráva o International Systemic Research Conference 2017, Heidelberg, 8.–11. 3. 2017¹

David Skorunka

ÚVOD

Heidelberg se stal letos na jaře místem výjimečného setkání terapeutů a výzkumníků, které obvykle na jedné akci společně nepotkáte. Na půdě budovy nové university se sešli Eia Asen, Alan Carr, Peter Fonagy, Mona Fishbane, Diane Gehart, Leslie Greenberg, Tom Levold, Justine Van Lawick, Susan McDaniel, Sheila McNamee, Peter Rober, Jaakko Seikkula, Renos Papadopoulos, William Pinsof, Sandra Stith, Jochen Schweitzer, Arist von Schlippe, Peter Stratton a Bruce Wampold. Pro některé čtenáře časopisu *Psychoterapie* jde o známá jména, pro ty ostatní uvedme, že jde o významné představitele systemické terapie a výzkumu, současné psychoanalýzy, psychotherapeutického výzkumu, rodinné a párové terapie, na emoce zaměřené terapie, psychosomatické medicíny, teorie sociálního konstrukcionismu a přístupu všímavosti (*mindfulness*).

Na *International Systemic Research Conference* kromě jmenovaných přijeli a vystoupili desítky dalších, více či méně známých kolegů, zkušených terapeutů, teo-

retiků, výzkumníků, kteří referovali o své klinické práci, výzkumných projektech a sdíleli své názory na různé formy aplikace systemického myšlení. Konferenci organizovali kolegové z místních *UniversitätsKlinikum Heidelberg, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Psychologie a Helm Stierlin Institut*. Konference ISR navazuje na tradici kdysi proslulých heidelberských seminářů, na kterých se již od přelomu 80. a 90. let minulého století setkávali představitelé tehdejší rodinné terapie a systemické praxe s vlivnými teoretiky, filozofy a reprezentanty různých oborů. Klíčovými postavami v tehdejší organizaci byli Jochen Schweitzer a Arist von Schlippe, autoři i u nás oblíbené publikace *Systemická terapie a poradenství*, vydané před deseti lety v brněnském nakladatelství Cesta. Podporu akce zajistily akademické instituce a odborné

¹ Tato zpráva o konferenci ISR 2017 zahrnuje některá fakta, která jsou součástí podobně zaměřeného textu nabídnutého časopisu *Psychosom*. Protože čtenářská obec časopisů *Psychosom* a *Psychoterapie* se jen částečně překrývá, zpráva o ISR 2017 byla nabídnuta oběma časopisům a pro každý z nich vyzdvihuje různé konferenční příspěvky a události. Texty nejsou totožné, i když obsahují některé shodné údaje o akci.



Jochen Schweitzer

organizace včetně Evropské asociace rodinné terapie (EFTA) či Americké akademie rodinné terapie (AFTA).

V této zprávě přinášíme čtenářům *Psychoterapie* výběr z bohatého konferenčního programu a několik osobních postřehů.

VÝBĚR ZE SYSTEMICKÝCH PŘÍSPĚVKŮ – I. ČÁST

Sheilu McNamee asi není nutné čtenářům *Psychoterapie* představovat. Významná reprezentantka teorie sociálního konstrukcionismu (kromě Kennetha Gergena, nedávno zesnulého Johna Shottera a dalších postav) vystoupila na konferenci jako jedna z hlavních přednášejících. V publikaci



Sheila McNamee

„*Therapy as social construction*“, kterou vydala Sheila společně s Kennethem před více jak dvaceti lety, našlo prostor k úvahám několik podobně smýšlejících kolegů (např. Tom Andersen, Harlene Anderson, Lynn Hoffman). Útlá brožura kdysi patřila mezi zásadní texty formující můj pohled na psychoterapii a rodinnou terapii v počátcích mé profesní dráhy. Sheila ve své přednášce zvládla více úkolů najednou. Zaprvé polemizovala (na dálku) s některými členy nové administrativy prezidenta Spojených států amerických, za druhé dis-

kutovala (na blízko i na dálku) s těmi, kdo sociálním konstrukcionistům vyčítají bezbřehý relativismus. A jen tak mimochodem připomněla základní východiska sociálně konstrukcionistického myšlení. Sheile nešlo upřít rétorické dovednosti, schopnost důkladného promýšlení a skvělou argumentaci. Jejím projevu ale jako by scházela trocha vášně. Navíc si šlo těžko představit, že by podoba jejího vystoupení v Heidelbergu byla stravitelná pro ty americké voliče, kteří na podzim minulého roku rozhodli o převzetí prezidentského úřadu Donaldem Trumpem. Je rozhodně na místě upozorňovat na nekalé formy ovlivňování veřejného mínění, záměrnou manipulaci s fakty, na více či méně skryté mocenské praktiky. Otázka je, zdali můžeme dosáhnout změny k lepšímu, když se úzkostlivě vyhýbáme nazývání věcí pravými jmény a obavy budící dění popisujeme složitými obraty, navíc přetížené abstraktními pojmy. Chtěl jsem si se Sheilou promluvit chvilku o samotě. Tížila mě otázka, jestli jí někdy nepřepadne pocit marnosti. Napsala toho tolik, má za sebou úctyhodnou akademickou kariéru, patří k váženým myslitelkám, jež inspirují kolegy z různých oborů a zemí. Ale při pohledu na dění ve Spojených státech a v jiných částech světa se nešlo ubránit otázce, zdali to mělo smysl. Některé společenské systémy se zdají polarizované či roztržité více, než kdy před tím a občas to vypadá, že stále důkladnější a rozsáhlejší poznání o věcech lidských nedokáže zabránit opakování historických tragédií. Naštěstí na setkání nedošlo, protože Sheila byla neustále v obležení buď podobně zvědavých (anebo po její přízni bažících) jedinců.

Jednou z nejzajímavějších postav konference, kterou nešlo v Heidelbergu pře-



Arist von Schlippe uvádí panelovou diskusi

hlédnout, byla Susan McDaniel, profesorka na *University of Rochester*. Spoluautorka publikace *Medical Family Therapy and Integrated Care* (McDaniel, S., Doherty, W., Hepworth, J. 2nd Edition, 2013, Washington: APA), neúnavná propagátorka bio-psycho-sociálního modelu v medicíně a začlenění spolupráce s rodinou nemocného do systému poskytované péče v americkém zdravotnictví. Autorka mnoha publikací, vedoucí několika vzdělávacích programů na lékařské fakultě *University of Rochester*. Ve třech příspěvcích na konferenci se Susan věnovala a) systemickým principům v řešení globálních problémů týkajících se zdraví; b) systemickému přístupu v primární péči (panelová diskuse spolu se zástupci praktických lékařů, systemických terapeutů, a plátců zdravotní péče; c) významu komunikace ve zdravotnictví, zejména ve vztahu lékař – pacient. Příspěvky věnované těmto tématům byly spíše určené těm, kdo pracují ve zdravotnictví a zajímají se o aplikaci systemického myšlení v medicíně. Proto o vystoupení Susan McDaniel referujeme podrobněji ve zprávě pro časopis *Psychosom*).

Stejně ale musíme zmínit, že prof. McDaniel během svých vystoupení dovedně

svět medicíny a psychologie/psychoterapie propojovala. A v místy rozbouřené debatě občas zazněly zajímavé výroky: „*We do a lot of volunteer work, but it is just a drop, because the system is so broken, especially in our country.*“ (Susan McDaniel v reakci na dva komentáře z publika týkající se politického kontextu, prevence a údajné absence „důkazů“ pro užitečnost systemického uvažování); „*Sometimes the data is not the issue.*“ (více kolegů shodně v reakci na někdy absurdní požadavek vše zkoumat a dokazovat); „*We talk about health care system, but the system is not about health, it is rather a disease-management system, so what if we, without understanding what is health, start at the wrong end?*“ (německý terapeut v reakci na perspektivu zástupců managementu a plátců zdravotní péče); „*We need resistance at different places to make a change.*“ (opět Susan McDaniel, vyzývající k tvrdohlavosti a odporu, chceme-li dosáhnout významné změny). Byť jde o výroky lehce vytržené z kontextu, podněcují k systemickému zamyšlení nejen nad medicínou.

Další z hlavních přednášejících, Bruce Wampold, autor zásadní knihy *The Great Psychotherapy Debate*, jedné z nejcitovanějších publikací v psychoterapeutickém výzkumu, během své *keynote speech* působil mile a uvolněně. Jakoby ani nestál před plnou aulou, ale vzpomínal se svými přáteli na výzkumné mládí. Víceméně shrnul základní východiska a podpůrné argumenty pro svůj kontextuální model, v němž zdůrazňuje význam nespecifických faktorů v psychoterapii (vč. důrazu na faktor osoby psychoterapeuta) a který formuloval na základě svých výzkumů i agregace dat z mnoha analýz a metaanalýz. Ne všichni



Bruce Wampold a kontextuální model

v sále s jeho závěry bezvýhradně souhlasili, ale do přímé konfrontace se nikdo nepustil. Buď jak buď, Wampoldův kontextuální model je v psychoterapii potřebný a podle skromného názoru autora této zprávy má velký význam nejen pro zkoumání procesu psychoterapie, ale také pro vztah medicíny a psychoterapie a pro porozumění tzv. placebovému fenoménu v průběhu jakékoli formy léčby (viz. recenze druhého vydání *The Great Psychotherapy Debate* v časopise *Psychoterapie* 9(3), 2015)

VÝBĚR ZE SYSTEMICKÝCH PŘÍSPĚVKŮ – II. ČÁST

Stejně jako čtenáře již zmiňovaného *Psychosomu*, i odběratele časopisu *Psychoterapie* mohlo zaujmout systemické propojení poznatků z neurověd (zejm. interpersonální neurobiologie) s párovou terapií a také rodinnou terapií zaměřenou na práci s dětmi a dospívajícími (tzv. *attachment based* přístupy). Americká terapeutka Mona Fishbane, autorka nedávno vydané publikace *Loving with the Brain in Mind: Neurobiology and Couple Therapy* (2013, New York: Norton Series on Interpersonal Neurobiology) uvedla několik poznatků z neurověd, které dokládají provázanost

neurofyziologických procesů s kvalitou partnerských (obecně blízkých) vztahů. Zároveň popsala, jakým způsobem tyto poznatky využívá ve své terapeutické práci s páry. Věrohodnost prezentace se opírala částečně o fakt uvedený samotnou přednášející, že její vlastní manželství trvá více jak čtyřicet let a přes všechny peripetie je oběma partnery považováno za spokojené. Bylo by nemístné o tom pochybovat jen proto, že účastníci konference neměli možnost slyšet vyjádření druhé strany. Následně ale ke spokojenosti všech nepřispěla. Mona zmínila, že se často setkává s páry, v nichž muž nebývá své partnerce citově k dispozici a ještě ji využívá pro podporu vyjadřování a regulaci vlastních, ne vždy zcela uvědomovaných a diferencovaných, prožitků (k čemuž pochopitelně může docházet různými cestami). A to že bývá pro ženy obtěžující (zvláště některé formy). Jeden hloubavý kolega reagoval s dotazem, zdali si Mona ve své praxi v posledních letech všimla fenoménu, kdy se v ordinacích stále častěji objevují muži, kteří mají potřebu sdílení a uspokojivé citové vazby se svými partnerkami, přičemž ty o to příliš nestojí. Zdálo se, jako by Monu tato otázka zaskočila, stejně tak pobídka k úvaze, zdali nečelíme zásadnějším proměnám v mužsko-ženských vztazích, také díky různým sociálním dějům a výtěžkům pozdně moderní civilizace.

Prezentaci Mony Fishbane zajímavě doplňovalo vystoupení Beate Ditzen, profesorky na heidelberském *Institut für Medizinische Psychologie*. V ní se účastníci konference dozvěděli o výzkumech vlivu pozitivních a konfliktních partnerských interakcí na nejrůznější biologické děje v mozku a dalších částech těla včetně změn

v hladinách různých hormonů a organických substancí. Prezentované výzkumy, zvláště design některých z nich, budily u některých účastníků úžas. A k tomu údaje o aktivaci neuronálních sítí, měnících se hladinách dopaminu, oxytocinu, serotoninu, kortizolu a testosteronu, v kontextu emocemi „nabitých“ interakcí, potvrzující dynamické propojení všech možných systémů organismu a vztahových „sítí“. Zase bychom mohli říci, že složitě organizované a nákladné studie přinášejí zjištění dávno známá a pravidelně pozorovaná v klinické praxi. Na druhou stranu mapování výše zmíněných souvislostí je užitečné proto, že význam těla (biologické děje) bývá stále některými kolegy v oblasti psychologie/psychoterapie opomíjen, stejně jako význam tzv. psychických a vztahových procesů je stále příliš často ignorován reprezentanty medicíny (v akademické i klinické oblasti). Autor těchto řádků se přistihl, že během diskusí s lékaři či studenty medicíny má obvykle potřebu akcentovat význam psychologických a sociálních faktorů, zatímco v diskusích s psychology a sociálními pracovníky připomíná ty tělesné aspekty. Kromě jisté profesionální neukotvenosti k tomu přispívá potřeba propojování a průběžné sledování toho, co se děje v různých oblastech poznání a na jejich rozhraní.

William Pinsof, rodinným terapeutům snad známá postava výzkumu v rodinné terapii a autor jednoho z integrativních modelů v této oblasti, vnesl během své *keynote speech* na konferenci více systematickosti. V suverénní přednášce představil svůj *Integrative Problem Centered Approach*. Hned v úvodu avizoval, že modelu navazujícím na jiné pokusy o integraci v rodinné terapii (práce Jaye Lebowy

a Douglase Breunlina) bude věnována publikace *Integrative Systemic Therapy* chystaná letos k vydání Americkou psychologickou asociací (APA). Pinsofův model se zdál takřka všezahrnující. Opírá se o systemické principy („*Whom do we treat? All the people, who are or may be involved, directly or indirectly, in the maintenance and/or resolution of the problem*“), integruje tzv. intrapersonální a tzv. interpersonální faktory, přičemž jednoznačně prosazuje systemickou formu intervence („*It is always better to do an intervention, if possible, in the largest appropriate interpersonal context*.“). Zároveň se vyznačuje určitou mírou pragmatismu („*IST therapists deal with sequences, we are transforming problem sequences to solution sequences*.“) a klade důraz na kognitivní dimenzi („*It is not about who is in the room but who is in your head*“). A vůbec se nevyhýbá pojetí, které by někteří kolegové inspirovaní postmodernou nejráději ponechali na smetišti dějin. V minulosti diskutované zaměření na problém (*problem-centered*) uvedené v názvu modelu prof. Pinsof vysvětlil jednoduše a logicky tím, že je nutné dát lidem dostatečný prostor k tomu, aby popsali to, co je trápí (*the clients' voice about what troubles them*). Zároveň argumentoval pro strukturovanou formu terapie, zahrnující plánování, monitorování průběhu terapie, hodnocení průběžného i konečného výsledku včetně tzv. *feedbacku*. William také potěšil všechny, kdo poukazují na výhody interdisciplinární spolupráce („*People, who work with patients/families should be allied, connected*.“) Pro mnoho čtenářů *Psychoterapie* nejde samozřejmě o žádná překvapivá tvrzení. Uvidíme, jak se aktualizovaná verze integrativního kon-

cept Pinsova, Lebowa a Breunlina uchyť. Snaha uspořádat a ohraničit „kosmickou“ šíři rodinné terapie a systemické praxe je pochopitelná, i když se z projevu Williama Pinsofa mohla některým účastníkům konference jevit příliš akademická.



Diane Gehart v akci

Se zvědavostí sobě vlastní očekával pisatel této zprávy vystoupení Diane Gehart, autorky jedné z nejzajímavějších přehledových učebnic o rodinné terapii, spoluautorky publikace zaměřené na tzv. *collaborative approaches* nejen v terapii a také jednu ze současných propagátorek přístupu všímavosti (*mindfulness*). Její příspěvek měl být věnován využívání přístupu všímavosti v terapeutické práci s dětmi a rodinami. Vystoupení Diane bylo energické, vtipné (základní problémem příslušníka euroatlantické civilizace při nácviu všímavosti je nevyvratné přesvědčení, že pokud přestaneš myslet, budeme mrtví) a pro posluchače seznamujícího se s přístupem všímavosti také dostatečně srozumitelné. Ale projev se vyznačoval takovou mírou rutiny, jako by Diane bylo vlastně jedno, o čem přednáší. Kromě seznámení se základními principy *mindfulness* a uvedení některých výzkumů o pozitivním vlivu tohoto pří-

stupu na zdraví a „léčbu“ různých potíží se bohužel posluchači nedozvěděli, jak integrovat principy všímavosti do práce s celou rodinou.

V programu bylo také nemálo prostoru věnováno dialogickým přístupům, ať z výzkumné nebo klinické perspektivy. Kromě těch, kdo svým originálním pojetím přispěli k popularitě pojmu dialog nejen v systemické komunitě (např. J. Seikkula, P. Rober), se svými výzkumnými projekty, teoretickou rozpravou a klinickou zkušeností inspirovanou dialogismem vystoupili na konferenci další kolegové z různých zemí. Jednoznačně nejpůsobivější z nich bylo vystoupení týmu německých kolegů z kliniky *SysTelios* z městečka Wald-Michelbach blízko Heidelbergu. Během společného vystoupení tří terapeutů ani jedinkrát nezazněly pojmy jako dialog, dialogismus, dialogický přístup apod. Místo toho všichni tři v reálném čase názorně ukázali, jak skutečný dialog vypadá. Ještě před začátkem tematického symposia přispěli k vytvoření přátelské a uvolněné atmosféry pro všechny prezentující. Ve svém vystoupení autenticky ukázali, že skutečná dialogická spolupráce je možná jedině za předpokladu, že v týmu panují principy *fairplay* a otevřená komunikace, kdy nikdo v týmu nemá potřebu za každou cenu dominovat nebo poučovat, a že opravdové partnerství má větší cenu než světový věhlas. Také zde zaznělo, že k úspěšnému vedení pracoviště a týmové spolupráci je nutné uplatňovat vzývané terapeutické principy taktéž v organizaci instituce („*congruence of working principle in the therapeutic work and in the organization of the institution*“).

ZÁVĚR

Velmi bohatý program konference v Heidelbergu potvrdil, že náruč systemické perspektivy může být, obrazně řečeno, otevřená rozmanitým tématům, výzkumným projektům, různým druhům potíží i formám klinické praxe. Teorie citové vazby, zkoumání systemické změny, dialogické přístupy, interpersonální neurobiologie, psychosomatická medicína, terapeutické kompetence, teorie sociálních systémů, párová terapie, systemický přístup v psychiatrii (léčba úzkostných poruch, deprese, psychotických poruch, OCD) a mnoho dalších témat bylo letos na půdě heidelberské university diskutováno kolegy z více jak čtyřiceti zemí světa. Je otázkou, zdali systemická perspektiva všechna tato témata smysluplně propojuje a/nebo „jenom“ nabízí určitá základní východiska, jak se s nimi v různém kontextu potýkat ku prospěchu pacientů, klientů, terapeutů, komunit apod. Nadšení některých účastníků vzbuzovalo naději a vysoká očekávání, některé diskuse zase pomohly vrátit se nohama na zem. Možná už to někteří čtenáři *Psychoterapie* také znají. V relativně uzavřené komuni-

tě, v chráněném intelektuálním prostoru, jakoby se zastavil čas a lidé na chvíli zapomněli na svět venku, jsa v soustředěném rozpoložení obklopeni podobně smýšlejícími jedinci. Ale pak ten návrat domů. Jak zmínil jeden z pamětníků, po návratu z Heidelbergu byla realita vždy „hnusná“. Rychlá a bezproblémová adaptace je možná jedině s pomocí sbírky konferenčních „suvenýrů“, kterou tvoří například: inspirativní podněty pro výuku, terapeutickou práci a výzkum, povzbuzující komentáře, sdílená zkušenost a v neposlední řadě navázané kontakty s příslibem pokračujícího sdílení a spolupráce. I když se organizace konference překvapivě neobešla bez chyb, bude-li se příště konat opět v Heidelbergu, neměli by tam chybět ani čtenáři *Psychoterapie*. Oblast systemické perspektivy (nejen výzkumu) je natolik široká, že každý si v ní něco podnětného najde. Česká reprezentace se mezi zahraničními kolegy také neztratí. A o půvabech města je zbytečné psát...

Účast na konferenci byla umožněna díky spolu-řešitelství projektu AZV 190 50.

O NESAMOZŘEJMOSTI VNITŘNÍ ZMĚNY

(začátek rozhovoru na téma 2. Pražské konference Otto Fenichela o vnitřní změně, 20.–22. 10. 2017)

Jan Šikl

Chtěl bych se zastavit u pojmu změna a u toho, kde se děje. A to ještě dříve, než se rozeběhneme k řeči o psychické změně, která patří tak trochu do „povinné sestavy a prostných“ analytického myšlení. Rád bych zůstal u tohoto nesamozřejmého místa změny v „předsíní a údivu“, který podle Platóna předchází myšlení. O tajemné transmudaci, která se odehrává v „jídelně a ložnici“ budou jistě hovořit jiní.

Se zvláštní samozřejmostí se přemýšlí o tom, kde se ta „vnitřní změna“ děje. Uvnitř člověka! Mluví se také často o „intrapyschické“ změně a to pak přemýšlím, co znamená zdvojený důraz na střed tohoto uvnitř? Uvnitř pak asi není jen obecný směr jako vlevo či vpravo, jakýsi „objektivistický vektor“, je to asi něco víc ve smyslu obsahu: do středu – do nitra – do srdce, do duše.

„Psychické“ mi občas přijde jako jakýsi ateistický a smutný pohrobek po duši. „Psychika“ pak trochu divný balík pojmů a fenoménů psychologické vědy, která ztratila duši – stvořitelkou jiskru propojující s věčným, která ji propojovala s filosofií a náboženstvím a stavěla s ní tak „dům smysluplného světa“. Jakoby duše už nebyla, ale něco po ní zbylo... psychika, psychično – zbytky po duši. T. Halík o Vánocích v kostele s oblibou říká: „Jako starý sud voní po víně, tak svět ještě voní po Bohu. Dokonce i bezvěrcům.“ Psychika je postel ještě teplá po duši.

Přítomně převládající paradigma západu, liberální humanismus, stále vychází z to-

hoto pohledu na člověka, jako na bytost obdařenou vnitřním, posvátným hlasem individua které je nejvyšší autoritou a vyžaduje maximální ochranu. Tedy stará Sokratova, vlastně Platónova, v Čechách také Patočkova tradice péče o duši.

Psychická – vnitřní změna. Velmi nesamozřejmé místo změny v našem extrovertovaném světě a době, kdy vše skutečné je očekáváno zvenku, od sil tohoto světa které se zdají být jen vnějšími a ztrácejí povědomí o své vnitřní verzi.

Naděje i strach se odvíjí z „vně“ – od vnějších sil a fenoménů. Od nemocí, stárnutí, rodičů, státu, jiných států a kultur, konfliktů vnějších sil. Skoro se to podobá pokoušení na poušti, říci všem těmto mocným silám „ne“ a udržet naději na možnou změnu uvnitř sebe. A lze to ještě vůbec, pokud střed člověka již nenesou požehnání posvátného – víru ve věčnou duši?

Západ upřel svoji naději „vně“ již velmi dávno. Ale jistě nejen západem jde silná tradice odkazující k nitru člověka – docenění subjektu a jeho nezczitelné hodnoty. Je zde tradice péče o duši, kterou zdědila a převypravuje i současná psychologie. Sem patří i možnost transformace subjektu, tradice odkazující k vnitřní proměně.

Přesto snad lze říci s trochou nadsázky: tradicí západu je důraz na extroverzi. Dalo by se říci v parafrázi na Steinbeckův slavný román *Na východ od ráje: Ukončili dobu snění i mýtu, spočinutí v nerozlišnosti a nepojmenované jednotě rajské zahrady,*

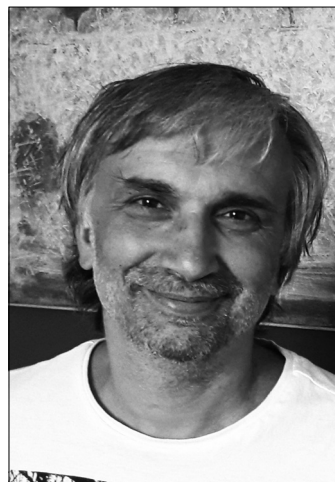
pojedly ze stromu poznání a vyhnáni byli směrem na západ od ráje...

Úspěchy vědy a technologie snížily prokletí sudby rození v bolestech, skřípění zubů i dobývání chleba svého... a úspěch to byl tak veliký, že vedl v novověku až ke stereotypu očekávání naděje z venku. Problém není, že z venku, problémem může být ona výlučnost směru očekávání.

„Odjinud přijde spasitel“, ale přeci platí zároveň že „pokud se ve vašem srdci nenarodí – nenarodil se“. Východ i západ, uvnitř i vně – zůstat na průsečíku těchto směrů.

Obrátit se pro změnu (tedy i pro naději) dovnitř, do něčeho tak křehkého a kdo ví jak skutečného, je dnes tak trochu považováno za bláznovství. Vždyť konsensus o významu vnějších sil je tak jednoznačný a sebevědomý! Kdo je neovlivnil, jako by nic neučinil. Skutek, čin, je vnímán jako skutečný jen pro svůj účinek ve vnější „objektivní“ realitě. Ale čin v subjektu? A přeci – naděje je uvnitř! Zde se člověk může měnit, třeba i „obrátit“. Čin se nekoná jen vnějším skutkem, zde hrozí skutkaření. O jeho záměru, kvalitě a ryzosti se rozhoduje uvnitř. A zároveň „podle činů poznáte je, po ovoci poznáte strom.“ Ve vnější realitě se dosvědčuje záměr, skutek jej dělá skutečností.

Západ i doba jsou extrovertované. Tradici obratu do nitra v našem světě hlásá jen pár osamělých. Psychoterapie a psychoanalýza, jsou v našem kulturním prostoru jedni z nich. Patří do širší rodiny sebezpytného a sebestředného úsilí. Úsilí o vnitřní transformaci, duchovní růst, kterému se v psychomedicínských vědách říká moderněji psychické zdraví. Dům vnitřní změny je prastarý, původně rituální, spirituální, později filosofickou tradicí spravovaný du-



Jan
Šíkl

PhDr., Ph.D. (1963). Psychoanalytik a jungiánský analytik, psychoterapeut a supervizor. Pracuje v soukromé praxi v Praze. E-mail: jansikl@volny.cz

chovní prostor. Ten posledních sto let spulobývá i psychoterapie. Převypravuje v naší době pozapomenutý, ale tak podstatný motiv naděje na změnu uvnitř člověka! Lze dosáhnout změnu ve stavu mysli, ve stavu vědomí. Zde se člověk může změnit, zde se může uskutečnit změna. To je opravdu dobrá zpráva, že něco takového je dosažitelné v lidském nitru, že taková naděje na změnu uvnitř trvá.

A stojí problém opravdu jen tak, jak říkám? Chybí odkazy na změnu uvnitř? Není jich náhodou až příliš? Není také dost odkazů na rychlé propojení vnějšího a vnitřního? Jezte to a uvnitř se stane toto! Dělejte to, aplikujte toto, opakujte ono a budete šťastni, budete zdraví, budete spaseni. Asi jsem se zmýlil, nejde o „vnitřní a vnější“, jde o povrchnost, inflaci v obou směrech! Povězte, jak se dělá vnitřní změna která je skutečná, uvěřitelná a svobodná?

Chtěl bych zavřít tuto úvahu propojením s poslední fenichelovskou konferencí

o strachu z cizího. Zůstala mi z ní inspirace ve smyslu, že „vnější cizí“ je spoluvytvářen projekcí našeho „vnitřního cizince“. Souvisí to i s bližním. Úvahy o tom, kdo jím je, nelze definovat jen zvenku, podle toho, jak se k nám chová. Je jím také ten, koho jím učiníme my, koho jím umíme učinit, ke komu najdeme soucit a blízkost. V inspirovaných chvílích, kdy duše připomíná společnou podstatu všech věcí, saháme daleko za plot našeho ega. Jindy zápasíme i ve svém nejvnitřnějším panství – třeba o lásku a soucit ke svému tělu, omezením a nedokonalostem. A tak nemilovaný a zcizený „vnitřní“ stává se projikovaným cizincem.

Fenomén odcizení je jedním ze základů těchto úvah. Druhým je pak projekce nepoznaného, nepřijatého, odmítaného, stínového do bližního který se vzdaluje, až se stává cizím. Se všemi politicko-kultur-

ními důsledky, které známe. S tím a s ním pak bojujeme vně svůj původně vnitřní boj. Cílem by mohla být stará Jungova maxima „stáhnout ze světa své projekce, osvobodit jej od nich“. Vlastně také od nás samých. Přijmout svého vnitřního cizince – nechtěné, odmítané a nemilované části – by pak mohlo být cílem vnitřní změny. Jak to činit? Technikou léčení svého nitra – psychoterapií. Tedy odkaz do vnitřního prostoru člověka. Péče o tento vnitřní prostor, niterný domov, by pak mohla být způsobem, jak proměňovat svět. I ten vnější.

Věřím, že psychoanalýza umí převyprávět současnosti starý mýtus o možnosti vnitřní proměny. Je jednou z mála tradic západu, která věrohodně učí, jak se to dělá. Velmi jí přeji, aby nám jej převypravovala dobře.

Povídejte, jak se dělá vnitřní změna.

MUŽSTVÍ JE OHROŽENO, KDO HO ZACHRÁNÍ???

Recenze knihy Zimbardo, P. & Coulombová, N. D.: Odpojený muž: Jak technologie připravuje muže o mužství a co s tím. Praha: Grada Publishing, a.s. 2017, 280 s. (ISBN 978-80-247-5797-1)

Karel Hájek

Vážení čtenáři Psychoterapie, rád bych vám předložil recenzi alarmující knihy z pera slavného amerického profesora Philipa Zimbarda a jeho spolupracovnice Nikity Coulombové. Možná vám slovo alarmující přijde příliš silné, vždyť čeští muži stále ještě žijí. Napadne vás i znechucující otázka: proč tahat americké problémy až k nám? Bohužel díky počítačovým technologiím začíná být mužství ohroženo přímo globálně. Pro rodiče dospívajících mužů nebo pro psychoterapeuty, kterým se v praxi vyskytují IT odborníci či jiné bytosti s oslabeným chromozomem, je to denní chleba. Mužství je velmi křehké a zranitelné.

Knihy je pojata jako manuál. Rozdělena je do tří hlavních částí: příznaky – příčiny – řešení. Ve dvou přílohách se seznámíte s průzkumem TED (jestli TED neznáte, podívejte se na www.ted.com) a škálou Syndromu sociální intenzity (SIS). Poznámky ke kapitolám zabírají úctyhodných 48 stran drobného písma, především zde najdete odkazy na literaturu. Za poznámkami najdete doporučené zdroje – knihy, filmy a terapeutické skupiny. Oceňuji snahu překladatelů aktualizovat knihu i pro české prostředí (3 české knižní tituly a odkaz na Centrum adiktologie UK a Společnost Podané ruce). V knize je také rejstřík a noticka o autorech.

Věnujme se nyní obsahu tří hlavních částí.

PŘÍZNAKY: Kde lze zaznamenat, že „silnější“ pohlaví je vlastně nedostatečné?



Vše začíná ve škole. Dlouhodobě jsou v tomto prostředí úspěšnější děvčata. Ve feminizovaném školství jsou chlapci ti problematičtější. Syndrom ADHD je především záležitostí nositelů testosteronu. Statistiky jsou neúprosné: nejen průběžné výsledky, ale také procento dosažených akademických titulů mluví ve prospěch žen. Pracovní trh se tomu přizpůsobuje velice pružně. Pro ženy se otevírají pracovní místa, která byla dříve doménou mužů. Vyspělé technologie vytlačují mužskou pracovní

sílu. Tradiční ženské obory jako zdravotnictví a sociální služby jsou na vzestupu. Rozvírající se nůžky ve společenském vývoji jednoho a druhého pohlaví se odráží ve výběru partnera – kde vzdělanější a sociálně vybavenější ženy potkají společníka na úrovni?

Syndrom nesmělosti u mužů se posouvá z obav ze selhání a ze špatného dojmu k nechuti navazovat sociální kontakty vůbec. Muži utíkají ze společenského světa do světa moderních technologií nebo do separovaného „báječného mužského světa“ plného posiloven, sportu, klubů a hospod. V mužských skupinách je jim objektivně lépe. Muži zde dostávají podporu, uznání i respekt. To je ještě ta lepší varianta. Jinak zbývá past – hodiny trávené při hraní her, tloustnutí, pornografie a drogy.

PŘÍČINY: Změna rodinného zázemí – z rodin se vytrácejí otcové (vysoká rozvodovost, ekonomická nezávislost žen, úpadek instituce manželství). Bez vzorů a pevných základů dorůstající mladí mužové ztrácejí sebedůvěru a svět se pro ně stává velkou nejistotou. Jsou zde uvedeny výzkumy, jejichž výsledky lze shrnout asi takto: životní spokojenost mužů se úzce pojí se šťastným dětstvím a blízkým vztahem k otci. Vedle neblahého vlivu nepřítomných rodičů se dostává do popředí i druhý extrém zejména ve vyšších společenských vrstvách – rodiče s přemírou kontroly (zvláštním druhem jsou matky vymodlených chlapců jedináčků).

Další příčinou je školství, které neakceptuje rozdíly ve vývoji mezi pohlavími. Už jen fakt, že chlapci i děvčata podávají lepší výsledky, mají-li učitele stejného pohlaví, mluví za mnohé. Vliv vrstevníků vede ke zlehčování formálních úspěchů ve škole

a motivace chlapců dobře prospívat ve škole se začíná vytrácet již na základní škole. Další kapitolou je sexuální výchova. Bylo prokázáno, že lidé, kteří prošli všeobecnou sexuální výchovou, měli méně sexuálních partnerů a spíše se oddálilo zahájení pohlavního života, na rozdíl od neinformovaných nebo vychovávaných pornem.

Environmentální změny se přidávají dalším efektem – americkým mužům ubývá 1,5 procenta objemu spermatu ročně – příčin je mnoho: životní styl mužů, alkohol, drogy, stres, obezita, dlouhodobé vyseďování u PC, znečištění prostředí, umělé látky v potravinách, ženské hormony šířené v prostředí díky antikoncepci.

Samotnou kapitolou je hraní PC, videoher a sledování porna, které je také skoro výhradně mužskou doménou. Studie prováděné na hráčích prokázaly úbytek šedé hmoty, zejména v částech čelního laloku striatum a insula. Tedy v oblastech, které řídí funkce typu plánování, vytváření priorit, organizování, empatie a ovládání impulzivnosti. Ovlivněna je senzitivita vůči odměnám, lhostejnost vůči ztrátám. Důsledky sledování porna v kombinaci s onanií jsou také prokazatelné v neurohormonálních změnách. Ty vedou k nedostatku spontánní erekce, snížení citlivosti penisu, neschopnosti dosáhnout orgasmu se skutečným sexuálním partnerem. O aspektech sociální izolace nemluvě. Seznámení mezi pohlavími začíná být velice obtížné. Kromě zmíněného se zde dočtete o další spouště sociálních a ekonomických znevýhodnění mužů v současném světě.

ŘEŠENÍ se autoři snaží pojmut komplexně. V části „Co může udělat vláda“ doporučují: V sociální oblasti vytvořit podmínky pro návrat učitelů do tříd, pod-

poru otců po rozvodu, aby zůstali aktivní ve výchově, zavedení účinné sexuální výchovy ve školách a celostátního mentorského programu, jehož účelem by bylo vnášet pozitivní mužské vzory do života dětí, vytvořit dostatek příležitostí pro nezaměstnané muže. V průmyslu omezit používání endokrinních disruptorů (chemie v potravinářství).

Část nazvaná „Co mohou udělat **školy**“, dává důraz na propojení teorie s praxí v přípravě na konkrétní povolání. Zavést plošně alternativní školství (Montessori, Waldorfské školy). Jsou zde zmíněny webové odkazy na programy neziskového sektoru. Využít nové technologie pro výuku. Změnit hodnocení školního výkonu.

Co mohou udělat **rodiče**: podpořit děvčata i chlapce, aby se naučili vzájemně dobře vycházet, vést je k zodpovědnosti, dokázat mluvit o ožehavých tématech, naučit je hospodařit s časem. Zvlášť je zdůrazněn požadavek na otce, aby se stali součástí života svých synů.

Mužům samotným je doporučeno, aby vypnuli porno, uvědomili si, co by získali za čas strávený videohrami, trávili čas sportem, našli si kamarádky, nebyli na ženy hrubí a aktivně plánovali menší úspěchy atp. **Ženám** (sestrám, matkám a přítelkyním) se autoři snaží dodat odvahu, aby nerezignovaly na vzájemnou komunikaci a společnou zábavu. Aby přes všechny možné překážky přirozeně sdělovaly bratrům, synům a partnerům, co se jim líbí a nelíbí. Při hledání partnera by ženy neměly brát výběr na lehkou váhu. Než skončí s partnerem v posteli, měly by mít čas odhadnout, s kým mají tu čest. Muži, kteří mají zájem o kvalitní dlouhodobý vztah, nejsou „alfa-samci“ a mnohdy nezaujmou ženy hledající trvalý

vztah. V dlouhodobých vztazích pak musí partnerky bojovat proti odstavení do pozice „počítačových vdov.“

Poslední apel je směřován na **média**. Ty doposud dávají mužům velice rozporuplný obraz o tom, jak má vypadat přijatelné chování a jednání muže. Jsou zde popsána kritéria filmové postavy, mužského hrdiny, a jak vyvážit mužské a ženské hrdiny, aby odpovídali realitě vztahu mezi mužem a ženou. Ve světě internetu zazněly doporučení jako: vytvářejte lepší stránky pro chat mezi muži a ženami. Vzkaz pro porno průmysl – ať neexistuje ani obrázek zdarma! Herní svět ať přerámuje virtuální sport, násilí a střelčky zapojením reality do svých her.

Jako psycholog pracující s páry a rodinnými vztahy vím, že většina hádek, komunikačních bloků a nespokojeností mezi mužem a ženou tkví v zásadním nepochopení duševnímu světu opačného pohlaví. Ten je bohužel řízen zásadně jinak než ten, v němž se každý spontánně vyzná. Recenzovaná kniha dává společenský kontext tomuto generalizovanému nepochopení a jasně formuluje hrůzostrašný trend pro budoucnost lidské společnosti. V ní si muž své touhy řeší ve virtualitě. Touha žen se realizuje v emancipaci na mužích a jejich ekonomické nezávislosti. Tak se mohou nekonfliktně postarat o své ženské potřeby samy: rodit, vychovávat a pečovat o své děti. A fantazie kdysi populárního polského filmu *Sexmise* se plíživě stává realitou.

Pro nás jako odborníky v oblasti psychologického poradenství, psychoterapie, zanechává kniha tiché memento: připojme muže k ženám a naopak, jinak naši mužští potomci již brzy uslyší větu ze zmíněného filmu: „Polkni prášek...“

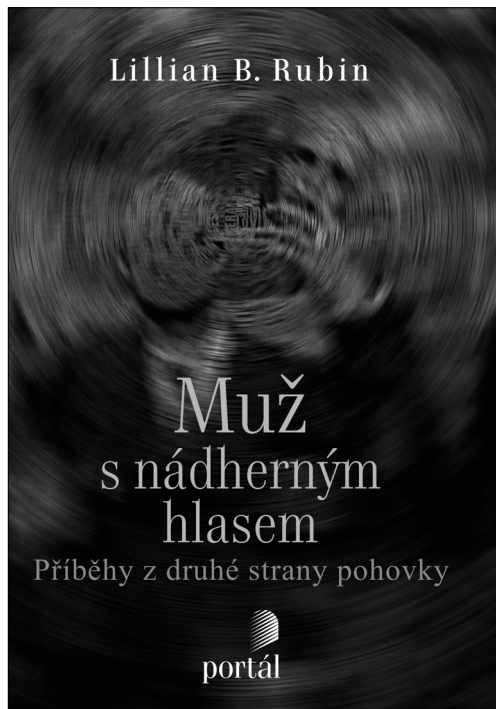
BLÍŽE KE KLIENTOVI

Lillian B. Rubin (2017). Muž s nádherným hlasem: Příběhy z druhé strany pohovky. Praha: Portál

Roman Vejbor

Lillian B. Rubin byla americkou psycho-terapeutkou a socioložkou, která získala popularitu zejména díky svým knihám a práci v oblasti třídních, rasových a genderových rozdílů. Inspiraci čerpala z vlastních terapeutických zkušeností, vzdělání, ale i ze svého osobního života, který se ve svých knihách nebála zveřejnit. Tyto zkušenosti dávala do vztahu se společenskými změnami a nadále je využívala ve své psychoterapeutické praxi. Napsala řadu knih, např. „Worlds of Pain: Life in the Working-class Family“ (1976), sociologickou studii zabývající se napětím a spory v životě dělnické třídy, dále „Intimate Strangers: Men and Women Together“ (1983) o tom, jak rozdíly mezi pohlavími ovlivňují sexualitu, práci a rodičovství, anebo „The Transcendent Child: Tales of Triumph Over the Past“ (1997), kde se autorka zabývá otázkou, jak je možné, že někteří lidé mohou překonat i tu nejdrsnější a velmi bolestnou minulost. Přestože jsou její knihy a práce v zahraničí velice známé, do českého jazyka byl prozatím přeložen pouze Muž s nádherným hlasem.

Ve svých 39 letech začala studovat univerzitu v Berkeley v Kalifornii, kde v roce 1971 získala doktorský titul ze sociologie, v té době jí bylo 47 let. Po získání titulu dokázala propojit svou praxi v psychoterapii a svůj sociologický výzkum. Její psychoterapeutický přístup a soustředění se na vztah mezi terapeutem a klientem je mnohými kolegy z oboru považován za vel-



mi otevřený a lidský, ale zároveň mnohdy i značně riskantní, právě pro její otevřenost ke klientům.

Kniha Muž s nádherným hlasem se dělí na tři části. V první části autorka popisuje svou zkušenost z odborné praxe vedoucí k získání terapeutické licence a navazuje obecnějším popisem vlastního postoje k psychoterapii. Tato část je předmluvou k šesti příběhům popisujícím skutečné a komplikované případy klientů. Autorka v ní připravuje čtenáře na svůj osobitý přístup k terapii, který s ním ve vybraných případech z praxe sdílí. Píše zde o tom, jak

mnozí terapeuti rozumějí problémům klienta, nejen díky svým odborným znalostem, ale zejména kvůli osobním zkušenostem s probíraným tématem. Nicméně pro profesionální odstup a možné riziko, které tak ve vztahu terapeut – klient vzniká, nesdílí tito terapeuti osobní zkušenosti s klientem. Oceňují její přiznání a otevřenost, kdy v některých případech sdílí s klienty svou osobní zkušenost, a tak na ně působí autenticky a je jim v terapeutickém vztahu blíže. Protože jí více důvěřují, dokážou si ji pustit blíže k tělu a více s ní sdílí své problémy. Sama však uvádí, že si je vědoma rizika, a proto je s otevřeností velmi opatrná. Nevnímá terapii jako vědu, protože věda má svá pravidla a v terapii není zcela jasně definováno kdy a v jakém případě nějaké pravidlo použít. Pokud by to tak bylo, terapeutický vztah by byl omezen na určité chování podle předepsaných pravidel, a to v této knize Lillian B. Rubin odmítá.

V druhé části knihy je uvedeno šest příběhů z praxe, které jsou vyprávěny z pohledu terapeuta. Při čtení je čtenář střídavě přenášen mezi živými rozhovory terapeuta s klientem a úvahami terapeutky nad konkrétními případy a problémy. Na začátku každého příběhu je čtenář krátce seznámen s klientem. Každý jednotlivý příběh vypráví a propojuje vybrané situace celého psychoterapeutického procesu, který byl pro některé z klientů součástí jejich života po několik let. Příběhy jsou dovypřávěny až do konce terapie, takže na konci si nemusíme domýšlet, jak to s dotyčným klientem dopadlo. V knize jsou uvedeny zejména složité a náročné případy, které stály terapeutku mnoho práce a velké úsilí. Z příběhů je cítit nenucená a přirozená emocionální vazba k některým klientům. Tato

vazba však zůstávala z mého pohledu stále v rámci profesionálních hranic terapeutického vztahu, přestože méně formálního. Lillian B. Rubin píše o vnímání přenosu a protipřenosu jako o přirozené součásti terapie, kdy je spíše zapotřebí se s nimi naučit pracovat nežli se jim vyhýbat. Nebojí se dát najevo svůj vnitřní boj s rozhodnutími, které provedla, nebo se je provést chystala, a vkládá i práci se svými pocity, které se snaží využít pro podpoření terapeutického procesu. Příběhy jsou psané tak, že si čtenář uvědomuje vzájemnost terapeutického procesu ve vztahu klient-terapeut, neboť jak sama Rubin uvádí: „*je to proces, který nás nutí utkat se sami se sebou nečekaným a často nepřijemným způsobem*“. V terapeutických příbězích obsažených v knize nevystupuje Lillian B. Rubin jako terapeut pozorující a radící klientům z pomyslného stupínku autority odborníka, ale působí spíše dojmem člověka, který společně s klientem hledá cestu, ze které se i terapeut sám učí. Nepíše o svých úspěších, i když u některých klientů, a obzvláště v některých situacích, bych její intervenci a reakce považoval mistrovské. O čem Lillian B. Rubin v knize *Muž s nádherným hlasem* píše, je nejednoznačnost, komplexnost a nečekané zvraty během terapií, které je obtížné očekávat a adekvátně se na ně připravit. Často jsem s údivem žasl, jak úspěšně dokázala neztráct „chladnou hlavu“ a nepodléhala zmatku, který z důvodu nečekaného zvratu v terapii vznikl.

V závěrečné části knihy se Lillian B. Rubin zamýšlí nad tím, co dělá terapii efektivní, a proč někomu pomůže a jinému nikoli. Podporuje individuální a osobitý přístup k pacientům a případně i vlastní sdílení osobních zkušeností s pacientem

v situacích, kdy to terapeut považuje za vhodné. To však záleží na jeho zkušenostech a přijetí rizika. Jak sama Lillian píše: „*Celé roky mi trvalo, než jsem našla způsob, jak dělat tuto práci tak, abych ji vnímala autenticky, abych ctěla pravidla, která dávají smysl (například nikdy nepřekračovat hranici mezi důvěrností a sexuální interakcí), a opustila ta, která smysl nedávají (nikdy se pacienta nedotýkat, natož se s ním nedej bože obejmout)*“. Klade důraz na autentičnost, ale je si vědoma toho, že jsou určitá pravidla, která se nepřekračují.

Na knize si vážím otevřenosti a upřímnosti autorky. Uvedla i případy, jejichž průběh, ale i ukončení terapie nebyly rozhodně ideální. Na těchto příbězích čtenář pozná, že psychoterapie není zázračným lékem na pacientovu ztrápenou duši, a ne

vždy dokáže pomoci. V knize se objevují i témata týkající se sociálních fenoménů druhé poloviny 20. století v USA, na nichž je vidět autorčin profesní zájem a zkušenosti z oblasti sociologie, které mnohdy v terapii uplatňuje. Metody a přístup k pacientům, které v knize Lillian B. Rubin popisuje, mohou být některými profesionály považovány za příliš riskantní, nebo dokonce nezodpovědné. Nicméně o to lidštější se pak čtenáři jeví a musím přiznat, že pro tyto riskantní činy nacházím jisté pochopení. Knihu bych doporučil všem zájemcům o psychoterapii, a to jak profesionálům, tak laikům, kteří se v ní setkají s poutavě vyprávěnými příběhy a příhodnými úvahami nad psychoterapií.

Autor je studentem psychologie na fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity

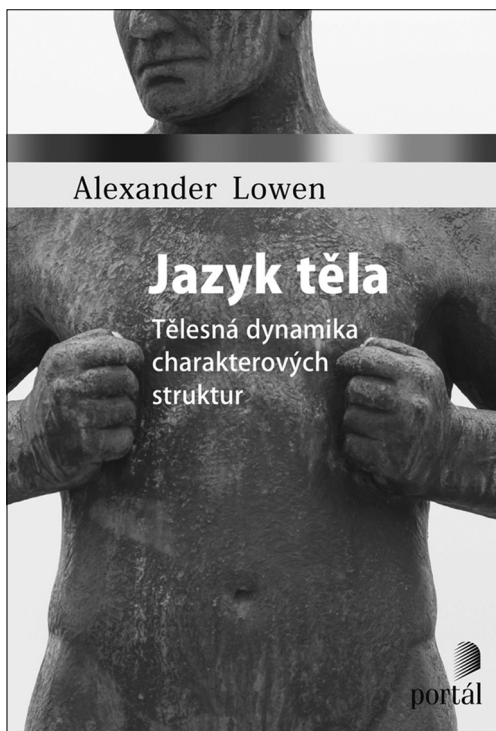
BIOENERGETIKA VE FÁZI PUBESCENCE

Lowen, Alexander. (2017). Jazyk těla. Tělesná dynamika charakterových struktur. Praha: Portál

Filip Abramčuk

Alexander Lowen, M. D. (1910–2008) byl žákem Wilhelma Reicha a zakladatelem Bioenergetické analýzy, psychoterapeutického směru propojujícího práci s myslí i tělem. Dostává se nám do rukou kniha, která vyšla již v roce 1958 jako první z jeho 14 knih o Bioenergetické analýze. Ve své době mohla být stěžejním dílem pro psychoterapeuty pracující s tělem pro svou zevrubnost a systematičnost. Dnes, po téměř 60 letech, ačkoli jsme již vybavenější neuropsychologickými znalostmi o vztahu těla a mysli, se z ní stále můžeme mnohé naučit. Zejména se ale díky knize můžeme na chvíli vnořit do Lowenova vášnivého zaujetí tělesnými procesy pacientů a jeho klinického usuzování. Kniha je rozdělena na dva hlavní oddíly, čítající celkem 17 kapitol (384 stran). První část je pojata obecněji, pojednává o hlavních principech v bioenergetice. Druhá část popisuje specificky jednotlivé typy charakterů.

V první části si autor dává velice záležet, aby čtenář pochopil, jak vlastně vznikly hlavní principy a koncepty, na kterých bioenergetika v 50. letech stála a do značné míry stojí dodnes. Nejprve nám autor ukazuje, jak bioenergetická analýza navazuje na tehdejší psychoanalýzu. Kromě Freuda poukazuje zejména na přínos Sándora Ferencziho a jeho metodu aktivity. Od Ferencziho se dostává k jeho žáku, Wilhelmu Reichovi, který je považován za zakladatele psychoterapie pracující s tělem nazývanjící



se vegetoterapie. Zmiňuje především jeho knihu Analýza charakteru a některé jeho koncepty, např. funkční jednotu charakteru a svalové ztuhlosti, které zde Lowen podrobněji prezentuje a dále propracovává. Rozebírá koncept ega a ukazuje na somatické aspekty jeho funkce v regulaci energie osobnosti a to i na tělesné rovině, která je spjata s emoční regulací. Zahrnuje do výkladu také dvě další složky, id a superego, tj. celý psychoanalytický model struktury osobnosti, a jejich vývojovou a funkční propojenost v dynamice regulace tělesných

impulzů, jež jsou funkčně identické s emočními procesy. Navazuje uvedením principů slasti a reality. Princip slasti je spojený s pulzací v organismu a vývojově na něj nasedá princip reality, který připodobňuje k zásobníku schopnému pozdržet uspokojení potřeby, tj. vybití. Tato funkce kontroly je spjatá se svaly v těle. V těchto konceptech navazuje na Reichovu knihu *Funkce orgasmu*. Dále ukazuje na bioenergetické pojetí instinktů, při čemž se dotýká úvah Freuda v knize *Mimo princip slasti*, nicméně se od něj odklání. Instinkty mají pro něj formu energií, které putují po drahách v těle k orgánům a směřují k vybití.

Až do tohoto bodu se Lowen vyjadřuje převážně psychoanalytickým slovníkem, hodně se vymezuje vůči Freudovi. V kapitole o principech bioenergetické analýzy jako by se už zcela nořil do svých vlastních postupů a přístupů a ukazuje čtenáři, jak s tělem začal pracovat v původně analytickém settingu. Popisuje na příkladech z vlastní praxe držení těla pacientů v souvislostech jejich psychických problémů a osobnostní struktury. V posledních dvou kapitolách první části knihy se Lowen konečně dostává k pojmu charakterové struktury a jejího ontogenetického vzniku. Čtenář je již vybaven předporozuměním z předchozích kapitol, aby se tak mohl lépe orientovat. Tzv. charakterová analýza je přístup, se kterým začal již Reich, a Lowen se na něj odkazuje. Pojímá práci s tělem jako přímější cestu k nevědomým konfliktům než je tradiční psychoanalytická technika volných asociací a analýza snu. V kapitole o vzniku charakteru se zajímá rovněž o vliv kultury a poukazuje na odlišnosti amerického a evropského prostředí a jeho vlivu na výchovu dítěte.

KOMENTÁŘ K PRVNÍ ČÁSTI

Text je psán odborným stylem (např. ve srovnání s knihou *Bioenergetika*) a vyžaduje od čtenáře pokročilejší orientaci v některých psychoanalytických pojmech. Kapitoly na sebe didakticky navazují a vytvářejí postupně most k pochopení hlavního tématu knihy, tj. charakterových struktur. Pro čtenáře, kteří praktikují bodypsychoterapii, je tato část knihy přínosná zejména tím, že pečlivě ukazuje vznikání pojmu charakteru v bioenergetickém pojetí a veškeré provázanosti s východisky z psychoanalýzy a z Reicha.

Další oddíl je věnován jednotlivým charakterovým strukturám, orální, masochistické, hysterické, falicko-narcistické, pasivně-femininní, schizofrenní a schizoidní. U každé charakterové struktury se Lowen pokouší navázat na psychoanalytické pojetí, vymezuje se vůči němu a rozvíjí charakter v bioenergetickém smyslu. Zejména klade důraz na hlubší pochopení dynamiky vzniku charakteru v dětství a jeho udržování v dospělosti, dále na propojení psychické roviny základního konfliktu se svalovým napětím. Své chápání dynamiky charakteru dokumentuje na mnoha kazuistických ukázkách z vlastní praxe, ve kterých popisuje i způsob práce s daným pacientem.

KOMENTÁŘ K DRUHÉ ČÁSTI

Text je psán poměrně náročným stylem, nicméně čtivým. Myslím si, že čtenáři může být prospěšná předchozí znalost knihy *Bioenergetika* psané více ve stylu nenáročného úvodu do tématu, aby si mohl patřičně vychutnat Lowenovy nuance v porozumění charakterové dynamice. Je rovněž zajímavé si uvědomovat, jak se od vydání této knihy proměňovalo pojetí charakterových typů,

jejich rozdělení i samotná práce s tělem. Lowen nám ukazuje vlastně tehdejší stav bioenergetiky, která byla v té době ve své „pubescenci“, byla intenzivní, přímočará, silově vybíjející, což v dnešní době působí jako příliš úzké zaměření, ne zcela vhodné pro některé pacienty a jejich duševní problematiku. Práce s tělem v psychoterapii, nejen v bioenergetice, v mnohém dozrála do jemnějších podob, je mnohem pestřejší a našla oporu v poznatcích neuropsychologických výzkumů.

Celkově knihu vnímám jako napínavé a významné svědectví o vzniku bioener-

getické analýzy, o jejím vyvazování se z psychoanalytických kořenů. Je to jako dívat se odněkud z budoucnosti do dílny mistra, který tvoří, a zároveň při tom již vědět, jak v budoucnosti jeho dílo bude rozvinuto a v mnohém překonáno. Pro praktikující bodypsychoterapeuty může být rovněž osvěžující si v knize uvědomit, jak dnešní bioenergetické koncepty postupně a pomalu vznikaly z kumulované klinické zkušenosti, a s jakou obdivuhodnou odvahou, precizností a přesností je Lowen vyvíjel nehledě a místy i navzdory přesvědčením své doby.

KDYŽ SE S UŽÍVÁNÍM DROG UŽ NECÍTÍ BÝT „JAKO DOMA“

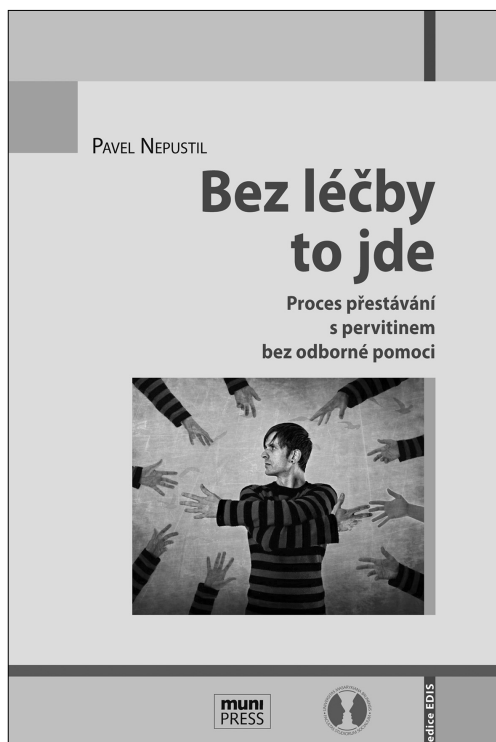
Nepustil, P. (2014). Bez léčby to jde: proces přestávání s pervitinem bez odborné pomoci. Brno: FSS MU

Bronislav Farkač

V posledních letech vyšla v českém jazyce řádka titulů týkajících se psychoterapeutické práce s uživateli psychoaktivních látek. Například Kalinova (2013) rozsáhlá monografie o uplatnění různých psychoterapeutických systémů v adiktologii pokrývá toto téma poměrně důkladným způsobem a může poskytnout užitečné základní vodítko pro pracovníky v této oblasti. Kromě takto komplexně zaměřených děl vycházejí i drobnější práce pokrývající témata, která stojí mimo tradiční hlavní proud psychoterapeutické práce v adiktologii a přínosným způsobem ho doplňují.

Takovou knihou je bezpochyby „Bez léčby to jde: Proces přestávání s pervitinem bez odborné pomoci,“ která vychází z disertační práce Pavla Nepustila, psychologa a sociálního pracovníka. Autor zde předkládá výsledky svého výzkumu, ve kterém analyzoval narativní metodou sedm rozhovorů s bývalými uživateli pervitinu, kteří se ale se svou závislostí vypořádali bez jakékoli odborné pomoci. Jde o první příspěvek k tomuto tématu v českém prostředí.

Autorova výzkumná perspektiva je pevně spjata s jeho zázemím. Pavel Nepustil působí ve skupině Narativ, která se zabývá rozvojem kolaborativních a dialogických přístupů k terapii (chtělo by se napsat, že je vůdčí postavou, nicméně skupina Narativ si v duchu svého zaměření zakládá i na nehierarchičnosti). To se odráží v rámci uvažování nad tématem, který se opírá o vztahovou



perspektivu vycházející zejména z práce Kennetha Gergena (2009). Na člověka, který se potýká se závislostí, tak můžeme nahlížet jako na jedince, jehož jednání a identita se utváří v širším kontextu vztahů s okolím. Kontext a vztahy s okolím se nedají oddělit od užívání drogy. Proces přirozeného zotavování tak vidí autor jako přechod od starých identit k identitám novým, což je často spojeno s proměnou okolí, životního kontextu jedince.

Touto optikou nahlíží autor samotné vý-

zkumné rozhovory, zaměřuje se zejména na životní kontext v procesu přestávání a důležité vztahy během tohoto procesu. U každého z prezentovaných rozhovorů jsou klíčovými prvky analýzy významné momenty procesu přestávání a překvapivé momenty. Významné momenty jsou doplněny graficky znázorněnou osou života, tak jak ji během rozhovoru respondenti zaznamenávali, u překvapivých momentů se autor opírá o svou předchozí práci s klienty užívajícími psychoaktivní látky. Kniha prezentuje výzkumné rozhovory jako svého druhu samostatné příběhy, v duchu metody narativního interview. Každý z příběhů tak můžeme číst jako poutavou samostatnou kazuistiku, autor však na konci samozřejmě formuluje i shrnutí a implikace pro praxi.

Z těchto shrnutí můžeme jmenovat jako významné to, že při přestávání s pervitinem bez odborné pomoci nejde v žádném případě o přestávání o samotě, klíčovými byli pro respondenty jejich blízcí. Dalším zajímavým poznatkem je samotný náhled na proces přestávání jako na trajektorii, která vede k reformulaci identity a která je často spouštěna narušením „vztahového plynutí,“ momentem, kdy člověk cítí, že se v identitě spojené s užíváním drog už necítí být „jako doma“.

Kniha je psána s velkou pečlivostí, výzkum je proveden metodologicky důkladně. Autor nám dává často možnost nahlédnout do svého uvažování v jednotlivých fázích výzkumu, ospravedlňuje své kroky. Výmluvný je například fakt, že rozhovorů bylo provedeno původně devatenáct, autor se však rozhodl do analýzy zahrnout pouze sedm rozhovorů s lidmi, kteří v úplnosti splňovali podmínky dané omezením zkoumané populace (například vůbec žádný kontakt s odborníkem v procesu přestávání).

Jako limit práce můžeme zmínit jistě homogenitu životních drah účastníků výzkumu. Téměř ve všech případech šlo o respondenty, kteří začali brát pervitin v pozdní adolescenci a v současné době je jim mezi 20–35 lety. Ačkoli je pravděpodobné, že jde o typickou trajektorii uživatelů pervitinu, v knize to není příliš reflektováno. V této souvislosti zde pak trochu chybí zamyšlení nad možným přesazením získaných poznatků do jiného kontextu, například právě lidí, kteří jsou v jiné životní fázi než respondenti, nebo lidí, kteří se potýkali se závislostí jiného druhu (např. na alkoholu, na hracích automatech). To by se ale spíše dalo považovat za úvahu nad možnou další cestou výzkumu, než za výtku k Nepustilově knize.

Řekl bych, že recenzovaná kniha je velice přínosným a zajímavým příspěvkem v oblasti terapeutické práce s lidmi užívajícími psychoaktivní látky. V první řadě jde o téma, které v českém prostředí dosud nebylo zpracováno, výzkum je proveden metodologicky důsledně a pečlivě. Domnívám se, že důležité je i to, že jednotlivé příběhy respondentů, závěry a doporučení pro praxi jsou podány srozumitelně a poutavě, bez zbytečného odborného žargonu, ale zároveň bez známek reduktivního zjednodušování. Především z těchto důvodů může kniha přinést užitečné a inspirativní podněty pro praktiky pracující s drogově závislými, ale díky možnosti nahlédnout pod pokličku narativního výzkumu i pro začínající kvalitativní výzkumníky nejen na poli adiktologie.

Autor je studentem psychologie na fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity.

LITERATURA:

- Gergen, K. J. (2009). *Relational being: beyond self and community*. Oxford: Oxford University Press.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.
- Nepustil, P. (2014). *Bez léčby to jde: proces přestávání s pervitinem bez odborné pomoci*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

Základy psychoterapie

Stanislav Kratochvíl

7. vydání



Stanislav Kratochvíl: ZÁKLADY PSYCHOTERAPIE

Kratochvílova lety prověřená a opakovaně aktualizovaná učebnice psychoterapie je opět na trhu. Vyšla v Portálu v roce 2017 v sedmém vydání. Je osvědčenou příručkou při studiu psychologie i při přípravě k atestacím z psychiatrie a klinické psychologie a ke specializaci v psychoterapii. Předkládá podrobný výklad základních myšlenek vlivných směrů současné psychoterapie, podává instruktivní přehled důležitých psychoterapeutických metod a poukazuje na problémy a výsledky vědeckého výzkumu v psychoterapii. Je obohacena fotografiemi významných psychoterapeutů i psychoterapeutických technik.

Cena 545 Kč, Portál, Praha, 403 stran, vázaná