

# PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

## PSYCHOTERAPIE – 12. ročník, 2018, 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:

**Jakub Hučín** – soukromá psychoterapeutická 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. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.** – Katedra Psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc

**Mgr. Bc. Karel Dobroslav Riegel, Ph.D.** – Klinika adiktologie, I. Lékařská fakulta UK, Praha

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

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

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

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

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

### Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Doc. Mgr. Ladislav Timufák, 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, +420 549 497 970

**Ing. Kateřina Holečková, Mgr. Barbora Petránková, Mgr. Michal Čevelíček, Ph.D., Bc. Jana Takáčová, Patrik Rudolf**

### Adresa redakce:

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

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

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

Uzávěrka čísla 3/2018 byla 8. 1. 2019, recenzní řízení bylo uzavřeno 1. 1. 2019. Vychází v lednu 2019.

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**

Martin Novák, Lucia Ukropová: Centra duševního zdraví – zplnomocňování klientů v psychiatrické praxi? (Mental health centres – clients empowerment in the psychiatry practice?) - - - **178**

Lubor Pilárik: Efektivita na člověka zamerané psychoterapie a zážitkových psychoterapií (Effectivity of Person centred psychotherapy and Experiential psychotherapies) - - - **190**

### **VÝZKUM / RESEARCH**

Klára Rouchalová, Jan Roubal: Vývoj závazku k celoživotní abstinenci u pacientů během odvykací léčby závislosti na alkoholu: zakotvená teorie (Commitment to a lifetime abstinence among addicted in-patients during their alcohol withdrawal treatment: grounded theory) - - - **202**

Jan Roubal, Klára Rouchalová: Jak jsme se spálili aneb pozor na predátorské časopisy! - - - **219**

### **PRAXE / PRACTICE**

Křížová Ivana, Klempřová Olga: Karta pacienta - - - **221**

### **KONFERENCE / CONFERENCE**

Barbora Petránková: 1. Česká konference dětské psychologie: „Dítě v měnícím se světě“ - - - **234**

### **ROZHOVOR / INTERVIEW**

Jakub Hučín: Rozhovor s Václavem Mikotou - - - **236**

### **OHLÉDNUTÍ / LOOKING BACK**

David Holub: Ohlédnutí za doc. MUDr. Václavem Mikotou, CSc. (4. 12. 1944 – 3. 9. 2018) - - - **241**

Děkujeme za finanční podporu Janu Poněšickému.

# PSYCHOSOM

## NEZÁVISLÝ ČASOPIS PRO PSYCHOSOMATICKOU A PSYCHOTERAPEUTICKOU MEDICÍNU

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

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

## I EDITORIAL

Milí čtenáři,  
poslední číslo roku 2018 vychází až v lednu 2019 – přesto doufáme, že drobné zpoždění se neodrazí na vaší přízni. Vaší pozornosti bych chtěl nejdříve nabídnout tentokrát nerecenzovanou rubriku Rozhovorů. A na úvod bych si rád vypůjčil citaci kolegy Jakuba Hučína, který vedl rozhovor s docentem Mikotou: „*Psychoterapie nejsou pouze odborné články, ale jednotliví lidé, jednotlivé životní příběhy, které často není možné uzavřít do slov a vět. O to více, pokud se jedná o životní příběh někoho, jemuž byla psychoterapie náplní celého života. A takovým byl i Václav Mikota.*“ Jelikož si v redakci myslíme totéž, věříme, že budeme schopni i v letošním roce přidat další rozhovory s nestory české psychoterapie. Bohužel první z rozhovorů jsme nakonec doplnili i nekrologem; docent Mikota zemřel začátkem září loňského roku ve věku nedožitých 74 let.

Na aktuální horkou půdu reformy psychiatrické péče nás zavede článek Martina Nováka a Lucie Ukropové. Protože oba autoři pracují jako psychologové v komunitních terénních týmech, nejde zdaleka jen o příspěvek vycházející z moudrého zamyšlení v pohodlné pracovně. Text kriticky hodnotí několik modelů multidisciplinární komunitní péče o lidi s vážným duševním onemocněním: case management a psychosociální rehabilitaci pojmávané jako základní kameny této péče a dále FACT model a otevřený dialog jako specifické způsoby realizace případové práce. Autoři se ptají, nakolik se tyto modely vztahují ke skutečnému zotavení (a ne jen zbavení se symptomů) a především pak ke zplnomocňování takto závažně nemocných osob.

Co všechno se musí stát, aby se člověk závislý na alkoholu definitivně a „od srdce“ rozhodl, že do smrti nebude pít? Klára Rouchalová a Jan Roubal metodou zakotvené teorie zkoumali, jak se vyvíjí závazek k doživotní abstinenci v průběhu 13týdenní odvykací léčby podle Skálovy metody. Došli přitom k modelu čtyř po sobě následujících fází, jež spojuje ústřední koncept budování sebeúcty. Díky získaným poznatkům pak v závěru článku přináší konkrétní inspiraci pro praktické využití. Oblast zdravotnictví neopustíme ani v následujícím příspěvku Ivany Křížové a Olgy Klempířové o pilotním projektu Karty pacienta, právě testovaném na akutním oddělení Psychiatrické nemocnice Bohnice, který má zvýšit motivovanost a zapojení pacienta do psychotherapeutické péče.

Každý z nás terapeutů pochopitelně kope za svůj tým – ať už jsme zastánci KBT, psychodynamického nebo rogersovského přístupu. Můžeme si dokonce i myslet, že náš přístup, když už není lepší, tak je minimálně stejně dobrý jako ty ostatní. Lubor Pilárik věnoval tomuto tématu celý přehledový článek: konkrétně se zaměřil na výzkumné studie, které zkoumaly efektivitu terapie zaměřené na člověka a zážitkové psychoterapie. Došel k závěrům snad i očekávatelným, ale třeba vás některé překvapí.

A nakonec mám pro vás, naše věrné předplatitele, ještě jednu dobrou zprávu: zanedlouho spustíme na našem webu členskou sekci, kde si budete moci přečíst ještě nezveřejněná čísla Psychoterapie. A do nového roku vám zpětně přeji hodně radosti, a ať je pro vás náš časopis i dále svěžím přísunem inspirace.

13. 1. 2019, Brno Roman Hytych

## CENTRA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ – ZPLNOMOCŇOVÁNÍ KLIENTŮ V PSYCHIATRICKÉ PRAXI?

### Mental health centres – clients empowerment in the psychiatry practice?

Mgr. Martin Novák, Mgr. Lucia Ukropová

Fakulta sociálních studií, Katedra sociologie, Masarykova univerzita, Brno, CZ;  
e-mail: ma.novak@zoho.com; l.ukropova@gmail.com

*Psychoterapie. 12 (3), 178–189; ISSN 1802-3983*

#### ABSTRAKT

Článek se zaměřuje na několik modelů multidisciplinární komunitní péče o lidi s diagnózou závažného duševního onemocnění, které jsou významné v kontextu aktuálně probíhající reformy psychiatrické péče v České republice a zavádění center duševního zdraví. Těmito modely jsou: case management a psychosociální rehabilitace pojímané jako základní kameny komunitních služeb pro lidi se závažnými psychiatrickými diagnózami a dále FACT model a otevřený dialog jako specifické způsoby realizace případové práce. Text nabízí kritickou reflexi těchto přístupů na základě teoretické literatury a praktických zkušeností v komunitních terénních týmech prizmatem konceptu zotavení pojímaného jako hluboce osobní proces a nikoli jako pouhé zbavení se psychiatrických symptomů. Text zachycuje, jak se zmíněné přístupy v praxi vztahují k myšlenkám zotavení a především zmocnění osob s diagnózou vážného duševního onemocnění. Autoři textu pracují v komunitních terénních týmech jako psychologové a hlásí se k dialogickému přístupu.

*Klíčová slova:* Centrum duševního zdraví, zotavení, zmocnění, otevřený dialog, FACT model, case management

#### ABSTRACT

The article is focused on several models of multidisciplinary community-based care for people diagnosed with severe mental illness that are important within the current mental health care reform and mental health centers implementation in the Czech Republic. These models are case management and psychosocial rehabilitation conceived as basic elements of community care for people with severe mental illness and then FACT model and Open Dialogue as specific developments of the case management work. The text offers a critical reflection of these approaches bases on theoretical literature as well as authors' practical experience in community outreach teams. Authors are viewing the models by the prism of recovery conceived not only as psychiatric symptom remission but rather as a deeply personal and unique process. The text captures relations of the mentioned models to the ideas of recovery and especially empowerment of people diagnosed with severe mental illness. Both authors work as psychologists in community outreach services and endorse dialogic practice.

<sup>1</sup> Rádi bychom zde poděkovali anonymním recenzentům za cenné připomínky a podněty k textu.

*Key words:* Mental health centre, recovery, empowerment, Open Dialogue, FACT model, case management

## ÚVOD

Péče o lidi s diagnózou závažného duševního onemocnění (SMI, od anglického *severe mental illness*) je v ČR tradičně především doménou psychiatrie, jakkoli v posledních patnácti letech došlo k intenzivnímu rozvoji mnoha sociálních a několika zdravotně-sociálních služeb pro pacienty po propuštění z psychiatrického zařízení, někdy fungujících i jako jistá alternativa vůči hospitalizacím pacientů (Raboch & Wenigová, 2012). Takové služby jsou klíčové pro oblast tzv. komunitní psychiatrie, jejímž záměrem je lokalizace péče co nejbližší přirozenému prostředí klientů. Pro jejich fungování je nicméně klíčová spolupráce sociálních služeb a zdravotnických zařízení, která dosud není samozřejmostí. Spolupráci služeb komplikuje legislativní oddělení zdravotní a sociální péče, které přináší problémy ohledně financování služeb, sdílení zodpovědnosti či ochrany osobních údajů (Janoušková, 2016; Winkler et al., 2016). Tuto situaci má změnit reforma psychiatrické péče, slibující na prvním místě systémovou změnu organizace jejího poskytování, tedy na prvním místě deinstitutionalizace – posun těžiště péče o lidi s diagnózou SMI od psychiatrických nemocnic směrem ke komunitním službám a primární psychiatrické péči. Měl by se tak snížit počet hospitalizací, a pokud k nim bude docházet, mělo by to být čím dál tím častěji na kratší dobu a spíše v rámci menších psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic, než v psychiatrických nemocnicích (MZČR, 2013).

Jako klíčový prvek plánované reorganizace vznikají v ČR od jara 2018 centra duševního zdraví (dále CDZ). Centrum duševního zdraví je v českém kontextu nový prvek, který poprvé přímo propojuje zdravotní a sociální péči jak z hlediska financování, tak z hlediska praxe a metodické podpory. CDZ jsou tvořena multidisciplinárními týmy zajišťujícími ambulantní i terénní sociálně-zdravotní péči. Součástí týmu má být psychiatr, klinický psycholog<sup>2</sup>, sociální pracovníci, zdravotní sestry, peer pracovníci (lidé s vlastní zkušeností s diagnózou duševního onemocnění) a pracovní konzultanti. Centra by měla poskytovat lidem s diagnózou SMI přímou podporu v jejich domácím prostředí, ale i během hospitalizace, pokud je nutná (MZČR, 2016, 2017).<sup>3</sup>

V tomto článku předkládáme kritickou reflexi několika modelů zdravotně-sociální komunitní péče o lidi s diagnózou SMI.<sup>4</sup>

Zaměřujeme se především na modely péče, se kterými máme vlastní praktickou zkušenost a které jsou významné také v kontextu reformy psychiatrické péče v ČR. Psychosociální (někdy také psychia-

<sup>2</sup> V současnosti probíhá diskuse, o potřebné kvalifikaci jednotlivých odborností. Je například nejasné, zda psycholog bude muset mít atestaci v oboru klinická psychologie, případně také systematická psychoterapie, nebo bude stačit status psychologa ve zdravotnictví.

<sup>3</sup> Mimo tuto reformu počítá se vznikem dalších multidisciplinárních komunitních týmů, například týmy zaměřené specificky na tzv. časnou intervenci (projekt Včasná Intervence u Závažných Duševních Onemocnění v ČR. Více informací na webu: <http://vizdom.cz>

<sup>4</sup> Článek vzniká v kontextu dlouhodobého terénního výzkumu v jednom z nově vznikajících CDZ. Výzkum ze sociologické perspektivy mapuje proměňující se praxi multidisciplinárního komunitního týmu v souvislosti s reformou a postupným zaváděním CDZ.

trická) rehabilitace (Páv, Pomajzlová Pluhaříková, & Šťastná, 2017) a case management (Nepustil & Szotáková, 2013; Stuchlík, 2001) byly inspirací pro první sociální služby v ČR zaměřené na podporu lidí s diagnózou SMÍ a dodnes tvoří jakýsi základ pro uvažování nad podobou a fungováním takových služeb. Otevřený dialog (Olson, M., Seikkula, J. & Ziedonis, 2014; Seikkula & Arnkil, 2013) a FACT model (Firm et al., 2013; van Veldhuizen & Bähler, 2013), na které se zaměříme především, lze chápat jako specifické formy případové práce.

#### ZOTAVENÍ A ZMOCNĚNÍ V KONTEXTU DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Všechny zmíněné přístupy se vztahují k myšlence, že závažné duševní onemocnění nutně neznamená celoživotní zásadní omezení, kvůli kterému se člověk musí vzdát všech svých ambicí. Tato myšlenka se v devadesátých letech přetavila do hnutí uživatelů a přeživších psychiatrické péče (*users/survivors*), kteří se snažili přesvědčit odbornou veřejnost, že zotavení (*recovery*) ze závažného duševního onemocnění je možné. I pro řadu odborníků tak zotavení přestalo být chápáno jako definitivní zbavení se symptomů, ale začali jej chápat jako proces, ve kterém člověk znovu objevuje a následuje svou vlastní životní cestu bez ohledu na to, zda a jak často se u něj projevují příznaky spojované s konkrétním duševním onemocněním. William Anthony, který považuje takový koncept zotavení za vůdčí princip péče o duševní zdraví, jej definoval jako „hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný

život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu vlastního života tak, jak jedinec překonává závažný dopad duševního onemocnění“ (Anthony, 1993, s. 527).



**Martin  
Novák**

**Mgr. Vystudoval psychologii na Fakultě sociálních studií a v současné době pracuje v jednom z vznikajících center duševního zdraví. Z psychoterapeutických směrů ho nejvíce oslovily existenciální přístupy a daseinsanalýza, ve které absolvoval výcvik. Je členem Spolku Narativ a má také blízko k dialogické praxi. Vedle profese psychologa se věnuje etnografickému výzkumu probíhající reformy psychiatrické péče.**

Autorky a autoři s vlastní zkušeností s psychiatrickou léčbou pak mnohdy zdůrazňují jako klíčový aspekt služeb zaměřených na zotavení podporu vlastní autonomie a aktérství. Patricia Deegan, která byla v devadesátých letech patrně nejvýraznější tváří hnutí *recovery*, chápe zmocnění jako znovunabytí práva na rozhodování o vlastním životě vedoucí ke zlepšení kvality života (Deegan, 1997). Může jít o zahrnutí do rozhodování o léčbě, plánování služeb, poskytování péče či výzkumu (Janoušková, 2016). Ve vztahu k pojmu *moc* lze zmocnění chápat jako zpochybňování dominantních mocenských vztahů v souladu s předpokladem, že *moc* je vztahové



povahy a vyznačuje se vytvářením možností rezistence vůči aktuálnímu vztahovému uspořádání (Foucault, 1999). Obecně vzato lze zmocnění chápat jako překonání pocitu bezmoci a tedy rozšíření možností vlastního jednání v dané situaci.

Z pohledu uživatelů je tedy v procesu zotavení zásadní mít možnost rozhodovat nebo alespoň spolu-rozhodovat o tom, co se s nimi bude dít (Coleman, 2011; Deegan, 1997). Možnost volby, sebe-determinace a zmocnění považují za základní hodnoty pro lidi se znevýhodněním obecně, včetně znevýhodnění spojeného s psychiatrickou diagnózou. Společné rozhodování o procesu léčby pak představuje klinickou praxi podporující právě tyto hodnoty (Deegan & Drake, 2006). Ron Coleman (2011), který má mnohaleté zkušenosti s prací peer konzultanta v britských centrech duševního zdraví i jiných službách, ve své dnes už klasické knize *Recovery: An Alien Concept* kritizuje běžné pojetí zotavení ve smyslu klinickém (zbavení se či zvládnutí symptomů) i sociálním (destigmatizace a začlenění se do běžných vztahů). Obojí vnímá především jako nástroje sociální kontroly, které mají člověka dovést k sociálně přijatelným způsobům fungování, spíše než k vlastnímu pocitu zdraví a životní spokojenosti. Stejně jako Deegan (1997, 2005) akcentuje namísto toho osobní rovinu, na které zotavení znamená pro každého jedinečný, svébytný proces.

Tato potřeba uživatelů služeb pro lidi s diagnózou SMI byla akceptována také stanoviskem Světové zdravotnické organizace (WHO, 2010), které upozorňuje na to, že uživatelé těchto služeb mnohdy narážejí na popírání vlastního aktérství (*disempowerment*) jak na celospolečenské

rovině, tak v těchto službách. V českém kontextu přichází s podobnou kritikou socioložka Miroslava Janoušková (2016), podle níž v procesu plánování reformy téměř nebyl přítomen diskurs zmocnění. Reformní strategie podle Janouškové oproti mezinárodním strategickým dokumentům dostatečně neakcentuje zotavení, ani autonomii a zmocnění lidí s diagnózou SMI, které pojímá spíše jako pasivní příjemce péče. Ve strategických dokumentech do roku 2016 a mezi aktéry na většině setkání pracovních skupin připravujících reformu našla Janoušková především diskursy, které akcentují ochranu, kontrolu a dohled, které staví uživatele do podřízené pozice s omezenou autonomií. Domníváme se přitom, že posilování aktérství osob s diagnózou SMI ve vztahu k vlastnímu životu, včetně možnosti aktivně se podílet na rozhodování o své léčbě, by mělo být klíčovou součástí snah o humanizaci psychiatrické péče, která je také jedním z deklarovaných cílů reformy (MZČR, 2013). Je ovšem třeba říci, že ačkoli reformní strategie s myšlenkou zmocnění ještě nepracuje, novější strategické dokumenty (MZČR, 2017 a, b) se již odvolávají na koncept zotavení coby součást filosofie CDZ a druhý z dokumentů uvádí jako jeden z principů péče v CDZ také zplnomocňování klientů.

#### PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE A CASE MANAGEMENT

Důraz na zotavení se objevuje také v modelech psychosociální rehabilitace a případového vedení, ke kterým se zdejší služby v oblasti zdravotně-sociální péče o duševní zdraví hlásí. Jde o přístupy, které

se v mnohém překrývají a psychosociální rehabilitace v praxi zpravidla zahrnuje případové vedení jako jeden ze svých nástrojů. Obecně vzato je cílem psychosociální rehabilitace pomáhat osobám s diagnózou SMI takovým způsobem, aby mohli co možná nejvíce využívat schopnosti, kterými disponují i navzdory své nemoci, a mohli dosahovat optimální existenční úroveň (Páv et al., 2017). Světová zdravotnická organizace definuje psychosociální rehabilitaci jako proces, který dává člověku příležitost dosáhnout optimální úrovně samostatného fungování ve společnosti. Zahrnuje jednak posílení schopností dotyčného jedince, jednak uplatnění změn v jeho okolním prostředí s cílem umožnit život v co nejvyšší možné kvalitě. Cílem je pak zajištění optimální úrovně fungování jednotlivců ve společnosti (WHO, 1996).

Případové vedení, neboli case management, je způsob práce, jehož záměrem je propojit systém služeb s jejich konkrétním příjemcem a koordinovat součásti tohoto systému tak, aby co nejefektivněji fungoval ve prospěch klienta. V case managementu jde mimo jiné o zajištění kontinuity péče a minimalizaci fragmentarizace systému, systémové rigidity a zneužívání zařízení či nedostupnosti některých služeb (Stuchlík, 2001). Komunitní služby v přímé práci s klienty také využívají praktické zásady case managementu: zaměření na silné stránky a vnitřní i vnější zdroje podpory, spíše než na psychopatologii, upřednostnění vztahu klienta a case managera před naplánovanými intervencemi, spoluvytváření intervencí především na základě klientova rozhodnutí, víru ve změnu a pokrok v učení se i při práci s klienty potýkajícími se s SMI, využívání běžných služeb v místní

komunitě klienta, spíše než služeb zaměřených na hendikepované osoby (Nepustil & Szotáková, 2013).

K tomuto způsobu práce však patří také asertivní intervence, které přicházejí na řadu v situacích, kdy se u klientů ve „zhoršeném psychickém stavu“ nelze spolehnout na to, že sami vyhledají pomoc (Stuchlík, 2001). V praxi to znamená například to, že tým oslovuje člověka na základě toho, že někdo v jeho okolí má za to, že tento člověk se chová nějakým způsobem zvláště či nepřiměřeně a mohl by být označen za duševně nemocného. Tímto okolím může být rodina či sousedi, ale také policie, městský úřad, bytové družstvo apod., nakonec klidně i úplně cizí člověk, který si zvláštního projevu mohl všimnout ve veřejném prostoru, včetně virtuálních sociálních sítí. Tým pak přichází za takovým člověkem bez ohledu na to, zda dotyčný bude stát o nějakou spolupráci.

Jednou byl například tým kontaktován ohledně muže, který žije v bytovém domě a podle sousedů některými svými aktivitami vytrvale narušuje soužití v domě. Sousedé měli kontakt na příbuzné muže, se kterými se on sám dlouhodobě téměř nestýká. Dozvěděli se, že se dotyčný v minulosti léčil na psychiatrii a společně s jeho příbuznými pak kontaktovali komunitní terénní tým. Ten se opakovaně pokusil muže zastihnout doma, což se nepodařilo, při několika návštěvách nebyl doma nebo neotevíral. Dvakrát se ale členům týmu podařilo zahlédnout se s mužem přes okno a pokynout na sebe. V návaznosti na to tým s mužem navázal emailovou komunikaci, ze které vyplynulo, že dotyčný nestojí o žádnou podporu, podle svých slov se o sebe dokáže postarat sám a zvažuje, že opakované nevyžádané návštěvy bude řešit

s policií. Podle sousedů se situace v domě po několika návštěvách týmu uklidnila, s příbuznými muž stále není v kontaktu. Přestože jeho rodina má za to, že by jej někdo měl přimět k hospitalizaci a následné léčbě, členky a členové týmu dospěli k závěru, že v tuto chvíli nebudou muže dále kontaktovat. Příběh je ale zatím otevřený. Poukazuje na všudypřítomné dilema spojené s asertivním kontaktováním. Na jedné straně zde stojí tým, který přejímá zodpovědnost za (potenciálního) klienta a neváhá činit rozhodnutí za něj ve snaze pomoci, na straně druhé však nestojí nutně zavržení asertivního přístupu. Zcela jistě je však z našeho pohledu potřebné, aby tým v takových situacích nepřestával reflektovat, co se právě teď se zodpovědností děje, přičemž má stále na paměti podporu člověka v jeho vlastním aktérství a schopnosti rozhodovat o svém životě.

#### FACT MODEL A OTEVŘENÝ DIALOG PERSPEKTIVOU ZMOCNĚNÍ KLIENTŮ

Pro česká CDZ není žádný konkrétní model praxe závazný a jejich týmy tak mají relativně volnou ruku v utváření své vlastní filosofie. FACT model se ovšem stal důležitou inspirací pro metodické dokumenty popisující činnost CDZ a řada českých služeb v oblasti sociální psychiatrie je jím výrazně ovlivněna. V rámci projektu na podporu FACT modelu v ČR<sup>5</sup>, jehož se účastnila většina organizací poskytujících komunitní služby pro lidi s diagnózou SMI v ČR, bylo sledováno 27 týmů, z nichž 26 by v roce 2018 v Nizozemí získalo certifikát (Stuchlík & Říčan, 2018, nepublikováno). Tento model nabízí propracovaný

organizační rámec pro multidisciplinární zdravotně-sociální komunitní služby, avšak oproti otevřenému dialogu (OD) postrádá konkrétní psychotherapeutické zaměření. Domníváme se, že jednou z možností, jak vhodně vyplnit organizační rámec tohoto modelu, může být právě OD. Ten sice také nabízí určitý model uspořádání komunitní péče, jeho primární rámec je však psychotherapeutický. Reprezentuje mimo jiné konkrétní terapeutický přístup, založený na práci s podpůrnou sítí klientů a respektu vůči jakékoli zkušenosti (Seikkula & Olson, 2003). Proto v současnosti v některých organizacích například v Nizozemí uvažují nad možnostmi naplnění organizačního rámce FACT modelu principy dialogické praxe (Boer & Goutsmits, 2018). Také týmy, kde pracujeme, se proto kromě FACT modelu hlásí k OD jako k důležitému zdroji inspirace pro svou práci.

Model FACT (flexibilní asertivní komunitní léčba) přímo navazuje na case management, se kterým zachází jako jednou z forem péče. Jedním z klíčových rysů FACT týmu je flexibilní přecházení mezi tzv. běžným a asertivním režimem péče. Stejný tým (i když ne nutně stejní členové a členky týmu na každém setkání) tak nabízí podporu klientovi jak v situaci, kdy se mu daří postupovat na cestě zotavení, tak v situaci, kdy se dostane do krize (což samozřejmě neznamená, že by krize byla vyjímána z procesu zotavení). Klienty, kteří aktuálně procházejí krizí, tým pravidelně navštěvuje a obecně jim věnuje větší pozornost (Veldhuizen & Bähler, 2013). Flexibilita je také jedním z principů OD – týmy pracující na jeho principech se setkávají s klienty a jejich blízkými tak často, jak je potřeba a tam, kde je potřeba. Kromě

<sup>5</sup> Více informací na webu: <http://www.cmhd.cz/centrum/aktualni-projekty/podpora-fact-modelu/>

toho OD akcentuje také psychologickou kontinuitu a týmy se proto snaží zajistit, aby se konkrétní klient setkával po celou dobu léčby se stejnými lidmi (Seikkula & Arnkil, 2013). Oba přístupy považují za důležité nabídnout podporu v krizových situacích v co nejkratším možném čase.



Lucia  
Ukropová

**Mgr. Psycholožka a psychoterapeutka působící v multidisciplinárním terénním týmu v oblasti duševního zdraví. Zajímá se o sociálně-psychiatrickou péči a její modely fungování v jiných zemích (např.: Finsko, Nizozemí, USA). V terapeutické práci ji inspiruje dialogická a kolaborativní praxe a práce zapojující a vnímající tělo. Je členkou Spolku Narativ.**

Oba modely sice vznikly v kontextu zdravotnictví, nicméně FACT v praxi klade větší důraz na autoritu lékařek a lékařů. Oproti tomu OD vychází mimo jiné z takzvaného neexpertního přístupu, který problematizuje paternalismus psychoterapie a pomáhajících profesí (Anderson & Gehart, 2007). Neexpertní přístup nahrazuje tradiční hierarchické pojetí vztahu odborníka a klienta myšlenkou, že klient je expertem na vlastní život, zatímco pomáhající odborník je expertem na rozvíjení konverzace či obecně procesu, který může vést ke změně. V otevřeném dialogu je tato myšlenka přetavena do praxe rodinných či

síťových setkání, jichž se účastní tým odborníků, označený pacient a jeho podpůrná sociální síť. Všichni společně zde rozhodují o všech náležitostech léčby včetně otázek, jako je farmakoterapie či hospitalizace, které tradičně podléhaly autoritě lékaře. Jedním z klíčových pravidel OD je, že o klientech se nikdy nemluví v jejich nepřítomnosti (Seikkula & Olson, 2003). FACT model sám o sobě neklade důraz na rodinná setkání, ačkoli je nijak nezavrhne a některé intervence se praxi otevřeného dialogu nápadně podobají (Nordén, Malm, & Norlander, 2012). Důležitým rysem FACT modelu je ovšem také systém týmových porad, kde se rozhoduje za nepřítomnosti klientů o tom, který z odborníků by se měl s daným klientem setkat, za jakým účelem apod. S jednotlivými odborníky se pak klienti často setkávají individuálně, třebaže se klade důraz na týmovou spolupráci, ta zde má být zajištěna mimo jiné propracovaným systémem sdílení informací.

Modely se tedy shodují v deklarovaném důrazu na proces zotavení přinejmenším v klinickém a sociálním smyslu. V praxi založené na FACT modelu se ovšem může dostat do konfliktu podpora osobní cesty zotavení s expertním přístupem týmu. Ačkoli tedy oba přístupy mají za cíl podpořit proces zotavení, OD se zdá být díky svým východiskům důslednější v podpoře autonomie a zmocnění lidí označených za duševně nemocné také tam, kde FACT klade větší důraz na autoritu (nejen) zdravotnických profesionálů. Z hlediska organizace péče je předchůdcem otevřeného dialogu tzv. potřebám přizpůsobený přístup (*need-adapted treatment*) (Räkköläinen, Lehtinen, & Alanen, 1991), který je založený na plánování léčebných

setkání přesně podle aktuálních a neustále se proměňujících potřeb klientů. Již zde je tedy zakotven důraz na osobní a autonomní cestu zotavení, tolik významnou z hlediska samotných uživatelů služeb.

#### AUTONOMIE KLIENTŮ A PRAXE DOHLEDU

Jak bylo výše naznačeno, strategické dokumenty postupně začínají poukazovat na důležitost zmocnění a autonomie uživatelů služeb. Byla například uznána nezastupitelná role peer pracovníků v poskytování péče. Přesto se však lze obávat, aby se CDZ nestalo jakousi prodlouženou rukou tradičních medicínských institucí, čímž by přejala některé rysy totální instituce, jako např. omezení soukromí a svobodného rozhodování (Goffman, 1961). Po reformě psychiatrické péče ve Velké Británii někteří autoři ukazovali, že podobně jako tradičním útlukům, se ani reformovaným akutním oddělením, nahrazujícím spolu s komunitními službami velká nemocniční zařízení, nedaří nabízet fakticky terapeutické a podpůrné prostředí (Quirk & Lelliott, 2001 dle Rogers & Pilgrim, 2014). Navíc, jak ukazuje Janoušková (2016) i naše vlastní praxe, mnozí uživatelé služeb přejímají medicínský diskurs, včetně jeho důsledků pro vlastní identitu pasivních příjemců péče, což se může dít stejně tak i v případě peer pracovníků.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Peer pracovníci se někdy ocitají ve složité situaci, která je může vést k přejímání této pasivní role. Jakkoli jsou zpravidla považováni především za nositele myšlenek zotavení a naděje, že zotavení je možné, legitimita jejich působení v týmech je určována identifikací s rolí nemocného. Protože již samotná možnost pracovat může redukovat pocit vyloučení ze společnosti, může být pro peer pracovníky paradoxně o to složitější se posunout od identifikace s rolí nemocného k jiným životním rolím.

Proměna péče o lidi se závažným duševním onemocněním spojená s reformou psychiatrie může tedy být krokem k psychiatrické péči založené na emancipaci, rovnosti a zodpovědnosti, ale její důsledek za určitých okolností může být také přesně opačný. Goffmanovskou totální institucí, od níž chceme spolu s reformou směřovat, lze chápat také ve světle Foucaultovy analýzy dohledu jakožto panoptikon – prostor koncipovaný tak, že lidé uvnitř mohou být v kterýkoli okamžik sledováni a podrobeni zkoumání dozorcí, kteří se jako jediní mohou v tomto prostoru volně pohybovat (Foucault, 2000). Bauman (1999) a jasněji pak Bauman spolu s Lyonem (2013) analyzují proměnu forem dohledu v posledních desetiletích a říkají, že panoptikon je postupně nahrazován tzv. tekutým dohledem, který je mnohem hůře uchopitelný, protože překračuje hranice uzavřeného prostoru a může mu být vystaven de facto kdokoli v kterýkoli okamžik, aniž by o tom sám vůbec věděl. Díky digitálním technologiím, které většina lidí dobrovolně využívá, je v současnosti možné sledovat obrovské množství lidí, aniž by si kdokoli vůbec všiml, že je sledován. Podobným způsobem uvažuje italský filosof Giorgio Agamben (2003) už v devadesátých letech 20. století o tom, že „nový biopolitický nomos naší planety,“ který se zde koncem dvacátého století usadil, je *tábor*. Jeho pojetí tábora vyvstává z analýzy koncentračních, ale také uprchlických táborů. V obou případech je řeč o prostorech vymezených pro lidi zbavené de facto jakýchkoli práv, které zároveň nesou signifikantní rysy totálních institucí. Agamben se však snaží uchopit nejen tábor jakožto konkrétní prostor, ale také tábor jakožto určitou figuru politického myšlení. V návaznosti na Agambena uva-

žuje psychiatr Theodor Megaloeconomou (2017) o psychiatrické nemocnici jako o místě, kde začal platit „trvalý výjimečný stav“ umožňující personálu takřka neomezené právo rozhodovat o životech pacientů (srov. také Cummins, 2018).

Podobně jako zmínění autoři uvažují nad proměnou strategií dohledu, resp. nad posunem určitého způsobu organizace místa k organizaci politického uvažování, lze přemýšlet také nad proměnami systému péče o lidi označené za duševně nemocné. Reformované komunitní služby, jak bylo výše naznačeno, mají totiž pracovat také asertivními postupy, kde se otázka dohledu stává explicitní. Například Stuen a její kolegové, v Norsku zkoumali, jak vnímají asertivní komunitní péči pacienti v nařízené komunitní péči. Část pacientů oceňovala podporující vztahy s týmem, ale část pacientů vnímala jeho aktivitu především jako nástroj sociální kontroly (Stuen, Rugkåsa, Landheim, & Wynn, 2015). Podobné dilema dokládá také příběh vyslechnutý na psychiatrické konferenci. Sestra z psychiatrické ambulance mluví o spolupráci se vznikajícím týmem CDZ. Pacient, který běžně chodí na kontroly a vyzvedává si léky, jednoho dne nepřišel. Za normálních okolností by se ambulance pokusila kontaktovat jej přes jeho rodinu nebo známé, k čemuž má ale velmi omezené možnosti. Tentokrát proto oslovili nově vzniklý terénní tým, aby jim pomohl situaci řešit. Tým navštívil pacienta v domácnosti. Ukázalo se, že se neděje nic extrémně závažného, ale pacient situaci vnímal tak, že když nedorazil na kontrolu, z ambulance *na něj* poslali terénní tým, aby jej *zkontroloval*. Sestra popisuje výsledek jako zásadní narušení důvěry mezi ambulancí a pacientem.

Zdá se tedy, že v případě asertivního kontaktování může komunitní tým působit jako disciplinační prvek, který má dotyčného usměrnit, aniž by ale musel být nutně hospitalizován. V takových situacích tedy tým potenciálně reprodukuje praxi, kterou Foucault (1993) rozpoznal již v případě útlků začátku devatenáctého století. Záleží zde ovšem na tom, zda tým přichází proto, aby dohlížel, kontroloval a disciplinoval, nebo je to, co se jeví jako dohled, kontrola a disciplinace, spíše vedlejším důsledkem snahy týmu o podporu procesu zotavení.

#### ZÁVĚR

Výše jsme představili několik modelů péče, které jsou relevantní pro komunitní psychiatrii a její další směřování v ČR. Zabývali jsme se přístupy psychosociální rehabilitace, případového vedení, modelem FACT a otevřeným dialogem. Psychosociální rehabilitaci a případové vedení chápeme jako významně se překrývající přístupy, které jsou v modelech FACT a OD dále rozpracovány. Perspektivou konceptu zotavení a především zmocnění lidí s diagnózou SMI jsme promýšleli dva posledně jmenované přístupy, které považujeme za významné v kontextu probíhající reformy psychiatrické péče v ČR a zavádění center duševního zdraví. Domníváme se, že zabývat se zmocněním, posilováním aktérství a zodpovědnosti osob s diagnózou SMI je jednou z možností, jak se v praxi vyvarovat některým hrozbám, které s sebou přináší projekt reformy psychiatrické péče. Vnímáme například závažné riziko, že některé způsoby praxe zpochybňující lidská a občanská práva osob s diagnózou SMI se pouze přesunou z uzavřeného prostoru velkých psychiatrických nemocnic

do otevřeného prostoru komunitní péče. Takovou praxi ovšem nevnímáme jako inherentní zdravotnickým institucím. V komunitních službách se také snadno může dít, že myšlenka zotavení je přijata pouze formálně, jako jeden z moderních nástrojů, které tým zahrne do své praxe za účelem větší efektivity a/nebo jednoduše proto, že se v současnosti sluší a patří, aby se služby pro lidi s diagnózou SMI přihlásily k myšlenkám hnutí recovery.<sup>7</sup>

Aktuálně v ČR probíhá pilotní fáze zavádění CDZ, způsob fungování několika prvních center se má stát východiskem pro systematizaci těchto služeb do budoucna. Je proto klíčové, na jakých hodnotách bude vystavena praxe těchto prvních týmů. Za jednu z možností, kudy se vznikající týmy mohou ubírat, považujeme naplnění organizačního rámce FACT, se kterým pracuje česká reforma, dialogickými principy. Zcela jistě to není jediná možnost, nicméně vzhledem k tomu, že otevřený dialog akcentuje psychoterapeutické nastavení komunitních služeb a hodnoty spojené se zotavením jsou mu, podle našeho názoru, inherentní, vnímáme snahy o jeho propojení s modelem FACT jako velice inspirativní. Máme za to, že FACT model umožňuje brát osobní zotavení klientů vážně, nicméně v některých případech může podpora zotavení narážet na jiné principy, přičemž FACT model sám o sobě nedisponuje žádným nástrojem pro reflexi takové situace. Například v situacích asertivního kontaktování se tým ocitá

v nejistotě, v níž je potřeba neustále individuální i týmové rozvažování, zda je právě teď potřeba převzít zodpovědnost a realizovat intervence, o které klient nemá zájem, nebo se dějí proti jeho vůli. Otevřený dialog rozšiřuje možnosti, jak nad takovými situacemi v týmu uvažovat. Obecně považujeme dialogickou praxi za jednu z možností, jak vhodně obohatit organizační rámec modelu FACT o psychoterapeutické zaměření, které sem díky svému filosofickému a etickému pozadí přináší také důraz na společné rozhodování a vůbec na posilování aktérství uživatelů péče.

Záměrem tohoto textu pak v žádném případě není zavrhnout myšlenku center duševního zdraví ani reformu psychiatrické péče obecně. Naopak chceme přispět k diskusi o tom, jaké formy praxe mohou být v procesu reformy hodnotné a přispívat k dosažení jejích cílů, přičemž se zde zaměřujeme především na deklarovanou snahu o „humanizaci“ psychiatrické péče (MZČR 2013). V tomto kontextu se také zdá důležité upozornit na to, že reforma vede ke sblížení dvou donedávna oddělených kultur organizace i péče. To je proces, který byl s velkými nadějemi dlouho očekáván, jak na straně sociálních služeb, tak v rámci zdravotnictví, je ovšem pochopitelné, že s sebou přináší také řadu obav a komplikací. Sami se v tomto poli nacházíme především na straně sociálních služeb, což možná dává určitý tvar také obavám, kterým se věnujeme v tomto textu. Uvědomujeme si, že jiný typ obav někdy artikulují zdravotničtí profesionálové. Domníváme se ale, že perspektiva, kterou navrhuje, nevyklučuje žádnou stranu z diskuse, protože se vztahuje k hodnotám, které předcházejí ono rozdělení na lékařskou a sociální péči.

<sup>7</sup> Na tento rozpor komunitních službách i jinde (nikoli přímo v souvislosti s FACT modelem), trefně upozorňují aktivistky a aktivisté z britského hnutí Recovery in the Bin, jejichž cílem je vrátit definici zotavení do rukou těm, kdo po této cestě kráčí. Více informací na webu: <https://recoveryinthebin.org/>

## LITERATURA

- Agamben, G. (2003). *Prostředky bez účelu: poznámky o politice*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Anderson, H. & Gehart, D. (2007). *Collaborative Therapy: Relationships And Conversations That Make a Difference*. New York: Routledge.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Bauman, Z. (1999). *Globalizace: důsledky pro člověka*. Praha: Mladá fronta.
- Bauman, Z. & Lyon, D. (2013). *Tekutý dohled*. Olomouc: Broken Books.
- Boer, M. de, & Goutsmits, C. (2018). From FACT to POD: a practical journey. In *Mezinárodní kolaborativní a dialogické sympózi- um Horizonty 2018*. Ostrava.
- Coleman, R. (2011). *Recovery : an Alien Concept?* (E. Longden, Ed.). Handsell Publications.
- Cummins, I. (2018). Putting Diagnosis Into Brackets: Franco Basaglia, Radical Psychiatry, and Contemporary Mental Health Services. *Illness, Crisis & Loss*, July. <https://doi.org/10.1177/1054137316659206>
- Deegan, P. E. (1997). Recovery and Empowerment for People with Psychiatric Disabilities. *Social Work in Health Care*, 25(3), 11–24. [https://doi.org/10.1300/J010v25n03\\_02](https://doi.org/10.1300/J010v25n03_02)
- Deegan, P. E. (2005). The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health, Supplement*, 33(66), 29–35. <https://doi.org/10.1080/14034950510033345>
- Deegan, P. E. & Drake, R. E. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57(11), 1636–1639. Retrieved from <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdfplus/10.1176/ps.2006.57.11.1636>
- Firm, M., Hindhaugh, K., Hubbeling, D., Davies, G., Jones, B. & White, S. J. (2013). A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(6), 997–1003. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0602-x>
- Foucault, M. (1993). *Dějiny šílenství v době osvícenství: Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Lidové noviny.
- Foucault, M. (1999). *Dějiny sexuality. I. Vůle k věděni*. Praha: Herrmann & synové.
- Foucault, M. (2000). *Dohlžet a trestat: Kniha o zrodu vězení*. Praha: Dauphin.
- Janoušková, M. (2016). *Active participants or passive patients? Representation of problems in Czech mental health policy and their effects on the subjectification of people with mental illness*. Brno: Masarykova univerzita.
- Megaloeconomou, T. (2017). Institucionální násilí a stavy „nezbytnosti“. In L. Toresini & R. Mezzina (Eds.), *Za zdmi: Deinstitutionalizace v evropských příkladech dobré praxe*. Praha: Fokus Praha.
- MZČR (2013). Strategie reformy psychiatrické péče. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
- MZČR (2016). Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ). Věstník MZ č. 5/2016. Staženo 10. 1. 2017 z <http://www.cmhd.cz/centrum/aktuality/standard-pece-center-dusevniho-zdravi/>
- MZČR (2017 a). Malý průvodce reformou psychiatrické péče. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Staženo 1. 9. 2018 [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ\\_psychiatrie\\_pruvodce\\_final.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf)
- MZČR (2017 b). Základní principy péče poskytované v CDZ. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Staženo 1. 9. 2018 z <http://www.reformapsychiatrie.cz/2016/12/19/zakladni-principy-pece-poskytovane-v-cdz/>
- Nepustil, P. & Szotáková, M. (Eds.). (2013). *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek: Metodická příručka*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- Nordén, T., Malm, U. & Norlander, T. (2012). Resource Group Assertive Community Treat-



- ment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 8, 144–151. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010144>
- Olson, M., Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014). the Key Elements of Dialogic Practice in Open Dialogue : Fidelity Criteria. *University of Massachusetts Medical School*, 1–33. Retrieved from <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/%0Ahttp://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>
- Páy, M. M., Pomajzlová Pluhařiková, J. & Štátná, J. (2017). Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici. *Psychiatrie pro Praxi*, 18(2), 69–74.
- Raboch, J. & Wenigová, B. (2012). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Praha: Česká psychiatrická společnost. <https://doi.org/10.15713/ins.mmj.3>
- Räikköläinen, V., Lehtinen, K. & Alanen, Y. O. (1991). Need-adapted treatment of schizophrenic processes: The essential role of family-centered therapy meetings. *Contemporary Family Therapy*, 13(6), 573–582. <https://doi.org/10.1007/BF00890594>
- Rogers, A. & Pilgrim, D. (2014). *A sociology of mental health and illness. Fifth edition*.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2013). *Otevřená dialogy: setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Brno: Narativ.
- Seikkula, J. & Olson, M. E. (2003). The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics. *Family Process*, 43(3), 403–418.
- Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba & Case Mangement*. Praha: Fokus Praha.
- Stuchlík, J. & Říčan, P. (2018). *FACT v ČR: Blízkost holandskému modelu v praxi komunitních služeb*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- Stuen, H. K., Rugkåsa, J., Landheim, A. & Wynn, R. (2015). Increased influence and collaboration: A qualitative study of patients' experiences of community treatment orders within an assertive community treatment setting. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1083-x>
- van Veldhuizen, J. R. & Bähler, M. (2013). Flexible Assertive Community Treatment (FACT) Manual – Vision, Model, Practice and Organisation, 69. Retrieved from <http://www.caof.org/factmanual.pdf>
- Veldhuizen, J. R. van, & Bähler, M. (2013). *Manual Flexible Assertive Community Treatment (FACT)*. Groningen: Certification Centre for ACT and FACT.
- WHO. (1996). Psychosocial rehabilitation: a consensus statement. Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/60630>
- WHO. (2010). User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe. *WHO Regional Office for Europe*, 1–13. <https://doi.org/10.2196/jmir.2791>
- Winkler, J., Zelenková, I., Vander, J., Žižlavský, M., Šupa, J. & Winklerová, L. (2016). *Analýza potřebnosti rozvoje sociálních služeb v Brně pro osoby s duševním onemocněním*. Brno: Magistrát města Brna, Masarykova univerzita.

*Došlo do redakce a přijato k recenzním řízením 4. 9. 2018. Revidované znění došlo 1. 11. 2018, k publikaci přijato 8. 11. 2018.*

## EFEKTIVITA NA ČLOVEKA ZAMERANEJ PSYCHOTERAPIE A ZÁŽITKOVÝCH PSYCHOTERAPIÍ

### Effectivity of person centred psychotherapy and experiential psychotherapies

Lubor Pilárik

*Katedra psychologických vied, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, SR; e-mail: pilarik@ukf.sk*

*Psychoterapie. 12 (3), 190–200; ISSN 1802-3983*

#### ABSTRAKT

Príspevok sumarizuje výskumné štúdie a závery metaanalýz, ktoré overujú efektivitu na človeka zameranej psychoterapie (PCT) a zážitkových psychoterapií (PCET). Autorovým cieľom je poukázať na prítomnosť viacerých empirických štúdií, ktoré dokumentujú efektivitu týchto psychotherapeutických prístupov z hľadiska na dôkazoch založenej psychoterapie. Výsledky aktuálnych výskumov prinášajú dôkazy, že PCT/PCET (a) prinášajú pre klientov žiaduce osobnostné zmeny, ktoré sú udržateľné i po ukončení psychoterapie; (b) majú porovnateľnú všeobecnú efektivitu ako kognitívne-behaviorálna psychoterapia (KBT) alebo psychodynamické psychoterapie (PDT); (c) sú efektívne pri depresiách, úzkostiach, vzťahových problémoch a psychózach, pričom sú diskutované špecifiká a sila účinnosti pri jednotlivých psychických ochoreniach; (d) prinášajú pre klientov viaceré kvalitatívne zisky, ale i negatívne dôsledky.

*Kľúčové slová:* efektivita; na človeka zameraná psychoterapia; zážitkové psychoterapie; psychické poruchy; „na dôkazoch založená psychoterapia“.

#### ABSTRACT

The article summarizes research studies and meta-analytical findings that verified effectivity of the Person Centred Psychotherapy (PCT) and Experiential psychotherapies (PCET). The author's aim is to give evidence about presence of empirical studies that are documenting effectivity of this psychotherapeutic approaches in the view of evidence based psychotherapy. Current research results states evidence that PCT/PCET (a) brings adaptive personality changes to the clients that are persistent after the end of psychotherapy; (b) have comparable general effectivity than Cognitive-behavioural therapy (CBT) or Psychodynamic psychotherapies (PDT); (c) are effective in depressions, anxiety, relationships problems, and psychosis while are discussed specifics and strengths of effectivity by particular psychic disorders; and (d) brings many of qualitative gains for clients, but some negative experiences, too.

*Key words:* effectivity, Person centred psychotherapy, Experiential psychotherapies, psychic disorders, “evidence-based psychotherapy“.

„Fakty sú priateľské.“ (C. R. ROGERS)

## 1. ÚVOD

Aktuálne epidemiologické štúdie na veľkých vzorkách populácie poukazujú na nárast psychických ochorení (napr. Heretik, Pečeňák, Heretik & Ritomský, 2003). Spoliehať sa na spontánnu zmenu v psychickom stave človeka smerujúcu k zlepšeniu bude pravdepodobne neefektívnou intervenciou. Aktuálne osobné skúsenosti psychoterapeutov poskytujúcich psychoterapiu ako i empirické štúdie efektu psychoterapie dobre dokumentujú efektívnosť psychoterapie. Jednotlivé psychoterapeutické smery vychádzajú z odlišných teórií osobnosti, čo má za následok i odlišné postupy v rámci psychoterapeutickej intervencie. Tento fakt sa prejavil v posudzovaní efektivity jednotlivých psychoterapeutických smerov pri liečbe psychických porúch. Cestou k posudzovaniu efektivity psychoterapie sa v súlade s pozitivistickou orientáciou aktuálneho vedeckého myslenia stali kvantitatívne empirické výskumy. Menej často sa v tejto oblasti objavujú kvalitatívne štúdie. Výsledky vedeckého výskumu poskytujú základňu i pre nastavovanie štátnej politiky pri liečbe psychických ochorení. Do centra sa dostávajú iniciatívy posudzovania psychoterapie z hľadiska „na dôkazoch založenej praxe“ (evidence-based practice).

Trend poskytovania „na dôkazoch založenej“ psychoterapie je možné vidieť napr. vo Veľkej Británii (UK). Národný inštitút zdravia v UK (National Health Service) implementoval sériu iniciatív k zvýšeniu kvality a úspešnosti starostlivosti o pacientov. Princíp „na dôkazoch založenej praxe“ bol definovaný ako „svedomitý, explicitný a kritický používanie súčasných najlep-

ších dôkazov pri rozhodovaní sa ohľadom starostlivosti o individuálnych pacientov“ (Sackett, Rosenberg, Gray, Hughes & Richardson, 1996, s. 71). Požiadavka efektívnej liečby bola nastavená ako národný štandard pre psychické zdravie. Zároveň bola vytvorená hierarchia v posudzovaní dôkazov efektivity psychoterapie a boli vytvorené kritériá pre posudzovanie týchto dôkazov. V prípade na človeka zameranej terapie (PCT) a v širšom ponímaní na človeka zameranej/zážitkovej psychoterapie a poradenstva (PCET) bol vznik a rozvoj empirického výskumu efektivity psychoterapie zložitejší a v určitom období značne absentovať. Za posledných približne 30 rokov sa tento trend zmenil. Existuje relatívne veľa kvalitných empirických štúdií sledujúcich efekt PCT a PCET. Výsledky týchto výskumov však aktuálne nie sú zahrnuté v príslušných štandardoch (guidance) pre jednotlivé psychické ochorenia v zahraničí (UK). Realizácia štúdií efektivity psychoterapie a ich sprístupňovanie tvorcom národných politík poskytovania psychoterapeutickej starostlivosti môže byť podstatným faktorom pre posudzovanie psychoterapie.

Cieľom predkladanej práce je sumarizovať výsledky doterajšieho empirického výskumu efektivity PCT a PCET. Rozšírenie na príbuzné psychoterapeutické prístupy k PCT bude dôležité z dôvodu, že viaceré významné metaanalytické štúdie (napr. Elliott, Greenberg, Watson, Timulak & Freire, 2013) zoskupili humanistické a zážitkové psychoterapeutické prístupy do jednej skupiny. Výsledky týchto štúdií nie sú viazané čisto na PCT.

V rámci čiastkových cieľov sa zameriam na:

a) Sumarizáciu zistení ohľadom efektivity

- PCT/PCET v štúdiách sledujúcich zmeny u klienta pred začatím liečby a po jej ukončení prostredníctvom kvantitatívnych štúdií.
- b) Zistenia o udržaní dosiahnutých zmien u klientov v rámci „follow-up“ po absolvovaní PCT/PCET psychoterapie.
  - c) Porovnanie PCT/PCET psychoterapie s vývinom psychického ochorenia bez absolvovania psychoterapie a v porovnaní s inými psychoterapeutickými prístupmi (najmä KBT).
  - d) Efektivitu PCT/PCET psychoterapie u vybraných psychických ochorení (depresivita, úzkosť, atď.)
  - e) Popis subjektívne vnímaných pozitívnych a negatívnych výsledkov PCT/PCET a procesu PCT/PCET psychoterapie.

## 2. NA ČLOVEKA ZAMERANÉ ZÁŽITKOVÉ PSYCHOTERAPIE

Rogers bol presvedčený, že existuje jediná motivačná sila, ktorá určuje vývin ľudských bytostí – aktualizácia tendencie (Mearns & Thorne, 2013). Psychická maladjustácia z pohľadu PCT u človeka nastáva vtedy, keď organizmus poprie uvedomenie významných zážitkov alebo skreslí v uvedomení významné zážitky. Zážitky nie sú presne symbolizované a organizované do štruktúry Self. Vzniká tým inkongruencia medzi Self a zážitkom (Šiffelová, 2010).

Rogers (1951) hovorí o troch ústredných podmienkach v terapeutickom vzťahu, a to *terapeutovej kongruencii, nepodmienenom pozitívnom prijatí klienta terapeutom a empatickom porozumení klientovi*. Rogers vyslovil presvedčenie, že nijaké iné podmienky nie sú nevyhnutné.

Zážitkové terapie nadviazali na klasickú

PCT. Nepopierajú význam ústredných terapeutických podmienok a ich priameho efektu v terapii. Hlavný rozdiel je možné vidieť v ich pohľade na direktivitu v priebehu terapie. V zážitkových terapiách je rola terapeuta rozšírená tým, že usmerňuje proces klientovho prežívania a čiastočne sa stáva expertom na to, ako pracovať s klientovým spôsobom spracovávania zážitkov (Šiffelová, 2010). Medzi zážitkové terapie môžeme zaradiť napr. focusing, na emócie zameranú terapiu (EFT) či existencionálnu terapiu (Elliott, 2013; Wilkins, 2016). Vzhľadom na komplexnosť jednotlivých zážitkových terapií uvádzam stručnú ilustráciu dvoch prístupov.

Focusing vychádza z klasického prístupu Rogersa. Gendlin (2007) zistil, že pre terapeutickú zmenu nie je kľúčové to, o čom klient hovorí, ale to ako sa vzťahuje k svojmu prežívaniu. Focusing je proces, ktorým sa človek dostáva do kontaktu s telesným pociťovaním (bodily felt sense). Zameraním sa na telesné pociťovanie môže klient zachytiť jeho význam a presnejšie mu porozumieť. Presná symbolizácia telesného pocitu vyvoláva tzv. pociťovaný posun (felt shift). Tento posun je sprevádzaný pocitom uvoľnenia, ujasnenia a zážitkom skutočnej zmeny. Focusing neopúšťa základne princípy PCT (klient je centrom terapie), ale zdôrazňuje potrebu podporovať proces prežívania a zameriavať naň pozornosť. V tomto sa odkláňa od nedirektívneho prístupu a stáva sa direktívnejším v procese (Šiffelová, 2010).

Terapia zameraná na emócie (EFT) taktiež preberá koncepciu ústredných podmienok terapeutického vzťahu. Terapeutický vzťah pomáha klientovi viac tolerovať intrapersonálnu úzkosť, tým mu umožňuje viac sa na ňu zamerať a preskúmať popreté

či skreslené zážitky (Wikins, 2016). Cieľom terapie je dostať sa k maladaptívnym emóciám v ich prežívanej podobe. Prijatím emócií je možná ich transformácia. EFT využíva viacero intervencií (dve stoličky, prázdna stolička), aby aktivovala zásadné emócie. Všetky intervencie sa odohrávajú vo vysoko empatickom vzťahu. Terapeutovo objasnenie dokáže pomôcť klientovi presnejšie uchopiť svoje zážitky (Šiffelová, 2010). Podobne ako focusing, i EFT sa vyznačuje väčšou mierou direktivity vedenia terapie v porovnaní s klasickým PCT.

### 3. VÝSKUM PSYCHOTERAPIE

Rogers bol jedným z prvých priekopníkov výskumu v psychoterapii. Jeho výskum procesu psychoterapie bol inovatívny a viazal sa na používanie nahrávacích technológií v štyridsiatych rokoch minulého storočia. Taktiež sa zamerl na výskum výsledkov (outcomes) psychoterapie v kontrolovaných podmienkach začiatkom päťdesiatych rokov minulého storočia ako i moderný výskum procesu a výsledkov psychoterapie počas päťdesiatych rokov minulého storočia (vývin posudzovacích škál a Q-triedenia). Napriek týmto priekopníckym snahám došlo postupne v šesťdesiatych rokoch minulého storočia k útlmu výskumu v PCT a podľa Lietaera (in Elliott, 2016) i k zníženiu postavenia a vitality PCT medzi rokmi 1970 až 1990. Od deväťdesiatych rokov minulého storočia dochádza k oživeniu tradície výskumu humanistickej psychoterapie zahrňujúcej PCT/PCET. Tieto iniciatívy vychádzali najmä od výskumníkov v na proces zameranom/zážitkovom/na emócie zameranom prístupe (EEF). Za posledných 30 rokov sa rozšíril výskum PCT/PCET psychoterapie zameraného

na výsledky súbežne s rýchlym rozvojom a akceptáciou kvalitatívneho výskumu. Kvantitatívny ako i kvalitatívny výskum bol už súčasťou Rogersových snažení. Ale nárast kvantitatívnych na výsledky zameraných výskumov odrážal politickú nevyhnutnosť dosiahnuť požiadavky štátnej správy a profesijných zoskupení vychádzajúcich z princípu na dôkazoch založenej praxe (Elliott, 2016).

#### 3.1. VŠEOBECNÉ VÝSKUMNÉ ZISTENIA O EFEKTIVITE PCET A PCT

Najrozsiahlejšou štúdiou efektu PCT/PCET bola metaanalýza Elliotta et al. (2013). Štúdie, ktoré boli zahrnuté do meta-analýzy, obsahovali viac ako 14 tis. ľudí, obsahovali kontrolované štúdie, ako i štúdie porovnávajúce efektivitu jednotlivých psychoterapeutických prístupov.

Výsledky ich meta-analýzy poukázali na veľkú (large) významnosť rozdielu<sup>1</sup> vo výsledkoch psychoterapie medzi počiatočným a následným meraním ( $d = .9$ ). Rozdiel medzi jednotlivými terapeutickými prístupmi bol nevýznamný. Zážitková psychoterapia bola ekvivalentná voči ostatným terapeutickým prístupom všeobecne, i keď v porovnaní s KBT mala triviálne horšie terapeutické výsledky. Na druhej strane mali PCET triviálne lepšie terapeutické výsledky v porovnaní s ostatnými terapeutickými smermi.

Pri interpretácii týchto rozdielov je potrebné vziať do úvahy, že výskumníci, ktorí

<sup>1</sup> Vecná významnosť rozdielu bola zvolená nasledovne: ekvivalentné = viac ako  $-0.1$  a menej ako  $0.1$ ; triviálny rozdiel = medzi  $0.1$  a  $0.2$ ; nejednoznačný = medzi  $0.2$  a  $0.4$ ; klinicky lepšie/horšie = viac ako  $0.4$ .

viedli kontrolné skupiny ako terapeuti boli v niektorých prípadoch inej teoretickej orientácie, nemali dlhodobý a systematický výcvik v danom prístupe a nazývali ich ako „podporné“ alebo „nedirektívne“ terapie. Taktiež sa zistilo, že „výskumnícka lojalnosť“ (researcher allegiance) mala vplyv na výsledky terapie. Keď Elliott et al. uskutočnili príslušné štatistické korektúry, všetky rozdiely medzi terapeutickými prístupmi boli redukované na ekvivalentnú vecnú významnosť.

Celkovo je tak možné uzavrieť, že zážitkové psychoterapie sa spájajú s veľkou pre-post zmenou u klientov (Elliott, 2016). Metaanalýza Elliotta et al. (2013) neodlišovala konkrétne prístupy v rámci zážitkových psychoterapií. Uvedomovali si však, že jednotlivé prístupy sa medzi sebou odlišujú mierou akou terapeut *vedie proces* psychoterapie. Tradičné PCT a podporné terapie majú všeobecne menší stupeň vedenia, zatiaľ čo ostatné zážitkové prístupy (napr. na emócie zameraná psychoterapia) majú vyššiu úroveň vedenia procesu psychoterapie. Elliott et al. (2013) rozdelili jednotlivé psychoterapeutické prístupy z hľadiska miery vedenia a porovnali ich efektívnosť. Zážitkové prístupy s nízkym vedením boli len triviálne horšie v dosiahnutých výsledkoch psychoterapie v porovnaní s KBT. Zážitkové prístupy s vysokým vedením boli voči KBT ekvivalentné. Uvedené zistenia vysvetľujú mierne rozdiely v efektívnosti jednotlivých zážitkových terapeutických prístupov. Zistené rozdiely sú však klinicky zanedbateľné. Je možné usudzovať, že celkovo zážitkové psychoterapie ako i konkrétne PCT majú psychoterapeutický efekt pri osobnostnej zmene klientov. Konkrétnu celkovú efektívnosť PCT zaznamenala i skor-

šia štúdia Stilesa et al. (2007). Stiles et al. porovnávali efektívnosť KBT, PCT a psychodynamického prístupu (PDT). Zistili, že všetky tri prístupy mali veľký pre-post psychoterapeutický efekt ( $d = 1.39$ ). Všetky tri psychoterapeutické prístupy mali zároveň ekvivalentný efekt. Podobný záver robí i Elliott (2016), ktorý sumarizuje, že PCT je rovnako efektívna ako KBT. Vychádza zo záverov 22 štúdií, kde bola PCT rovnako efektívna ako KBT pri posudzovaní pre-post psychoterapeutickej zmeny.

Na základe vyššie uvedených výsledkov výskumu nebude prekvapivé, že klienti v zážitkových psychoterapiách mali veľké terapeutické zisky v porovnaní s klientmi, ktorí neboli do psychoterapie zaradení (Elliott et al., 2013). Tieto zistenia poskytujú silnú podporu pre zážitkové psychoterapie a poukazujú na to, že klienti používajú seba, aby si pomohli ku zmene (Elliott, 2016).

Dôležitým faktorom pri posudzovaní psychoterapeutického efektu je i udržateľnosť psychoterapeutickej zmeny. Elliott et al. (2013) vyhodnocovali stabilitu dosiahnutej zmeny po ukončení psychoterapie (follow up), a to približne 1 mesiac ako i 1 rok po ukončení psychoterapie. Klienti, ktorí absolvovali zážitkové psychoterapie si udržali a dokonca i mierne zvýšili svoje zisky zo psychoterapie.

Zisťovanie celkových výsledkov pre-post psychoterapeutického efektu jednoznačne potvrdzuje účinnosť zážitkových prístupov. Klienti mali po absolvovaní PCET merateľné pozitívne osobnostné zmeny. Tieto zmeny nie je možné pripísať spontánnemu zlepšeniu stavu klientov, keďže boli do výskumu zaradení i „čakatelia“ na psychoter-

piu. Navyše PCET mali i post-terapeutické zisky. Absolvovanie PCET podnietilo osobnostné zdroje u klientov, ktorí si dokázali udržať osobnostné zmeny a osobnostne rásť i po ukončení psychoterapie. Výsledky empirických štúdií prinášajú i podstatné zistenie, že jednotlivé psychotherapeutické prístupy sa klinicky významne nelíšia v dosiahnutých výsledkoch psychoterapie. Psychotherapeutické prístupy mali ekvivalentné psychotherapeutické efekty. Napriek tomu, že takýto celkový obraz o efektívite jednotlivých psychotherapeutických prístupov je podstatný, nesie v sebe i riziko neprimeraného zovšeobecnenia. Klienti s rozličnými psychickými problémami môžu odlišne reagovať na jednotlivé podmienky, ktoré sú špecifické pre psychotherapeutické prístupy. V nasledujúcej časti priblížim špecifiká vybraných psychických porúch vzhľadom na výskumne podporenú efektívitu PCET a PCT.

### 3.2. PCET A PCT PRI DEPRESIÁCH

Ellison, Greenberg, Goldman a Angus (2009) urobili štúdiu objasňujúcu zisky z PCET u depresívnych klientov. Klienti so strednou až ťažkou depresiou boli náhodne zaradení do PCT alebo do Na emócie zameranej terapie (EFT) v rozsahu od 16 do 20 sedení. Klienti boli následne monitorovaní po dobu 18 mesiacov. Po uplynutí 6 mesiacov od ukončenia psychoterapie neboli zaznamenané významné rozdiely medzi skupinami. Rozdiel sa ukázal až po uplynutí 18 mesiacov. Prvé znaky relapsu depresie v skupine EFT sa ukázali v priemere po 68 týždňoch a v PCT skupine v priemere po 53 týždňoch od ukončenia psychoterapie. Uvedené zistenia poukazujú na efektívitu PCET ako i PCT pri liečbe depresie.

Efekt EFT bol však v porovnaní s PCT silnejší.

Metaanalýza Elliotta et al. (2013) priniesla zistenie, že PCET majú ekvivalentný psychotherapeutický efekt ako ostatné psychotherapeutické prístupy. Terapie, ktoré mali v sebe vyššiu mieru vedenia (Geštalt a EFT), mali klinicky významnú výhodu v porovnaní s prístupmi s nižším procesom vedenia psychoterapie. Elliott et al. dokonca identifikovali tri metodologicky kvalitné randomizované štúdie, ktoré preukázali ekvivalentnú alebo superiornu efektívitu EFT pri liečbe depresie. Porovnaním s kritériami empiricky potvrdenej psychoterapie, výsledky tejto štúdie indikujú, že EFT je „účinná a špecifická“<sup>2</sup> pre liečbu depresie. Podobne boli zistené i štyri metodologicky kvalitné randomizované štúdie pre PCT. Výsledky týchto štúdií indikujú, že PCT je „účinná a špecifická“ pre liečbu popôrodnej depresie (Mullings, 2017).

Výsledky doterajšieho výskumu poukazujú na to, že PCET spĺňajú kritériá z hľadiska na dôkazoch založenej terapie. PCET boli rozsiahle skúmané a výsledky prinášajú silné dôkazy pre veľké pre-post terapeutické zisky. Aktuálne existujú dôkazy, že psychotherapeutické zisky z PCET sú ek-

<sup>2</sup> Revidované kritériá Chamblesa a Hollona (1998) podľa Mullings, 2017, s. 27) pre posúdenie úrovne empirickej podpory psychologickéj intervencie. Definované sú tri úrovne efektívnosti liečby: 1. pravdepodobne účinná; 2. účinná; 3. účinná a špecifická (najmenej dve nezávislé výskumné nastavenia, liečba sa musí preukázať štatisticky významne a nadradene buď (a) k liečbe bez vedomia klientov (to a non-bona fide treatment; napr. placebo) alebo k (b) alternatívnej liečbe s vedomým klientom (to an alternative bona fide treatment). Pri konfliktných dôkazoch, prevaha dobre kontrolovaných štúdií podporuje liečbu.).

vivalentné s inými psychoterapeutickými prístupmi vrátane KBT (Elliott, 2016). Podobne bola preukázaná účinnosť PCT pri liečbe depresie. Komparáciou s EFT sa črtá hypotéza, že vyššia miera vedenia depresívnych klientov sa stretáva s vyššou



**Lubor  
Pilárik**

**Absolvent jednodoborového štúdia psychológie na Katedre psychologických vied FSVaZ UKF v Nitre, kde aktuálne pôsobí ako odborný asistent. Vyučuje psychológiu osobnosti, psychológiu rozhodovania a metodológiu psychologického výskumu. Absolvoval dlhodobý psychoterapeutický výcvik v PCA v Prahe. Pracuje čiastočne v ambulancii klinickej psychológie a v súkromnej poradni pre deti s poruchami učenia a reči. Výskumne sa venuje témam emočnej inteligencie a kariérového rozhodovania.**

efektivitou psychoterapie. V tejto oblasti je potrebný ďalší výskum, ktorý by empiricky ozrejmil rolu vedenia procesu psychoterapie psychoterapeutom. Podobne sú v prípade PCT potrebné ďalšie metodologicky kvalitné randomizované štúdie pri iných formách depresie, ktoré by spĺňali kritériá na dôkazoch založenej liečby.

### 3.3. PCET A PCT PRI VZŤAHOVÝCH PROBLÉMOCH

Elliott et al. (2013) zistili, že pozitívne výsledky PCET sú najkonzistentnejšie u klientov so vzťahovým distresom. Veľký pozi-

tívny efekt PCET bol zistený pri párovej a rodinnej terapii ako i pri individuálnej terapii. Porovnaním s inými psychoterapeutickými prístupmi vrátane KBT bol zistený superiórny terapeutický efekt PCET pre vzťahové problémy. Pri porovnaní EFT a PCT bolo zistené, že EFT mala väčší psychoterapeutický efekt v porovnaní s inými psychoterapeutickými prístupmi, zatiaľ čo efekt PCT bol rovnaký ako pri ostatných psychoterapeutických prístupoch.

Z uvedenej meta-analýzy vyplýva, že všeobecne PCET terapie majú preukázateľný efekt pri riešení vzťahových problémov. Empirické štúdie zároveň napĺňajú kritériá na dôkazoch založenej liečby. PCET sú tak efektívne pri liečbe interpersonálnych traum a vzťahových problémov (problémy vo vzťahoch, komplexné traumy, zneužívanie v detstve) (Elliott, 2016). PCT má preukázaný a ekvivalentný pre-post terapeutický efekt pri vzťahových problémoch a EFT dokonca lepší terapeutický efekt ako ostatné prístupy. Štúdia Macintosa a Johnsonovej (2008) poukázala na pozitívne výsledky pri liečbe desiatich párov, z ktorých bol jeden partner v detstve sexuálne zneužívaný a naplnil diagnostické kritériá pre post traumatickú stresovú poruchu (PTSD). Polovica zo sledovaných párov referovala o zvýšení spokojnosti vo vzťahu. U všetkých klientov sa po EFT klinicky významne znížili symptómy traumy. Na konci štúdie až 80 % klientov už nenaplnilo kritériá pre PTSD. Efektivita EFT bola zaznamenaná u 31 dvojíc s neistým pripútaním v štúdií Dalgleisha et al. (2015), u ktorých bolo posudzovaná úzkosť, vyhýbanie sa pripútaníu, emočná kontrola a dôvera vo vzťahu. Autori poukazujú na to, že EFT pre páry reprezentuje príležitosť pre emočné spojenie sa tých, ktorí prežívajú strach z rozdelenia.



### 3.4. PCET A PCT PRI ÚZKOSTNÝCH PORUCHÁCH

Metaanalýza Elliotta et al. (2013) identifikovala významný celkový pre-post efekt liečby úzkosti prostredníctvom PCET ( $d = .94$ ). Jednotlivé PCEP terapie boli značne variabilné v dosiahnutých pre-post efektoch liečby. Podporné terapie mali nižší terapeutický efekt ako ostatné PCET. Porovnaním s inými psychoterapeutickými prístupmi mali PCET najmenší efekt pri liečbe úzkosti. Najlepší psychoterapeutický efekt mala KBT. Ďalšia analýza subtypov úzkostných porúch poskytla jasné dôkazy pre lepší účinok KBT pri generalizovanej úzkostnej poruche, do istej miery lepší účinnok KBT i pri panickej poruche a agorafóbií, a nejednoznačne lepší účinok KBT pri fóbiách a sociálnej úzkosti. Po tom ako bol štatisticky korigovaný efekt výskumníckej loajlnosti, rozdiely v účinnosti KBT a PCET klesli na nejednoznačne významný rozdiel. Elliott (2016) následne konštatuje, že PCET sú pri úzkostných poruchách menej efektívne ako KBT. V porovnaní s pozitívnymi výsledkami efektivity PCET pri iných kategóriách klientov, PCET si nevedú tak dobre ako KBT pri liečbe úzkosti (najmä panickej poruchy a generalizovanej úzkostnej poruchy). Elliott predpokladá, že klienti s úzkostnými poruchami lepšie reagujú na štruktúrovanejšie terapeutické prístupy. V samostatnej meta-analytickej štúdii sa Elliott (2013) zameril na úzkosť. Poukázal na to, že vyhýbanie sa situáciám vyvolávajúcich strach a vyhýbanie sa prežívaniu, sú bežne prítomné u úzkostlivých ľudí. Predpokladá, že nedostatok štruktúry v skorých fázach terapie môže byť pre úzkostných ľudí neznesiteľným zážitkom. Aktívnejší a proces vedúci prístup v terapii

môže podľa jeho názoru zvýšiť efektívnosť PCET pri práci s úzkostnými klientmi.

Elliott (2013) uzatvára jeho výskum úzkosti stanoviskom, že PCET preukazujú primeraný pre-post terapeutický efekt ( $d = .88$ ), s preukázanou slabšou efektívnosťou v kontrolovaných štúdiách ( $d = .5$ ). Aplikácia PCET a PCT pri liečbe úzkostných porúch je výzvou pre vedenie terapeutického procesu ako i súbežný výskum jej efektivity. Na tieto zistenia nadväzuje napr. Timulák et al. (2018), ktorý spája základné PCT nastavenie terapeuta s prvками EFT pri terapii úzkostných porúch. Exploračná štúdia Timuláka et al. (2017) napríklad preukázala u 14 klientov veľký pre-post terapeutický efekt EFT ako i stabilitu efektu v šesť mesačnom „follow up“ pri generalizovanej úzkostnej poruche (GAD). Pre zaradenie PCET a PCT medzi efektívne a špecifické terapeutické prístupy z hľadiska na dôkazoch založenej liečbe, je potrebný ďalší kvalitný výskum, príp. integratívny prístup pri liečbe úzkostných porúch.

### 3.5. PCET A PCT PRI PSYCHÓZACH

Mullings (2017) poukazuje na to, že v štandardoch v UK pre liečbu psychóz sa nachádza stanovisko odporúčajúce neponúkať poradenstvo a podpornú psychoterapiu (ako špecifickú intervenciu) ľuďom so schizofréniou. Dopad tohto odporúčania je viditeľný v UK tým, že neboli ľuďom trpiacim schizofréniou ponúkané podporné skupiny. Elliott et al. (2013) analyzoval údaje z deviatich štúdií a zistil triviálne malú výhodu KBT pri psychózach v porovnaní s PCET s veľmi variabilnými výsledkami. Elliott et al. poukazujú na to, že viaceré terapeutické prístupy označené za „na človeka

zamerané“ boli v podstate zmesou podpor-  
ných intervencií a len niekoľko z nich boli  
skutočne zážitkové. Metaanalýza šiestich  
štúdií Elliotta et al. (2013) liečby psychóz  
priniesla zistenie o veľkom pre-post tera-  
peutickom efekte PCET. V danom období  
nezaznamenali štúdie, kde by sa dali po-  
rovnať výsledky PCET terapií s výsledkami  
u čakateľov na terapiu. Päť komparatívnych  
štúdií preukázalo konzistentný a stredne  
silný pozitívny efekt PCET ( $d = .39$ ). Mul-  
lings (2017) klasifikuje PCEP ako „možno  
účinné“ (possibly efficacious).

Elliott (2016) konštatuje, že v prípade  
psychóz dosahujú PCET kritériá na dôka-  
zoch založenej liečbe. Napriek relatívne  
malému počtu štúdií sa preukázal veľký  
pre-post efekt. PCT môžu byť efektívne  
pri práci s klientmi zažívajúcich psycho-  
tický proces (napr. schizofréniu). Tieto  
zistenia sú v rozpore s NICE štandardmi  
pre schizofréniu, ktoré hodnotia podporné  
poradenstvo ako kontraindikované.

### 3.6. KVALITATÍVNE VÝSLEDKY PCET A PCT

Kvalitatívny výskum výsledkov psycho-  
terapie môže priniesť komplexnejší a vy-  
váženejší pohľad na efekt psychoterapie,  
stimuluje reflexiu klientov ohľadom toho,  
čo prináša psychoterapia do ich života.  
Timulák a Creanerová (2010) uskutočnili  
kvalitatívnu meta-analýzu popisov klientov  
o pozitívnych a negatívnych výsledkoch  
PCEP. Najčastejšie to boli klienti, ktorí  
si absolvovali EFT alebo PCT. Pozitívne  
výsledky kategorizovali autori do troch  
meta-kategórií:

1. *Oceňovanie zážitkov seba* – zahrňovalo  
pokojnejšie a zdravšie prežívanie emócií

(schopnosť byť otvorený, ovládať a vyjad-  
rovať emócie, zážitky nádeje a pokoja,  
stabilnejšie fungovanie, atď.), oceňovanie  
zraniteľnosti, zážitky sebasúcitú, zážit-  
ky odolnosti, pocity posilnenia, zvlá-  
danie symptómov, záujem o zmeny v oko-  
litých podmienkach.

2. *Oceňovanie zážitkov seba vo vzťahoch  
s druhými* – pocity podpory, záujem  
o stretávanie sa s druhými.
3. *Zmena pohľadu na seba a ostatných  
ľudí* – náhľad na seba a sebauvedomenie,  
zmena pohľadu na druhých ľudí.

Negatívne výsledky obsahovali:

1. *Pretrvávajúce tých istých problémov* – veľ-  
ká časť klientov pokračovala v prežívaní  
problémov vyplývajúcich z ich závislosti  
(hlavný problém sa presunul do nejakých  
problémov), chýbajúce pocity vyriešenia  
problému.
2. *Pretaženosť*.
3. *Pocity poškodenia terapeutom* – zápas  
o moc, tlačení k tomu, aby boli lepší,  
nemožnosť opustiť poradenstvo.
4. *Strach zo zmeny*.
5. *Sklamanie z toho, že im nebolo porozu-  
mené*.

Timulák et al. (2017) podrobili kvali-  
tatívnej analýze skúsenosti klientov s ge-  
neralizovanou úzkostnou poruchou (GAD)  
pri EFT. Zistili, že u klientov došlo k zme-  
ne v emočnom fungovaní, úzkosti, seba-  
akceptácii, sebadôvere a seba porozume-  
ní. Klienti považovali za napomáhajúce  
vzťahové aspekty práce a zážitkové úlohy  
v hĺbke (in-depth experiential tasks), pri-  
čom niektorí klienti považovali zážitkovú  
časť práce za náročnú.

#### 4. ZÁVER

Cieľom príspevku bolo sumarizovať zistenia ohľadom efektivity PCT/PCET terapií. Aktuálne výskumy a meta-analytické štúdie preukazujú účinnosť PCET ako i PCT. Klienti PCET a PCT terapií majú preukázateľné zisky po absolvovaní terapie. Tieto zisky z PCET a PCT terapie zostávajú stabilné i po ukončení terapie. Dokonca meta-analytické štúdie poukazujú na mierne zlepšovanie stavu klientov i po ukončení terapie. Aktuálny stav výskumu zároveň ponúka vhľad do „súboja“ medzi terapeutickými prístupmi. Zo všeobecného hľadiska sa ukazuje, že PCET/PCT majú porovnateľné výsledky terapie ako KBT alebo PDT. Mierne rozdiely v účinnosti jednotlivých prístupov boli zaznamenané pri štúdiu konkrétnych psychických porúch. PCET majú mierne lepšiu účinnosť pri riešení vzťahových problémov a vzťahových tráum v porovnaní s ostatnými prístupmi. Rovnocenné výsledky terapie voči ostatným prístupom boli zaznamenané v prípade depresie. Dokonca EEF naplnila kritériá pre liečbu depresie ako „účinnnej a špecifickej“ a PCT pre liečbu popôrodne depresie taktiež ako „účinnnej a špecifickej“. Naopak, mierne nižší efekt v porovnaní s KBT bol zaznamenaný pri liečbe úzkostných porúch (najmä generalizovanej úzkostnej poruchy, panickej poruchy a agorafóbie). Napriek tomu PCET terapie dosahujú kritériá „pravdepodobne účinnej“ terapie.

Pre intenzívnejší rozvoj výskumu PCET/PCT je potrebné, aby sa psychoterapeuti intenzívnejšie zapojili do výskumu. Elliott (2016) ponúka viacero spôsobov, ako môže byť rozvoj výskumu dosiahnutý: (a) *Monitorovanie procesu terapie s vlastnými klientmi* – môžu byť použité meracie

nástroje ako je napr. CORE-OM. CORE-OM bol adaptovaný na slovenské podmienky Gampeovou et al. (2007). Jeho 34 položková verzia umožňuje merať zmeny v procese terapie v štyroch oblastiach (subjektívny well-being, problémy/symptómy, interpersonálne a sociálne fungovanie a rizikové správanie k sebe a k iným). (b) *Pridanie do terapie posúdenia vnímania procesu zmien klientom* – monitorovanie zmien vnímaných klientom môže pomôcť identifikovať účinné faktory terapie (otvorené otázky ohľadom toho, čo klient vnímal za napomáhajúce a brzdiace sedenie). (c) *Tvorba kazuistických štúdií*. (d) *Vytvorenie zoskupení praktických terapeutov*, ktorí budú zaangažovaní do výskumu efektu terapie a budú prinášať údaje potvrdzujúce napĺňanie kritérií na dôkazoch založenej liečby. (e) *Realizácie malých a stredne veľkých randomizovaných štúdií* – porovnanie klientov s čakateľmi na terapiu alebo s klientmi v iných terapeutických prístupoch. K uvedeným námetom ešte pridávam, že pre angažovanie sa do výskumu terapie by mohlo byť prínosom, ak by existovali relatívne *jednoduché pokyny a návody*, ako realizovať z metodologického hľadiska dostatočne dobrú štúdiu, príp. akými spôsobmi nastaviť dizajn výskumu, zber údajov atď. Zoskupením údajov od viacerých praktických psychoterapeutov by bolo možné tieto údaje vyhodnotiť vo forme štúdií, ktoré by napĺňali štandardy pre výskum psychologickéj intervencie. Tu sa v našich podmienkach vytvára široký priestor pre výskumnú spoluprácu akademického prostredia (univerzitní výskumníci) s praktickými terapeutmi v záujme získavania kvalitných údajov pre preukázanie PCET ako na dôkazoch založenej terapie.

**Bez konfliktov záujmov.**

## LITERATÚRA

- Dalgleish, T. L., Johnson, S. M., Moser, M. B., Lafontaine, M., Wiebe, S. A. & Tasca, G. A. (2015). Predicting change in marital satisfaction throughout emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(3), 276–291.
- Elliott, R. (2013). Person-centred/experiential psychotherapy for anxiety difficulties: Theory, research and practice. *Person-centred and Experiential Psychotherapies*, 12(1), 16–32.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J., Timuľák, L. & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Berging & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6-th ed., pp. 495–538). New York, NY: Wiley.
- Elliott, R. (2016). Research on person-centred/experiential psychotherapy and counselling: summary of the main findings. In *Person-Centred Counselling and Psychotherapy*. (pp. 223–232), Maidenhead, Berkshire: McGraw-Hill/Open Universities Press.
- Ellison, J. A., Greenberg, L. S., Goldman, R. N. & Angus, L. (2009). Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 103–112.
- Gendlin, E. T. (2007). *Focusing: telesné prožívání ako terapeutický zdroj*. Praha: Portál.
- Heretik, A., Pečeňák, J., Heretik, A. & Ritomský, A. (2003). 10 rokov epidemiologického výskumu psychických porúch na Slovensku (štúdie EPIx). *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*, 20(3), 25–28.
- Macintosh, H. B. & Johnson, S. M. (2008). Emotionally focused therapy for couples and childhood sexual abuse survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34, 298–315.
- Mearns, D. & Thorne, B. (2013). *Terapie zaměřená na člověka: pro využití v praxi*. Praha: Grada.
- Mullings, B. (2017). *A literature review of the evidence for the effectiveness of experiential psychotherapies*. Melbourne: PACFA.
- Rogers, C. R. (1951). *Client Centered Therapy*. London: Constable.
- Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Hughes, B. & Richardson, W. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it is not. *British Medical Journal*, 312, 71–72.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J. & Connell, J. (2007). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 38, 677–688.
- Šiffelová, D. (2010). *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*. Praha: Grada.
- Timuľák, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, Ch., Ward, F., Hevey, D., Griffin, P., Jacobs, L., Irwin, B. (2018). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19(506), 1–11.
- Timuľák, L. (2018). Humanistic-experiential therapies in the treatment of generalised anxiety: A perspective. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18(3), 233–236.
- Timuľák, L. & Creaner, M. (2010). Qualitative meta-analysis of outcomes of person-centred and experiential psychotherapies. In M. Cooper, J. C. Watson & D. Holldampf (Eds.), *Person-centred and experiential therapies work* (pp. 65–90). Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- Timuľák, L., McElvaney, J., Keogh, D., Martin, E., Clare, P., Chepukova, E. & Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. *Psychotherapy*, 54(4), 361–366.
- Wilkins, P. (2016). Person-Centred and Experiential Psychotherapies in the 21st Century. In P. Wilkins (Ed.), *Person-Centred and Experiential Therapies: Contemporary Approaches and Issues in Practice* (pp. 1–14). London: Sage.

Došlo do redakcie a prijato k recenznímu řízení 26. 11. 2018. Revidované znění došlo 20. 12. 2018, k publikaci přijato 21. 12. 2018.

## PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BRNO

přijme

### PSYCHOLOGA/PSYCHOLOŽKU

pro práci v Centru duševního zdraví (CDZ) na Jugoslávské ulici v Brně

#### Požadujeme:

- ❖ **specializaci z klinické psychologie a systematické psychoterapie**
- ❖ praxi v oboru
- ❖ bezúhonnost a zdravotní způsobilost
- ❖ příjemný a profesionální přístup
- ❖ časovou flexibilitu a ochotu vzdělávat se
- ❖ jazyková vybavenost výhodou

#### Nabízíme:

- ❖ jedinečnou možnost podílet se na budování nové formy psychiatrické péče v rámci reformy v psychiatrii
- ❖ nástup dle domluvy, možnost práce na zkrácený pracovní úvazek
- ❖ pracovní jistotu a stabilní zázemí v odborně i ekonomicky úspěšné nemocnici, která CDZ zřizuje
- ❖ dodatkovou dovolenou (celkem 30 dnů za rok)
- ❖ důchodové připojištění
- ❖ možnost dalšího odborného růstu a dalšího vzdělávání v oboru
- ❖ možnost ubytování

Váš životopis společně s motivačním dopisem zasílejte na e-mail: [sekretariat@pnbrno.cz](mailto:sekretariat@pnbrno.cz) nebo na adresu:

**Psychiatrická nemocnice Brno  
Húskova 2  
618 32 Brno**

#### Kontaktní osoby:

Bc. Eva Stehlíková, tel.: 548 123 239 - personální úsek PN Brno

Jindřiška Boráňová, tel.: 548 123 544 - referent pro rozvoj lidských zdrojů PN Brno

## VÝVOJ ZÁVAZKU K CELOŽIVOTNÍ ABSTINENCI U PACIENTŮ BĚHEM ODVYKACÍ LÉČBY ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU: ZAKOTVENÁ TEORIE

**Commitment to a lifetime abstinence among addicted in-patients  
during their alcohol withdrawal treatment: grounded theory**

**Klára Rouchalová, Jan Roubal**

*Katedra psychologie FSS MU, Brno, CZ; e-mail: klara.rouchalova@gmail.com;  
e-mail: jan.roubal.cz@gmail.com*

*Psychoterapie. 12 (3), 202–218; ISSN 1802-3983*

### ABSTRAKT:

Studie přispívá k porozumění terapeutické změně, ke které dochází u pacientů léčících se v odvykací léčbě závislosti na alkoholu dle Skálova modelu. Výzkumnou otázkou je, jak se u pacientů léčících se v 13týdenní režimové odvykací léčbě vyvíjí závazek k celoživotní abstinenci. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 27 pacientů podstupujících léčbu na oddělení č. 19 v Psychiatrické nemocnici Brno. Získaná data byla analyzována metodou zakotvené teorie. Výsledná teorie je prezentována formou sekvenčního modelu 4 fází, které popisují, jak se proměňuje závazek pacientů k celoživotní abstinenci. Ústředním konceptem je budování sebeúcty, ke kterému dochází primárně na základě vytváření sebevědomí a získávání pozitivní zpětné vazby. Výzkumná zjištění jsou diskutována s dosavadními poznatky o procesu zotavování se ze závislosti. Závěrem jsou poskytnuty výzkumné a klinické implikace.

*Klíčová slova:* Závislost na alkoholu, Apollinářský systém léčby, odvykací léčba, závazek k celoživotní abstinenci, self-esteem, self-efficacy, zmocňování, proces zotavení ze závislosti

### ABSTRACT:

The thesis contributes to the understanding of therapeutic change of in-patients during an alcohol withdrawal treatment based on Skála's treatment system. Research answers the question how the commitment to a lifetime abstinence develops in patients during their 13 weeks long alcohol withdrawal treatment. The explored group of participants consists of 27 respondents who were hospitalized during the research at the ward no. 19 in the Psychiatric Hospital in Brno. The method of grounded theory analysis was conducted. Final theory is presented through a sequential model of 4 phases which describe the change of patients' commitment to a lifetime abstinence. The central concept is building of self-esteem that is supported by processed of improving self-efficacy and receiving positive feedback. The research findings are discussed within existing empirical findings on the process of addiction recovery. Finally, the research and clinical implications are provided.

*Keywords:* Alcohol dependency, Apollinaire's treatment system, alcohol withdrawal treatment, commitment to lifetime ab-

stinence, self-esteem, self-efficacy, empowering, recovery from addiction

## 1 ÚVOD

### 1.1. KONCEPT ZOTAVENÍ

V současnosti zaznamenáváme v oblasti léčby závislostí významný posun v uvažování. Tradiční paradigma vnímající závislost jako přetrvávající patologii, která vyžaduje hledání efektivní intervence, postupně ustupuje paradigmatu zotavení (*recovery*) orientovanému na řešení (White, 2007). Oproti tradičnímu akutnímu modelu léčby pomocí krátké a časově limitované terapie nyní směřuje praxe k celoživotnímu, neustále se rozvíjejícímu systému podpory zotavení (Gubi & Marsden-Hughes, 2013). Podle Whitea (2007), který koncept zevrubně rozpracoval, lze zotavení definovat jako „prožitek (proces nebo udržovaný stav) skrze který jedinci, rodiny a komunity poznamenané vážnými problémy s alkoholem a drogami zpracovávají a užívají své vnitřní a vnější zdroje k tomu, aby z vlastní vůle řešili tyto problémy, hojili zranění jimi způsobená a aktivně zvládali svou přetrvávající zranitelnost k těmto obtížím. Spolu s tím si vytvářejí zdravý, produktivní a smysluplný život“. (White, 2007, s. 236) Zotavení se tedy jeví být více komplexní než tradiční pohled na remisi u osob se závislostí, který býval často redukován na období střízlivosti. Posun v paradigmatu můžeme sledovat na mezinárodním nárůstu svépomocných skupin (Humphreys, 2004) a v přesunu výzkumné pozornosti v oblasti léčby závislostí od témat akutní biopsychosociální stabilizace k zaměření na faktory podporující a udržující proces zotavení (Gubi & Marsden-Hughes, 2013; Klingemann, 2011; White & Tuohy, 2013).

### 1.2. NÁPOMOCNÉ A BRZDÍCÍ FAKTORY V ZOTAVENÍ

Zotavení je považováno za neustále probíhající proces, protože i po několika letech od absolvování léčby u léčených jedinců přetrvává riziko vzniku relapsu (Mann et al., 2005). Riziko relapsu je obvykle nejvyšší v počátku léčby, nejčastěji v rozmezí prvních 4 týdnů (Gauthier et al., 1997). Dle výzkumu počáteční fáze procesu zotavení, která srovnávala pacienty, u nichž došlo k relapsu, a pacienty, kterým se daří udržovat abstinenci, se tyto dvě skupiny nelišily v proměnných věku, manželského stavu, zaměstnání a vzdělání (Charney et al., 2010). Autoři dále nezaznamenali rozdíly v trvání závislosti, frekvenci a množství užívání alkoholu a ve věku, kdy závislost u jedince propukla. Naopak se v této studii ukázalo, že důležitou roli v pravděpodobnosti relapsu hrají osobnostní charakteristiky: příznaky poruch osobnosti z klastru B (hraniční, antisociální, histriónská a narcistická porucha osobnosti) a impulsivita. Tyto dvě proměnné spolu s problematickým fungováním v rodinných a jiných sociálních vztazích vysvětlovaly 37 % rozptylu stavu (abstinence/relaps) pacientů po 4 týdnech léčby.

Mezi faktory, které napomáhají abstinenci patří užívání aktivních strategií sebemotivace (vybavování si výhod střízlivosti, připomínání si obtíží spojených s pitím, zvědomování střízlivosti jako základní životní priority) (McKay et al., 1996), dále vědomí vlastní účinnosti (Hendershot et al., 2011) a interní místo řízení (Blagojevik-Damašek et al., 2012). Proces zmocňování člověka k tomu, že je kompetentní znovu získat kontrolu nad svým vlastním životem může nahradit pocity beznaděje a bezmocnosti,

kteří jsou se závislostí spojené (Butler et al., 2015; Yeh et al., 2008).

V současné době je jednou z hlavních výzkumných otázek, zda je trvalá (celoživotní) abstinence nezbytnou podmínkou procesu zotavení. Preferování trvalé absti-



**Klára  
Rouchalová**

**Mgr. Vystudovala psychologii na FSS MU v Brně. V současnosti pracuje jako psychologka s dětmi i dospělými v ambulanci klinické psychologie v Brně. Je frekventantkou výcviku v psychoterapii zaměřené na řešení.**

nence lze sledovat ve stanovisku národních organizací, např. *The American Society of Addiction Medicine* (1974) nebo v principech svépomocné skupiny *Anonymní alkoholici*, kde je např. výročí počátku střízlivosti symbolicky oslavováno a odměňováno udělováním žetonů. V systému léčby vycházejícím ze Skálova modelu, kterému se věnuje tato výzkumná studie, je jako terapeutický cíl rovněž chápána trvalá a důsledná abstinence. Trvalá abstinence zajišťuje z dlouhodobého hlediska lepší výsledky a vede k menšímu počtu relapsů než přístup kontrolovaného pití (Maisto et al., 2002). Samotnými jedinci, kteří vnímají, že podstupují proces zotavení, je celoživotní abstinence vnímána jako důležitý nástroj zotavení (Laudet, 2007). Opakovaně se objevuje názor, že jedinci, jejichž vážnost

problémů s užíváním alkoholu by se dala označit jako mírná až středně těžká, mohou přijmout opatření kontrolovaného pití a díky tomu nepostoupit do pokročilého stádia (Miller & Munoz, 2005). Proto je důležité rozlišovat abúzus od závislosti, dle Macka et al. (2010) mají jedinci, kteří nadužívají alkohol, šanci pokračovat v konzumaci alkoholu kontrolovaným způsobem, zatímco jedinci závislí na alkoholu tuto šanci postrádají. Je však nutné zdůraznit, že vzhledem k absenci kvalitních longitudinálních studií na toto téma, nemáme pro tato tvrzení dostatečnou empirickou podporu. Ukazuje se však, že samotná možnost učinit vlastní rozhodnutí o závazku k trvalé abstinenci či kontrolovanému pití může být důležitým faktorem podporujícím zotavení. Příkladem může být např. léčba v *Northern Germany Institute for Brief Therapy*, která si klade za cíl pomoci klientům obnovit jejich „schopnost vybrat si“ (Nelle, 2005), což je možnost, kterou lidé spolu se závislostí ztrácí.

## 2. SKÁLŮV (APOLINÁŘSKÝ) SYSTÉM

Jedním z hlavních tuzemských léčebných programů je model léčby vytvořený psychiatrem Jaroslavem Skálou v 50. letech. Vychází z principů terapeutických komunit, kdy spolu pacienti žijí v systému s predefinovanými rolami s různými typy pracovního zapojení a pravidelnými komunitními aktivitami. Během 13týdenní léčby je od pacientů vyžadována striktní a trvalá alkoholová abstinence. Porušení abstinence, tedy relaps, je důvodem pro předčasné propuštění z léčby. Systém léčby výrazně využívá prvky behaviorální terapie, které jsou nejvýraznější v systému odměn a tres-



tů pacientů. Pacienti dodržují pevně daný léčebný řád, na základě jeho dodržování či porušování jsou terapeutickým personálem udělovány kladné a záporné body. Součástí léčebného programu jsou 2x týdně skupinové psychoterapie, každý pacient může využít i možnosti individuální psychoterapie. Dále se pacienti účastní didaktoterapie, tj. lekcí na různá témata spojená s problematikou závislosti a duševní hygieny. Každé dva týdny navštěvují pacienti své domovy, aby se dostali do kontaktu s běžným životem mimo nemocnici a mohli si vyzkoušet, jak dané situace zvládají. Mladá (2012) upozorňuje na to, že navzdory velkému rozšíření upravené původní podoby Skálova modelu na různá psychiatrická protialkoholní oddělení po celé ČR, paradoxně u nás nebyla tomuto typu léčby dosud věnována příliš velká výzkumná pozornost. Z tohoto důvodu postrádáme výzkumné ověření jeho účinnosti.

### 3. VÝZKUMNÝ CÍL

Apolinářský systém léčby je jedinečným a komplexním modelem léčby alkoholové závislosti, který má v České republice dlouhodobou tradici (Pokora et al., 2003; Mladá, 2012). Ačkoliv je celoživotní abstinence jeho explicitním cílem, nemáme v současné době žádné empirické důkazy toho, jakou roli má tento cíl v procesu zotavení ze závislosti. Prohloubení našeho porozumění procesu zotavení v tomto typu léčby by mohlo mít významné klinické implikace pro pomáhající profesionály v této oblasti.

Cílem této studie je prohloubit naše porozumění tomu, jak si pacienti vytváří závazek k celoživotní abstinenci napříč 13týdenní režimovou protialkoholní léčbou

vycházející ze Skálova léčebného modelu.

Pojem závazek k abstinenci chápeme jako odraz cíle, který si člověk ve vztahu k abstinenci klade (Marlatt et al., 1988). Závazek k celoživotní abstinenci v kontextu tohoto výzkumu je definován jako míra, s níž člověk přijímá cíl celoživotní abstinence jako svůj vlastní.

## 4. METODA

### 4.1. VÝZKUMNÝ SOUBOR

Celkem 27 hospitalizovaných pacientů (11 žen, 16 mužů) ve věku od 26 do 67 let ( $m = 46$ ,  $sd = 12$ ) se účastnilo jedné ze dvou ohniskových skupin ( $N = 14$ ) nebo pravidelných individuálních rozhovorů, které probíhaly napříč celou léčbou ve frekvenci 1x za 14 dní. Zahrnuti byli pouze pacienti splňující tato kritéria: a) diagnóza F102 – syndrom závislosti na alkoholu, b) absence závislosti na jiné návykové látce (kromě abusu cigaret) či gamblingu, c) pacient se léčí dobrovolně, d) pacient je poprvé přijat k první hospitalizaci z důvodu závislosti na alkoholu. Poslední požadavek byl později v průběhu výzkumu pozměněn. Na základě principu teoretického vzorkování byli do výzkumu dále zahrnuti i pacienti podstupující druhou opakovanou léčbu, čímž bylo docíleno získání větší variability výzkumných dat.

### 4.2. OHNISKOVÉ SKUPINY

Před začátkem sběru dat v individuálních rozhovorech proběhla první skupina zaměřená na exploraci procesů spojených s tím, jak pacienti léčbu prožívají a co oni sami vnímají za nápomocné a brzdicí momenty v léčbě ve vztahu k jejich abstinenci. Druhá skupina proběhla na samém závěru výzkumu a jejím cílem byla validizace výzkum-

ných výsledků. Této skupiny se zúčastnili pacienti právě podstupující léčbu, kteří se časově nacházeli v poslední třetině celkové léčby. Obě skupinové diskuse trvaly 90 minut, byly nahrávány na audiozáznam a následně přepsány.

#### 4.3. INDIVIDUÁLNÍ ROZHOVORY A DENÍKY

S každým pacientem zapojeným v této části probíhaly semistrukturované indivi-



Jan  
Roubal

**Je psychoterapeut a psychiatr. Vyučuje psychoterapii na katedře psychologie FSS MU v Brně, kde se účastní práce Centra pro výzkum psychoterapie. Založil a vede Výcvik integrace v psychoterapii a výcvik Gestalt Studia, pracuje jako supervizor a lektor psychoterapeutických výcviků v ČR i mezinárodně. Vede výzkumnou komisi Evropské asociace pro gestalt terapii. Spolu-editovat knihy „Současná psychoterapie“ (Portál, 2010), „Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact.“ (Franco Angeli, 2013) a „Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy“ (Cambridge Scholars Publishing, 2016).**

duální rozhovory ve frekvenci 1x za 14 dní napříč celou 13týdenní léčbou. S každým pacientem tedy proběhlo 6–7 rozhovorů. Během výzkumu došlo k výraznému úbytku ve výzkumném souboru: 4 pacienti léčbu nedokončili z důvodu předčasného

propuštění (nevyhovění léčebnému programu či porušení abstinence), 1 pacient byl přeložen na jiné oddělení nemocnice, 1 pacient se rozhodl ukončit zapojení ve výzkumu po 1 rozhovoru (z časových důvodů). Z každého rozhovoru o délce 40–60 byla pořízena audio nahrávka a následně byl přepsán. Probandům bylo dále nabídnuto, aby si vedli zvláštní deník v rámci výzkumu, případně bylo dojednáno nahlédnutí do „pocitových“ deníků, které si pacienti povinně píšou v rámci léčebného programu.

#### 4.4. ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU

Před zahájením výzkumu byl výzkum schválen Etickou komisí pro výzkum Masarykovy univerzity.

Každý participant byl ústní i písemnou formou obeznámen se záměrem výzkumu, jeho průběhem a plánovanými použitými metodami. Pacienti byli obeznámeni se svými právy, dobrovolností zapojení do výzkumu a možností výzkum kdykoli v jeho průběhu opustit. Každému bylo dále vysvětleno, že z jejich zapojení do výzkumu nebudou vyplývat žádné výhody ani nevýhody v léčbě a že účast ve výzkumu nebude nijak odměňována, a to ani ze strany výzkumníka, ani ze strany terapeutického týmu. Dále bylo zdůrazněno zachování anonymity získaných dat a mlčenlivosti výzkumníka. Výzkumník se zavázal, že nebude zjištěné skutečnosti v rozhovoru komunikovat s terapeutickým týmem. Individuální setkání byla plánována tak, aby nekolidovala s léčebným programem.

Veškerá získaná data byla anonymizována a uchovávána pouze pod číselným kódem (P01-P13, FG 1-14) a byla uložena a důkladně zabezpečena na externím disku.

#### 4.5. PROCEDURA

V souladu s principy metody zakotvené teorie (Strauss & Corbin, 1999) byla tvorba a analýza dat realizována souběžně napříč celým výzkumem. Výzkumný postup lze rozdělit do 7 fází:

1. Sebereflexe výzkumníka: Výzkumník zaznamenal své prekoncepce o závislosti na alkoholu a osobách se závislostí před začátkem výzkumu, aby je mohl následně použít k ověření možných zkruslení analýzy dat.
2. První ohnisková skupina: Cílem skupiny bylo zaměřit se na nápomocné a brzdící momenty léčby z pohledu pacientů. Údaje byly využity pro základní strukturu individuálních rozhovorů a celkové seznámení výzkumníka s tím, jak pacienti prožívají léčbu.
3. Vedení individuálních rozhovorů, teoretické vzorkování a formulování klíčových konceptů: V této fázi byly strukturované rozhovory zaměřeny na *aktuální motivaci k abstinenci, důvěru ve zvládnutí abstinence a aktuální postoj k celoživotní abstinenci*. Z analýzy dat se postupně vynořovala další témata, která byla dále rozvíjena, aby bylo dosaženo teoretické nasycenosti těchto konceptů, a sice: *vztah k sobě, plánování doléčování, plánování budoucnosti po léčbě, proces porozumění vlastní závislosti a proces přijetí vlastní závislosti*. Vzhledem k principu teoretického vzorkování byly následně do výzkumu zahrnuti i pacienti absolvující druhou
4. léčbu závislosti. Přepisy rozhovorů byly podrobně analyzovány metodou otevřeného kódování. Původních 364 kódů bylo uspořádáno do 25 kategorií.
5. Formulování ústředního konceptu: Pomocí záměrného kódování a metody neustálého porovnávání (Charmaz, 2006) byly hlouběji propracovány vztahy mezi 25 kategoriemi. V této fázi došlo k vynoření centrálního konceptu *budování sebeúcty, který určovaly 4 hlavní kategorie: sebedůvěra, pozitivní zpětná vazba, porozumění závislosti v kontextu vlastního života a závazek k celoživotní abstinenci*.
6. Teorie změny pro jednotlivé případy a modely vysvětlující centrální koncept: Nejdříve byla separátně analyzována data od všech pacientů, kteří podstoupili celých 13 týdnů léčby. Proces terapeutické změny u každého pacienta byl analyzován na 4 úrovních: sebeúcta, sebedůvěra, porozumění vlastní závislosti a závazek k celoživotní abstinenci. Pro každý případ byla navržena pracovní teorie změny, pomocí níž vznikl grafický model znázorňující ústřední koncept *budování sebeúcty* (viz Obrázek 1).
7. Vytvoření sekvenčního modelu a následná re-analýza dat: Na základě porovnávání a syntézy dat z jednotlivých případů bylo možné identifikovat společnou sekvenci fází, která popisuje vývoj závazku k celoživotní abstinenci na čtyř výše zmíněných úrovních. V této fázi byla provedena re-analýza dat k validizaci sekvenčního modelu (výsledný model viz Tabulka 1).
8. Validizace modelu prostřednictvím druhé ohniskové skupiny: Druhé ohniskové skupiny se účastnili pacienti v závěrečné (10.–13. týden) fázi léčby. Každý pacient v ohniskové skupině nejdříve sdílel své vlastní zkušenosti s vývojem závazku k celoživotní abstinenci. Pacientům poté

byly představeny výsledky výzkumu, vč. modelu budování sebeúcty a sekvenčního modelu vývoje závazku k celoživotní abstinenci. Následoval prostor ke společné diskusi a zhodnocení modelu. Všichni pacienti zhodnotili teorii jako srozumitelnou a koherentní a reflektovali, že teorie odráží jejich vlastní zkušenost z léčebného procesu. Výsledkem ohniskové skupiny byly drobné jazykové úpravy závěrečné teorie.

#### 4.6. ZAJIŠTĚNÍ VALIDITY VÝZKUMU

Validita výzkumu byla zajištěna následujícími kroky: a) sebereflexí klienta před sběrem dat, b) opakovanou analýzou a re-analýzou dat, c) použitím teoretického vzorkování v souladu s principem teoretické nasycenosti, d) triangulace dat, tj. získáním dat více způsoby (ohniskové skupiny, individuální rozhovory, deníky) z více zdrojů (různí pacienti v jednotlivých fázích), e) získání zpětné vazby v rámci závěrečné ohniskové skupiny.

### 5. VÝSLEDKY

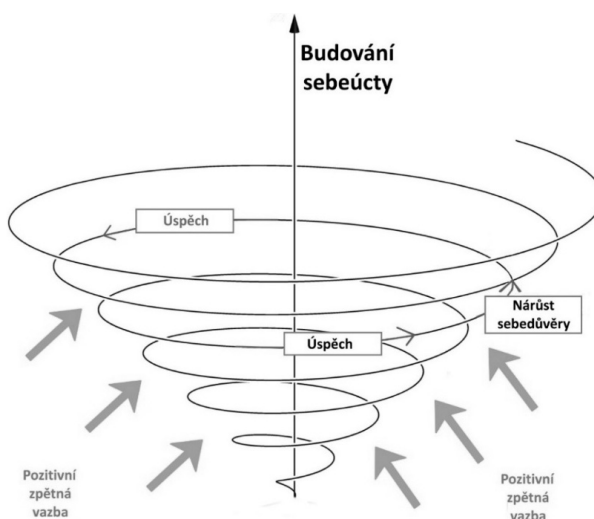
#### 5.1. BUDOVÁNÍ SEBEÚCTY

Ústřední koncept nám umožňuje lépe porozumět vývoji závazku k celoživotní abstinenci.

Sebeúcta je chápána jako kladný pól sebehodnocení, vyjadřuje stav, ve kterém si pacient sám sebe váží, je schopen vyjadřovat k sobě pozitivní emoce, je mu samému se sebou dobře. Budování sebeúcty je vlastně procesem, kdy pacienti znovu nabývají vědomí, že mají jako lidé hodnotu a tuto

hodnotu chtějí chránit a rozvíjet. Jedná se o dynamický proces, v němž mají pacienti aktivní roli. Model znázorňující proces budování sebeúcty (viz Obrázek 1) zachycuje spirálu, která se postupně rozrůstá a pomyslně sílí. Proces je chápán jako neustále probíhající napříč celou léčbou. Počátek spirály můžeme vnímat jako absenci kladného sebehodnocení, které je postupně rozvíjeno spolu s tím, jak se spirála rozšiřuje. Tomu napomáhá zažívání úspěchů (např. úspěšné zvládnutí přestupové zkoušky z uzavřeného oddělení na otevřené, zvládnutí testů ze zdravotvědy, řešení problémů v mezilidských vztazích), které vedou k posílení sebedůvěry. Čím více sebejistý si pacient v léčbě připadá, tím více věcí zkouší a tím více věcí se mu také daří. Čím více roste sebedůvěra pacienta, tím roste i jeho sebeúcta, tyto dvě proměnné jsou vzájemně propojené. Významnou zkušeností, kterou lze zařadit mezi úspěchy, je samotné udržení abstinence. Nezbytnou roli má v tomto procesu pozitivní zpětná vazba okolí, která

Obrázek 1 Model budování sebeúcty



metaforicky plní roli vnějších sil, které celou spirálu podpírají. Zpětná vazba má podobu např. ocenění či přijetí ze strany blízkých a plní v podstatě roli pozitivního zpevnění. Schéma symbolicky zachycuje a podtrhuje důležitost všech konceptů – úspěch a následné posílení sebedůvěry umožňuje to, aby se spirála vůbec začala rozvíjet, pozitivní zpětná vazba pak celý tento proces budování sebeúcty podpírá a symbolicky tak brání jeho zhroucení.

## 5.2. SEKVENČNÍ MODEL BUDOVÁNÍ ZÁVAZKU K CELOŽIVOTNÍ ABSTINENCI

Sekvenční model popisuje proces vývoje závazku k celoživotní abstinenci ve 4 oddě-

lených fázích: 1. Negativní sebehodnocení, 2. Aktivizace zdrojů self, 3. Budování sebeúcty, 4. Expanze self. Každá fáze je dále zpracována na 4 tematických úrovních, jak ukazuje Tabulka 1.

### Fáze 1: Negativní sebehodnocení

V první fázi mají pacienti tendenci k negativnímu sebehodnocení, které se typicky projevuje pocity studu, viny a lítosti. Jejich pozornost je zaměřena na sebeobviňování a ruminaci o minulosti a chybách, které udělali. Pro tuto fázi je typická dominující orientace na potřeby druhých namísto jejich vlastních.

„*Ted' spíš neustále si promítám, co člověk*

**Tabulka 1 Sekvenční model budování sebeúcty**

Fáze Rovina	1. Negativní sebehodnocení	2. Aktivizace zdrojů self	3. Budování sebeúcty	4. Expanze self
<b>Sebeúcta</b>	Stud, ruminace o chybách, sebeobviňování	Odbourávání negativních emocí, zárodky hrdosti	Uvědomování a prosazování vlastních potřeb, hrdost	Péče o sebe, seberozvoj, přeformulování cílů
<b>Sebedůvěra</b>	Absence copingových strategií	Osvojování nových copingových strategií, první úspěchy, posilování sebedůvěry	Ověřování účinnosti osvojených strategií, další nárůst sebedůvěry	Upevňování sebedůvěry
<b>Porozumění vlastní závislosti</b>	Studium problematiky závislosti, zjednodušující konstrukty vlastní závislosti	Hledání smyslu závislosti ve vlastním životě, prohlubování porozumění problematice	Ukotvení závislosti v kontextu vlastního života, přijetí identity alkoholika	Beze změn
<b>Závazek k celoživotní abstinenci</b>	Nepřijetí závazku	Zvnitřňování závazku, obava z křehkosti abstinence	Přijetí závazku	Odmítnutí závazku, stanovování bližších cílů v abstinenci, trvalá abstinence se stává prostředkem k dosažení nových cílů

*dělal, když pil. Jo, takové ty výčitky... No taková ta morální kocovina. Že jako máte čas tady přemýšlet a ty myšlenky jsou prostě hodně nutkavé a myslím na to a teď takový ten stav, že člověka to mrzí a chtěl by to vrátit zpátky a ono už to nejde, no.“ (P07)*

Typickou zvládací strategií k tlumení psychické bolesti je u pacientů obvykle pít alkoholu, v této fázi tedy postrádají jiné adaptivní efektivní copingové strategie. V počátku léčby jsou pacienti povinni studovat skripta o problematice závislosti. Původně většinou věří, že střízlivost je otázkou vůle člověka. Často proto vnímají sami sebe jako slabé, postrádající vůli a vnitřní sílu. Pro pacienty v této fázi je tedy obvyklý velice zjednodušující pohled na abstinenci.

*„Já si myslím, že ta abstinence je jenom o tom chtít a říct si prostě: Prostě si to nedám.“ (P01)*

Celoživotní abstinence je explicitním léčebným cílem, je prezentována jako hlavní řešení alkoholové závislosti. V této fázi je však pro pacienty jen obtížné si představit, že by abstinovali navždy. U pacientů v této fázi se objevovala kombinace nízké sebedůvěry, vysoké motivace k tomu zůstat střízlivý a vnímání celoživotní abstinence jako nerealistické. Výsledkem je, že jedinci v této fázi nedokázali internalizovat závazek k celoživotní abstinenci.

*„Je to takový... nedokážu si to ani představit jako jo. Co, co to obnáší nebo... Fakt teďka nedokážu říct tady na tohle to téma, že bych jako už jako na doživotí, že bych si ani sklenku nedal.“ (P05)*

## **Fáze 2: Aktivizace vnitřních zdrojů**

Přechod z první do druhé fáze souvisí s povinnými přestupovými zkouškami z uzavřeného na otevřené oddělení. V prv-

ních dvou týdnech léčby pacienti nemohou opouštět oddělení a nemohou se plnohodnotně zapojit do terapeutického programu. Teprve po úspěšném zvládnutí zkoušky z adiktologické problematiky získají další privilegia a začnou se plně zapojovat do programu. Zvládnutí zkoušek je pacienty vzhledem ke kognitivní náročnosti často vnímáno jako jeden z prvních úspěchů. Plnohodnotný léčebný režim je poté bohatší z hlediska příležitostí zažívat další úspěchy, čímž dochází k nárůstu pocitu důvěry v sebe sama. Spolu s tím dochází také k osvojování nových copingových strategií.

*„Určitě se člověk posune tak nějak z té roviny adaptační do té roviny, kdy už prostě musíte fungovat. (...) Je to takový ten, ten stupeň pomyslného žebříčku, že někam postoupíte (...). Určitě to posune dál hlavně v té léčbě. (...) S odstupem času každý problém se dá řešit, nic není neřešitelné. Zdánlivě nejhorší problémy se dají, dají řešit. Chce to ty problémy řešit, a ne je odkládat někam, že se vyřeší sami. (...) Vyvíjí se to právě v tom, že se snažíte si uvědomit jaké jste před tím dělali chyby, co bylo to ono špatné a jak, jak by to člověk řešil teď úplně jinak. No tak tím ten posun je, že si teď vlastně uvědomujete ty chyby, co jste dělal a že všechno má svoje řešení.“ (P07)*

Pacienti hovoří o přechodu z minulosti do současnosti, cítí, že se „posouvají“, „zažívají pokrok“. Tento proces je významný proto, že tak začíná docházet k většímu smíření s minulostí, o minulých zkušenostech tak pacienti hovoří s větším klidem, vyrovnaností. Díky tomu nyní dokážou využít minulé zkušenosti k motivování sebe sama, namísto sebeobviňování.

*„Zpětně když se na to dívám tak jsem si*

*uvědomil, že takhle už to asi fakt dál dělat nejde. A že je dobře, že to takhle končí, tady a teď.“ (P01)*

Pacienti si také více začínají uvědomovat komplexnost abstinence získáním vědomostí a tím, že se účastní skupinové psychoterapie. Původně zjednodušující konstrukty abstinence nyní nahrazuje obava z křehkosti a obtížnosti abstinence. Abstinence se jeví jako opředena všudypřítomnou hrozbou možného relapsu, čímž se v pacientech vytváří stav neustálé obezřetnosti a opatrnosti.

*„Ale teď se cítím tak dobře, že si myslím, že to všechno zvládnou. (...) „Na jednu stranu si říkám, že když jsem to dokázala, když tady toto teďka tady zažívám, takže už snad nikdy do toho nespádnou, ale zase pořád si tak říkám: Nikdy neříkej nikdy. A je to prostě v hlavě, člověk si to musí pořád opakovat. Nemám úplně takovou tu sebejistotu ještě ze sebe.“ (P12)*

V pacientech sílí pocit kompetentnosti, důvěry v to, že dokáží abstinovat. Dochází tak k nárůstu sebeúcty, pacienti získávají oporu proto, aby si sebe mohli více vážit. Díky tomu mohou začít internalizovat závazek k celoživotní abstinenci. Díky velké obavě z možnosti relapsu a nárůstu sebe-důvěry pacienti mohou začít vnímat celoživotní abstinenci jako svou budoucí cestu.

*„Ne, tak to ne, to není moje vůbec, protože já, kdybych si dala jednu skleničku, tak jako hotovo. (...) Takže ani to pito si furt říkám, že ne, protože kdybych tam cejtila jenom tu chuť, jenom takový toho piva, takže bych do toho.... Ne, já si říkám, že úplná abstinence.“ (P12)*

*„Nechci ani riskovat, že tady budu abstinovat třeba 2 roky, 3 roky, a pak si dám dvojku vína a budu zase v tom znovu. (...)*

*Takže ano, to (pozn. celoživotní nepití) je ta cesta.“ (P05)*

### **Fáze 3: Budování sebeúcty**

Tato fáze je klíčovou pro proces budování sebeúcty, který úzce souvisí s důvěrou ve vlastní schopnosti. V této fázi pacienti nabývají jisté úrovně stability, kdy získávají pocit, že jsou schopni zvládnout situace, do kterých se ve svém životě dostávají. To jim umožňuje ve vztahu k sobě vnímat a vyjadřovat pozitivní emoce. Vztah k sobě se proměňuje, zotavuje.

*„Tak myslím, nebo vím, že už se na sebe můžu líp podívat. Už jenom tady to, že jsem to teda jako, že jsem sem šla, že jsem to tady vydržela všechno, že mě to jako posunulo. (...) Člověk je klidnej, nemusím se stydět. Můžu se klidně podívat do očí, že jsme to prostě takhle vydržela, nebo vydržím, to je pro mě jako tady toto, to je pro mě důležité.“ (P13)*

*Vzhledem k nárůstu v sebeúctě pacienti přirozeně přikládají větší hodnotu svým vlastním potřebám. Pacienti dospívají k uvědomění, že jejich potřeby mohou být upřednostňovány před potřebami druhých. Dokáží si jich lépe všimnout a snaží se usilovat o jejich naplnění. V interpersonální rovině to znamená získání větší nezávislosti na druhých, což napomáhá často dysfunkčním interpersonálním vzorcům v životech pacientů, které byly v minulosti zdrojem psychického trápení.*

*„Protože to nevím, dřív bych se bála, jestli to můžu říct nebo to nemůžu říct nebo to. A i třeba teď s tou spolubydlící co teď mám, tak ona je taková, ona ráno vstává už o půl pátý a pořád čistí, tak jsem se jí taky naučila teda, teď jsem jí řekla včera, že prostě ať to nechá až na ráno, že je to brzo*

*tady to. Taky možná jsem si řekla, že dřív bych jí to neřekla, že bych to radši trpěla. A bylo by to ve mně.“ (P12)*

*„Předtím teď, než to skončilo tak, jak to skončilo s tím mým pitím, tak jsem se neustále přizpůsobovala, tomu jeho časovému harmonogramu, jeho potřebám a nějak si říkám, že už toho bylo dost, že se nehodlám jako dál přizpůsobovat.“ (P07)*

*„Opravdu starat bych se chtěla o sebe víc jak o druhý. To mně taky dochází až tady, že jsem se vždycky starala hrozně aji o ty moje děti, já je nikdy nezavrhuju, jsou moji, ale myslím si, že bych měla aji já si tak pro sebe.“ (P13)*

V této fázi se uzavírá proces porozumění vlastní závislosti, pacient dochází k tomu, že integruje vlastní pití jako součást svého životního příběhu. Tento krok souvisí s nalezením smyslu ve vlastní minulosti a získáním pocitu smíření.

S nárůstem sebedůvěry pacientů narůstá i důvěra v to, že dokážou abstinovat. V této fázi se pacienti věnují promýšlení dalších kroků především v doléčování a usilují tak o to, aby byla abstinence, co nejtrvalejší. Oproti první fázi je tak pro tuto fázi typická větší rozvážnost. Konkrétní krok oslabují obavy, které byly v předchozí fázi stěžejní a zahlcující. V této fázi pacienti dokáží internalizovat závazek k celoživotní abstinenci, kladou si ji za svůj budoucí cíl a vidí ji jako jediné možné řešení vlastní závislosti.

*„Jako dřív jsem se toho, když jsem to slyšela, tak jsem si říkala, že celý život, co člověk bude žít, tak mně to jako připadalo divný. Ale teď kupodivu mně to vůbec už divný nepřipadá. (...) Ale i když si to řeknu, že prostě už nikdy nebudu pít, tak jako nemám z toho nějakou husí kůži nebo něco. (...) Je to představitelný. Člověk nemůže*

*říkat nikdy, ale jako takhle já si to teďka říkám, že prostě: Tak nebudu pít.“ (P12)*

*„Já to tak vnímám, že to tak prostě musí být, jinak to nepůjde. Hrozně si to moc přeju, abych to dokázala.“ (P13)*

#### **Fáze 4: Expanze self**

Sebeúcta, kterou pacienti výrazně rozvíjeli v minulé fázi, nyní nabývá nových způsobů manifestace, např. v zájmu o seberozvoj, péči o sebe, objevením nových hodnot a formulováním nových životních cílů. Pro tuto fázi je typické, že mají pacienti zájem o práci na sobě a aktivně hledají různé cesty, jak se rozvíjet. A co je důležité tento způsob seberozvoje je pro ně zdrojem radosti a potěšení, baví je to.

Jednou z často objevujících se nových hodnot je smysluplné užívání času.

*„Ten čas si člověk uvědomí hodně. Že když prostě má tak málo času, tak chce každé svuj volnej čas, každou tu hodinu nějak zaplnit něčím přínosným, aby nepřišel nazmar, jo, že si toho vážím mnohem víc než dřív. (...) Dřív jsme nevěděli, co s časem, tak jsme ho zapíjeli, aby prostě to nějak uteklo, utekly naše myšlenky, trable, deprese, jo, prostě najednou ten den nám utekl. (...) Tak teďka právě ten čas chceme využít k něčemu prostě perspektivnímu.“ (P05)*

Nová touha dobře o sebe pečovat souvisí s tím, že si pacienti nyní lépe uvědomují své potřeby a mají tendenci je dopředu ochraňovat. Pacienti si proto nyní kladou cíle, které jsou více dosažitelné, jsou k sobě laskavější, hlídají si, aby se nepřetížili. Cíle, které si pacienti kladli na začátku léčby a které určovaly jejich snažení, byly často spojené s alkoholem a závislostí obecně. Nyní jako by se pomyslně budoucnost více otevírala a dochází tak k reformulaci cílů. Objevují se



nové cíle, které vychází z vnitřních potřeb a přání jedince. Cíle už tak nejsou formulovány negativně (např. „Už nikdy nebudu pít“) ve smyslu vyhýbání se něčemu, ale namísto toho jsou formulovány pozitivně ve smyslu přiblížení se k něčemu (např. „Chci to zvládnout/ chci mít/ chci dosáhnout“).

Pacienti nyní mají stabilní úroveň vlastní sebedůvěry, která jim umožňuje nahrazovat dřívější obavy zvědavostí. Postupně jsou více nadšení ohledně nových příležitostí a mají chuť je využívat. Sebedůvěra se tak v metaforickém smyslu stává vnitřním motorem, která pacienty pohání v jejich aktivitě.

V závěrečné fázi léčby se celoživotní abstinence stále jeví jako jediná možnost. Důležitým rozdílem oproti minulé fázi je ale to, že nyní se stává zautomatizovanou. Pravděpodobně nejlépe to ilustruje jeden z pacientů: „*Né, no právě, že já už to vůbec, já si ani nepotřebuju říkat: Dneska nebudu pít. Já už to mám prostě tak ňák daný. Ono je tedka ale úplně jinak mluvit, když jsem ještě pořád v bublině, že jo. Ale já už to tak mám nastavený, že prostě to беру jako automat.*“ (P05)

Celoživotní abstinence se objevuje spíše jako proces, který běží „na pozadí“, není v centru pozornosti.

„*Je to v pozadí (...) Tady samozřejmě nemůžu pít, ale jako nenapadne mě to jako, se tím zaobírat, že teda nemůžu ten alkohol pít.*“ (FG2–3)

Oproti minulé fázi, kdy docházelo ke zvnitřňování závazku k celoživotní abstinenci, pacienti nyní tento závazek opouští. Závazek k celoživotní abstinenci je vnímán jako příliš velký a zatěžující cíl, a tudíž není v souladu s mentálním nastavením pacientů v této fázi, kdy se více ochraňují stano-

vují si zvládnutelné cíle. Zaměření jejich pozornosti se tedy přesouvá z celoživotní perspektivy více do prožívání „tady a teď“. Když pacienti v ohniskové skupině vysvětlovali změnu v uvažování o celoživotní abstinenci, opakovaně říkali, že celoživotní abstinence se v této fázi přesouvá ze slibu či závazku do formy přání. Celoživotní abstinence je vnímána jako něco, co by si pro sebe přáli dosáhnout.

„*Každý den pro mě bude dobrý, když se nenapiju. Je to pro mě jako vítězství zvládnout to bez pití. (...) Pořád si připomínám, jak šťastná jsem za každý den. A na konci dne si vždycky můžu pomyslet: Jsem dobrá, dala jsem to.*“ (P12)

## 6. DISKUSE

Cílem výzkumu bylo prohloubit naše porozumění procesu vývoje závazku k celoživotní abstinenci u pacientů léčících se pro závislost na alkoholu v léčebně využívaném Skálův model léčby. Hlavní zjištění vyplývající z analýzy ukazuje na souvislost procesů budování sebeúcty a vývoje závazku k celoživotní abstinenci. Výsledky studie poskytují procesuální teorii změny, která tyto dva děje propojuje mezi sebou a vysvětluje je pomocí dalších procesů – např. pomocí porozumění vlastní závislosti a jejího ukotvení v kontextu pacientova života. Někteří autoři již v minulosti poukázali na spojitost mezi udržením abstinence a pozitivním sebeobrazem člověka (Hendershot et al., 2010; Ilgen et al., 2005), tyto studie se však zaměřují převážně na význam specifické složky sebeobrazu, zpravidla sebedůvěry. Část sebepojetí spojená se sebehodnocením – tj. sebeúctou, tím, jak člověk sám na sebe nahlíží, jakou sám sobě připisuje hodnotu – však byla dosud na poli

adiktologie spíše opomíjena. Pouze několik autorů zdůrazňuje koncept sebeúcty (např. Gubi & Marsden-Hughes, 2013; Johansen, et al., 2013).

Výsledky našeho výzkumu jsou konzistentní s výsledky Graye (2001), který vnímá sebedůvěru a sebeúctu jako dva klíčové elementy terapeutické změny. Ve svém tzv. model sebezlepšování (*self-enhancement*) osob drogově závislých uvádí, že tyto dvě proměnné pomáhají vytvářet pocit kontroly, který umožňuje nahradit závislostní chování novými příležitostmi. Obdobně autor vnímá, že sebeúcta vyplývá z rozvoje sebedůvěry a napomáhá člověku nalézat vlastní smysl sebe sama.

Čtvrtá, finální fáze sekvenčního modelu se jeví být vrcholem léčby. Z pohledu současných směrů postmoderní terapie (např. *motivačních rozhovorů* či *terapie zaměřené na řešení*) lze právě čtvrté stádium závazku považovat za terapeuticky žádoucí. V těchto přístupech je důležité, aby klienti pracovali na dosažení cílů, které jsou zvládnutelné, časově ohraničené a pozitivně formulované (Miller & Rollnick, 2002). Předpokladem je, že zaměření se na takové cíle je více aktivizující a energetizující. Vidina vzdáleného, nereálného cíle – což celoživotní abstinence je, protože pacient paradoxně nikdy nedosáhne bodu ve svém životě, kdy by zažil prožitek splnění cíle – má naopak vyčerpávající efekt a vede k nestálé a křehké motivaci. Kratší cíle navíc umožňují získávat zkušenost s naplněním cílů, které je cenná především pro posílení motivace a vlastního pocitu kompetence. Člověk, který si klade za cíl nepít ve svém životě jeden den, má tak možnost poměrně snadno získat řadu úspěšných zážitků, které následně posilují jeho důvěru ve vlastní

schopnosti a dodají mu energii k dosahování dalších cílů.

Čtvrtá fáze také ukazuje, že léčebný systém je v souladu s konceptem zotavení, který se zaměřuje nejen na pouhou remisi pacientů, ale na vytváření nových hodnot a budování smysluplného a důstojného života. Léčebný model pacientům umožňuje pokračovat po léčbě produktivně a aktivně. Procesy, které charakterizují 4. fázi modelu, jsou úzce spjaté s Grayovým (2001) konceptem tzv. „futura“<sup>4</sup>, což lze v tomto kontextu pravděpodobně nejlépe přeložit jako *vědomí osobní budoucnosti*. Toto vědomí považuje Gray za důležitý prvek úspěšné léčby závislosti. Jedná se o zvládnutí nezbytného přesunutí zaměření pozornosti z vnímaných ztrát k očekávání lepších zážitků, které může přinést střízlivá budoucnost.

#### 6.1. LIMITY A IMPLIKACE PRO DALŠÍ VÝZKUM

I přes dominanci kvantitativního výzkumu v adiktologii, lze zaznamenat postupný nárůst zájmu o kvalitativní přístup, který má podle řady autorů větší potenciál prohloubit naše porozumění prožívání lidí se závislostí (Neale et al., 2005; Shinebourne & Smith, 2009; Klingemann, 2011). Výzkum naplňuje požadavky, které byly vzneseny na výzkum v adiktologii v nedávné době. Orford (2008) považuje za jeden z nedostatků výzkumů v oblasti adiktologie skutečnost, že jsou pacienti často vnímáni pouze jako pasivní poskytovatelé dat. V tomto výzkumu byli pacienti aktivně přizváni k aktivnímu zapojení, a to v několika bodech (během rozhovorů v pokročilé fázi výzkumu a závěrečné ohniskové skupině).

Více autory (Orford, 2008; Michie, 2008)

byl dále vznesen požadavek na dlouhodobější výzkumy procesu změny, které by nám poskytly informace o behaviorálních trajektoriích léčených pacientů – ať už v případě procesuálního výzkumu léčby či dlouhodobého sledování pacientů po intervenci formou následných měření. Za silnou stránku předkládané studie lze považovat právě to, že byly rozhovory realizovány opakovaně v různých bodech léčby. Bylo tedy možné autenticky zaznamenávat aktuální prožitky napříč celou léčbou, což nám poskytuje podrobnější vhled do procesu změny, ke které u pacientů v léčbě dochází. Tím bylo redukováno riziko zkreslení věrohodnosti retrospektivního hodnocení léčby, kterým jsou ohroženy studie, v nichž pacient v rozhovorech pojednává o předchozí léčbě jako celku. Opakované setkávání umožňovalo také přesněji zaznamenávat menší změny ve vývoji závazku k abstinenci, které by v případě jediného rozhovoru nemusely být natolik zjevné.

Validizace výzkumu byla zajištěna pomocí triangulace dat, kdy byla data získávána více způsoby (ohniskové skupiny, individuální rozhovory, deníky pacientů) z více různých zdrojů (v každé fázi byli participanti jiní pacienti). Výzkumník, který analyzoval data, také usiloval o vyhnutí se subjektivním zkreslením při vyhodnocování dat tím, že se předem věnoval vlastní sebereflexi a psal si výzkumný deník. Výzkum probíhal na oddělení se specifickým léčebným programem a jeho výsledky lze tedy zobecňovat pouze na stejné léčebné kontexty. Lze jej také zobecnit pouze na pacienty, pro které je v počátku léčby typické negativní sebehodnocení.

Námi předkládaný výzkum může sloužit jako podklad pro vývoj kvantitativních nástrojů, což by nám mohlo dát možnost

věnovat se výrazně většímu vzorku a porovnat tak proces změny mezi jednotlivými léčebnými kontexty, např. v kontextu psychologických ambulancí, svépomocných skupin nebo terapeutických komunit.

Limitem výzkumu je absence následného (*follow-up*) rozhovoru po ukončení léčby, který by nám poskytl další informace o vývoji závazku k celoživotní abstinenci. Model spirály může teoreticky naznačovat, že budou-li dodržovány podmínky zpětnovazebního mechanismu posilování sebeúcty, bude docházet k dalšímu budování sebeúcty. Důkazy pro tento předpoklad však bude třeba získat v dalším výzkumu. Zároveň z této studie není jasné, zda 4. stádium sekvenčního modelu je konečné, nebo zda dochází u pacientů po odchodu z léčby k dalšímu vývoji. Výzkum si tedy v žádném případě neklade ambice poskytovat teorii vývoje závazku k abstinenci jako takového, pouze vývoje závazku k abstinenci napříč tímto typem léčby u osob závislých na alkoholu. Zároveň je třeba ověřit, zda se podobný mechanismus objevuje i u uživatelů jiných návykových látek při snaze o abstinenci.

Dalším limitem výzkumu je to, že ve výzkumném souboru došlo k výraznému drop-out efektu, kdy pouze 7 z celkových 13 pacientů dokončilo celý léčebný program. Ve výzkumu docházelo k přirozenému úbytku vzorku – u 4 osob došlo k porušení abstinence a předčasnému propuštění, 1 osoba byla přemístěna na jiné nemocniční oddělení a 1 pacient se rozhodl účast ve výzkumu předčasně ukončit po 1. setkání. Z metodologického hlediska je problematické rozhodnout se, jak s daty od osob, které léčbu předčasně dokončily, vhodně nakládat. Vzhledem k tomu, že se důvody

i doba ukončení natolik lišily, nelze o této skupině pacientů uvažovat jako o homogenní a činit o ní tak souhrnné závěry. Data od pacientů, kteří podstoupili významnou část léčby, avšak ne celou (8 a více týdnů), byla zahrnuta pouze do vertikální analýzy – tedy analýzy jednotlivých časových bodů (1. setkání, 2. setkání atd.), ale nebyla zahrnuta do analýzy procesu terapeutické změny, kdy byl postupně analyzován každý případ zvlášť. Data získaná od těchto respondentů tedy nebyla podkladem pro tvorbu sekvenčního modelu budování sebeúcty, protože lze předpokládat, že proces změny probíhal u těchto pacientů odlišně než u pacientů, kteří podstoupili léčbu celou a mohlo by tak dojít ke zkreslení výsledného modelu. Avšak i tento předpoklad je nutné dále ověřit a zaměřit se výzkumně na to, jak konkrétně se odlišuje vývoj závazku k celoživotní abstinenci u pacientů, kteří podstoupí celou léčbu, od těch jedinců, u kterých dojde k relapsu před řádným ukončením léčby. Vnímáme, že výzkumné zaměření na vzorek předčasně propuštěných pacientů by mohlo mít významné implikace pro praxi.

## 7. ZÁVĚR

Výsledky našeho výzkumu zdůrazňují důležitost individualizovaného přístupu. Každá z popsaných fází může sloužit jako podklad pro terapii, která je více zaměřena na aktuální pacientovy potřeby. Pacienti s přetrvávajícími pocity studu, lítosti a tendencemi k sebeobviňování mohou těžít z intervencí zaměřených na podporu pozitivního konceptu self spolu s porozuměním vlastní závislosti a jejím ukotvením v rámci svého životního přístupu. Jako klíčové se jeví v procesu terapeutické změny zodpovězení otázky „Proč právě já?“, které

umožňuje zpracování negativních emocí ve vztahu k sobě a zpracování zkušeností s pitím do podoby nástroje k vlastní motivaci a otevření nových cest k budování vlastní sebeúcty. Z výzkumu vyplývá, že terapie osob se závislostí by se měla primárně zaměřit na posílení self, zvědomení potřeby péče o sebe a na hledání smyslu v nejbližší budoucnosti, což je typické pro poslední fázi našeho modelu.

Naopak jako závažný limit současné podoby léčby dle Skálova modelu se ukazují striktní pojetí relapsu, který je chápán jako selhání člověka a okamžitě vede k předčasnému propuštění z léčby. Z jiných studií však víme, že bažení a relaps jsou přirozené součásti procesu zotavení (Mann et al., 2005; Gauthier et al., 1997) a je žádoucí je naopak v rámci psychoterapie zpracovat. Vnímání relapsu jako selhání může vést k poklesu sebedůvěry a zvýšit tak riziko dalšího relapsu v budoucnosti.

Léčba by měla pacientům poskytovat bohaté možnosti a příležitosti k zažívání úspěchů, což je důležitá podmínka budování sebeúcty. Považujeme za rizikové vystavovat pacienty náročným úkolům v počátku léčby, kdy tak může dojít k nadbytečným pocitům studu a nedostatečnosti. Považujeme za důležité, aby byl každý pacient hodnocen individuálně a s respektem k fázi terapeutické změny, ve které se právě nachází. Speciální pozornost by měla být věnována pacientům, kteří mají obtíže s překročením do další fáze.

Proces terapeutické změny popsaný naším modelem se jeví být v souladu se současnými trendy v oblasti zotavení ze závislosti. Výzkum může být užitečným podkladem pro snahu více individualizovat striktní léčebné programy využívající prvky

Skálova systému každému jedinci na míru s ohledem na jeho schopnosti, potřeby a stav jeho závazku k celoživotní abstinenci. Díky tomu by mohlo dojít k většímu zmocňování pacientů ke změně posilováním jejich pocitů vlastní kompetence, autonomie a nezávislosti.

### Poznámka

Zvláštní poděkování patří T. Řiháčkovi za jeho pomoc s finální podobou tohoto článku. Tato studie byla podpořena Specifickým univerzitním grantem č. MUNI/A/1024/2016 poskytnutým Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR.

### LITERATURA

- Blagojevič-Damašek, N., Frencl, M., Perković, V., Čavajda, Z. & Kovaček, M. (2012). Locus of control, social support and alcoholism. *Alcoholism: Journal of Alcoholism and Related Addictions*, 48(1), 5–12.
- Butler, M. H., Meloy, K.C. & Call, M. L. (2015). Dismantling powerlessness in addiction: empowering recovery through rehabilitating behavioral learning. *Sex Addiction Compulsivity*, 22, 26–58.
- Gauthier, G., Paratherakis, A. & Gill, K. J. (1997). Examining factors that may affect dropout in addiction treatment: A look at the assessment and engagement process. *Canadian Health Psychologist*, 5, 40–45.
- Gray, R. M. (2001). Addictions and the Self: A Self-Enhancement Model for Drug Treatment in the Criminal Justice System. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(2), 75–91.
- Gubi, P. M. & Marsden-Hughes, H. (2013). Exploring the processes involved in long-term recovery from chronic alcohol addiction within an abstinence-based model: Implications for practice. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(3), 201–209.
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H. & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 6(17), 1–17.
- Humphreys, K. (2004). *Circles of recovery: self-help organizations for addictions*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. Los Angeles: Sage Publications.
- Charney, D. A., Zikos, E. & Gill, K. J. (2010). Early recovery from alcohol dependence: Factors that promote or impede abstinence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 42–50.
- Ilgen, M., McKellar, J. & Tiet, Q. (2005). Abstinence self-efficacy and abstinence 1 year after substance use disorder treatment. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 73, 1175–1180.
- Johansen, A. B., Brendryen, H., Darnell, F. J., Wennesland, D. K. (2013). Practical support aids addiction recovery: The positive identity model of change. *BMC Psychiatry*, 201(13), 1–11.
- Klingemann, J. I. (2011). Mapping the maintenance stage of recovery: A qualitative study among treated and non-treated former alcohol dependents in Poland. *Alcohol and Alcoholism*, 47(3), 296–303.
- Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 243–256.
- Mack, A. H., Harrington, A. L. & Frances, R. J. (2010). *Clinical Manual for treatment and addictions*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Maisto, S. A., Clifford, P. R., Longabaugh, R. & Beattie, M. (2002). The relationship between abstinence for one year following pretreatment assessment and alcohol use and other functioning at two years in individuals presenting for alcohol treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 397–403.
- Mann, K., Schäfer, D. R., Längle, G., Ackermann, K. & Croissant, B. (2005). The long-term course of alcoholism, 5, 10 and 16 years after treatment. *Society for the Study of Addiction*, 100, 797–805.

- Marlatt, G. A., Curry, S. & Gordon, J. R. (1988). A longitudinal analysis of unaided smoking cessation. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 56, 715–720.
- McKay, J. R., Maisto, S. A. & O'Farrel (1996). Alcoholics' perceptions of factors in the onset and terminations of relapses and the maintenance of abstinence: Results from a 30 month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 167–180.
- Michie, S. (2008). What works and how? Designing more effective interventions needs answers to both questions. *Addiction*, 103, 886–892.
- Miller, W. R. & Munoz, R. F. (2005) *Controlling your drinking*. New York: Guilford.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. London: The Guilford Press.
- Mladá, K. (2012). Současná podoba bodovacích systémů na vybraných specializovaných oddělení pro léčbu závislostí v psychiatrických léčebnách a nemocnicích v ČR. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. LF UK a VFN, Klinika adiktologie.
- Neale, J., Allen, D. & Coombes, L. (2005). Qualitative research methods within the addictions. *Addiction*, 100(11), 1584–1593.
- Nelle, A. (2005). Solution and resource-oriented addiction treatment with the choices of abstinence or controlled drinking. *Journal of Family Psychotherapy*, 16(3), 57–68.
- Orford, J. (2008). Asking the right questions in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction. *Addiction*, 103(6), 875–885.
- Pokora, J., Kostroňová, T., Zbořilová, L. & Mošťák, P. (2003). Didaktoterapie na protialkoholním oddělení při Psychiatrické léčebně v Brně-Černovicích. *Alkoholismus a drogové závislosti* (Protialkoholický obzor), 38, 83–85.
- Shinebourne, P., Smith, J. A. (2009). Alcohol and the self: an interpretative phenomenological analysis of the experience of addiction and its impact on the sense of self and identity. *Addiction Research & Theory*, 17, 152–167.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.
- The American Society of Addiction Medicine (1974). *Public Policy Statement on Abstinence*. Staženo 12.1.2017 z <http://www.asam.org/advocacy/find-a-policy-statement/view-policy-statement/public-policy-statements/2011/12/15/abstinence>
- White, W. & Tuohy, C. M. (2013) Recovery-oriented practice and the addictions professional: A systems perspective. *Advances in Addiction and Recovery (NAADAC)*, Summer Issue, 22–23.
- White, W. L. (2007). The new recovery advocacy movement in America. *Addiction*, 102,696–703.
- Yeh, M., Che, H., Lee, L. & Horng, F. (2008) An empowerment process: successful recovery from alcohol dependence. *Journal of Clinical Nursing*, 921–929.

*Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 22. 11. 2018. Revidované znění došlo 17. 12. 2018, k publikaci přijato 20. 12. 2018.*

## JAK JSME SE SPÁLILI ANEB POZOR NA PREDÁTORSKÉ ČASOPISY!

Jan Roubal, Klára Rouchalová

Rádi bychom prostor zde využili pro zprávu o tom, jak jsme se díky naší naivitě a neznalosti nechali napálit. Tento článek totiž vyšel v mírně odlišné podobě a v anglickém znění již v časopise *Journal of Addictive Behaviors, Therapy & Rehabilitation*.

Časopis je dle profesionálně vyhlížející webové stránky recenzovaným časopisem s impakt faktorem, na stránkách má detailně popsanou proceduru zaslání článku a recenzního řízení. Obsahově se náš článek přesně hodí do časopisu takto profilovaného na téma léčby a rehabilitace závislostí. Článek jsme tedy do časopisu zaslali a velmi brzo jsme dostali odpověď, že je přijat. Bylo pouze potřeba, velmi rychle, udělat nepříliš náročné formální úpravy textu. Čekali jsme na recenzní posudky, nic však nepřišlo. Místo toho jsem dostal žádost o zaplacení částky 1 419 dolarů, aby článek byl publikován v *open access* módu. O tento mód jsme ale nežádali.

Znovu jsme si prostudovali webovou stránku a instrukce, zdálo se, že časopis funguje na bázi předplatného. Když autor nechce, aby byl článek *open access*, tak zřejmě nic neplatí. Když chce, aby byl *open access*, tak platí poplatek. Alespoň takto jsme tomu i při druhém čtení porozuměli, instrukce ale nebyly jasné. Znovu jsme se podívali na články v časopise uveřejněné, nezdály se nám ale na první pohled nějak nedůvěryhodné.

Napsali jsme tedy znovu, že chceme uveřejnění mimo *open access*. Přišla nám odpo-

ověď, že nám nabízí slevu na 1 019 dolarů. V té chvíli jsme reagovali žádostí o stažení článku. Nechceme článek u vás publikovat, omlouváme se, že jsme zřejmě špatně pochopili instrukce. V odpovědi jsme se dozvěděli, že management časopisu náš případ projednal, a že nám bohužel nemohou úplně prominout poplatek. Žádají nás o zaplacení 519 dolarů.

Znovu jsme napsali, že nechceme, aby náš článek v jejich časopise vyšel. S odstupem několika týdnů jsme dostali email s gratulací, že náš článek vyšel v nejnovějším čísle časopisu. A následně přišel email s nabídkou odpuštění celého poplatku, pokud se na to necítíme. Nicméně na nás apelují, abychom zaplatili 115 dolarů za zpracování článku. Odpověděli jsme, že přijímáme nabídku úplného odpuštění poplatků.

Zůstala z toho celého nepříjemná pachuť, nicméně článek byl publikován, vytištěný vypadal moc pěkně, a tak jsme to nechali být. Až do doby, kdy nám z knihovny naší univerzity přišla zpráva o tom, že časopis *Journal of Addictive Behaviors, Therapy & Rehabilitation* vykazuje řadu nestandardních znaků a mohlo by se jednat o predátorský časopis. Časopis se nevyskytuje v žádných ověřených databázích, není ani v databázi *Directory of Open Access Journals*, kde by měly být všechny *open access* časopisy. Časopis má na svých stránkách uveden impakt faktor i přestože impakt faktor vůbec nemá. Taktéž se chlubí hodnocením *Index Copernicus*, který

bývá dost často zneužíván predátorskými časopisy jako *fake impact factor*. Zároveň jeho vydavatel *Scitechnol* bývá označován za predátorské vydavatelství a vyskytoval se i na Beallově seznamu predátorských vydavatelů.

Bylo nám doporučeno do budoucna se vyvarovat publikování v takovýchto časopisech, protože tyto publikace následně vrhají špatné světlo na celou instituci. Také není vhodné uvádět tento článek v seznamu odborných publikací, protože se z vědeckého hlediska jedná o nezapočítatelný vý-

stup, který neprošel řádnou procedurou publikování. Zachovali jsme se podle toho a časopis požádali, aby náš článek ze svých webových stránek stáhl. Bez reakce.

Ano, měli jsme si to vše prostudovat předem. Na Masarykově univerzitě existuje materiál popisující, jak se nenechat predátorskými časopisy napálit. Teď už to víme. Snad to může být užitečné i jiným autorům. Jsme vděční časopisu *Psychoterapie* za posouzení etiky publikování našeho článku a za výslednou možnost naší práci v časopise *Psychoterapie* publikovat.

## CALL FOR SPONSORS

### KONFERENCE GESTALT-PSYCHOTERAPIE SE ZAHRANIČNÍ ÚČASTÍ

5. - 7. duben 2019  
Mikulov, Hotel Galant

Prezentujte se více než 400 účastníkům z řad psychologů, psychiatrů a dalších pomáhajících profesionálů na prestižní pravidelné akci.

Více o konferenci: [www.csigt.cz/konference](http://www.csigt.cz/konference)



česká  
společnost  
pro gestalt  
terapii



gestalt  
konference  
2019

*Žit Gestalt*



## KARTA PACIENTA

### Patient Card

Ivana Křížová<sup>a</sup>, Olga Klempířová<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha, CZ; Katedra psychologie, Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Praha, CZ; e-mail: [ikrizova@seznam.cz](mailto:ikrizova@seznam.cz)

<sup>b</sup>Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha, CZ; Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Praha, CZ; e-mail: [Olga.Klempirova@vfn.cz](mailto:Olga.Klempirova@vfn.cz)

*Psychoterapie. 12 (3), 221–233; ISSN 1802-3983*

#### ABSTRAKT:

Karta pacienta je psychotherapeutická pomůcka, která je aktuálně pilotována na akutním oddělení v PN Bohnice. Cílem Karty pacienta je efektivnější psychotherapeutická práce během hospitalizace na akutním psychiatrickém oddělení. V příspěvku jsou popsány její jednotlivé části a cíle, ke kterým je směřována. Karta pacienta vznikla z praktických potřeb psychiatrického oddělení a byla volně inspirována teoretickými koncepty ACT, PACT, motivačními rozhovory a prvky podpory self-efficacy. Karta pacienta je aktuálně pilotována a její účinek a význam by měl být v budoucnosti prověřen výzkumnými studiemi.

*Klíčová slova:* karta pacienta, krátkodobá psychotherapie; formulář; psychotherapeutická pomůcka

#### ABSTRACT:

The article is focused on presentation of a new psychotherapeutic tool, which is in these days newly used and tested in acute department in Psychiatric Hospital Bohnice. This psychotherapeutic tool named Patient Card and its goal is to provide more effective psychotherapy during the short-term hospitalization. All parts of the Card

and also goals of this parts are described. The Patient Card was created from the practical needs of the psychiatric department and was freely inspired by the theoretical concepts of ACT, PACT, motivational interviewing and parts of self-efficacy support. The Patient Card is currently being piloted and its effectiveness and significance should be verified in the future by further research studies.

*Key words:* patient's card, short-term psychotherapy; form; psychotherapeutic tool

*Role autorů:* První autor se podílel na vzniku Karty pacienta a na psaní úvodu, popisu Karty pacienta, diskuse a závěru. Druhý autor se podílel na doplnění teoretických a metodologických poznámek a na odborné supervizi článku. Oba autoři přispěli ke vzniku článku a schválili jeho konečnou podobu bez konfliktu zájmů.

#### ÚVOD

Na akutním oddělení číslo 1 v Psychiatrické nemocnici Bohnice byla v uplynulém roce v psychotherapeutické práci s pacienty vytvořena Karta pacienta (KP). KP vznikla s cílem lépe strukturovat práci s pacienty v krátkodobých hospitalizacích, se kterými

se v poslední době setkáváme stále častěji. Na akutním oddělení pracujeme s pacienty, kteří mají široké spektrum psychiatrických poruch s různou mírou náhledu, schopností a motivace. KP přináší praktický formát, podle kterého je možné s pacienty cíleně pracovat společně napříč celým léčebným týmem a zároveň pomoci zlepšit pacientovu aktivní spolupráci v léčbě.

KP poskytuje jednoduchou strukturu psychologické podpory v léčbě, která je srozumitelná pro pacienty a zároveň usnadňuje mezioborovou provázanost péče na oddělení. KP dává pacientům jednoduchou osnovu, podle které mohou během hospitalizace psychoterapeuticky pracovat na svém psychickém stavu a řešit aktuální problémy. KP je terapeutickou pomůckou, která pacienty během hospitalizace motivuje k aktivní práci na sobě, a poskytuje uvědomění si pokroků v léčbě a budování pocitu samostatnosti a odpovědnosti. Pacienti mají možnost na KP navázat i po hospitalizaci v následné psychoterapii nebo v ambulantní psychiatrické léčbě. KP byla vytvořena jako pomůcka pro krátkodobou psychoterapii, především ve smyslu aktivace na léčbu zaměřeného chování psychiatrického pacienta. Jejím cílem je zlepšit zapojení pacienta do jeho vlastní léčby, zvyšovat motivaci zabývat se svými problémy a následně zlepšit jeho self-efficacy během hospitalizace i v následujícím období podle jeho potřeb.

Současné studie o účinnosti krátkodobých psychoterapeutických intervencí ukázaly vyšší účinnost při kombinaci motivačních rozhovorů a technik aktivace chování, než při aplikaci pouze jedné metody (Lindholm a kol., 2015). Motivace k léčbě je základním předpokladem, na kterém je potřeba už

od počátku v práci s psychiatrickými pacienty pracovat, jinak je další terapeutické snažení lékařů i dalších terapeutů málo efektivní. Svou strukturovaností a společnou prací s terapeutickým týmem se snaží i KP zvýšit motivaci pacientů k zapojení



Ivana Krížová

**PhDr., Ph.D. Pracuje jako psycholožka v Psychiatrické nemocnici Bohnice, kde se vzdělává v klinické psychologii. Absolvovala doktorské studium na Katedře psychologie Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy. Přednáší na Pedagogické fakultě a Vysoké škole obchodní. Má absolvovanou sebezkušennostní část v psychoanalytické psychoterapii a aktuálně se vzdělává ve výcviku v kognitivně-behaviorální terapii. Odborně se zabývá zejména návykovými nemocemi, psychopatiologií a teorií citové vazby.**

do jejich vlastní léčby. Práce na zvyšování motivace pacienta k léčbě se vyplatí u celého spektra psychiatrických poruch. Motivačních rozhovory u schizofrenních pacientů se v kombinovaném terapeutickém programu významně podílejí na zmírnění negativních symptomů, zlepšení spolupráce v léčbě i mezilidských vztahů (Cho a Leea, 2018). Je známá přímá souvislost mezi mírou motivace k psychoterapii pacientů s úzkostnými poruchami a zmírněním úzkostných příznaků (Nickel a kol., 2005). Úzkostné příznaky jsou přítomné u vět-

šiny psychiatrických obtíží, se kterými se na akutním oddělení setkáváme. Motivace k léčbě má vztah i s dalšími oblastmi v životě pacienta a těmi jsou především funkční potenciál a sociální opora. Motivace pacienta většinou velmi úzce souvisí s jeho možnostmi fungování a také s jeho vztahovým prostředím (Stentzel a kol., 2018). Pokud se podaří pacientovi udržet anebo vytvořit díky léčbě lepší životní perspektivu za pomoci udržení nebo zvýšení vlastních možností uplatnění, je to pro něj silná motivace v léčbě vytrvat. KP se snaží pacienta na tyto důležité životní oblasti upozornit a pomoci mu uvědomit si, že zlepšení a udržení kvality života je důležitou součástí jejich léčby. Mnohdy to může být počáteční společný cíl v léčbě a prvotní průlom k porozumění významu léčby pro pacienta, který si nemusí uvědomovat příznaky onemocnění a může mu unikat smysl psychiatrické léčby. Při absenci motivace je velmi pravděpodobné předčasné opuštění terapeutického procesu (Björn a Wennbern, 2014). U řady psychiatrických pacientů se kvůli nenalezení společného cíle léčby nepodaří pacienty v léčbě udržet, brzy odcházejí z léčby na negativní reverz, poté dochází k předčasným rehospitalizacím, prohloubení sociálního úpadku a nárůstu duálních diagnóz v důsledku „samoléčby“ škodlivým užíváním psychoaktivních látek.

Na setrvání v léčbě nebo psychotherapeutickém procesu má důležitý vliv také kvalita terapeutického prostředí (Soares a kol., 2012), která je dána kvalitou terapeutických struktur, mezi něž vedle terapeutického režimu patří i KP a podobné terapeutické pomůcky, terapeutický proces a kvalitní terapeutický vztah. Byla prokázána přímá

souvislost mezi motivací k léčbě a aktivním zapojením do léčby. Pacienti, kterým se podařilo dosáhnout vyšší úrovně participace na vlastní léčbě se vyznačovali vyšší léčebnou proaktivitou a spoléháním se na vlastní zdroje a následně více očekávali úspěchy v léčbě (Gavrilov-Jerković, 2007). O totéž usiluje také KP, která se společnou prací terapeutického týmu a pacienta snaží docílit příjemného interpersonálního prostředí, ve kterém by se zlepšovala pacientova motivace k terapeutické práci. Dostatečně pevná motivace k léčbě a aktivní zapojení do léčby vytváří předpoklady pro léčebnou adherenci (Dermikol a kol., 2015) a výzkumy ukázaly, že s vyšší adherence léčby u psychiatrických pacientů klesají náklady na péči i potřeba specializovaných služeb v období po hospitalizaci (Joe a Lee, 2016).

KP cílí i k postupnému zvyšování self-efficacy pacientů. Bandurův koncept self-efficacy odráží subjektivní pocit vnímání vlastní účinnosti v životních událostech a možností jak je ovlivňovat. Význam konceptu self-efficacy byl ve vztahu k psychiatrické populaci ověřen například na pozitivním vztahu mezi self-efficacy a kvalitou interpersonálního chování (Morimoto a kol., 2012). Negativní vztah byl naopak zjištěn mezi self-efficacy a suicidálním myšlením, plány i realizací suicidálních pokusů (Isaac a kol., 2018). Dosavadní zkušenosti ukazují, že pevně strukturované psychotherapeutické postupy jsou pro krátkou motiváční podpůrnou psychotherapii výhodnější než méně strukturované terapeutické postupy, jejichž efektivita je nejistá a málo srozumitelná pro pacienty i spolupracující lékaře a další odborníky v léčebném týmu. Terapeutické týmy na psychiatrických odděleních se skládají z odborníků mnoha

profesí a různých zkušeností, z nichž ne všichni mají psychoterapeutické vzdělání. Proto terapeutické týmy na akutních psychiatrických odděleních potřebují jasnou mezioborově srozumitelnou a použitelnou

**Olga  
Klempířová**

**PhDr. , Ph.D. Pracuje jako klinická psycholožka v Psychiatrické nemocnici Bohnice a na Neurologické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Je členkou lektorského týmu akreditovaného Neuropsychologického kurzu pořádaného v rámci 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. V rámci klinické praxe se zabývá především diferenciální diagnostikou a krátkodobou podpůrnou psychoterapií psychiatrických pacientů a diagnostikou kognitivního deficitu a neuropsychiatrických poruch a psychologickým poradenstvím u Huntingtonovy nemoci a u roztroušené sklerózy. Jejím specifickým odborným tématem je psychologická diagnostika a poradenství u osob v riziku Huntingtonovy nemoci v rámci multidisciplinárního týmu před genetickým vyšetřením.**

strukturu, která umožní široké spektrum psychiatrických pacientů ve stavech vyžadujících hospitalizaci, připravit na aktivní spoluúčast v léčbě a na navazující psychoterapeutické a rehabilitační procesy. Právě z této potřeby vznikla i tvorba KP, která byla šířeji inspirována strukturou psychoterapeutických konceptů Acceptance and Commitment Therapy ACT (Spidel a kol., 2017) a Post-admission Cognitive Therapy PACT (Ghahramanlou-Holloway a kol., 2012). ACT je založena na motivovaném a aktivním přístupu pacientů k jejich vlastní terapii a vede je k rozlišování situací, které změnit vlastními silami nemohou a těmi, které naopak změnit mohou. Cílem je, aby se pacienti naučili přijmout a akceptovat

situace, které aktuálně nemohou ovlivnit a zvyšovat v těchto chvílích svou psychickou stabilitu. A zároveň vede pacienty k tomu, aby aktivně začali pracovat na změně v oblastech, ve kterých je změna možná. Podobným způsobem se snaží pacienti do jejich vlastní terapie zapojit i KP. Prvním krokem v KP je uvědomění si problémových oblastí, druhým je poté příprava na práci na vlastní změně. Pokud je hospitalizace pacienta delší, je možné již během ní začít pracovat na změně některých situací v životě pacienta. V případě krátkodobé hospitalizace, která je v našich podmínkách častější, je smyslem KP ujasnění si těchto situací a práce na jejich změně v ambulantní psychoterapii. PACT pracuje na principu změny maladaptivních zvládacích strategií na adaptivní varianty zvládnání. Maladaptivní zvládací strategie formuluje na základě kognitivního přístupu a pacientovy konceptualizace potíží, řešení praktických potíží, zlepšování zvládacích strategií a formulaci krizového plánu. Zejména na formulaci krizového plánu navazuje i KP, která jej chápe jako důležitý bod předcházení relapsu duševních obtíží. KP tak připravuje pacienta formulací jeho problémových oblastí i na budoucí práci na jejich řešení a zlepšování zvládacích strategií. ACT a PACT přístup stál u zrodu inspirace vzniku KP. KP ovšem neaspiruje na vytvoření nového terapeutického konceptu jako ACT a PACT, jejím cílem je sloužit jako pomůcka v terapii při krátkodobých psychiatrických hospitalizacích. Existuje nespočet terapeutických pracovních listů, které jsou podobné KP. Při vzniku KP z nich však nebylo vycházeno, proto se na ně v tomto textu neodkazujeme.

## KARTA PACIENTA

KP má tři části, které kopírují tři etapy hospitalizace – úvodní, léčebnou a přípravu na propuštění. V průběhu léčby je pacient veden k tomu, aby se v tomto pořadí postupně začal zabývat jednotlivými tématy. Pokud je pacient hospitalizován delší dobu, dochází postupně také ke konkretizaci jednotlivých témat. Ta může pacient dopsat k již předchozím nebo je mu vydána nová KP, kde může pokračovat v terapeutické práci.

Vznik KP vycházel z praktických potřeb terapeutické práce na akutním oddělení všeobecné psychiatrie. Byla volně inspirována výše zmíněnými terapeutickými přístupy a pomůckami, jejím cílem nebylo vytvořit nový terapeutický přístup, ale přinést praktickou pomůcku, která by zefektivnila terapeutickou práci během krátkodobé hospitalizace. Zároveň bylo praktické KP vytvořit v takové podobě, která by umožňovala práci s pacienty s různou mírou náhledu, motivace a kognitivních schopností. Tvorba KP byla opakovaně připomínkována personálem i samotnými pacienty a byla hledána varianta, která bude dostatečně srozumitelná a jednoduchá pro většinu pacientů, ale zároveň bude možné zachovat její psychoterapeutický význam. Jednotlivé části KP byly vytvářeny tak, aby se zaměřovaly na konkrétní oblasti, na které má cílit pozornost pacienta i terapeutického týmu, ale zároveň budou dostatečně široké pro individuální práci s jednotlivými pacienty.

**Úvodní část**

(Karta č. 1)

KP je označena „ošetřujícím číslem pacienta“, které nahrazuje jméno, aby byly chráněny pacientovy citlivé osobní informace. Při nalezení ztracené KP, může pouze

zdravotnický personál identifikovat jejího majitele.

Úvodní část obsahuje údaje, které slouží pacientovi po přijetí na oddělení k orientaci v léčbě. Do KP si zapíše jméno ošetřujícího

<b>KARTA PACIENTA</b>				
Průvodce léčbou na 1. oddělení				
Oš. číslo:		Dobrovolný vstup od:		
Ošetřující lékař:				
Režim:				
Pobyt na oddělení	Vycházky s personálem	Vycházky s druhou osobou	Vycházky na aktivitu	Volné vycházky
Proč jsem hospitalizován/a ?				
Jak to vidí okolí?				
Co si myslím já?				
Co mě trápí?				

Karta č. 1

lékaře, datum dobrovolného vstupu a režim léčby. Podepsání dobrovolného vstupu je u pacientů, kteří byli původně nedobrovolně hospitalizováni významným mezníkem, který většinou znamená zlepšení spolupráce pacienta v léčbě. Doporučujeme předat KP právě v tomto prvním zlepšení, ve kterém

pacient začíná být schopen nahlížet vlastní psychické problémy.

Následující oddíly KP se věnují okolnostem hospitalizace. Pacient si do KP запиše, co bylo podle jeho názoru důvodem hospitalizace ale také, co si myslí, že jeho okolí vnímalo jako důvod hospitalizace. Informace o názorech pacientových blízkých lidí může významně pomoci pacientovi budovat náhled na vlastní problémy, anebo vztahy s těmito blízkými lidmi.

V posledním oddílu úvodní části pacient konkretizuje psychické či sociální obtíže, na základě kterých se dále stanovují cíle,

na nichž je možné pracovat během jeho hospitalizace. Tato část je zvláště důležitá, protože teprve poté, kdy si pacient uvědomí, že ho něco trápí nebo mu něco chybí, je možné začít aktivní spolupráci na řešení psychických problémů. Pokud se podaří pacienta přimět k vlastní formulaci psychických potíží, je postaven základní kámen spolupráce v léčbě a může být zahájena psychoterapeutická podpora.

**Průběh léčby**

(Karta č. 2)

V první části je vyjmenovaná nabídka

Karta č. 2

PRŮBĚH LÉČBY:						
Využívám program:	? činnostní terapie	? kognitivní trénink	? muzikoterapii	? edukační skupiny	? pohovory s psycholožkou	? centrální terapie
	? psychogymnastiku	? společné vycházky	? duální skupiny	? motivační skupiny	? skupinové terapie	? volné vycházky
Potřebuji vyřídit:						Splněno:
Se sociálním pracovníkem/ pracovníci						?
						?
						?
S lékařem/ lékařkou						?
						?
						?
						?
S psychologem/ psycholožkou						?
						?
						?
						?
Příčiny mých obtíží:						
Důsledky mých obtíží:						

všech terapeutických programů, které jsou na oddělení pro pacienty k dispozici. Tato část slouží jako informace o nabídce terapeutických aktivit oddělení pro nově přichozí pacienty a informace pro personál o tom které z nich pacient využívá.

Druhá část je zaměřena na konkrétní témata, která pacient řeší s různými odborníky, se kterými může mít individuální konzultace na oddělení. Tato část slouží k tomu, aby si pacient uvědomil, jaká je jeho zakázka k jednotlivým odborníkům a s čím mu mohou pomoci. Jednotlivé zakázky se pak průběžně upřesňují v individuálních konzultacích.

Třetí část je zaměřena na prohlubování sebereflexe ve smyslu příčin a důsledků psychických problémů. Pacient tak má možnost uvědomit si, že se psychické problémy neobjevují izolovaně a bez příčiny, ale že jsou provázány s jeho jedinečným bio-psycho-sociálním světem, který může sám ovlivnit.

Část, která se věnuje léčbě by měla pacienta odkazovat k jeho vlastní práci na sobě a na svých obtížích během hospitalizace a pacient by na ní měl začít pracovat ve chvíli, kdy je na oddělení zorientovaný a ujasnil si své základní problémy. Pracovat na KP může pacient samostatně a jednotlivé části následně konzultovat na pohovorech s lékařem či psychologem, nebo je s pacientem na KP pracováno v rámci terapeutických pohovorů, pokud pacient samostatně práce není schopen nebo k ní není motivován. Struktura práce na KP není pro pacienty formalizována a je přizpůsobována individuálním potřebám a možnostem jednotlivých pacientů. Pokud má pacient obtíže formulovat příčiny či důsledky svých potíží, snaží se jej terapeutický tým navést k tomu, aby o nich přemýšlel

a byl schopen k nim postupem času dojít a formulovat je. Cílem není, aby je kdokoli z personálu vymýšlel za pacienta pouze pro formální vyplnění KP. I neúplně vyplněná KP má terapeutický význam, pokud odpovídá tomu, k jakým významům pacient sám došel. Samotná práce pacienta na KP a jeho motivace k jejímu vyplňování je pak informací o adherenci pacienta v léčbě a umožňuje přizpůsobit podobu hospitalizace a léčebného plánu této skutečnosti.

### ***Příprava na propuštění***

*(Karta č. 3)*

Poslední částí KP je příprava na propuštění, která by postupně měla pacienta provést koncem léčby. Pacient si do této části запиše kontakt na svého ambulantního psychiatra a psychoterapeuta, případně datum první návštěvy v ambulanci po hospitalizaci. Pacientům s výběrem následné péče může pomoci lékař nebo psycholog.

Následuje část věnovaná rekapitulaci hospitalizace a zhodnocení jejího přínosu pro pacienta, ale také jejích negativ. Pacient by měl začít přemýšlet nad tím, jak ovlivnila hospitalizace jeho život, a jestli a jak, pomohla řešit jeho obtíže. Důležité je, co si díky hospitalizaci uvědomil nebo jaká témata k další práci na sobě se mu otevřela. Velmi přínosné je naučit pacienty rekapitulovat jednotlivé události a jednotlivá období ve svém životě a tím se připravovat na další život po propuštění z nemocnice. Pacient je v této části KP veden k tomu, aby si uvědomil, že během hospitalizace se jeho psychický stav většinou plně nevyléčí a všechny jeho obtíže nezmizí, ale že cílem psychiatrické hospitalizace je stabilizace stavu a návrat k základnímu fungování v každodenním životě.

Karta č. 3

PŘÍPRAVA NA PROPUŠTĚNÍ:		
<b>Ambulantní psychiatr</b> (jméno + adresa)  Ambulantní psychoterapie		<b>Datum kontroly:</b>
<b>V čem se můj stav během hospitalizace změnil?</b>		
Pozitiva:		
Negativa:		
<b>Na čem ještě potřebuji pracovat?</b>		

Na další optimalizaci stavu je třeba pracovat dlouhodobě v následné ambulantní léčbě a pomocí různých rehabilitačních aktivit.

*(Karta č. 4)*

Poslední částí přípravy na propuštění je krizový plán, který byl inspirován krizovým (havarijním) plánem pro závislé pacienty (Nešpor, 2006). Tvorbu krizového plánu

vnímáme jako nejdůležitější pacientův úkol v závěru léčby na akutním psychiatrickém oddělení. Cílem krizového plánu je připomenout, že je nutné dopředu přemýšlet o tom, jakým způsobem se může pacient zachovat při zhoršení jeho psychického stavu. Vysvětlujeme pacientům, že ve chvílích, kdy dojde k relapsu jejich psychických obtíží, již většinou nové možnosti nevymyslí, ale je větší pravděpodobnost, že se zachovají podle svých starých, často maladaptivních schémat. Proto je třeba nové možnosti řešení promyslet v předstihu. Smyslem je podpořit pacienty k tomu, aby s podporou terapeutického týmu našli vlastní nové účinné způsoby chování v rámci prevence relapsu a tímto hledáním nových možností zvyšovali i své self-efficacy. Optimální doba pro vypracování krizových řešení je období ke konci hospitalizace, kdy je pacient dostatečně stabilizovaný, má k dispozici odbornou pomoc multidisciplinárního týmu a dostatek času k přemýšlení.

Samotný krizový plán se skládá ze tří oddílů. Nejprve by si měli pacienti vytvořit představu toho, co mohou dělat, aby preventivně předešli zhoršení jejich psychických obtíží. Tedy, aby si uvědomili, co je udržuje v dobré psychické pohodě a které faktory naopak jejich psychický stav mohou zhoršovat. Ve druhém oddílu by se měli pacienti zamyslet nad tím, jaké mají možnosti v případě, kdy se jejich psychický stav již zhorší a jejich obtíže se opět objeví – aby tento stav zvládli a nemuseli být hospitalizováni. Poslední oddíl slouží tomu, aby si pacient vytvářel sociální opěrnou síť, tedy konkrétní osoby, na které se může v případě nouze obrátit a které mu mohou pomoci s řešením jeho problémů nebo mu mohou poskytnout psychickou podporu.



Karta č. 4

KRIZOVÝ PLÁN		
<i>Je to postup v případě zhoršení stavu. =&gt; Co dělat, když se můj stav zhorší? Jak to poznat? Jak tomu předejít? Jak se dostat zpět do nemocnice...</i>		
<b>Rizikové faktory mého onemocnění</b>	*	*
	*	*
	*	*
<b>Co můžu dělat pro to, aby se můj stav opět nezhoršil? Co dělat abych se nevrátil/a na hospitalizaci?</b>		
*		
*		
*		
*		
*		
*		
<b>Co dělat, když se mi zhorší stav? Když se objeví psychické obtíže?</b>		
*		
*		
*		
*		
*		
*		
<b>Na koho se mohu obrátit?</b>		
*		*
*		*

Smyslem krizového plánu v rámci KP je, aby se pacienti začali připravovat na propuštění a aby začali přemýšlet o tom, co bude po hospitalizaci a jakým způsobem by si sami mohli poradit s případnými obtížemi, které se po propuštění nebo i později během jejich života mohou objevit.

### ***Ilustrace využití KP***

*(Karta č. 5 a 6)*

Příkládáme ukázkou využití KP při práci

s konkrétní pacientkou. Cílem uvedené ukázky je přiblížit čtenářům praktickou práci s KP a ilustrovat, jakým způsobem s ní pacientka pracovala. Vzhledem k tomu, že je KP aktuálně v PN Bohnice pilotována, nemůžeme prozatím přispět obsáhlejší kazuistickou studií, na které by bylo možné poukázat na možné obtíže při práci s KP.

42letá žena s opakovanými psychotickými atakami v náročných životních obdobích. Důvodem aktuální hospitalizace

Karta č. 5

KRIZOVÝ PLÁN		
<i>Je to postup v případě zhoršení stavu. =&gt; Co dělat, když se můj stav zhorší? Jak to poznat? Jak tomu předejít? Jak se dostat zpět do nemocnice...</i>		
Rizikové faktory mého onemocnění	* sebefetěžování	* nedostatečné oddělování povinností a zábavy
	* nedostatek odpočinku	* nedostatek času na sebe
	* stres	*
Co můžu dělat pro to, aby se můj stav opět nezhorší? Co dělat abych se nevrátil/a na hospitalizaci?		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Více odpočívat. Udělat si více času na sebe. Více si věřit.</li> <li>Více si organizovat svoji práci, abych si našla čas na odpočinek</li> </ul>		
* * * *		
Co dělat, když se mi zhorší stav? Když se objeví psychické obtíže?		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vyhledat svého ambulantního lékaře.</li> <li>Probrat danou situaci se svým partnerem a poradit se s mámou o tom, jak postupovat dále.</li> <li>Pokud sama, budu sledovat svůj stav a poradím se s lékařem.</li> </ul>		
* * * *		
Na koho se mohu obrátit?		
* *		

Karta č. 6

PRŮBĚH LÉČBY:						
Využívám program:	? činnosti terapie	? kognitivní trénink	? muzikoterapii	? edukační skupiny	? pohovory s psycholožkou	? centrální terapie
	? psychogymnastiku	? společné vycházky	? duální skupiny	? motivační skupiny	? skupinové terapie	? volné vycházky
Potřebuji vyřídít:					Splněno:	
Se sociálním pracovníkem/ pracovníci	Zda mám jako OSVČ nárok na dávky na nemocenské. Nemám, neplatím si navíc pojištění v případě nemoci.				?	
S lékařem/ lékařkou	Zjistit, jaké léky mám užívat, abych to mohla říct ambulantnímu psychiatrovi, ke kterému se musím dostavit do 3 dnů po propuštění.				?	
S psychologem/ psycholožkou	Absolvovat druhou část vyšetření. První část byla absolvována 19. 7. 2018. Další bude v pondělí 23. 7. 2018.				?	
Příčiny mých obtíží:	Někdo mi v minulosti něco špatného řekl nebo na mě křičel a já jsem si to vzala na sebe, že já jsem ta špatná. Přepřarování. Dědala jsem hodně věcí najednou a málo jsem odpočívala, v noci jsem nemohla usnout. Stále nad něčím v minulosti jsem přemýšlela.				?	
Důsledky mých obtíží:	Skončila jsem Psychiatrické léčebně v Bohnicích.				?	

KARTA PACIENTA				
Průvodce léčbou na 1. oddělení				
Oš. číslo:	3810/18	Dobrovolný vstup od:		
Ošetřující lékař:	MUDr. xxxxx			
Režim:				
Pobyt na oddělení	Vycházky s personálem	Vycházky s druhou osobou	Vycházky na aktivitu	Volné vycházky
Proč jsem hospitalizován/a ?				
Jak to vidí okolí?	Nepřirozené chování.			
	Šíření neklidu.			
	Buzení partnera v noci.			
Co si myslím já?	Velká únava a nedostatek spánku.			
	Mozek stále pracuje a mě zneklidňuje hlavně v noci.			
	Pocit, že já jsem ten nejhorší a nejstrašnější člověk, co má za to pykat.			
Co mě trápi?				
Mám běžné starosti týkající se rodiny (jejich zdraví a spokojenosti), zda o mě budu dobře pečovat.				
Starosti, zda obstojím v zaměstnání, do kterého jsem nastoupil nedávno.				
* * * *				

byl rychlý rozvoj paranoidně perzekučního bludu po půl roce od nástupu do zaměstnání po rodičovské dovolené. Psychologické vyšetření neprokázalo kognitivní deficit ani poruchy svědčící pro schizofrenní onemocnění. Pacientka byla velmi spolupracující, kromě psychologického vyšetření a individuálních psychologických pohovorů pravidelně docházela na skupinovou psychoterapii a edukaci.

KP pacientku podpořila v uvědomění a formulaci psychických problémů, ve způsobu vyrovnávání se a v prevenci relapsu onemocnění. Motivace k léčbě a aktivní účast pacientky na léčbě se díky práci s KP významně zlepšila. Opakované edukace pacientky i členů rodiny navíc významně přispěly k lepšímu porozumění příznakům onemocnění i významu léčby. Pacientka následně pokračovala v léčbě ve stacionáři pro psychotické pacienty. Byla schopná se vrátit k běžnému fungování v rodině i v zaměstnání. Hlavním tématem KP této pacientky byla prevence sebezpetěžování.

## DISKUSE

Cílem KP je poskytnout podporu pro krátkodobou terapii pacientům hospitalizovaným na psychiatrii. Tím navazujeme na podobnou snahu nabídnout krátkodobou, maximálně efektivní a na zlepšení psychických symptomů zaměřenou terapii například Lindholma a kol. (2015), Spidela a kol. (2017) a Ghahramanlou-Holloway a kol. (2012). Zmíněné terapeutické přístupy směřují k efektivnímu využití časově omezené terapie u psychiatrické populace, což je cílem i KP jako terapeutické pomůcky.

KP má za cíl pacienty více zapojit do jejich vlastní terapie. Základním předpokladem je zvýšení jejich motivace. Vliv mo-

tivace na zmírnění symptomů duševních onemocnění byl prokázán v řadě výzkumů v souborech psychiatrických pacientů Cho a Leea (2018), Stentzely a kol. (2018), Nickela a kol. (2005), Björna a Wennbera (2014), Soaresy a kol. (2012) či Gavrilov-Jerkoviće (2007). KP se snaží o zvýšení motivace pacientů jednak tím, že poskytuje grafickou variantu témat, nad kterými by se pacienti měli zamyslet, ale také tím, že zahrnuje prvky z motivačních rozhovorů v úvodní části KP, ve kterých je pacient veden k uvědomění si vlastních obtíží a zaznamenání si důvodů aktuální hospitalizace. Motivačním faktorem je také záznam i drobných zlepšení psychického stavu a vyřešení některých obtíží, se kterými pacient do hospitalizace vstupoval. Významnou roli může však sehrát i uvědomění si negativních faktorů hospitalizace, které mohou motivovat pacienta k vyvinutí úsilí a ke změnám v chování, aby se další hospitalizaci vyhnul tím, že například zvolí zdravější životní styl. Důležitým motivačním faktorem je i komunitní terapeutické prostředí, kde významnou roli sehrává sociální učení. Pokud pacient vnímá, že druzí pacienti se díky KP posouvají v léčbě směrem k uzdravení a tím ke konci hospitalizace, zvýší to jejich zájem s KP pracovat. Konečně nejdůležitější součástí motivační práce je terapeutický vztah ošetřujícího lékaře anebo psychologa, kteří mají za úkol iniciovat a později udržovat a regulovat pacientovu práci s KP. To vyžaduje dovednost srozumitelné edukace na začátku práce s KP, později empatické facilitace pacientovy sebereflexe a v závěru vedení ke smysluplné redukci na nejdůležitější snadno zapamatovatelné body krizového plánu.

Práce s KP zahrnuje zejména práci na postupném zvyšování pacientova self-efficacy, psychologický koncept, který prokazatelně souvisí s mírou psychických potíží napříč celou řadou psychiatrických onemocnění (Morimoto a kol., 2012, Isaac a kol., 2018). Samostatná a obsáhlá část je věnována přípravě krizového plánu (Nešpor, 2007), který vede pacienty k tomu, aby si ujasnili jak si sami či za pomoci druhých lidí mohou pomoci v případě krize, a jak mohou krizovým stavům předcházet a podporovat své duševní zdraví. Cílem KP je podporovat self-efficacy zejména tím, že je pacient veden k tomu, jak strukturovaně uvažovat o svých aktuálních psychických potížích aby následně hledal vlastní konkrétní možnosti, jak tyto potíže zvládnout. Tedy, aby hledal vlastní způsoby zvládnání krize, namísto „pouhé“ edukace o možnostech chování v podobné situaci. V průběhu tvorby krizového plánu dochází podobně jako u PACT (Ghahramanlou-Holloway a kol., 2012) k revizi a k novému výběru strategií zvládnání. Cílem KP tedy je, aby se pacient učil hledat funkční modely zvládnání, které vycházejí z jeho vlastních zdrojů a tím i zvyšoval vlastní kompetenci kontroly psychického zdraví. Dlouhodobý terapeutický účinek této praktické pomůcky by však měl být výzkumně ověřen v budoucnosti, aby bylo možné formulovat její přínosy, limity a zhodnotit její efektivitu.

## ZÁVĚR

KP umožňuje efektivněji pracovat s pacienty v krátkodobých terapiích a maximálně využít období hospitalizace. KP nabízí posun od málo strukturované psychologické podpory pacientů k podpoře, která je strukturovaná, specifická a která může během

krátké hospitalizace lépe zmapovat problémy pacienta a umožnit jejich efektivnější řešení. Důležité je, aby si pacient uvědomil provázanost psychických obtíží s dalšími oblastmi v životě a nutnosti pokračování v následné ambulantní léčbě, psychoterapii anebo v rehabilitačních aktivitách. KP může sloužit jako šablona pro přemýšlení o psychických problémech a hledání řešení i u ambulantních pacientů a snižovat riziko jejich dekompenzace. Doufáme, že KP by mohla být důležitým autobiografickým dokumentem krizové situace nebo relapsu onemocnění, který může pomoci lépe se vyrovnávat s chronickým psychiatrickým onemocněním i s přechodnými životními krizemi v důsledku osobnostních dispozic či náročných životních událostí.

## SEZNAM LITERATURY:

- Björn, P., Wennber, P. (2014) The Importance of Therapy Motivation for Patients With Substance Use Disorders. *Psychotherapy*. 51(4), 555–562.
- Demirkol, M., Taman, L., Evlice, Y. (2016) Adherence to the Treatment in Psychiatric Patients. *Cukurova Medical Journal*. 4(3), 555–568.
- Gavrilov-Jerković, V. (2007). Relation between Stages of Change and Motivation in the Treatment of Psychiatric Patients. *Psihologija*. 40(2), 245–262.
- Ghahramanlou-Holloway, M., Cox, D., Greene, F. (2012) Post-Admission Cognitive Therapy: A Brief Intervention for Psychiatric Inpatients Admitted After a Suicide Attempt. *Cognitive and Behavioral Practice*. 19, 233–244.
- Cho, J., Lee, K. (2018). Effects of motivation interviewing using a group art therapy program on negative symptoms of schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 32, 878–884.
- Isaac, V., Wu, Ch., Mclachlan, C. (2018). Associations between health-related self-

- efficacy and suicidality. *BMC Psychiatry*. 18(126), 1–9.
- Joe, S., Lee, J. (2016). Association between non-compliance with psychiatric treatment and non-psychiatric service utilization and costs in patients with schizophrenia and related disorders. *BMC Psychiatry*. 16(444), 1–9.
- Křížová, I., Širůčková, B., Šindlář, M. (2017). *Karta pacienta: Průvodce léčbou I. oddělení PNB*. Praha.
- Lacroix, J., Perer, K., Ghahramanlou-Holloway, M. (2018). Pilot Trial of Post-Admission Cognitive Therapy. *Psychological Services*. 15(3), 279–288.
- Lindholm, L., Koivukangas, A., Lasiila, A. (2018). Early assessment of implementing evidence-based brief therapy interventions among secondary service psychiatric therapists. *Evaluation and Program Planning*. 2018, 52, 182–188.
- Morimoto, T., Matsuyama K., Ichihara-Takeda, S. (2012). Influence of self-efficacy on the interpersonal behavior of schizophrenia patients undergoing rehabilitation in psychiatric day-care services. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 66, 203–209.
- Nešpor, K. (2006). *Léčba návykových nemocí – interaktivní semináře*. 1. Praha: Sportpropag.
- Nickel, C., Tritt, K., Kettler, Ch. (2005). Motivation for therapy and the results of inpatient treatment of patients with a generalized anxiety disorder: A prospective study. *Wien Klin Wochenschr*. 117(9–10), 359–363.
- Soares, L., Oliveira, F., Lemos, M. (2012). Motivation for Therapy: an important Ingredient to Change?. *Revista de Psicologia da IMED*. 4(1), 640–648.
- Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D. (2018). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 91, 248–261.
- Stenzel, U., Van den Berg, N., Schulze, L. (2018). Predictors of medication adherence among patients with severe psychiatric disorders: findings from the baseline assessment of a randomized controlled trial (Tecla). *BMC Psychiatry*. 18(155), 1–8.

*Došlo do redakce 13. 10. 2018, přijato k recenznímu řízení v upravené verzi 1. 12. 2018. Revidované znění došlo 1. 1. 2019, k publikaci přijato 8. 1. 2019.*

# 1. ČESKÁ KONFERENCE DĚTSKÉ PSYCHOLOGIE: „DÍTĚ V MĚNÍCÍM SE SVĚTĚ“

**Barbora Petránková**

*V sobotu 12. 5. 2018 proběhla v pražském hotelu Olšanka „1. Česká konference dětské psychologie“ s podtextem „Dítě v měnícím se světě“. Přibližně 400 účastníkům nabídl program vystoupení 22 přednášejících, nechyběli vystavovatelé odborné literatury či terapeutických pomůcek. Pořadatelem celé události byl Národní institut pro děti a rodinu, v čele s prof. PhDr. et PhDr. Radkem Ptáčkem Ph.D., MBA.*

Konference již ve své pozvánce avizovala nabídku velmi širokého spektra témat. Mezi jinými: nejnovější poznatky o vývoji dětského mozku, problematika ADHD, autismu, poruchy vývoje řeči, trauma u dětí, vliv hračky na vývoj dětí, význam hry, „obrat k dítěti“. To celé určeno „pro všechny odborníky pracující s dětmi, ale též pro všechny rodiče!“

Úvodní přednáška na 1. české konferenci dětské psychologie patřila prof. PhDr. Stanislavu Štechovi. Pan profesor, z katedry psychologie Pedagogické fakulty UK, pohovořil o současném obratu k dítěti. Prof. MUDr. Ivo Paclt, CSc., profesor Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze s více než čtyřicetiletou praxí v oblasti psychiatrie dětí a dospělých přednesl aktuální o diagnostice a léčbě poruchy ADHD. Tradičně poutavě vystoupil MUDr. František Koukolík, DrSc. na téma vývojové neurobiologie mozku. PhDr. Václav Mertin otevřel diskusi otázkou „Co je dnes v nejlepším zájmu dětí?“. Doc. PhDr. Šárka Portešová, Ph.D. se zde

představila přednáškou „Dovedeme nadané děti identifikovat?“. O spolupráci dětských psychologů a psychiatrů pohovořil MUDr. Michal Goetz, Ph.D., vedoucí diagnostického oddělení na klinice dětské psychiatrie, Fakultní nemocnice Motol v Praze. Událost uvítala také jednoho zahraničního hosta – zazněla zde přednáška o významu hudby na vývoj dítěte, a to včetně hudební ukázky v podání Edel Sanders, Ph.D. – profesorky na UNYP, spisovatelky, redaktorky a pěvkyně. O aktuálním tématu, krizi autority ve škole, pohovořil Mgr. Bohumil Kartous, Ph.D. Odborně zaměřenou a přesto praktickou přednášku představující dotazníkovou testovou metodu Hodnocení traumatických symptomů u mladších dětí (TSCYC) představila PhDr. Markéta Hrdličková, Ph.D. Mezi dalšími například psycholožka a profesorka působící na Filozofické fakultě UK – prof. PhDr. Lenka Šulová, CSc. s přednáškou „Dítě v ČR a aktuální rizika jeho psychického vývoje“. Naposledy zmíníme ještě PhDr. Kateřinu Thorovou, Ph.D. a její téma „Aktuálně o autismu“.

Za těmito výraznými řečníky následovali další méně zkušení a přesto z velké části erudovaní řečníci. Už ze samotného výčtu a jeho pestrosti je ale zřejmé, že v rámci jediného dne dostalo každé z témat jen minimální prostor. Celá událost tedy byla především pomyslným „ochutnávkovým stolem“ okolo kterého mohla vzniknout dobrá příležitost pro setkání a sdílení

mezi odborníky, studenty i zájemce o obor dětské psychologie a psychoterapie.

Na 1. českou konferenci české psychologie navázal 10. 11. 2018 další počín velmi podobného rázu a stejného organizačního

týmu: „Festival dětské psychologie“. Cenným reflexi organizátorů a posun k pojmenování „festival“, který v mnohém lépe vystihuje široce rozkročený a místy spíše popularizační charakter akcí tohoto typu.

## ROZHOVOR S VÁCLAVEM MIKOTOU

Jakub Hučín

*Psychoterapie nejsou pouze odborné články, ale jednotliví lidé, jednotlivé životní příběhy, které často není možné uzavřít do slov a vět. O to více, pokud se jedná o životní příběh někoho, jemuž byla psychoterapie náplní celého života. A takovým byl i Václav Mikota. Podílel se na psychoterapeutickém vzdělávání ještě za totality a byl nositelem psychoterapeutické moudrosti i za dob svobody. Před rokem jsem měl tu čest s ním natočit rozhovor, ve kterém jsme se ohlédli za jeho životem osobním i profesním. Setkání to bylo prosté, ale hluboké, tak jak to bývá, když se setkáte s někým, kdo v životě hodně prožil a má co říci. A rádi bychom toto setkání zprostředkovali i čtenářům Psychoterapie.*

### **Z jakých zdrojů jste vycházel, když jste jako terapeut začínal?**

Bylo to, myslím, na gymnáziu, kdy jsem si přečetl některé Freudovy přednášky i všechno ostatní, co bylo v té době dostupné ještě z předválečných vydání, a to mě nalákalo. Vzpomínám si, že v posledním ročníku v roce 1962 k nám do třídy přišla televize a ptali se jednotlivých žáků, čím by chtěli být. Odpověděl jsem, že bych chtěl být psychoanalytikem. Opravovali mě, že snad psychologem, že psychoanalýza už neexistuje... Říkal jsem jim: no to není možné, že neexistuje; a stejně bych jí chtěl studovat.

Tenkrát byla taková praxe, že kdo nebyl dobře zapsán, musel jít po maturitě na roční praxi. Hrozilo, že budu v rámci téhle praxe stavět rafinérii v Kralupech, ale nakonec se mi podařilo se dostat na dětskou psychiatrii,

kde jsem dělal sanitáře. A odtamtud jsem dostal doporučení na medicínu, protože se jednalo o zdravotnické zařízení. A byl jsem za to později vděčný, myslím si, že s medicínou se dá v psychoterapii lépe uplatnit než s psychologii.

### **Proč si to myslíte?**

Protože psychiatrům do toho okolí tolik nemluví. Už za mého mládí se psycholog, který se věnoval psychoterapii, musel zpovídat psychiatrovi a pracovat podle jeho zadání.

### **Kdo patřil mezi vaše první psychoterapeutické učitele?**

Po příchodu do Prahy mi tehdy hodně pomohl Eda Bakalář, řekl mi o možnosti vstoupit do skupinové psychoterapie u docenta Knoblocha. Byl jsem ovlivněný tou jeho, jak on to nazýval tenkrát, skupinově centrovanou psychoterapií. Později jsem pochopil, že jeho skupiny byly prakticky totéž, co dnes nazýváme psychoanalytická skupinová terapie. Měl jsem to štěstí, že jsem se dostal do malé skupiny, kde se pracovalo čistě psychoanalyticky, jenom jsme se při tom vyhýbali odborné terminologii, abychom nebyli nápadní režimu.

U Knoblocha jsem se vycvičil ve skupinové terapii ještě jako student, pasoval nás jako své pomocné therapeuty. Potom emigroval a já se pro krátkém působení v Kosmonosích dostal na Palatu, kde jsem pracoval už jako skupinový terapeut a vstoupil jsem do psychoanalýzy k doktoru Kučerovi.



### **Čím vás psychoanalýza zaujala?**

Těžko říct, čím mě zaujala. Psychoanalytické výklady mi vždycky připadaly úplně přirozené... Lidi, kteří psychoanalýzou neprošli, si obvykle myslí, že psychoanalýza je nějaké násilné vykládání běžných denních událostí přes sexualitu. To dávno není pravda. Sexualita je samozřejmě důležitý rozměr, ale není to jediné. Přiznám se, že mě vaše otázka úplně překvapila. Přejde mi tak samozřejmě, že mě psychoanalýza zaujala, že jsem o tom vlastně nikdy nepřemýšlel.

### **Psychoanalýza k vám prostě patří...**

Ano, ale to neznamená, že pracuji jenom psychoanalyticky. Kromě psychoanalýzy jsem celý život vedl i skupinové terapie. Teoreticky jsem vycházel z psychoanalýzy, ale kdyby se na moji práci díval někdo zvenku, možná by ani žádné psychoanalytické pozadí nepoznal.

### **Kdybych se vrátil ke zdrojům, o kterých jste mluvil – medicína, profesor Knobloch, psychoanalýza, skupinová terapie... V čem byl ten který zdroj pro vás užitečný?**

U Knoblocha jsem si cenil jeho vlastního nadšení a jeho schopnosti nadchnout lidi pro sebepoznávání. A to i ty, kteří nebyli z oboru. Pokud jde o Otakara Kučeru, ke kterému jsem docházel na psychoanalýzu, byl pro mě tím prvním, u koho jsem cítil, že mě bere vážně. Byl to rok 1970, měl jsem v té době už dceru a druhou na cestě, ale pořád jsem se necítil jako nějaký odborník. A u něj jsem zažíval, že můžu říkat třeba úplné blbosti a on v tom mém povídání ještě najde nějaké důležité obsahy...

A kromě živých osob pro mě byla vždycky samozřejmě důležitá literatura. Kromě

Freuda na mě zapůsobili i ego-psychologové, k nim patřili tehdy Hartmann, Kris a Löwenstein, pak i Joseph Sandler a koncem sedmdesátých let na mě nejvíc zapůsobil Heinz Kohut se svojí psychologií self. Převzal narcistický rozměr jako regulérní rozměr duševního života. Tak jako Freud přijal sexualitu jako součást duše, tak i Kohut přijal jako součást psychiky narcismus.

Dneska bych řekl, že mi pomohli všichni, kteří jednali s pacienty s respektem a nedělali ze sebe vševědce.

### **Na jaké limity jste při své psychoanalytické práci narážel?**

Bylo jich dost a postupně přibývaly. Ze začátku jsem si myslel, co všechno je možné psychoanalýzou léčit. Později jsem zjistil, že ne každého psychoanalýza zajímá a oslovuje a ne každý stojí o to se dostat blíž k sobě právě tímto způsobem. Dnes když někoho přijímám do analýzy, nabídnu mu, že si uděláme pár setkání a podle toho zjistíme, jestli je tenhle přístup pro něj to nejlepší. Něco takového dělal už i Freud, říkal tomu měsíc zkusmé analýzy. Podle mého názoru je měsíc příliš dlouhý. Za tu dobu si analyzand na analytika už zvykne a je pak těžké mu říkat, že se to pro něj nehodí a měl by jít jinam.

Když ke mně přijde třeba člověk, kterého moc nezajímá, co se v něm děje, a chce se jenom zbavit příznaků, pošlu ho rovnou k někomu šikovnému na KBT, protože ji sám nedělám. Anebo ho pošlu na hypnózu, kterou taky nedělám. Nemyslím si, že každý člověk stojí o dobrodiní psychoanalýzy. Když se mi zdá, že pouhá psychoanalýza nestačí, často posílám lidi do gestaltu. Přeci jenom ti gestaltisti umějí líp člověka provokovat.

Dnešní psychoanalýza není jenom jedna. Od šedesátých let, kdy jsem ji potkal, se hodně změnila. V tehdejší chápání byl analytik chápán jako někdo nezaujatý, expert, který pracuje asepticky jako chirurg a nic svého tam nevnaší. Později jsme byli nuceni si uvědomit, že ať chceme nebo ne chceme, vždy do procesu něco vnášíme. Tak třeba ta slavná trojice: abstinence, neutralita a anonymita. Abstinence ve smyslu, že nemám uspokojovat na pacientovi své vlastní potřeby. Že s pacientkami nespím a od analyzandů si nepůjčuji peníze, je samozřejmé, ale potřebu jakési lidské důstojnosti a jejího zachování si u pacientů přeci jenom uspokojujeme. U anonymity se Freud domníval, že čím méně toho analyzand o analytikovi ví, tím lépe na něj může přenášet něco svého, fantazírovat, vytvářet přenosovou vazbu. Tím pádem by analytik na sebe neměl nic prozradit, i když se ho třeba analyzand ptá. Dnes to tak nebereme, protože víme, že z toho, jak s pacientem mluvím, stejně pozná něco z mých vlastností. Anebo pokud na mě něco přenáší, neznamená to, že ve skutečnosti třeba takový nejsem.

A pokud jde o neutralitu, vykládali si to analytici špatně jako jakousi odtažitost.

Dnes neutralitou rozumíme, že pokud má pacient nějaké vnitřní konflikty, nestráníme mu v nich a nevedeme ho k tomu, co by pro něj bylo podle nás lepší. Potřebujeme si uvědomovat, že si sice stejně myslíme, že tohle a tohle by pro něj bylo lepší, ale zároveň mu to nemůžeme vnucovat. Mým úkolem je prostě pracovat s tím, co si pacient přináší. Kdybych se řídil tím, co je nejbližší mně, mohlo by se stát, že by se to pacienta často vůbec netýkalo. Pacient mě vlastně získává k tomu, abych se zajímal

o to, co je nejbližší jemu. Obecně bych řekl, že se snažím v práci postupovat tak, abych hlavně napomáhal procesu. Mým úkolem je, abych byl v životě analyzanda postupně nahraditelný a aby si to, co získává prostřednictvím psychoanalýzy, mohl později obstarat sám.

### **Jak poznáte, jakým způsobem proces vést?**

To je čistě intuitivní záležitost. Určitě si to můžu i všelijak složitě zdůvodňovat, než si znovu uvědomím, že je to spíš jenom taková moje racionalizace.

### **Co považujete ve svém profesním vývoji za nejdůležitější?**

To je hrozně těžké sám hodnotit. Hodně mi pomáhalo stárnutí. Jako mladší jsem jako terapeut cítil největší ohrožení milostnými dívčími přenosy. Člověk se prostě nemůže ubránit a dělá mu to dobře, i když ví, zase teoreticky, že pacientka se zamiluje ne proto, že bych byl nějak výjimečný, ale proto, že je jí špatně. A věří tomu, že když bude zamilovaná a milovaná, bude jí líp, než jí ve skutečnosti je. Dnes to už pro mě problém není, protože vím, že by stejně k ničemu takovému dojít nemohlo. Řekl bych, že s rostoucím věkem můžu být součástí procesu s větší uvolněností.

### **Roste s věkem sebedůvěra terapeuta? Mám na mysli, že se nemusí tolik držet jenom teoretických doporučení, ale může se víc spolehnout na sebe...**

Určitě. Pokud se drží jenom teoretických doporučení, většinou to špatně dopadne. I když samozřejmě potřebujete mít teorii dostatečně zažitou, abyste ji mohl, anebo nemusel, použít...

Ještě k té sebedůvěře – spíš bych to formuloval tak, že ve mně roste důvěra, že ve mně není nic tak strašného, abych pacientovi uškodil tím, jak ho vedu. Ale z druhé strany ve mně s věkem roste i skepse, nakolik skutečně můžu být pacientovi užitečný.

**Stalo se vám někdy, že to prostě nešlo?**  
Mockrát.

**Co jste dělal? Předal jste pacienta někomu jinému?**

S předáváním je to těžké. I když to nejde, pacient si na vás zvykne. Několikrát jsem se pokoušel takové pacienty předat, ale vždycky se mi vrátili, takže když už, spíš s tím ten pacient skončí sám...

**Co se všemi životními i profesními zkušenostmi považujete v terapii za nejdůležitější léčebný prvek?**

Psychoterapie léčí v první řadě tím, že pacient cítí, že terapeuta zajímá. A že i když mu terapeut vždycky nerozumí, tak se o to aspoň snaží. A pak i tím, že mu terapie přináší nové pohledy na jeho trápení a posunuje ho k věcem, které ho dříve netrápily, ale pak ho trápit začaly. Ale nejdůležitější je, když cítí, že mě zajímá a že mu chci rozumět. A že má kdykoliv možnost se mnou nesouhlasit a opravit mě. Já nejsem expert přes nevědomí, nevidím víc než pacient, jak se Freud domníval na začátku. Mohu někdy vidět víc, ale můžu se také mýlit. A to je jedna z velkých změn v psychoanalýze za posledních třicet let – více připouštíme, že nemusíme mít vždycky pravdu.

**A co podle vás naopak dobré terapeutické práci nejvíc brání?**

To je vlastně totéž, jenom naopak. Nejvíc v práci brání představa terapeuta, že nesmí dělat chyby, že se nesmí mýlit, a že má větší pravdu než pacient. A když to terapeutovi nedochází a pacient cítí, že se s ním nedá mluvit, mlčí a většinou po nějaké době, když už to nemůže vydržet, projeví jakousi vděčnost za péči a končí.

**Mluvil jste o literatuře jako o jednom ze zdrojů. Na druhou stranu mluvíte o intuici. Je podle vás pro terapeuta důležitější teoretické studium, anebo sebezkušenost, kdy se učí porozumět tomu, co se v něm děje?**

Myslím, že jedno bez druhého nejde. Je spousta terapeutů, kteří se spoléhají hlavně na sebezkušenost, ale pak každou chvíli objevují Ameriku. Četba literatury vede k větší skromnosti. A někdy četba člověka upozorní na něco, co si třeba sám myslel, ale neměl zformulované, a může to pak rychleji použít. Ale ne proto, že by to zrovna v tu chvíli vyčetl, ale že to nasedlo na něco, co v něm bylo předpřipravené a někdo to vyslovil. Stejně tak jako chodím po obou nohách, potřebuji i teorii i sebezkušenost.

**Mnohý psychoterapeut je profesně velmi dobrý, dokáže se vcítit velmi dobře do života svých pacientů a pomáhat jim, ale jeho vlastní osobní život je často dost problematický...**

Žádný psychoterapeut se nevyhne ve svém životě všelijakým karambolum, ale jde o to, co si z toho vezme. Pokud trvá na tom, že za to můžou nějaké zlé poměry mimo něj, bude to pořád opakovat. Ale pokud si z toho vezme nějaké ponaučení pro sebe, tak i ten jeho vlastní karambol

prospívá jemu i jeho další profesní práci. Ale nemyslím si, že by nějak obecně platilo, že dobrý terapeut má špatný život nebo obráceně. Každý dobrý terapeut má občas i špatný život, ale nezůstává u toho.

**Vnímáte nějaké nebezpečí, které by v současné době mohlo psychoterapii hrozit?**

Myslím, že ne. Třeba to, co se teď děje mezi zdravotnickými psychoterapeuty a těmi, kteří provozují psychoterapii jako živnost – podle mého názoru je úplně zbytečné se o tom hádat. Jestli je ten uchazeč dostatečně vyškolený a chce terapii dělat, tak proč mu v tom bránit? Ano, může se některý z nich i mýlit a mít falešnou sebe-

důvěru, ale k takovému člověku lidi přestanou chodit. Nebojím se toho.

Nedávno jsem byl třeba v jednom menším městě a šel jsem kolem jednoho nehtového studia, kde bylo napsáno „Nehtové studio, psychoterapie, regrese“. Nebo mi jeden bývalý analyzand jednoho mého kolegy občas volá a říká mi o nějakých zlořádech, jako třeba o jedné psycholožce, která měla na vizitce napsáno, že provádí psychoanalýzu a doprovod minulými životy. A chtěl po mně, abych jí domluvil. A já mu vždycky říkám, že když o to lidi mají zájem, ať tam chodí, ale když se sebou někdo opravdu bude chtít něco dělat, tam to nenajde a půjde za terapeutem, který mu bude mít co nabídnout.

## DOC. MUDr. VÁCLAV MIKOTA, CSc. (4. 12. 1944 – 3. 9. 2018)

David Holub



Pronikavé tmavé oči tehdy 25letého Václava Mikoty patří spolu s hereckými výkony Jany Šulcové a Pavla Landovského k nejpůsobivějším momentům krátkometrážního dramatu Víta Olmera *Houslista* z roku 1969. Jeho živé oči neztratily nic ze své pronikavosti ani v červnu tohoto roku, když jsem se v komorním kroužku kolegů s Václavem Mikotou viděl naposledy. Navzdory své vysilující nemoci navštěvoval intervizní setkání s chutí, pozorně naslouchal, diskutoval a k dobru přidával dobré židovské vtipy. Docent Václav Mikota zemřel 3. září 2018. Česká psychoanalýza, psychoterapie a psychiatrie ztratila nepřehlédnutelného klinika, učitele a inspirátora. Odborně vychoval několik generací psychoanalyticky myslících profesionálů, které zaujal svým způsobem přemýšlení a vztahem k pacientům. Do poslední chvíle byl více než aktivní. Zastával pozici prezidenta České psychoanalytické společnosti, jejího supervizora a tréninkového analytika, lektora České společnosti pro psycho-

analytickou psychoterapii a Brněnského institutu psychoterapie, tréninkového terapeuta Rafael Institutu, šéfredaktora Revue pro psychoanalytickou psychoterapii a psychoanalýzu, vedoucího subkatedry psychoterapie IPVZ. Byly dny, kdy se svými pacienty, analyzandy i skypovými konzultacemi začínal od páté hodiny ránní a končival někdy i v deset večer. Jeho pracovitost a obětavě nasazení dokládá ochota, s jakou sedal do auta a sám odřídil cestu Praha – Záhřeb na setkání Východoevropského psychoanalytického institutu Han Groen-Prakken, jehož byl výcvikovým a supervizním analytikem. Byl to jeho příspěvek k obnově psychoanalýzy v postkomunistických zemích. V letech 2013–2016 se spolu s Věrou Roubalovou-Kostlánovou vydával prostřednictvím Člověka v tísní do Turecka a na Kypr a poskytoval psychoterapeutickou pomoc aktivistům z Kavkazu. Supervidoval bezpočet seskupení a organizací. Nacházel společnou řeč s psychoterapeuty různých škol a vyznání, jeho profesním i životním domovem se však jednoznačně stala psychoanalýza. Jak sám říkal, provozoval ji v letech 1977–1989 podomácku, a posléze se podílel na obnově její porevoluční tváře. Ochotně ukazoval psychoanalytické porozumění jako něco přirozeného, srozumitelného, poutavého, intelektuálně obšťastňujícího a krásného. Jeho přesné formulace zprostředkovávaly hluboké pochopení a probouzely touhu pacientům rozumět a mluvit s nimi tak, jak

on to dokázal. Ne vždy se dogmaticky držel pravidel, a byl nedostižný ve vynalézavosti, s jakou formuloval své interpretace. Vzpomínám si na setkání, ve kterém při úvahách nad nesnadným případem navrhl komentář: „Heleďte, já mám mírný rozpak, jak s Váma mluvím, abych nepatřil buď k těm, kteří Vám potvrzují, že jste zcela mimořádná spolupracovnice, nebo naopak k těm, kteří Vás nedoceňují.“ Strhával okouzlené skupiny psychiatrů a psychologů v době svého působení ve Výzkumném ústavu psychiatrickém i posléze po revoluci v Plzni, kde přijal místo přednosta Psychiatrické kliniky ve fakultní nemocnici. Chtěl vést kliniku podle svých představ o moderní psychiatrii a během svého působení v letech 1990–1994 zde zanechal výraznou stopu. Rád učil a přednášel, mezi studenty byly jeho přednášky pověstné, staly se závanem svobodného ducha. Pořádal pravidelné semináře psychoanalytického myšlení. Psychoanalýzu nehalil do závoje speciální, záhadné a tajné disciplíny přístupné pouze elitnímu kroužku zasvěcených. Byl srozumitelný a pohotový. Když se mne při jedné konferenci neodbytně dotazoval zástupce Klausova pravicového spolku, proč se zabývám Bushovým vztahem k válčení, a proč se nevěnuji opačnému politickému táboru a Clintonově sexuální aféře, reagoval docent Mikota z moderátorské pozice bez váhání, že „se přemýšlení o Bushovi nediví, i jemu osobně je přeci jen bližší Clintonova zápletka a heslo kontrakultury 60. let, *Make love, not war*“.

Kulturní rozhled, herectvím cvičená paměť schopná citovat rozsáhlé pasáže z literatury a elegantní motýlek se staly obchodní značkou Václava Mikoty. Do psychoanalytického výcviku vstoupil ve svých 29 letech

u doktora Kučery, u něhož cvičnou analýzu podstoupili také Michal Černoušek, Zbyněk Havlíček, Helena Klímová, Jiří Kocourek, Petr Příhoda, Jiří Šimek, Jana Štúrová a řada dalších. Mám za to, že noblesa a intelektuální záběr Otakara Kučery navázaly na prvorepublikového ducha pěstovaného v rodině Václava Mikoty. Jeho otec patřil k předním organizátorům hudebního života s těsnou vazbou na Leoše Janáčka, Burianův Voiceband a Osvobozené divadlo. Jako by se dobrá výcviková zkušenost, kterou Václav Mikota získal se svým analytikem, otiskla v jeho respektujícím postoji. Druhé bral vážně, neponižoval je, ani nezraňoval. Nelze na druhou stranu opominout to, že obtížně snášel kolegy, kteří se projevovali přílišnou jistotou nebo mocenskými spády. Věci, které mu byly vnucovány, odmítal dělat jinak. Vzpomínal na všelijaké ústrky prorežimních kádrů, které ve Výzkumném ústavu psychiatrickém po odchodu velkorysého a respektovaného primáře Hanzlíčka zakoušel. Odmítal ustoupit ze svého psychoanalytického způsobu práce. Nový šéf „výzkumáku“ mu vyhrožoval, že ho nechá pro jeho nepřizpůsobivost nuceně hospitalizovat a podrobit stereotaktickému zákroku na mozku. Podle svědectví jeho tehdejších spolupracovníků musel Václav Mikota kontrolovat, aby k němu nikdo nevtřhl do ordinace a nenačapal ho s ležícím pacientem. Hodiny s pacienty občas absolvoval peripateticky – procházejíce se po bohnickém parku. Po změně režimu svoji psychoanalytickou zkušenost již nemusel skrývat, ale naopak se o ni ochotně děлил. Příkladem je vzdělávací cyklus ČT *Záhady duše*, v němž se uvolil sehrát roli psychoanalytika a do své ordinace vpouští filmový štáb režisérky Rychlíkové. V díle

*Záhady nevědomí* nechává pravděpodobně nejnázorněji v dosavadní české filmografii nahlédnout do pracovní analytika a věrohodně představit psychoanalytické sezení (lze shlédnout na adrese: <https://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/10214731958-zahady-duse/209572231050001/>). Václav Mikota oslovuje fiktivní pacientku „Vítám Vás, milostivá paní, můžeme se dát do práce“. Galantní přivítání zachycuje něco z úcty, kterou choval k pacientům a kolegům. Lidé i vztahy ho bavili. Zaujaté posluchače učil svými přednáškami a články, z nichž některé uvádím na samém závěru. Od roku 1973 publikoval více než 130 prací s převážně psychoanalytickou tematikou, přispěl svými kapitolami *Psychoanalytická léčba* a *Psychoanalytické teorie v psychiatrii* do nejrozsáhlejší učebnice psychiatrie (2004) a knižně vydal svoji habilitační práci *O ovlivňování duševních chorob. Alkohol v psychoanalýze. Několik poznámek k psychoterapii v psychiatrii* (1995).

Mám za to, že postava vojína ve filmu *Houslista* odráží něco osobitého z Václava Mikoty člověka. Vojín Janoušek se odmítá poddat tupým příkazům lampasáka v podání Pavla Landovského. Zůstává nezávislý a nenechá se přinutit k házení granátem, raději jej protestně nechává spadnout do zákopu. Vyjadřuje to, co cítí, a hlásí se k tomu („já se bojím, pane nadporučíku“). Místo toho, aby ve filmu řekl nadporučíkovi, že takové blbosti, které po něm žádá, odmítá plnit a že nadporučík je pitomec, je připraven ochránit nadporučíkovu narcistickou zranitelnost, když mu říká, že on sám se bojí. Když je nadporučíkem načapán, žádá ho, zda by mohl ještě dál pokračovat v hraní, „ještě allegro, pane nadporučíku“. Plně soustředěný hraje na své housle G-dur

pro Janáčkův smyčcový kvartet, vzdává hold kráse, touze po životě a radosti.

Václave, děkujeme Vám!

MUDr. David Holub, Ph.D.

#### PŘEHLED PUBLIKACÍ VÁCLAVA MIKOTY

(Zdroj: PEP WEB: souhrnný elektronický katalog psychoanalytických publikací, <http://www.pep-web.org>, ANL – České články, databáze Národní knihovny Praha, Bibliographia medica czechoslovaca (BMČ) – databáze Národní lékařské knihovny, Google Scholar, Katalog Národní knihovny Praha, Knihovny.cz, Medline, Online katalog a článková databáze Pedagogické knihovny J. A. Komenského Praha, Web of Science, Medvik)

- Mikota, V. (1974). Základy psychoterapie a psychodrama. *Česká logopedie*, 56–68.
- Raboch, J., Mikota, V. (1983). Neuróza a ženská sexualita. *Časopis Lékařů českých*, 122(40), 1230–3.
- Mikota, V. (1986). Terapie závislosti: Z přednáškového večera Spolku českých lékařů v Praze dne 14. dubna 1986. *Časopis lékařů českých*, 125(30): 951.
- Mikota, V. (1987). Terapeutický vztah z hlediska psychodynamického. *Sborník psychoanalytických prací* (ed. J. Kocourek), Praha. *Psychoterapie: sborník přednášek III.* (Ed. Skála, J., Růžička, J.). Praha: Triton, 1994, s. 190–203.
- Mikota, V. (1988). Reconstruction of ‘Heroic Solutions’ in Analyses of Borderline Patients. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 11(1): 33–56.
- Mikota, V. (1989). Tzv. normální a ontogene tická krize a jejich možný vztah k rizikům pozdější psychopatologie. *Psychoanalytický sborník*, 1(1): 3–26.
- Mikota, V. (1989). Prof. MUDr. Sigmund Freud

- zakladatel psychoanalýzy. *Psychoanalytický sborník*, 1(2): 3–13. *Spektrum psychoterapie*, 1989, 4(5): 4–9.
- Mikota, V. (1989). Vývoj psychoanalýzy za Freuda života. *Spektrum psychoterapie*, 4(5): 10–19.
- Mikota, V. (1989). Vývoj psychoanalýzy po Freudovi. *Spektrum psychoterapie*, 4(5): 20–27.
- Mikota, V. (1989). Poznámka k „mezinárodnímu psychoanalytickému hnutí“. *Spektrum psychoterapie*, 4(5): 71–75.
- Nerad, J., Neradová, L., Mikota, V. (1989). Psychoterapie závislostí na alkoholu a jiných látkách. Úvod do problematiky. Výzkumný ústav psychiatrický. Praha: Novinář.
- Mikota, V. (1990). Vývoj názorů na nevědomí. *Psychoanalytický sborník*, 2(1): 9–25.
- Mikota, V. (1990). Zvláštní formy přenosu. *Psychoanalytický sborník*, 2(2): 14–40. *Psychoterapie: sborník přednášek IV*. (Ed. Růžička, J.). Praha: Triton, 1995, s. 168–186.
- Mikota, V. (1990). Vývoj psychoanalytických názorů na alkoholismus a jiné závislosti. Disertační práce. Univerzita Karlova, Praha.
- Mikota, V. (1992). Kdo byl Sigmund Freud a co je psychoanalýza? *Analogon*, 4(9): 1–5.
- Mikota, V. (1992). Párová terapie a moderní psychoanalýza (kasuistická studie). *Konfrontace*, 3(1): 17–28. *Psychoterapie: sborník přednášek VI*. (Ed. Růžička, J.). Praha: Triton, 1998, s. 82–97. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, 2002, 4(2): 41–50.
- Mikota, V. (1992). Vývoj psychodynamické teorie a terapie. *Psychoterapie: sborník přednášek I*. (Ed. Růžička, J.). Praha: Triton, s. 95–125.
- Mikota, V. (1994). Děs, který brání přijímat nabízené (předmluva ke knize Jako v zrcadle). *Konfrontace*, 5(4): 22–24.
- Mikota, V. (1995). Supervize v individuální terapii. *Psychoterapie: sborník přednášek IV*. (Ed. Růžička, J.). Praha: Triton, s. 69–75.
- Mikota, V. (1995). Známe dobře zdravý sexuální vývoj u obou pohlaví. *Psychoterapie: sborník přednášek IV*. (Ed. Růžička, J.). Praha: Triton, s. 144–167.
- Mikota, V. (1995). O ovlivňování duševních chorob. Alkohol v psychoanalýze. Několik poznámek k psychoterapii v psychiatrii. Praha: Psychoanalytické nakladatelství Jiří Kocourek (Habilitační práce UK Praha, Plzeň).
- Mikota, V. (1996). Ke knize Pavla Říčana: „Agresivita a šikana mezi dětmi.“ (Jak dát dětem ve škole pocit bezpečí): *Diskuse. Československá psychologie*, 40(1): 69–70.
- Mikota, V. (1997). Svět podle Freuda: Rozhovor. Pavel Slezák. *Propsy*, 3(3): 1.
- Mikota, V. (1998). Obraz narcismu v soudobé psychoanalýze. *Psychoterapie: sborník přednášek V*. (Ed. Růžička, J.). Praha: Triton, s. 93–112.
- Mikota, V. (1998). Rekonstrukce herojských řešení v analýzách hraničních pacientů – chudoba nebo zašlá sláva? *Psychoterapie: sborník přednášek VI*. (Ed. Růžička, J.). Praha: Triton, s. 44–81. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, 2002, 4(1): 78–115.
- Mikota, V. (1999). Výuka psychoterapie: Odpověď na článek R. Balona. *Psychiatrie*, 3(1): 65–66.
- Mikota, V. (1999). Thanatos a pedagogický proces. *Pedagogika*, 49(4): 353–358.
- Mikota, V. (1999). Jak ohrožuje výkon profese analytikovu narcistickou rovnováhu? *Revue psychoanalytická psychoterapie*, 1(2): 3–8.
- Mikota, V. (2002). Narcistická zranitelnost v oidipské situaci. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, 4(1): 115–119.
- Mikota, V., Kocourková, J. (2003). Činnost subkatedry psychoterapie IPVZ. Pohled na minulý a současný stav psychoterapie v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie*, 99 (Suppl. 2): 6–7.
- Mikota, V. (2004). Analytik v silovém poli emocí. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, 6(2): 37–45.
- Mikota, V. (2004). Psychoanalytická léčba. In: Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. *Psychiatrie, 2. doplněné a opravené vydání*. Praha: Tigris, 652–663.
- Mikota, V. (2004). Psychoanalytické teorie v psychiatrii. In: Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. *Psychiatrie, 2. doplněné a opravené vydání*. Praha: Tigris, 197–203.
- Mikota, V. and Stajner-Popovic, T. (2005). Developing psychoanalysis under socio-po-



- litical pressure. *International Journal of Psycho-Analysis*, 86(2): 543–546.
- Mikota, V. (2005). Pohled psychoanalytika na depresi. *Medical Tribune C*, 18–24.
- Mikota, V. (2005). Co musí a nesmí psychoanalýza. *Zdravotnické noviny*, 7: 16.
- Mikota, V. (2006). Sigmund Freud jako zakladatel psychoanalýzy. In: Loužek, M. (Ed.). *150 let od narození Sigmunda Freuda: Sborník textů*. Praha: CEP – Centrum pro ekonomiku a politiku. 24–36.
- Mikota, V. (2006). Od psychoanalýzy k neurovědě. *Lidové noviny*, 19(106).
- Mikota, V. (2007). Vzpomínka na MUDr. et JUDr. Otakara Kučera, CSc. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, 9(2): 77–80.
- Mikota, V. (2009). Požadavky na kazuistiku ke specializační zkoušce subkatedry psychoterapie IPVZ.
- Mikota, V. (2009). Podíl intrapsychické nerovnováhy při vzniku, udržování a léčbě adiktivních poruch. *Adiktologie*, 9(S1): 52–59.
- Mikota, V. (2011). Trénink emocí. Recenze. *Psychologie Dnes*, 17(5): 63.
- Mikota, V. (2013). Psychoanalýza je pro ty, kdo chtějí pochopit své vnitřní trápení. Rozhovor. *Lékařské listy* (Anesteziologie, resuscitace, algeziologie), 7: 36–37.
- Mikota, V. (2015). Přenos, protipřenos, odehrání – příklady z klinické praxe. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, 17(2): 62–72.
- Mikota, V. (2015). Psychický domov, bezdomovectví. In: Telerovský, R., Mahler, M. (eds.). *Strach z cizího: antisemitismus, xenofobie a zkušenost „uncanny“*. Praha: Česká psychoanalytická společnost, 179–182.
- Mikota, V. (2015). Přínos doc. MUDr. et PhDr. Kamila Kaliny, CSc. ke změně paradigmatu české adiktologie. *Sborník odborné konference Úzdrava a drogy* (Eds. Maxová, V. a kol.). Praha: Sananim, s. 9–11.
- Čermáková, H. (2015). Rozhovor s MUDr. Davidem Holubem, Ph.D. a doc. MUDr. Václavem Mikotou, CSc. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, 17(2): 100–105.
- Mikota, V., Roubalová-Kostlánová, V. (2018). Trauma ve skupinách: Zkušenosti z týdenních pobytů psychoterapeutických skupin aktivistů z celého území ruské federace. *Psychoterapie*, 11(2): 154–159.
- PŘEDMLUVY A DOSLOVY**  
**VÁCLAVA MIKOTY**
- Bartošová, M. (1995). Jako v zrcadle: psychoterapeut nastavuje zrcadlo pacientovi a pacient nastavuje zrcadlo psychoterapeutovi. Hradec Králové: Konfrontace.
- Freud, S. (1991). Přednášky k úvodu do psychoanalýzy; Nová řada přednášek k úvodu do psychoanalýzy, přel. Jiří Pechar, Eugen Wiškovský; doslovy Otakar Kučera, Václav Mikota. Praha: Avicenum, s. 451–453.
- Tyl, J. (2001). Jak rozumět snům: hovory o snech, hovory se sny. Brno: Jota.
- PŘEKLADY VÁCLAVA MIKOTY**  
**Z ANGLICKÉHO ORIGINÁLU:**
- Robbins, M. (1989). Primitivní organizace osobnosti – její kognitivní a afektivní zvláštnosti ve službách hladké meziosobní adaptace (zkrácený překlad). *Spektrum psychoterapie*, 4(5): 50–70.
- Kinston, W., Cohen, J. (1989). Primární vytěsnění a jiné psychické stavy. *Spektrum psychoterapie*, 4(5): 28–49. *Psychoanalytický sborník*, 1991, 3(1): 66–81.
- Sandler, J., Dare, Ch., Holder, A. (1994). Pacient a analytik: základní pojmy klinické psychoanalýzy. Praha: Psychoanalytické nakladatelství Jiří Kocourek.
- Winnicott, D. W. (2013). Nenávist v protipřenosu. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, 15(2): 53–60.
- Kernberg, O. F. (2017). Třicet způsobů, jak zničit kreativitu psychoanalytických kandidátů. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, 19(2): 6–15.
- Samizdatově: Goldberg, A. Postmoderní psychoanalýza (původní text: Goldberg, A. (2001). Postmodern Psychoanalysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 82(1): 123–128.
- PŘEDNÁŠKY**  
**(NEÚPLNÝ SEZNAM):**
- Mikota, V. (1992–1998). Úvod do psychoa-

- nalýzy. *Pravidelné přednášky na Pražské psychotherapeutické fakultě.*
- Mikota, V. (1995–1998). Teorie psychodynamické psychoterapie. *Brněnský institut psychoterapie.*
- Mikota, V. (2001–2018). Základy psychoanalytické teorie. *Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii.*
- Mikota, V. (1997). Obraz narcismu v současné psychoanalýze. *Přednáška, V. ročník psychoanalyticko-psychotherapeutického symposia, Kodymův dům, Opočno.*
- Mikota, V. (1998). Ohrožuje výkon profese analytikovu narcistickou rovnováhu? *Přednáška, VI. ročník psychoanalyticko-psychotherapeutického symposia, Kodymův dům, Opočno.*
- Mikota, V. (2001). Narcistická zranitelnost v oidipické situaci. *Přednáška, VIII. ročník psychoanalyticko-psychotherapeutického symposia, Kodymův dům, Opočno.*
- Mikota, V. (2002). The secret everybody speaks about. *Paper presented at the EPF Congress, Prague.*
- Mikota, V. (2004). Analytik v silovém poli emocí. *Přednáška, XI. ročník psychoanalyticko-psychotherapeutického symposia, Kodymův dům, Opočno.*
- Mikota, V. (2006). Může přejít organizovaná skupina z podzemí do oficiality bez následků? *Přednáška, XIII. ročník psychoanalyticko-psychotherapeutického symposia, Kodymův dům, Opočno.*
- Mikota, V. (2006). Sigmund Freud jako zakladatel psychoanalýzy. *Přednáška, Seminář Sto padesát let od narození Sigmunda Freuda, Centrum pro ekonomiku a politiku, Praha.*
- Mikota, V. (2007). Může se stát negativní terapeutická reakce neprůchodnou? *Přednáška, XIV. ročník psychoanalyticko-psychotherapeutického symposia, Kodymův dům, Opočno.*
- Mikota, V. (2010). Je psychoterapeut kompetentní veřejně se vyjadřovat k celospolečenským tématům? *Přednáška, Rafael Institut, Praha.*
- Mikota, V. (2011). Je paměť věrohodným obrazem minulosti? *Přednáška, XVIII. ročník psychoanalyticko-psychotherapeutického symposia, Kodymův dům, Opočno.*
- Mikota, V., Havel, I. M. (2011). Psychopati a sociopati. *Diskuse v rámci doprovodného programu výstavy Luciferův efekt, DOX, Praha.*
- Mikota, V. (2013). Historie české psychoanalytické společnosti. *Přednáška, 48th IPA Congress, Facing the Pain, Praha*
- Mikota, V. (2014). Dá se věřit mužům-psychoanalytikům, že jsou schopni pochopit ženskou sexualitu? *Přednáška, XXI. ročník psychoanalyticko-psychotherapeutického symposia, Kodymův dům, Opočno.*
- Mikota, V. (2015). Vývoj názorů na žádanou změnu v psychoanalýze a z ní odvozených terapií. *Přednáška, 30. Psychotherapeutická konference, Jeseník.*
- Mikota, V. (2016). Existují nějaké definovatelné vzorce sourozeneckých vztahů? *Přednáška, XXIII. ročník psychoanalyticko-psychotherapeutického symposia, Kodymův dům, Opočno.*
- Mikota, V. (2016) ...Nevědomí v běhu času... aneb Vývoj Freudovy představy o nevědomí od jejího vzniku do současnosti. *Přednáška v rámci projektu Za poznáním historie města Příbora, Příbor.*
- Mikota, V. (2016). Psychoanalýza bez pohovky. S Václavem Mikotou o psychoanalýze a jejím využití v současné péči o duši. *Přednáška, Festival Psychologie.cz, <https://psychologie.cz/psychoanalýza-bez-pohovky/>*

#### Poznámka:

Autor děkuje Haně Drábkové, Janě Hercové, Janě Kocourkové a dalším kolegům za pomoc s dohledáním publikační a přednáškové činnosti Václava Mikoty.

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

### Délka příspěvků:

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

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

### Příspěvky zasílejte opatřeny:

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

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

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

### Pokyny k formální stránce textů:

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

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

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

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

### Role autorů:

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

### Příklad popisu Role autorů:

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

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

### Pokyny pro citování:

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

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

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

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

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

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

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

### **Příklady citací v textu:**

#### Citace práce jednoho autora:

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

#### Citace práce více autorů:

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

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

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

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

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

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

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

#### Knih (uvádějte i podtitul):

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

#### Článek v časopise:

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

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

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

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

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

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

### **Etické aspekty**

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

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

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