

# PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

# PSYCHOTERAPIE – 13. ročník, 2019, číslo 1

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 1/2019 byla 28. 4. 2019, recenzní řízení bylo uzavřeno 27. 4. 2019. Vychází v květnu 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**

Tomáš Řiháček - - - 5

### **TÉMA / THEME**

Mattias Desmet: Iluze objektivitv v psychologii (The Illusion of Objectivity in Psychology) - - - 6

Jan Roubal, Michal Čevelíček, Tomáš Řiháček: Jak jednoduše provést a napsat případovou studii: vodítka pro psychoterapeuty v praxi (How to conduct and write a case study in an easy way: guidelines for psychotherapists in practice) - - - 22

Jan Pokluda: O kouzlení a pilné práci – kazuistika vycházející z přístupu na řešení orientované hypnózy (About spells and diligent work – a case study based on solution oriented hypnosis approach) - - - 40

Karolína Vodičková, Tomáš Řiháček: Propojení významných momentů s terapeutickou změnou: případová studie (Connecting significant moments to the therapeutic change: a case study) - - - 52

Leoš Zatloukal, Jan Roubal: „Cítit emoce“: významné momenty v pragmatické případové studii z gestalt terapie pohledem diskurzivní analýzy (“Feeling emotions” - significant events in pragmatic case study of gestalt psychotherapy seen through the lenses of discourse analysis) - - - 66

Michal Čevelíček, Petr Doležal: Využití případové studie k vysvětlení procesu změny v psychoterapii deprese (The usage of a case study design to explain the process of change in psychotherapy of depression) - - - 84

### **ROZHOVOR / INTERVIEW**

Lucie Kučerová, Jakub Hučín: Bavilo mě si s lidmi povídat říká v rozhovoru MUDr. Jiří Krombholz - - - 99

### **KONFERENCE / CONFERENCE**

David Kremeník, Patrik Rudolf: Žít Gestalt: zpráva z 6. České a 3. Česko-Slovenské konference Gestalt psychoterapie, Mikulov, 5.–7. 4. 2019 - - - 105

### **RECENZE / REVIEWS**

McLeod, J. (2010) Case Study Research in Counselling and Psychotherapy. London: Sage. (David Skorunka) - - - 110

Pruente, Th. (2019). Jak mi dneska je?, Portál, Praha. (Karel Hájek) - - - 113

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,

do rukou se vám dostává další z tematických čísel časopisu, tentokrát zaměřené na případové studie. Případové studie jsou prostorem, v němž se snoubí dvě jinak obtížně smířitelné stránky psychoterapie: řemeslně-umělecká a vědecká. V duši praktika případové studie rezonují svou bezprostředností, smyslem pro jedinečnost a prostorem pro detail i kontext. Vědce zase zaujmou svou systematickostí, komplexností a schopností odpovídat na položené výzkumné otázky. Někteří autoři, mezi nimi například Daniel Fishman či Mattias Desmet, jehož text *Iluze objektivitu v psychologii* otevírá toto tematické číslo, je dokonce považují za způsob poznávání psychoterapii (a psychologii obecně) nejbližší.

Případové studie mohou mít mnoho podob a mohou sledovat různé cíle. Někdy má kazuistika funkci *ilustrativní*, je konkrétní ukázkou doprovázející obecnější výklad nějakého jevu. Příkladem takové kazuistiky je text Jana Pokludy ukazující možnosti využití na řešení orientované hypnózy při práci s klientem usilujícím o kontrolu nad svým agresivním chováním a abstinencí od alkoholu.

Jindy se do popředí dostává výzkumný aspekt a kazuistika se stává *systematickou* případovou studií, která pomocí analýzy dat o jednom konkrétním případě usiluje odpovědět na explicitně formulovanou výzkumnou otázku. Článek Jana Roubala a kolegů *Jak jednoduše provést a napsat případovou studii: vodítka pro psychoterapeuty v praxi* přináší přehledný návod, jak lze takovou studii vytvořit a jaké kroky je přitom potřeba podniknout. Navazující text Petra Doležala a Michala Čevelička *Využití případové studie k vysvětlení*

*procesu změny v psychoterapii deprese* pak tyto kroky ilustruje na příkladu klientky, která se rozhodla předčasně ukončit svou terapii.

Další dva texty se zaměřují na zkoumání významných momentů v terapeutickém procesu. Karolína Vodičková a Tomáš Řiháček se v textu *Propojení významných momentů s terapeutickou změnou: případová studie* pokoušejí vysvětlit terapeutický efekt pomocí série konkrétních událostí, které sama klientka identifikovala jako významné. Leoš Zatloukal a Jan Roubal pak v článku „*Cítit emoce*“: *významné momenty v pragmatické případové studii z gestalt terapie pohledem diskurzivní analýzy* ukazují využití jedné z řady metod kvalitativní analýzy (tzv. Recursive Frame Analysis), jež se pro případové studie nabízejí, a ilustrují ji na několika úsecích terapeutického rozhovoru.

Tematicky s náplní čísla ladí i recenze z pera Davida Skorunky na knihu Johna McLeoda *Case Study Research in Counselling and Psychotherapy*. Ta je neocenitelným průvodcem pro každého, kdo se o případové studie v psychoterapii vážně zajímá. Věřím, že tato koláž potěší, případně i pobídne k vlastním případovým studiím všechny, kdo věří, že dobrá terapeutická teorie vzniká z konkrétních případů a (leckdy kostrbatých) cest, jimiž se ubírají.

A abychom prokázali věrnost tématu, dejme, že i rozhovor s Jiřím Krombholzem, zpráva z konference Žít Gestalt či recenze Karla Hájka na knihu Thomase Prunteho *Jak mi dneska je?* jsou vlastně také drobnými případovými studiemi.

Přeji vám inspirativní čtení.

Tomáš Řiháček, 25. 4. 2019

## ILUZE OBJEKTIVITY V PSYCHOLOGII

### The illusion of objectivity in psychology

**Mattias Desmet**

*Ghent University, Ghent, Belgie; mattias.desmet@ugent.be*

*Psychoterapie. 13 (1), 6–21; ISSN 1802-3983*

#### ABSTRAKT:

Téměř po jednu dekádu je akademická psychologie v krizi. Sužovány metodologickou nedbalostí, replikace výzkumných poznatků příliš často selhávají a objevilo se i několik případů podvodu. Tento článek argumentuje, že jedna z hlavních příčin krize v psychologii je často nepovšimnuta a nachází se na úrovni metod měření. Zatímco metodické části nesčetného množství studií tvrdí, že validita použitých měřících nástrojů je „přijatelná“, „dobrá“ či dokonce „výborná“, každá podrobná analýza vede k hlubokému skepticismu. Po mnoho let použití čísel poskytuje psychologii auru vědecké přesnosti, ale při bližším prozkoumání spíše staví psychologii do rizika, že se stane pseudovědou. Tento článek ilustruje velmi hmatatelně, jakým způsobem ovlivňují proměnné, které nemají být měřeny, výsledky měření, a jak je kvůli nim většina typů statistického usuzování neefektivní. Shrnuje, že návrat k případovým studiím, přehodnocení narativního a kvalitativního popisu a paradigma zkoumání zaměřené na kvantifikaci formálních charakteristik jazyka, může lépe vyladit psychologické výzkumné metody na komplexní a dynamickou povahu předmětů jejich zkoumání. Spíše takto můžeme přispět ke skutečnému překonání replikační krize, než vkládat naděje do optimalizace klasických metod měření.

*Klíčová slova:* replikační krize, validita a reliabilita psychologického měření, nomotetické a idiografické měření

#### ABSTRACT:

For about a decade, academic psychology has been in crisis. Plagued by methodological sloppiness, the replication of research findings all too frequently fails and several cases of outright fraud have surfaced. This paper argues that one of the major causes of the crisis in psychology often goes unnoticed and is situated at the level of measurement methods. While the method sections of myriads of research papers claim that the validity of the measurement instruments used is ‘acceptable’, ‘good’ or even ‘excellent’, every thorough analysis leads to profound skepticism. For many years, the use of numbers has given psychology an aura of scientific exactitude, yet upon closer examination, it rather puts psychology at risk of becoming a pseudo-science. This paper illustrates in a very tangible way how a variety of variables that are not intended to be measured impact on measurement outcomes and render most types of statistical inference ineffective. It concludes that a return towards single case research, a re-appraisal of narrative and qualitative description, and a measurement paradigm centered on quantification of

formal characteristics of language might attune psychological research methods better to the complex and dynamic nature of its objects under study. Rather than pinning our hopes on the optimization of classical measurement methods, investing time and energy in such a reorientation might contribute to a true overcoming of the replicability crisis.

*Key words:* the replicability crisis, validity and reliability of psychological measurement, nomothetic and idiographic measurement.

Od druhé světové války se akademická psychologie téměř exkluzivně spoléhala na kvantitativní výzkum s co největšími vzorky, což mělo údajně přinášet „objektivní“ a „zobecnitelné“ poznatky. Ale více a více se ukazuje, jak problematický tento výzkum je. Téměř před deseti lety, po publikování několika zpráv o širším nedostatku replikability vědeckých poznatků, rozsáhlé metodologické nedbalosti a sérii případů zřejmého podvodu (například Allison, Brown, George a Kaiser, 2016; Baker 2016), se psychologie ponořila do krize. Rozsah této krize byl takový, že někteří významní výzkumníci, kteří ji studovali, jako například Ioannidis (2005), došli k závěru, že „většina publikovaných vědeckých poznatků je chybná“. Systematická rešerše Fanelliho (2009) došla ke konzervativnímu odhadu, že až v 72 % publikovaných výzkumů byly poznatky nějakým způsobem záměrně zkresleny a Baker (2016) ukázal, že neúspěšné replikace jsou spíše pravidlem než výjimkou. Je jistým způsobem ironické, ale nezbytné zmínit, že i tato čísla se podstatně různí napříč publikacemi. Jinými slovy: po-

znatky o omezené replikabilitě samy postrádají replikovatelnost. To samo o sobě možná nejlépe ilustruje hloubku této krize.

Při procházení literatury analyzující tuto krizi stojí za povšimnutí, že příčiny jsou téměř vždy přičítány nedostatku přísnosti při aplikaci vědeckých metod, například v takových faktorech jako ledabylost vý-

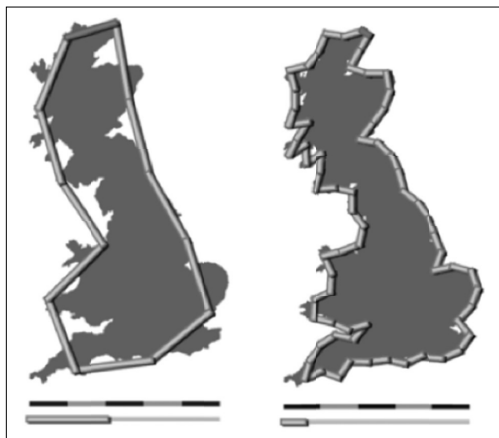


**Mattias Desmet**

**Je profesorem klinické psychologie na Fakultě psychologie a pedagogiky na Univerzitě Ghent v Belgii. Jeho nejznámější knihou je „The Pursuit of Objectivity in Psychology and Lacan’s Logic of Subjectivity: A Walk on the Graph of Desire“.**

zkumníků nebo neochota periodik publikovat replikační studie. Mně se ale navzdory tomu zdá, že je také problém v metodách samotných. Alespoň jeden důležitý přispívající faktor, jímž je problematická validita psychologických měření, tedy zůstává téměř naprosto nerozpoznán. V nejlepším případě se v článcích analyzujících krizi uvádí tento faktor na okraji (například Asendorpf et al., 2013, s. 111, viz „zvýšte reliabilitu měření“).

V tomto článku budu polemizovat jak z logicko-konceptuálních, tak z empirických důvodů, že na první místě je to právě



Obrázek 1. Naměřená délka pobřeží Británie je přibližně 2 400 km s měřítkem 200 km (levá strana obrázku) a 3 400 km (cca) s měřítkem 50 km (pravá strana obrázku). Obrázek získaný od Van de Sande (2004)

problém měření, co kompromituje vědecký status psychologie, a že není přehnané říct, že budoucnost akademické psychologie jednoznačně záleží na tom, jak úspěšně či neúspěšně si s ním poradí. Argumentují, že jediný způsob, jak vyřešit tento problém, je navrátit se k případovým studiím a interpretovat měření v kontextu narativních popisů pacientova globálního subjektivního fungování. Argumentační linie prezentovaná v tomto článku je stručným souhrnem mé nedávno publikované knihy nazvané Hledání objektivitu v psychologii (Desmet, 2018).

### LOGICKO-KONCEPTUÁLNÍ REFLEXE

Dovolte mi začít své úvahy zdůrazněním faktu, že měření je typ popisu, neboli *deskripce*. Deskripce se dá shrnout jako přeložení „surových“ fenoménů či „objektů“ našeho zkoumání do výzkumných dat, a toho lze docílit různými způsoby.

V prvé řadě je zde *narativní* deskripce, ve které člověk popisuje objekt zkoumání

pomocí slov. Ačkoliv na první pohled postrádá úroveň exaktnosti a sofistikovanosti požadovanou ve vědě, je jasné, že hrála významnou roli v podstatě v každém velkém vědeckém úspěchu, ať už vezmeme práci Koperníka (1543), Linné (1753), Newtona či kteréhokoliv jiného přelomového myslitele.

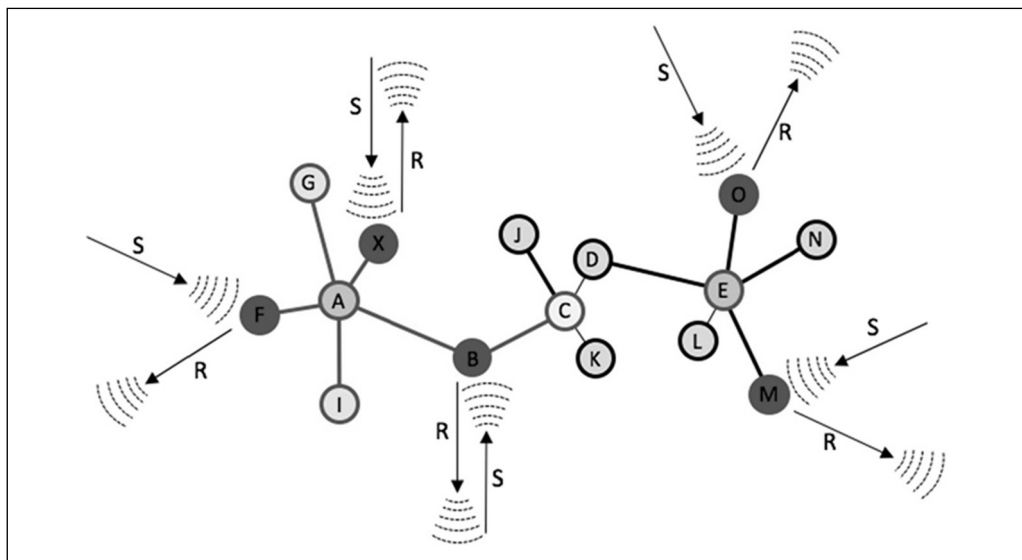
Za druhé, můžeme popisovat s pomocí obrazů. Historické příklady zahrnují například detailní kresby lidské anatomie Vesalia (1543), kresby a fotografie zvířat v práci Tinbergena (například 1948), a rentgenové krystalografické obrazy (Wilkins a Randall, 1953), na základě kterých Watson a Crick (1953) objevili dvojitou šroubovici DNA.

Zatřetí máme *kvantitativní* deskripce, neboli *měření*. Měření objektu se dá shrnout jako jeho situování na jednodimenzionální škále, která sestává z jednotky měření násobené reálným číslem (Joint Committee for Guides in Metrology, 2012). To implikuje, přísně vzato, že pouze jednodimenzionální vlastnosti objektu mohou být měřeny. Například, nemůžeme měřit *auto an sich*, neboli s pomocí auta samého. Musíme napřed určit jednodimenzionální vlastnost, jakou je například délka či šířka, zvolit stabilní, neměnnou jednotku měření, a potom sečíst počet jednotek, který má vlastnost objektu, již měříme. Důležité je, že i když se s použitím selského rozumu zdá, že měření poskytuje kvazi-absolutní zhodnocení objektu, ve skutečnosti je velmi relativní k použité jednotce. Mandelbrot (1967) toto ilustroval velmi uchopitelným způsobem ve svém článku zvaném „Jak dlouhé je pobřeží Británie?“ (Obrázek 1). Když se podíváme na pobřeží Británie, nevidíme rovnou čáru, dokonce ani hladkou, zakřivenou čáru, ale vlnitou, meandrovou čáru. Když ho měří-



me v jednotkách 200 kilometrů, jak lze vidět na levé části snímku, délka této čáry je 2 400 kilometrů, zatímco při jednotce 50 kilometrů je délka 3 400 kilometrů. Mandelbrot zde snadno ukazuje, že „s tím, jak je použita škála menší, měřená délka pobřeží neomezeně roste“ (Gleick, 1987, s. 96). Richardson (1961) doložil, že toto skutečně vede k praktickým problémům. Prošel encyklopedie

vidíme u slunečnic, mušlí, tornád a galaxií. První tři typy deskripce se ukazují být relativní a nepřesné – narativní deskripce může být provedena mnoha různými kombinacemi slov, fotografie či obrázky mohou být provedeny z mnoha různých perspektiv a měření vždy závisí na použité škále. Nicméně se zdá, že matematická deskripce se blíží absolutnu. Matematická forma a její



Obrázek 2. Síťová koncepce psychického aparátu

ve Španělsku, Portugalsku, Nizozemsku a Belgii a zjistil, že uvedená délka společných hranic se různí zhruba o 20 % kvůli rozdílným škálám, které byly použity.

Za čtvrté, kromě narativní, obrazové a metrické deskripce máme ještě deskripce matematickou (např. Prusinkiewicz a Fowler, 1995, s. 163), která je často přehlížena nebo zaměňována s měřením. Tento typ deskripce sestává z určení vzorce daného jevu. Například Fibonacciho posloupnost určuje spirálovitou křivku, která ukazuje poměr zlatého řezu a odpovídá přesně řadě křivek v přírodě, například těm, které

určující vzorec jsou unikátní a neměnné. To dává matematické deskripce speciální auru a postavení, připomínající Platonovu teorii univerzálních forem, jako by toto bylo tím posledním doladěním, nasazující korunu vědecké práci.

To, který typ deskripce je vhodný, záleží na charakteristice objektu, který se snažíme popsat. Když se vrátíme zpět k psychologii, měli bychom si klást otázku: Jaké jsou objekty psychologie a jaké vlastnosti mají?

Na psychické objekty můžeme pohlížet z mnoha různých úhlů pohledu, ale za účelem této úvahy se budu odkazovat na síťový kon-

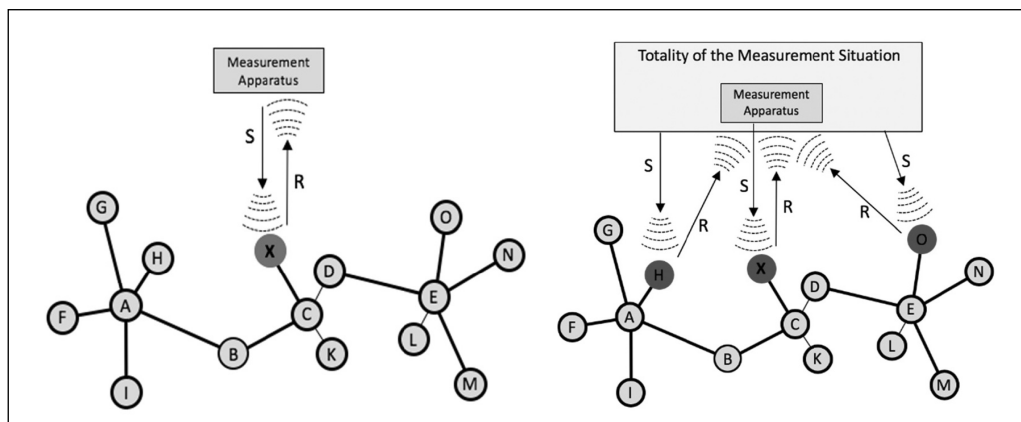
cept (Obrázek 2). Psychický systém může být koncipovaný jako síť navzájem propojených lingvistických uzlů, které jsou aktivovány celou řadou spouštěčů. Když spouštěč aktivuje uzel, aktivace se šíří po síti a aktivuje sérii dalších uzlů. Skrz tento proces je význam přiřazený ke spouštěči velmi komplexním a pro každého jedince specifickým způsobem. Například to, že vidíme králíka, může spustit řetězec asociací, které vedou ke vzpomínkám na to, jak jsme měli vlastního králíka jako děti, nebo na pitvu během hodiny biologie, ale také může vést k přezdívice, kterou měla naše přítelkyně, nebo k sousedovi, který zabíjel králíky krutým způsobem.

Proces šíření aktivace a tvorby významu je nejen komplexní a pro každého specifický, ale také vysoce nestálý a nepředvídatelný. Je například zřejmé, že drobné rozdíly v úrovni přichozícího stimulu mohou vyvolat radikální změny v úrovni vzniku významu. My všichni to známe z každodenního života: i jen lehký úsměv nebo drobné nervózní zakašláání může radikálně změnit celý způsob, jakým člověk interpretuje cizí smýšlení.

Můžeme se nyní, na základě těchto výchozích úvah, podívat na deskriptivní metody v psychologii. Začneme tím, že se podíváme na historický rozpor mezi nomotetickým a idiografickým paradigmatickým. Před druhou světovou válkou bylo nomotetické paradigma dominantní v akademické psychologii v Americe; idiografické v kontinentálním akademickém prostředí, zejména v Rakousku a Německu. Během nacistického režimu idiografické paradigma ustoupilo a nomotetické paradigma rychle nabralo na síle a stalo se dominantní v celém Západním akademickém světě. Toto změnilo povahu akademické psychologie a zároveň také metody vědecké deskripce.

Idiografické paradigma považovalo metrickou deskripci za nápomocnou, ale jen pokud byla měření situována v kontextu idiografických informací v každém v každém jednotlivé případě. Vezměme například tento citát Williama Sterna (1921, s. 3–4, citováno podle Lamiel, 2009, s. 72), vynálezce inteligenčního kvocientu: „*Pro dotyčného zkoušeného testy poskytnou číslo, na jehož základě může být zkoušený umístěn někde na kvantitativní škále, ale které skrývá věci kvalitativně zvláštní pro daného jedince. Výsledky přímého pozorování nelze kvantifikovat, ale umožňují kvalitativní zpřesnění psychologického profilu. Ze všech těchto důvodů musí být metody přímého pozorování zkoušeného vždy používány k doplnění zkušebních metod a první musí být vyvinuto s tou stejnou péčí jako to druhé.*“ Tato základní myšlenka byla široce sdílena valnou většinou vědců před druhou světovou válkou, včetně předních behavioristů jako byli Watson, Skinner a Pavlov. Poslední zmiňovaný například tvrdil, že kvantitativní data o slinění jeho psů by byla k ničemu a nemohla by být správně interpretována, kdyby člověk nebyl obeznámen s celkovou povahou každého jednotlivého psa (Todes, 2014).

Nomotetické paradigma zkoumalo psychologické procesy naprosto odlišným způsobem. V prvé řadě spoléhalo téměř výhradně na metrickou deskripci; narativní deskripce byla považována za méně „objektivní“ a méně „přesnou“. Za druhé, v zájmu kontroly výzkumníkovy subjektivity byl proces měření standardizován tak přísně, jak to bylo možné. Za třetí, aby se zaručila zobecnitelnost poznatků, měření bylo aplikované na tak velkém vzorku, jak jen bylo možné. Začtvrté, protože souhrnné idiogra-



Obrázek 3. Klasické explicitní a implicitní metody měření vycházejí z předpokladu, že izolované testovací stimuly aktivují izolované aspekty asociativních sítí participantů (vlevo); logicko-konceptuální uvažování naznačuje, že postupy měření se skládají z komplexní a variabilní sady podnětů, které aktivují složitou a proměnlivou sadu aspektů asociativní sítě

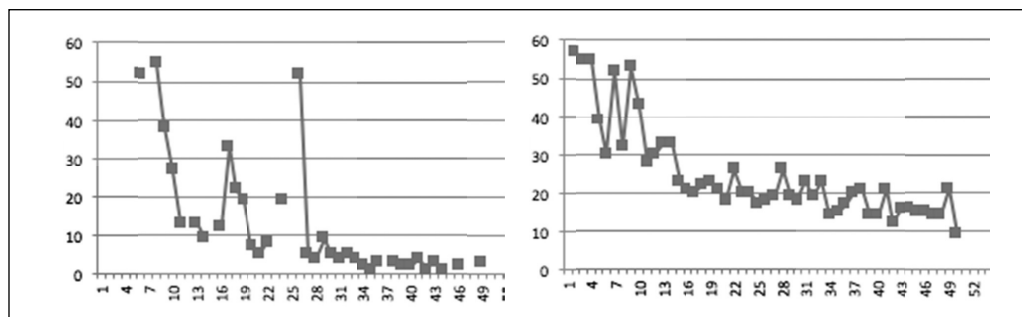
fické deskripce jediného subjektu mohly být provedeny pouze narativním způsobem, byly považovány za nevyhnutelně subjektivní, a byly proto zcela vynechány. Měření proto přestalo být interpretováno v kontextu narativních dat o jednotlivých subjektech, jak se dělo v idiografickém paradigmatu. Namísto toho bylo interpretováno standardizovaným způsobem, který přepokládal, že ten samý výsledek měření znamená totéž u různých participantů.

Jinými slovy: nomotetické nástroje měření – jako například Q třídění, implicitní asociační testy, hodnocení výzkumníka a dobře známé sebeposuzovací dotazníky – všechny vycházejí z obecného předpokladu, že testy měří jeden neměnný objekt, jednu psychickou charakteristiku, kterou zamýšlíme měřit, která neměnně způsobuje měřený výsledek neohledně na různé kontexty, různé participanty, různé body v čase, v nichž je test administrován, atd. Toto můžete vidět na levé straně Obrázku 3. Test spouští aktivitu v jedné psychické charakteristice, a reakce na test následně vychází z této charak-

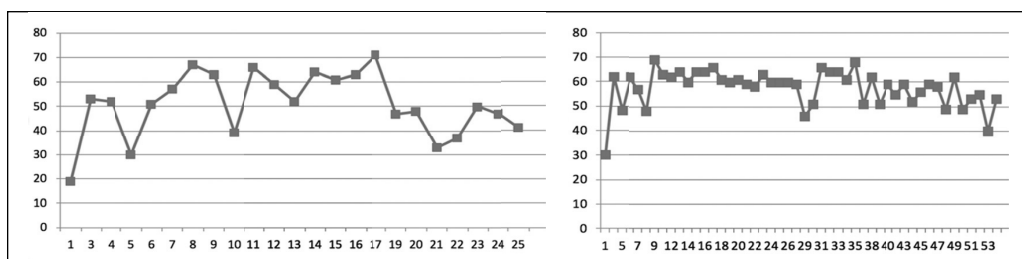
teristiky. Je zřejmé, že jde o silný předpoklad, který je do značné míry neslučitelný se složitou a dynamickou povahou procesů vzniku významu. Spíše očekáváme situaci, která je znázorněna na pravé části Obrázku 3, konkrétně to že aktivace šíří se v síti jako důsledek testovacích podnětů aktivuje velmi komplexní a proměnlivou sadu uzlů, která nevyhnutelně způsobí, že test bude citlivý k mnoha faktorům, jež nejsou určeny k měření.

#### EMPIRICKÉ ARGUMENTY

Nejsme první, kdo vznesl takové podezření. V empirickém výzkumu bylo hojně ukázáno, že stejný postup měření může u různých participantů měřit naprosto různé věci. Mohl jsem se zde zmínit psychometrické studie, ale místo toho předvedu některé konkrétní příklady z mého vlastního výzkumného programu na univerzitě v Ghentu. Můj výzkumný tým studuje psychoterapeutické postupy a náš postup shromažďování údajů je takový, že umožňuje analýzu jak na úrovni vzorku, tak na úrovni



Obrázek 4. Skóry dvou pacientů v nástroji Inventory of Interpersonal Problems, která naznačují zlepšení interpersonálního fungování v průběhu psychodynamické psychoterapie



Obrázek 5. Skóry dvou pacientů v nástroji Inventory of Interpersonal Problems, která naznačují zhoršení interpersonálního fungování v průběhu psychodynamické psychoterapie

jednotlivých pacientů (podrobný popis naší strategie shromažďování dat viz Meganck et al., 2017). Během terapií pacientů se shromažďují kvantitativní údaje o procesu a výsledcích a současně se pořizují audionahrávky všech terapií, aby bylo možné provést i kvalitativní analýzu. Tohoto projektu jsem se účastnil jak jako výzkumník, tak jako terapeut a tento postup jsem použil na terapii 30 pacientů ve své vlastní klinické praxi.

Obrázek 4 znázorňuje vývoj skóre dvou mých pacientů v průběhu 50 terapeutických sezení v testu Inventory of Interpersonal Problems (Horowitz, Alden, Wiggings a Pincus, 2000), dotazník, jehož celkový skóre měří obecné interpersonální potíže a obavy. Grafy obou pacientů jsou velmi podobné, ukazují v obou případech postupně klesající křivku, skóre v IIP je asi 60 na počátku léčby

a přibližně 0 na konci. Grafy tak naznačují, že míra distresu postupně během léčby klesá, což naznačuje, že oba pacienti prošli srovnatelnou a úspěšnou terapií.

Analýza narativních informací z audionahrávek terapie však ukázala, že proces nebyl vůbec srovnatelný. U prvního pacienta, který je znázorněn na levé straně obrázku, narativní údaje potvrdily skutečně zlepšené interpersonální fungování. Zatímco vztahový život tohoto pacienta souhrnně vykazoval na začátku léčby destruktivní vzorec, audionahrávky sezení i následné rozhovory s externím výzkumníkem potvrdily, že do konce terapie začal nový, uspokojivý romantický vztah, že začal lépe vycházet se svými kolegy a přáteli a že ostrá agrese a nenávisť vůči rodičům se zmírnila.

Zcela odlišný příběh se však odehrál v případě druhé pacientky, reprezentované na pra-

vé straně obrázku. Na počátku terapie tato pacientka uvedla, že je ve velmi frustrujícím interpersonálním prostředí, pokud jde o vztahy s jejím partnerem, přáteli a rodinou. Během terapie jsem neměl dojem, že by se věci zlepšily. Naopak, stále více a více se izolovala od jiných lidí, většinu času se stahovala do své studentské místnosti. Když skončila terapie, vykreslil jsem si graf prezentovaný na obrázku a byl jsem velmi překvapen, když jsem viděl klesající trend v dotazníkových skórech, který naznačuje, že se její úroveň vztahů podstatně zlepšila. Nejprve jsem se radoval, ale pak jsem začal být podezřívavý a rozhodl jsem se, že se jí přímo zeptám, proč v IIP uváděla nižší míru interpersonálních potíží.

Abych věci trochu přiblížil, zmíním se, že IIP typicky obsahuje položky jako „Je těžké pro mě věřit jiným lidem“, „Je těžké pro mě neříkat ne ostatním lidem“, „Je těžké abych se připojil k ostatním lidem“, „Je těžké pro mě někomu říct, aby mě přestal obtěžovat“ atd. Když jsem se jí zeptal, co myslí tím, že odpovídá téměř nulově na všech těchto položkách, odpověděla, že už nemá problémy se všemi těmito věcmi, *protože už se s lidmi prostě nesetkává*. „Je pro vás těžké důvěřovat jiným lidem?“ „Ne, já už nemusím věřit ostatním lidem, protože už s nimi nejsem v kontakt.“ „Je pro vás těžké říkat ne ostatním lidem?“ „Vůbec ne, už nejsem konfrontovaná s žádostmi jiných lidí.“ Je tedy zřejmé, že zatímco výsledek postupu měření, jak je znázorněn na grafech, byl u obou pacientů stejný, psychická realita, kterou má znázorňovat, byla zcela odlišná. Obrázek 5 nám poskytuje další zajímavý příklad. Stejně jako v předchozích grafech ukazuje vývoj ve skóre IIP u dvou pacientů v téže studii. Pokud prostě považujeme

validitu měření za daný fakt, dospějeme k závěru, že oba pacienti na konci terapie vykazovali více interpersonálních potíží než na začátku, a proto se léčba u obou pacientů nezdařila. Audionahrávky nicméně jasně ukázaly, že tomu tak není. Oba pacienti byli zasláni na psychoterapii praktickým lékařem, protože měl v jejich případech podezření, že série jejich somatických stížností souvisí se záchvaty paniky a úzkostí. Během prvních sezení se mnou oba odmítli souhlasit s tím, že jejich somatické příznaky mají něco společného s psychologickými problémy, a proto v dotaznících skórovali nízko. Během následujících deseti sezení však postupně začali připouštět, že jejich somatické symptomy nějak souvisí s jejich psychickými problémy, a proto se skóre dotazníků začalo zvyšovat. Následně v dalších sezeních, s tím, jak se uváděné problémy staly centrem terapeutické práce, se skóre pomalu začalo snižovat a oba pacienti se na konci terapie cítili podstatně lépe než na začátku. Dotazníkový skóre však nikdy neklesl tak nízko jako na začátku terapie. Bez ohledu na to, jak úspěšná je terapie, zřejmě nemůže soupeřit s mechanismem popření, pokud jde o snížení skóre stížností!

Taková pozorování jsou pro nomotetickou psychologii velmi problematická a v našich datech nebyla vůbec výjimečná. Ukazují přímým způsobem, že musíme pochopit příběh pacienta, jak jej pacient vypráví během sezení, abychom pochopili, co měření znamená. Měření nejsou jakousi nadřazenou informací, která by odhalila něco, co jsme se nedozvěděli prostým posloucháním našeho pacienta, ne, je to spíše naopak: potřebujeme jednoduše naslouchat našim pacientům, abychom věděli, co jejich výsledky měření znamenají. Zdá se tedy, že badatel, který

používá nástroje psychologického měření, často připomíná dítě, které hraje s dětským mikroskopem: dítě zamyšleně kouká do přístroje, ale když si myslí, že se nikdo nedívá, rychle se podívá pod mikroskop, aby mohlo skutečně vidět, na co se dívá.

Mohl bych poskytnout nekonečnou řadu konkrétních příkladů empirického výzkumu, které ukazují, že měření nelze interpretovat standardizovaným způsobem. Měření jsou citlivá na četné faktory, které nejsou cíleně měřené. Všechny tyto faktory ovlivňují měřicí přístroj různými způsoby při různých zkušebních příležitostech a jako takové narušují ideál standardizovaného měření.

Po vyslechnutí tohoto všeho může zastánce nomotetického paradigmatu pokrčit rameny a odvětit: „No samozřejmě, co jste očekávali? Žádné měření není perfektní. Jen se ujistěte, že vzorky jsou dostatečně velké a všechny tyto chyby se vyrovnají.“ Rád bych odpověděl: „To záleží, pokud je chyba měření příliš vysoká, pak žádný vzorek nemůže být dostatečně velký.“

Studie o shodě napříč různými metodami umožňují odhadnout, kolik chyb je v nomotetických měřeních a jaký to má dopad na statistické závěry. Takové studie vycházejí z prosté, ale zajímavé otázky: Pokud změříte stejnou psychologickou charakteristiku pomocí různých měřících metod – např. sebesposuzovacího dotazníku, hodnocení výzkumného pracovníka a implicitního měření – jak se budou výsledky podobat? Metastudie ukazují, že shoda mezi různými metodami v psychologii, vyjádřená v Pearsonových korelacích, se pohybuje někde mezi 0,00 a 0,45.

Dovolte mi, abych zkusil tyto korelace více přiblížit. Předpokládejme, že tesař měří okna vašeho domu pomocí tří různých měření. Například skládacím metrem,

svinovacím metrem a laserovým měřením vzdálenosti, a uvádí sérii měření v tabulce 1.

Nemyslím si, že byste chtěli, aby vám tento tesař dělal okna ve vašem domě. Nicméně konvergence mezi jeho měřeními je 0,45, což se zhruba rovná horní hranici shody mezi metodami v psychologickém výzkumu. Někteří vědci interpretují nedostatek konvergence ani ne tak jako indikátor chyby měření, ale spíše jako indikaci, že různé metody měří *různé aspekty* psychických charakteristik (Meyer et al., 2001, s. 145). Zatímco tato interpretace může být za určitých podmínek přesná, nic se zatím nezměnilo na tom, že obdržela malou nebo žádnou empirickou podporu. Nikdy například nebylo prokázáno, že konvergence je vyšší u měření, která posuzují více specifické aspekty atributu.

Pozorování, že měřicí metoda má dopad na výsledek měření, sama o sobě není typická pro psychologii. Bell (1987, s. 166) uvedl, že měření v kvantových pokusech „*musí být považováno za společný výrobek „systému „a [měřicího] aparátu“*“. Toto bylo také ilustrováno příkladem Mandelbrota, o kterém jsme se právě zmínili, který ukazuje, že měřená délka britského pobřeží se liší, když se používají různá měřítka.

A přesto je v psychologickém výzkumu něco zvláště problematického. V psychologii výzkumy zaměřené na test-retestovou reliabilitu ukazují, že měření se dokonce i při stejném měřítku výrazně liší. Test-retestová realibilita explicitních osobnostních měření se pohybuje například v rozmezí 0,80 až 0,50 (např. Gnambs, 2014; Viswesvaran a Ones, 2000); implicitní měření osobnosti mezi 0,30 a -0,10 (např. Bosson et al., 2000, str. 636; Asendorpf, Banse a Mücke, 2002, s. 382). Podle vzor-

Tabulka 1

Tři série truhlářova měření stejného okna, které korelují 0,45

	Měření získána Metodou 1	Měření získána Metodou 2	Měření získána Metodou 3
Okno 1	71 palců	51 palců	24 palců
Okno 2	39 palců	79 palců	59 palců
Okno 3	63 palců	87 palců	51 palců
Okno 4	39 palců	67 palců	83 palců
Okno 5	12 palců	39 palců	8 palců
Okno 6	47 palců	31 palců	63 palců
Okno 7	43 palců	59 palců	24 palců
Okno 8	12 palců	35 palců	4 palců

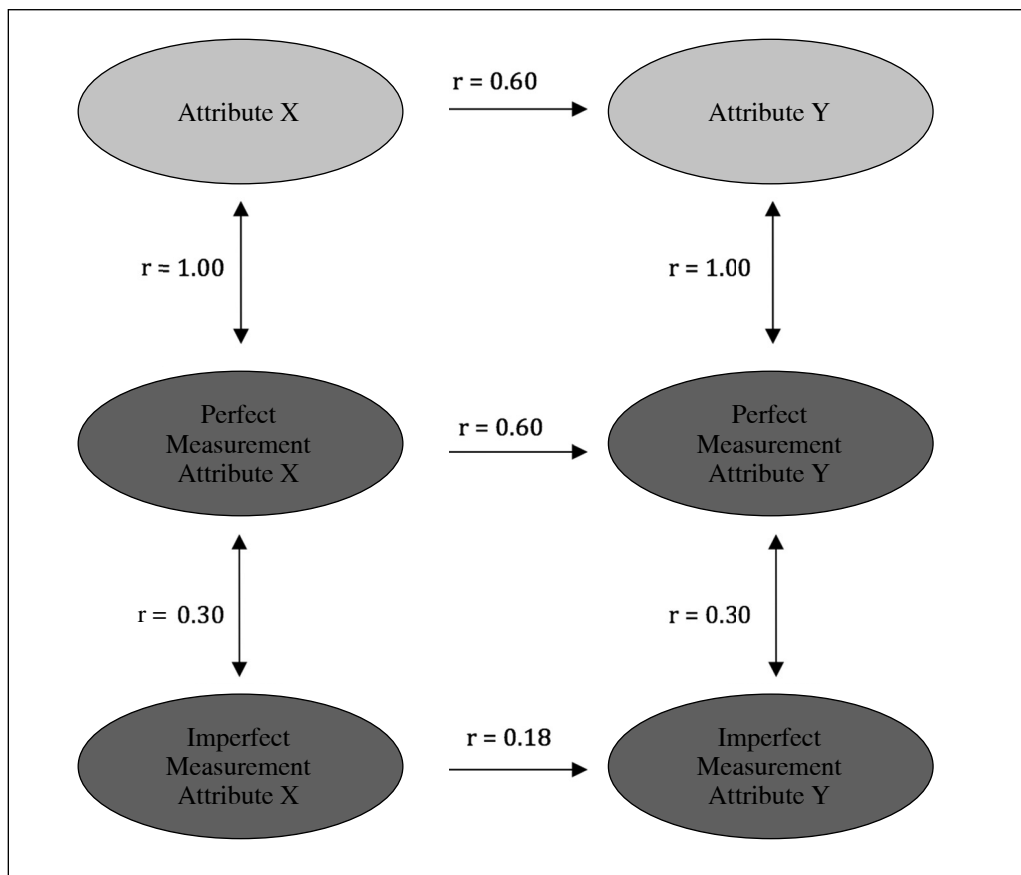
ce, že vysvětlený rozptyl se rovná korelaci na druhou, reliability testu-retestu tak nízké jako 0,30, ukazují, že měření obsahují alespoň 90% chyby. To nám přináší velice pesimistický závěr týkající se validity.

Všechny uvedené studie jsou zveřejňovány ve vysoce hodnocených periodických, což ještě ztěžuje pochopení, proč většina výzkumníků ve svých výzkumech tvrdí, že validita použitých nástrojů je přijatelná, dobrá, nebo dokonce vynikající. Při bližším zkoumání se ovšem ukazuje, že se v psychologii stalo zvykem hodnotit validitu s odkazem na *validitu průměrného měření*. Validita testu se tedy považuje za „přijatelnou“, pokud je validní jako průměrný test. Je zřejmé, že se jedná o pochybný zvyk, zejména v oblasti, kde je průměrná validita poněkud špatná. Hodnocení by se mělo provádět na základě matematické normy vztahující se k dopadu chyby na statistickou inferenci a dosažené závěry. Dnes se však takové hodnocení odehrává pouze při posuzování chyby výběru (kde je vypočítána síla testu); chyba měření a nedostatek validity jsou skutečně zmíněny, ale poté už se jim nikdo nevěnuje. To vyvolalo ironickou poznámku Schmidta a Huntera (1996, s. 199), zda je „pravda, že vědci

*stačí pouze se zmínit o chybě měření, aby zmizela“.*

Jednou jsem provedl matematický test o dopadu chyby. Již v roce 1904 varoval Spearman výzkumnou komunitu o tomto problému a vytvořil svůj slavný vzorec umožňující vypočítat vliv chyby měření na korelační výzkum. Použil jsem jak tento vzorec, tak matematickou simulační studii, abych ukázal, že v psychologii bude skutečná korelace dosahující hodnot 0,60 pozorována pouze jako nevýznamná korelace 0,18 kvůli chybě měření. Obrázek 6 toto znázorňuje schematickým způsobem. Nebudu zde zacházet do podrobností, jelikož je to čistě matematická záležitost, a z téhož důvodu nebudeme zkoumat důvody, proč si myslím, že strategie vyvinuté v psychologii k řešení chyby, jako je modelování strukturálních rovnic, z velké části selhávají. Zájemci o podrobnější diskusi mohou číst Desmet (2018).

Pozorování, že zjištěná korelace se ani zdaleka neblíží skutečné korelaci, ukazuje, že je naivní myslet si, že dopad mnoha zdrojů chyb rozptylu bude vyvážen pouze tím, že budou vzorky dostatečně velké; pokud je chyba měření příliš vysoká, statistická inference prostě nefunguje. To je jen logické.



Obrázek 6. Vztah mezi skutečnými a pozorovanými korelacemi mezi atributy X a Y, v případě, že se spoléháme na nedokonalé měření, které koreluje 0,30 s dokonalými měřeními atributů X a Y

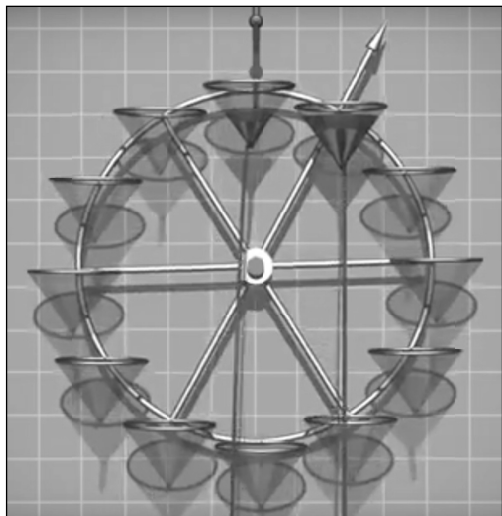
To všechno dokládá něco, co Kalton a Schuman uvedli před třiceti lety. [V psychologii] „selhání toho, aby data odpovídaly teorii, obvykle zpochybňuje měřící nástroj stejně, jako teorii“. A naopak: „i kdyby se pozorované vztahy shodovaly s jejich teoretickými předpověďmi, tato shoda není jasným potvrzením... může to být například artefakt souboru použitých měřicích přístrojů – „efekt metody““ (Kalton & Schuman, 1982, s. 43). Jinými slovy, psychologická měření obsahují příliš mnoho chyb, aby bylo možné je použít k testování teorie.

### ŘEŠENÍ

Problém měření skutečně odhaluje širší problém v akademické psychologii, který spočívá v tom, že mezi povahou zkoumaných předmětů a metodami výzkumu existuje obecný nesoulad. Náš popis psychického aparátu jako sítě, ve které se objevuje význam, nám ukazuje, že psychický systém je v každém ohledu komplexním dynamickým systémem. Takové systémy, díky vlastnostem jako je citlivost k počátečním podmínkám, splývání mezi systémem a prostředím a hierarchické organizaci



a historičnosti, nelze nikdy popsat výlučně kvantitativně. Jak jsem poznamenal na začátku této přednášky, abychom měřili plodným způsobem, musíme zredukovat objekt na jednorozměrné charakteristiky; kom-

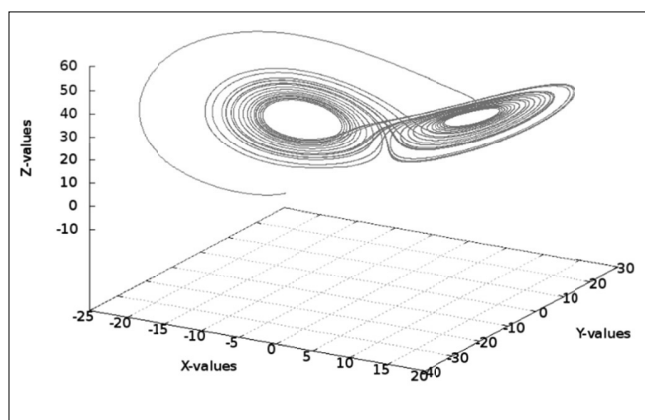


Obrázek 7. Lorenzovo chaotické vodní kolo (obrázek získaný od Leys, Ghys a Alvarez, 2003)

plexní dynamické systémy jsou však ve své podstatě vícerozměrné. To lze pozorovat velmi konkrétně v situaci měření. Například: Pokud konfrontujete particpanta s položkou na dotazníku, která se ptá: „Cítíte se depresivně?“, odpověď na tuto položku nejenže odráží „množství deprese“ v této osobě, ale také do jisté míry celou v průběhu života vytvořenou síť účastníka, která vstupuje do hry při interpretaci této položky (Rosenzweig, 1933, str. 337). Bez ohledu na to, jaké testovací podněty se používají k měření jednoho jednorozměrného aspektu systému, člověk také nevyhnutelně měří systém ve své celistvosti. Proto jakýkoliv důkladný popis ukazuje, že v určitém okamžiku musí být popsán celý systém a jediný způsob, jak to udělat, je narativní

způsob, a to na úrovni jediného případu. To je důvod, proč klinici mohou a musí hrát zásadní roli v psychologickém výzkumu: bez klinických znalostí je téměř nemožné psát takové vyprávění o subjektivitě. Částečně zde zmiňuji, že toto vše platí také pro komplexní dynamické systémy v jiných oborech, jako je ekonomika, biologie, chemie nebo fyzika. Také v těchto oblastech jsou komplexní dynamické systémy zkoumány případ od případu, vždy s použitím narativního popisu po boku metrického popisu. To činí ještě pozoruhodnějším fakt, že psychologie, která se zabývá komplexními dynamickými systémy par excellence, se rozhodla výhradně spoléhat na metrický popis na úrovni vzorků.

Kromě interpretace měření narativním způsobem na úrovni jednotlivého případu, jsem přesvědčen, že celá metodika měření by měla být koncipována jiným způsobem. Je nad rámec této přednášky proniknout do všech detailů. Pro ty, kteří by měli zájem, odkazuji znovu na svou knihu (Desmet, 2018), kde navrhuji, že kvantifikace naturalistického jazyka, jakým se mluví například v terapeutických sezeních, může nabídnout lepší perspektivu než typy měření, které se nyní používají. Jakožto konečný krok vědeckého procesu lze kvantifikaci jazyka popsat matematickým způsobem. Matematický popis je v psychologii zřídka vyhledávaný. Edward Lorenz, americký matematik a klimatický vědec, toto ilustroval na pěkném příkladu s jeho takzvaným chaotickým vodním kolem. Jeho virtuální příklad vidíte na obrázku 7. Zatímco chování kola je zcela chaotické, bez jakékoliv pravidelnosti. (Což je docela úžasné, i když necháte kolo otočit tisíc let, nikdy přesně nezopakuje stejný pohyb, jako kdyby si pamatovalo všech-



Obrázek 8. Lorenzův atraktor (obrázek získán z Reed, 2014)

na svá minulá chování.) Nuže, bez ohledu na to, jak chaoticky toto kolo se chová, Lorenz (1963) ukázal, že je nicméně striktně určen sadou tří nelineárních rovnic a že toto určení může být viditelné reprezentováním řešení rovnic v tom, co matematici nazývají “fázový prostor”. Skutečně ohromujícím způsobem se objevila esteticky velkolepá matematická figura, která se stala známou jako Lorenzův atraktor (viz Obrázek 8). Gleick (1987, s. 135) říká o fázovém prostoru a matematických objektech v něm: „*Fázově prostorové obrazy fyzických systémů odhalily vzorce pohybu, které byly jinak neviditelné, tak jako infračervená krajinná fotografie může odhalit vzory a detaily, které existují mimo dosah vnímání.*“

Stejně jako Lorenz by měli psychologové mít důvěru, že také pod chaosem manifestní subjektivní zkušenosti je možné nalézt přísný řád a že tento řád může být vizualizován ve fázovém prostoru.

## ZÁVĚR

Bylo by fascinující pokračovat dále, ale je na čase, abych došel k závěru. Abych

shrnuł tuto přednášku: Souhlasím s Toomelou (2007, s. 19), že „*posledních 60 let výzkumu v psychologii, zdá se, zbloudilo z cesty*“. Myšlenka na dosažení „objektivního“ či „zobecnitelného“ poznání prostřednictvím nomotetického měření se ukázala jako velmi problematická. Pokus nomotetické psychologie kontrolovat subjektivitu výzkumného pracovníka výlučně spoléháním se na standardizovaný metric-

ký popis vzorků na úkor narativního popisu jednotlivých případů selhal. Dobře zdokumentovaná literatura o nedbalosti ve výzkumu a podvodu v psychologii odhaluje, že subjektivita výzkumných pracovníků byla spíše zcela rozpoutána. Jediná subjektivita, která byla skutečně vyloučena z návrhů výzkumu, je subjektivita účastníků, tj. to, co mělo být předmětem vědecké psychologie. Souhlasím s Valsinerem (2012, s. 203, citováno ve Schwarz, 2014, s. 235), že v psychologii „*Nemůže být dosaženo objektivity jinak než přes subjektivitu*“. Komplexní a dynamická povaha subjektivity klade specifické požadavky na metodologii výzkumu, a kromě kvantitativního popisu vyžaduje také narativní a matematický popis. Souhlasím také s Molenaarem a Valsinerem (2005, s. 2), že psychologická věda by měla pokročit především zkoumáním jednotlivých případů: „*Takže – existují dvě cesty k zobecněnému poznání [v psychologii] – tradiční... nomotetická [cesta]... Za jedinečností jsou základní univerzální procesy, které musí být objeveny. Proto zdůrazňujeme novou značku univerzální vědy, která se zabývá*

*jednotlivými, samostatnými, autonomními, na souvislostech závislými systémy v biologii, psychologii, sociologii a antropologii. Jednotlivé případy – systematicky analyzovány – jsou primárními empirickými předměty pro dosažení obecných poznatků.*“ Hledání řešení této metodologické situace je ještě naléhavější, pokud se zamyslíme nad zřejmým významem psychologie jako vědy. Z mnoha hledisek by mohla být nadcházející éra érou psychologie. A to není zbožné přání psychologa; spíše vědců z jiných oborů, převážně v první polovině dvacátého století, kteří narazili na význam psychologie. Merleau-Ponty a Husserl jako filozofové, Mauss jako etnolog, Lévi-Strauss jako antropolog a další, všichni popsali hluboký dopad subjektivní zkušenosti na jevy, které byly dříve koncipovány pouze z hlediska materialistického mechanismu; jevy jako vnímání, fyziologické reflexy, bolest a motorické chování. A dopad psychické zkušenosti se ještě více rozšiřuje. Kvantová fyzika prokázala, že akt pozorování, který nevyhnutelně musí být koncipován v psychologických termínech, určuje umístění subatomických částic v prostoru a čase. Materiální jevy se ukázaly být výrazně ovlivněny subjektivitou, nebo, jak uvedl Bertrand Russell v roce 1922, ještě před hlavními objevy kvantové fyziky: „*Všechny naše údaje, a to jak ve fyzice, tak v psychologii, podléhají psychologickým příčinným zákonům... V tomto ohledu je psychologie blíže tomu, co skutečně existuje.*“ Kromě toho, vsudypřítomnost účinků placebo v lékařských zákrocích a použití hypnotické anestézie v chirurgii, někdy v tak drastickém zásahu jako operace s otevřeným srdcem, jednoznačně ukazují, že psy-

chologie není jen intelektuálně fascinující věc, ale že také může mít obrovský praktický význam, jehož potenciál si teprve začínáme uvědomovat. Pokud psychologie splní své povinnosti, pokud sehraje zásadní roli, kterou je předurčena hrát, přispěje ke všem vědeckým oblastem. V souladu s Husserlem se domnívám, že úspěch nebo neúspěch psychologie v překonání jejích metodologických problémů nebude menší než rozhodující pro západní kulturu a civilizaci. Zda se lidstvo bude dívat zpět na tradici osvícenství jako žalostné selhání nebo jako jeden z nejdůležitějších úspěchů, bude záviset v první řadě na vědě o subjektivitě. Neboli, slovy Husserla, „*psychologie je skutečně rozhodující pole*“ (Husserl, E., 1937, s. 208). Proto musí najít odvahu čelit svým problémům a měnit se.

#### ZDROJE

- Allison, D. B., Brown, A. W., George, B. J., & Kaiser, K. A. (2016). Reproducibility: a tragedy of errors. *Nature*, 530, 27.
- Asendorpf, J. B., Barse, R., & Mücke, D. (2002). Double dissociation between implicit and explicit personality self-concept: the case of shy behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 380–393.
- Asendorpf, J. B., Conner, M., De Fruyt, F., De Houwer, J., Denissen, J. J., Fiedler, K., & Wicherts, J. M. (2013). Recommendations for increasing replicability in psychology. *European Journal of Personality*, 27, 108–119.
- Baker, M. (2016). Is there a reproducibility crisis? *Nature*, 533, 452–454. doi: 10.1038/533452a
- Bell, J. (1987). *Speakable and unspeakable in quantum mechanics*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Bosson, J. K., Swann, W. B., Pennebaker, J. W. (2000). Stalking the perfect measure of implicit self-esteem: The blind men and the elephant revisited? *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 631–643.

- Copernicus, N. (1543). *De revolutionibus orbium coelestium*. Online available at: [http://www.geo.utexas.edu/courses/302d/Fal\\_2011/Full%20text%20-%20Nicholas%20Copernicus,%20\\_De%20Revolutionibus%20\(On%20the%20Revolutions\),\\_%201.pdf](http://www.geo.utexas.edu/courses/302d/Fal_2011/Full%20text%20-%20Nicholas%20Copernicus,%20_De%20Revolutionibus%20(On%20the%20Revolutions),_%201.pdf)
- Desmet, M. (2018). The pursuit of objectivity in psychology. Gent: Borgerhoff & Lamberigts.
- Fanelli, D. (2009). How many scientists fabricate and falsify research? A systematic review and meta-analysis of survey data. *Plos One*, 4, art. nr. e5738.
- Gleick, J. (1987). *Chaos: making a new science*. Penguin Books: London.
- Gnamb, T. (2014). A meta-analysis of dependability coefficients (test-retest reliabilities) for measures of the Big Five. *Journal of Research in Personality*, 52, 20–28.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2000). *Inventory of Interpersonal Problems*. London: The Psychological Corporation.
- Husserl, E. (1937). *The crisis of the European sciences and transcendental phenomenology. An introduction to phenomenology*. Northwestern University Press: Evanston.
- Ioannidis, J.P.A. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS Med*, 2, e124. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020124>.
- Joint Committee for Guides in Metrology (2012). *International vocabulary of metrology: basic and general concepts and associated terms (VIM)*. Online available at: <http://www.bipm.org/en/publications/guides/vim.html>
- Kalton, G., & Schuman, H. (1982). The effect of the question on survey responses: a review. *Journal of the Royal Statistical Society Series A*, 145, 42–73.
- Lamiell, J. T. (2003). *Beyond individual and group differences. Human individuality, scientific psychology, and William Stern's critical personalism*. Sage Publications: Thousand Oaks.
- Linnaeus, C. (1753). *Systema Naturae*. Online available at: [https://www.kth.se/polopoly\\_fs/1.199546!/Menu/general/column-content/attachment/Linnaeus-extracts.pdf](https://www.kth.se/polopoly_fs/1.199546!/Menu/general/column-content/attachment/Linnaeus-extracts.pdf)
- Lorenz, E. N. (1963). Deterministic non-periodic flow. *Journal of the Atmospheric Sciences*, 20, 130–141.
- Mandelbrot, B. (1967). How long is the coast of Britain? Statistical self-similarity and fractal dimensions. *Science*, 156, 636–638. <https://doi.org/10.1126%2Fscience.156.3775.636>
- Meganck, R., Desmet, M., Bockting, C., In-slegers, R., Truijens, F., et al. (2017). The Ghent Psychotherapy Study (GPS) on the differential efficacy of supportive-expressive and cognitive behavioral interventions in dependent and self-critical depressive patients. *Trials*, 18, 126.
- Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dries, R. R., et al. (2001). Psychological testing and psychological assessment. *American Psychologist*, 56, 18–165.
- Molenaar, P. C. M., & Valsiner, J. V. (2005). How generalization works through the single case: a simple idiographic process analysis of an individual psychotherapy. *International Journal of Idiographic Science*, 1, 1–13.
- Prusinkiewicz, P., & Fowler, D. R. (1995). Shells in three dimensions. In Meinhardt, H. (ed.) *The Algorithmic Beauty of Sea Shells* (pp. 163–182). Springer: Berlin.
- Richardson, (1961). The problem of contiguity: an appendix of statistics of deadly quarrels. *General Systems Yearbook*, 6, 139–187.
- Rosenzweig, S. (1933). The experimental situation as a psychological problem. *Psychological Review*, 40, 337–354.
- Russel, B. (1921). *The Analysis of Mind*. Gutenberg Ebook.
- Schmidt, F. L., & Hunter, J. E. (1996). Measurement error in psychological research: lessons from 26 research scenarios. *Psychological Methods*, 1, 199–223.
- Stern, W. (1921). Richtlinien für die Methodik der psychologischen Praxis. Beihefte zur Zeitschrift für angewandte Psychologie, 29, 1–16.
- Tinbergen, N. (1948). Social releasers and the experimental method required for their study. *The Wilson Bulletin*, 60, 6–51.
- Todes, D. P. (2014). *Ivan Pavlov: a Russian life in science*. Oxford University Press: Oxford.

- Toomela, A. (2007). Culture of science: strange history of the methodological thinking in psychology. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 41, 6–20.
- Valsiner, J. (2012). *A guided science. History of psychology in the mirror of its making.* Transaction Publishers: New Brunswick.
- Vesalius, A. (1543). *De humani corporis fabrica libri septem.* Online available at: <https://ceb.nlm.nih.gov/proj/flash/vesalius/vesalius.html>.
- Viswesvaran, C., & Ones, D. S. (2000). Measurement error in “Big Five Factors” personality assessment: reliability generalization across studies and measures. *Educational and Psychological Measurement*, 60, 224–235.
- Watson, J. D., & Crick, F. H. C. (1953). Molecular structure of nucleic acids. *Nature*, 171, 737–738.
- Wilkins, M. H. F., & Randall, J. T. (1953). Crystallinity in sperm heads: molecular structure of nucleoprotein in vivo. *Biochimica and Biophysica Acta*, 10, 192–193.
- Došlo do redakce a přijato k publikaci jako zvaný text dne 5. 12. 2018*

## JAK JEDNODUŠE PROVÉST A NAPSAT PŘÍPADOVOU STUDII: VODÍTKA PRO PSYCHOTERAPEUTY V PRAXI

### How to conduct and write a case study in an easy way: guidelines for psychotherapists in practice

Jan Roubal, Michal Čeveliček, Tomáš Řiháček

Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno, CZ;  
jan.roubal.cz@gmail.com; michal.cevelicek@gmail.com; tomas.rihacek@gmail.com

*Psychoterapie*. 13 (1), 22–39; ISSN 1802-3983

#### ABSTRAKT

Případové studie představují metodologii vhodnou pro výzkum zaměřený na praxi. Článek představí případové studie jako přirozený způsob poznávání, při kterém mohou psychoterapeuti využít dovednosti, které jsou běžnou součástí jejich psychoterapeutické praxe. V článku jsou vysvětleny základní kroky při realizaci případové studie: (1) Odhodlání (Proč dělat případové studie?); (2) Příprava (Co se chceme dozvědět?); (3) Sběr dat (Jak by mohla vypadat minimalistická varianta?); (4) Zpracování a sepsání (Obvyklá struktura empirické studie). Článek představí případové studie jako smysluplný a obohacující způsob začlenění výzkumu do psychoterapeutického výcviku i do profesního rozvoje psychoterapeutů v praxi.

*Klíčová slova:* případová studie, výzkum psychoterapie, výzkum zaměřený na praxi, výzkumná metodologie

#### ABSTRACT

Case studies represent a methodology suitable for practice-oriented research. In this article, case studies are introduced as a natural way of gaining knowledge, within which psychotherapists can use skills which

are a natural part of their psychotherapy practice. Basic steps of conducting a case study are explained in the article: (1) Determination (Why do we do case study?); (2) Preparation (What do we want to know?); (3) Data collection (What could a minimalistic version look like?); (4) Analysing and writing down (The usual structure of an empirical study). The article introduces case studies as a meaningful and enriching way of integrating research into psychotherapy training and professional development of psychotherapists in practice.

*Key words:* case study, psychotherapy research, practice-oriented research, research methodology

#### ÚVOD

Případová studie představuje výzkumnou metodologii blízkou praxi. Výsledky jsou konkrétní a jednoduše srozumitelné. Navíc nabízí psychoterapeutovi zpětnou vazbu a inspiraci pro jeho každodenní práci. V tomto smyslu může výzkum pomáhat nejen profesnímu rozvoji psychoterapeuta. Může také představovat důležitý moment při prevenci vyhoření, které praktikovi v rutinní praxi s množstvím klientů hrozí.

Zapojení do výzkumného projektu psychoterapeutovi umožní zaměřit pozornost jinak než obvykle, všítat si pečlivěji a systematictěji změn, které by jinak přecházely jako běžné a očekávatelné. To samo může nejen pomoci obnovit pocit smysluplnosti vlastní práce, ale i přinést nečekané



**Jan Roubal**

**Je psychoterapeut, psychiatr, supervizor a lektor psychoterapeutických výcviků. Vyučuje na katedře psychologie FSS MU v Brně, kde se také účastní práce Centra pro výzkum psychoterapie.**

uspokojení při znovuobjevování toho, jak je psychoterapeutická praxe mnohotvárná, komplexní a ve své podstatě dobrodružná. Psychoterapeut se tím může učit nahlížet vlastní práci z jiné perspektivy. Tím se v něm může ožивovat tvořivost a probouzet motivace ke smysluplnému studiu nových teoretických a výzkumných poznatků, kterými se psychoterapie jako obor rozvíjí.

Případová studie má v psychoterapii dlouhou tradici. Je přirozeným způsobem vytváření a předávání poznatků o tom, jak funguje psychoterapie. Promlouvá k nám často mnohem přesvědčivějším jazykem než rozsáhlé studie a metaanalýzy. Na roz-

díl od nich totiž nevytrhává případ z jeho původního kontextu, ale zachycuje jej v síti vztahů a vlivů, které se na jeho utváření podílely. Neprozradí nám sice, jaká je průměrná účinnost toho kterého přístupu, ale zato nám daleko lépe osvětlí, jaké konkrétní změny u klienta nastaly a které procesy k nim s největší pravděpodobností vedly.

Typická randomizovaná studie účinnosti nám například může ukázat, že klienti, kteří prošli terapií, dosáhli (v průměru) změny o velikosti  $d = 0,80$  v celkové míře distresu a že tuto změnu lze (opět v průměru) z 8 % vysvětlit kvalitou pracovního spojení mezi klientem a terapeutem (či jinou proměnnou, na niž se daná studie zaměřila). Případová studie nám oproti tomu může přiblížit oblasti, ve kterých ke změně došlo, konkrétní projevy těchto změn v životě klienta, ale také oblasti, kde terapie úspěšná nebyla.

Případová studie nám však především pomůže porozumět tomu, jaký význam má pozorovaná změna pro klienta samotného. Díky podrobné znalosti kontextu daného případu také můžeme usuzovat na to, zda ke změně přispěl nějaký konkrétní klíčový moment či aspekt terapeutického procesu (např. moment, kdy terapeut uznal svou chybu nebo kdy pomohl klientovi nahlédnout jeho trápení z nové perspektivy) či změna vnějších okolností (např. změna pracovní pozice). Přesvědčivost případové studie tedy nespočívá v „hrubé síle“ zobecňujících statistik, ale právě v citlivosti k nuancím a specifikům daného případu.

V našem textu se zaměřujeme na tzv. systematické případové studie. Nejedná se o pouhé kazuistické vyprávění z pohledu terapeuta, ale o svébytný žánr empirické studie. Charakteristické je pro něj to, že

výzkumník (což může a nemusí být tatáž osoba jako psychoterapeut) si klade jasně formulovanou otázku, na niž chce ve své studii odpovědět, a za tímto účelem sbírá a integruje různé druhy dat.

Taková představa možná může působit poněkud odtrženě od běžné klinické praxe, ale při bližším pohledu zjistíme, že tomu tak není. Každý psychoterapeut si ve své praxi klade otázky (Byla tato terapie úspěšná? Které z mých intervencí byly nejužitečnější? Jaké procesy změny se během terapie odehrávaly? Jak terapii prožíval a hodnotil klient? Jak klient integroval zisky z terapie do svého každodenního života?). Ve snaze získat na ně odpověď pak, ať již záměrně či intuitivně, psychoterapeut hledá potřebné informace a počíná si přitom jako „praktický vědec“. Vědu je totiž možné definovat

či aspektů praxe nebo využití případové studie pro účely výcviku (McLeod, 2010). Ať však sledujeme kterýkoliv z těchto cílů, lze formulovat obecné principy a postupy, jimiž by se tvorba kvalitní případové studie měla řídit. V následujícím textu popíšeme základní kroky při realizaci případové studie, tak aby ji mohl provádět psychoterapeut v praxi. V doplňujících tabulkách nabídneme odkazy na další zdroje pro čtenáře, kteří se o tématu chtějí dozvědět více.

### FÁZE 1: ODHODLÁNÍ

Odhodlání je jako palivo, které načerpáme před cestou. Paliva bude průběžně ubývat, proto je důležité, abychom ho na začátku načerpali dostatek. Když se chceme s odhodláním pustit do vypracování případové studie, je potřeba se na začátku poctivě

Tabulka 1: K dalšímu čtení

Zájemcům o hlubší porozumění případovým studiím v psychoterapii a poradenství doporučujeme zejména knihu *Case Study Research* (McLeod, 2010). Hledá-li čtenář širší ideové pozadí, který by mu posloužilo jako manifest na případech založeného přístupu k výzkumu v psychologii a psychoterapii, může sáhnout po knize *The Case for Pragmatic Psychology* (Fishman, 1999).

nikoli jako soubor určitých „vědeckých“ procedur, ale jako postoj, který zahrnuje disciplinované tázání, kritické myšlení, imaginaci, rigoróznost, skepticismus a otevřenost ke změně tváří v tvář důkazům (Stricker, 2002). Takto chápaný vědecký postoj není s běžnou praxí v rozporu, ale spíše naopak – je postojem zodpovědného praktika, který se snaží svou práci reflektovat a dále rozvíjet.

Případová studie může sloužit mnoha různým účelům, ať již se jedná o zdokumentování a zhodnocení nového terapeutického přístupu, rozvíjení psychoterapeutické teorie, rozbor některých kritických momentů

a s přirozeným zájmem zeptat, proč zrovna případová studie? K čemu je dobrá? Jaký dává smysl strávit spoustu hodin výzkumné práce právě na takto postaveném projektu?

Případová studie je výzkumná metodologie vhodná pro výzkum orientovaný na praxi (*practice-oriented research*). Takto zaměřený výzkum představuje v současnosti vlivný a stále sílící trend, který reaguje na doposud nedostatečné překlenutí propasti mezi akademickým výzkumem a běžnou psychoterapeutickou praxí. Případová studie se zdá pro takovéto účely ideální. Představuje „menší sousto“, ucelený výzkumný projekt menšího rozsahu,



pro který není nutná větší institucionální a grantová podpora. Kvalitní případovou studii je možné pojmut jako zajímavý vedlejší projekt při psychoterapeutické praxi nebo při studiu. Je možné ji vypracovat i jako jednotlivce, nebo v malém týmu, který se skládá třeba jen z terapeuta a výzkumníka (např. studenta píšícího diplomovou práci).

Nicméně je dobré si hned na začátku přiznat, že i do takového projektu je potřeba investovat velké množství času a sil. Co nám na oplátku může práce na takovém projektu dát? Protože se jedná o výzkumnou metodologii blízkou praxi, nabízí psychoterapeutovi možnost profesního rozvoje. Poskytuje reflexi, zpětnou vazbu a inspiraci pro psychoterapeutickou praxi. Jak jsme zmínili v úvodu, může pomáhat udržet zaujetí pro každodenní práci a působit tak i jako prevence vyhoření. Možná i proto relativně mnoho psychoterapeutů po určité době v rutinní praxi má chuť „dělat“ výzkum. Jen neví, jak jednoduše a úsporně do toho. Případové studie se nabízí jako dobře zvládnutelná možnost propojit praxi s výzkumem, ale třeba i obohatit své vzdělání doktorátem. Pro studenty se zájmem o psychoterapii představuje případová studie možnost diplomového výzkumného projektu, ze kterého se něco naučí i pro praxi. Také frekventanti psychoterapeutického výcviku, kteří při jeho ukončování píšou kazuistickou závěrečnou práci, mohou použitím výzkumné metodologie případové studie dodat své práci další rozměr a třeba ji i připravit k publikaci.

## FÁZE 2: PŘÍPRAVA

Odhodlání, díky kterému se rozhodneme pracovat na případové studii, ovlivní také znění *výzkumných otázek*. Jsou to otázky,

kteří si na začátku klademe a rádi bychom, aby nám výzkum pomohl na ně odpovědět. Takové otázky pak náš zájem nasměrují určitým směrem, který určí, jak se bude náš výzkumný projekt vyvíjet. Například se můžeme chtít něco dozvědět o své praxi a položíme si otázku „Jak moc terapie mým klientům pomáhá? A jak konkrétně jim vlastně pomáhá?“ Výzkumná otázka může



**Michal Čevelíček**

**Je odborným pracovníkem na Katedře psychologie Masarykovy univerzity. Věnuje se výzkumu psychoterapie, konkrétně jej zajímají témata integrace v psychoterapii, vývoj psychoterapeutů, formulace případu, systematické případové studie, léčba poruch příjmu potravy a psychoterapie u medicínských nevysvětlených somatických symptomů.**

být zpočátku podobně obecná a později, když už máme k dispozici některá data nebo pokud nás zaujme během terapie něco specifického, ji můžeme zužovat.

Zmíněný příklad výzkumné otázky se zaměřuje hned na dvě důležité oblasti výzkumu psychoterapie: velikost změny a její vysvětlení. Pokud chceme tyto dvě oblasti prozkoumat, musíme začít přemýšlet, jaké nástroje použijeme. Vybírat můžeme z množství nástrojů, a tak zde nejprve shrneme,

jaké typy nástrojů máme k dispozici, a uvedeme konkrétní příklady.

Jestliže chceme zjistit, *zda byl případ úspěšný* (tedy zda došlo k žádoucí terapeutické změně), potřebujeme mít důkazy o změnách, kterých v terapii klienti dosáhli. Hned zpočátku je užitečné pamatovat na to, že změna může být současně jak kvantitativní (něco se zmenší nebo zvětší), tak kvalitativní (něco je jinak). Podle toho budeme vybírat nástroje, s jejichž pomocí se budeme snažit změnu zachytit. Obě perspektivy, kvantitativní a kvalitativní, mají některé výhody a nevýhody. Případové studie nabízí prostor pro jejich smysluplnou kombinaci, která staví na využití silných stránek obou pohledů.

Abychom zjistili, *jak velká změna* potíží u klientů nastala, a abychom současně mohli posoudit, *jak významná změna* to je, mu-

síme se opřít o standardizované dotazníky. Dostupné dotazníky se zaměřují na různé druhy potíží, takže se už při jejich výběru musíme rozhodovat, co konkrétně nás zajímá. Některé dotazníky měří *obecnou míru distresu* a jsou užitečné, když chceme zjišťovat, jak se klientům celkově daří a zda se v průběhu psychoterapie jejich potíže nebo kvalita života celkově zlepšují. Sem patří například dotazníky CORE-OM<sup>1</sup>, ORS, nebo OQ-45. Uvedené nástroje podrobněji popisujeme v Tabulce 2. Může nás ale také zajímat, jestli se mění některé *specifické potíže* jako například symptomy úzkosti nebo deprese. V tom případě vybíráme z nástrojů, které měří specifickou symptomatologii, například PHQ-9, nebo zachycují široké spektrum potíží, například SCL-90. Tyto nástroje popisujeme v Tabulce 3.

Tabulka 2: Příklad nástrojů na měření obecné symptomatologie a fungování ve společnosti, v práci a vztazích<sup>2</sup>

CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure). Dotazník CORE-OM je 34 položkový dotazník, jenž měří často se vyskytující potíže, které třídí do čtyř oblastí: osobní pohoda, sociální fungování, symptomy a míra rizika pro sebe a pro druhé. Tištěná verze je dostupná zdarma v českém překladu, byla publikována také jeho psychometrická evaluace (Juhová et al., 2018). Existují též kratší verze dotazníku o 18, 10 a 5 položkách. Dotazník je vhodný pro posouzení celkové úrovně potíží a kvality života klientů. Zároveň umožňuje zachycení rizik, jejichž výskyt během psychoterapie by neměl uniknout pozornosti (např. sebevražedné myšlenky či násilí).

OQ-45 (Outcome Questionnaire 45). Dotazník OQ-45 je další příklad nástroje, který měří nejčastěji se vyskytující potíže, a tak je vhodný ke sledování celkové změny klientů v průběhu terapie. Potíže sdružuje do tří skupin: symptomy, potíže v interpersonálních vztazích, a potíže ve fungování v sociální roli. Celkově má 45 položek, je tedy delší než CORE-OM, je tedy delší než CORE-OM. Jsou ale k dispozici také zkrácené verze se 30 nebo 10 položkami. OQ-45 je v současnosti zřejmě nejvíce empiricky zkoumaným nástrojem zaměřeným na obecné potíže. Dosud nemá oficiální český překlad a psychometrické ověření, ale k dispozici je slovenská verze (Bieščad & Timulák, 2014). Použití je zpoplatněno.

<sup>1</sup> Plné názvy všech nástrojů jsou uvedeny v tabulkách.

<sup>2</sup> Některé z dotazníků zmíněných v tabulkách zde v textu jsou přehledně uvedeny také na webu Centra pro výzkum psychoterapie: <https://psychotherapyresearch.fss.muni.cz/nabizime/vyzkumne-nastroje>. Řada nástrojů byla přeložena do češtiny a zájemci tak mohou autory studie kontaktovat, pokud mají o využití některého nástroje zájem.

WHO-5 (World Health Organization Wellbeing Index). Dotazník WHO-5 je určen k měření celkové míry životní spokojenosti. Využívá k tomu pouze pět položek, je proto vhodný pro využití v každodenní terapeutické praxi a pro opakované zadávání klientům. Oproti předchozím nástrojům nehodnotí potíže klientů, ale jejich spokojenost, čímž klade důraz spíše na silné stránky než nedostatky. Použití tohoto nástroje je zdarma, existuje český překlad, a nástroj má adekvátní psychometrické vlastnosti (Topp et al., 2015).

ORS (Outcome Rating Scale). Dotazník ORS (Duncan et al., 2003) měří celkovou spokojenost klientů s pomocí pouze čtyř položek, a tak je vhodný k pravidelnému zadávání a zachycení náhlých výkyvů potíží klientů. Zaměřuje se na tři dimenze (osobní, interpersonální vztahy a širší sociální fungování) a současně se ptá na celkovou spokojenost. Vzhledem ke krátkosti dotazníku může být jeho administrace přímo součástí sezení, včetně diskuze nad výsledky. Dotazník ORS je dostupný v češtině a jeho použití je pro jednotlivce po registraci u poskytovatele dotazníku zdarma (týká se pouze papírové verze), ovšem česká verze nebyla dosud validizována.

Tabulka 3: Příklad nástrojů na měření specifické psychopatologie

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9). Dotazník PHQ-9 má devět položek, které se zaměřují na diagnostiku častých symptomů deprese. Původně byl vytvořen na rozpoznání deprese u pacientů v lékařské péči. Jednoduchá administrace, délka, bezplatnost použití a dobré psychometrické vlastnosti z něj ale činí nástroj vhodný pro použití v běžné psychoterapeutické praxi pro pravidelné zjišťování příznaků deprese. Nástroj byl přeložen do českého jazyka a byly ověřeny jeho psychometrické vlastnosti (Daňsová et al., 2016).

GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7). Dotazník je velmi podobný nástroji PHQ-9, ale zaměřuje se na měření symptomů úzkosti. Má pouze 7 položek, a tak je v psychoterapii vhodný k pravidelnému měření úzkostných potíží klientů. Jeho použití je také zdarma, má český překlad a dobré psychometrické vlastnosti (Spitzer et al., 2006).

SCL-90 (Symptom Checklist-90). Dotazník SCL-90 měří s pomocí 90 položek symptomy duševních potíží v devíti oblastech: fobická úzkost, úzkost, deprese, hostilita, interpersonální citlivost, psychoticismus, paranoia, obsese a somatizace. Ukázalo se, že jednotlivé oblasti se poměrně dost překrývají, proto je často používán jen celkový index závažnosti potíží počítaný ze všech položek. Přesto mohou jednotlivé dimenze v poskytnout podrobnější přehled o specifických potížích klientů. Nástroj má českou verzi a dobré psychometrické vlastnosti (Bieščad & Szeliga, 2006).

Kromě toho, že u symptomů a potíží zjišťujeme jejich závažnost, může být také důležité, do jaké míry potíže ovlivňují život klientů. Jak se klientům daří fungovat ve společnosti, v práci a v mezilidských vztazích. Toto hodnocení je součástí některých nástrojů měřících obecnou míru distresu

(např. CORE-OM, OQ-45) a také nástrojů měřících specifické symptomy (např. PHQ-9, GAD-7).

Lidé přicházejí do psychoterapie s různými potížemi, a tak je mnohost dostupných metod výhodná. Dotazníky mají ale též některá omezení, se kterými se můžeme při

tvorbě systematických případových studií vypořádat díky tomu, že spoléháme na větší množství dat a perspektiv.

Mezi nevýhody spojené s měřením terapeutické změny pomocí standardizovaných dotazníků patří, že hodnotíme jen ty potíže, které se vyskytují nejčastěji (právě proto jsou v těchto dotaznících zahrnuty). Může to být například pocit beznaděje, který zachytí většina dotazníků měřících obecnou míru distresu. Může se ale stát, že klient považuje za svůj velmi podstatný problém například pocit vnitřního zmatku. Chtěli bychom proto měřit, jak se tento prožitek

protože umožňují změřit změny, které sami klienti považují za důležité. Některé z nich řeší také další problém standardizovaných dotazníků: Porozumění jednotlivým položkám dotazníku se může u klientů v průběhu psychoterapie měnit. Pokud ovšem položky vytváří sami klienti, můžeme se jich ptát, jestli jim během psychoterapie začali rozumět jinak než zpočátku. Nevýhodou těchto nástrojů je časová investice spojená s jejich tvorbou na začátku terapie (vytvoření dotazníku spolehlivě zabere celé sezení) a obtížná srovnatelnost zachycených změn s hodnotami dosahovanými jinými lidmi.

Tabulka 4: Příklad nástroje, který zachycuje potíže formulované klientem

PQ (Personal Questionnaire). Dotazník PQ slouží k měření potíží klientů během terapie. Odlišnost proti jiným dotazníkům zaměřeným na měření potíží je, že PQ má položky specifické pro každého klienta (Elliott et al., 1999). Pravidla tvorby dotazníku a formuláře byly přeloženy do češtiny a podle zahraničních studií má dobré psychometrické vlastnosti (Elliott et al., 2016). Tento nástroj má obvykle 8 až 12 položek, které klienti mohou vytvářet buďto před začátkem psychoterapie s výzkumníky, nebo může tvorba položek při prvním sezení spolu s psychoterapeutem sloužit ke zmapování potíží klientů.

během terapie zmenšuje (či zvětšuje). Nástroje zaměřené na měření obecného distresu nebo specifické symptomy takovouto specifickou změnu nemusí rozpoznat.

V takovém případě můžeme využít nástroje, které měří potíže formulované klienty (např. PQ, který popisujeme v Tabulce 4). Oproti standardizovaným nástrojům, v nichž klienti zodpovídají seznam předem připravených položek (potíží), u těchto nástrojů se vytváří položky pro každého klienta nově a jedinečně. Společně s klienty se vždy nejprve sestaví seznam potíží a pak klienti v průběhu terapie hodnotí, do jaké míry je tyto jejich specifické potíže stále obtěžují.

Takovéto nástroje jsou pro použití při tvorbě případových studií zvláště výhodné,

Pokud se ale používají současně se standardizovanými dotazníky, můžeme využít výhod obou přístupů.

Kromě zachycení míry změny pomocí dotazníků může být užitečné také *kvalitativní porozumění* tomu, jak klienti změnu dosaženou v průběhu psychoterapie vnímají. Může se například stát, že standardizované dotazníky neukazují žádné výrazné zlepšení symptomů. Když se ale na změnu symptomů zeptáme klientů, zjistíme, že svým potížím po terapii lépe rozumí nebo se na ně pohlíží jinou, pro ně užitečnější perspektivou (Roubal et al., 2018). Například tělesně prožívané úzkosti, kterou původně vnímali jako překážku efektivního fungování, mohou začít rozumět jako důležitému signálu varujícímu před přepracováním. Přestože se

tedy intenzita symptomu nezlepšuje (terapie je z tohoto hlediska neúspěšná), klient vnímá zásadně důležitý a užitečný posun (kterého dosáhl díky terapii).

Kvalitativní prozkoumání změny je možné například s využitím retrospektivních rozhovorů (CHAP, CCI), které popisujeme v Tabulce 5. Můžeme je také používat s terapeuty a porovnávat, zda a jak se jejich porozumění změně dosažené v terapii liší od pohledu klientů. Ke stejnému účelu mohou sloužit i systematické zápisy. Terapeuti si zaznamenávají, jaké změny v průběhu terapie pozorují a jak je mohou pojmenovat. To může být pro většinu psychoterapeutů

také nej přirozenější způsob sběru dat, protože jej používají ve své praxi běžně a nevyžaduje od nich další časovou investici. Na druhou stranu, kvalitativní posouzení změny sice přináší bohatá a jedinečná data, oproti používání dotazníků však vyžaduje časově náročnější sběr a analýzu dat. S tím je potřeba dopředu počítat.

Další možný způsob zkoumání terapeutického procesu spočívá v tom, že se snažíme vysvětlit, *jak změna v psychoterapii nastala*. Hledáme, čemu lze zaznamenanou změnu připsat a pátráme po důkazech o událostech nebo vlastnostech terapie, které mohly vést u klientů ke zlepšení. Zde

Tabulka 5: Příklady nástrojů zachycujících změnu retrospektivně

CCI (Client Change Interview). Polostrukturovaný rozhovor CCI je určen ke kvalitativnímu a číselnému zachycení změny v psychoterapii z perspektivy klientů. Jednotlivé skupiny otázek se zaměřují na oblasti: změny k lepšímu nebo horšímu od začátku psychoterapie; zhodnocení změn z hlediska jejich překvapivosti, pravděpodobnosti výskytu i bez psychoterapie a významnosti; vnímané příčiny změn v psychoterapii a příčiny nesouvisející s psychoterapií; zdroje a limity klientů související se změnami; a nápomocné a brzdicí aspekty psychoterapie (Elliott & Rodgers, 2008). Nástroj může být využíván v průběhu psychoterapie nebo pouze na jejím konci a poskytuje podrobný vhled do toho, jak klienti vnímají změnu, které dosáhli, a její příčiny. Rozhovor je dostupný v české verzi.

CHAP (Change After Psychotherapy) představuje polostrukturovaný rozhovor po proběhlé psychoterapii, díky kterému zachycujeme změny tak, jak je klient zažívá v různých oblastech svého života. Dále umožňuje pojmenovat z pohledu klienta, co z terapie ke změně přispělo (např. použité techniky, terapeutický vztah, extra-terapeutické faktory). Využívá se přirozené plynutí rozhovoru podobné terapeutickému sezení, zároveň nabízí vedení k vysvětlení povahy změny. Součástí metody jsou také kvantitativní škály hodnotící, do jaké míry klient sám sebe prožívá jako změněného (v oblasti symptomů, adaptivní kapacity, vhledu a základního konfliktu) a jak to dává do souvislosti s různými aspekty proběhlé terapie. Pro hodnocení kvantitativní části je potřeba zvláštní zaškolení, bez něj je však možné používat i jen kvalitativní část. Metoda původně vychází z psychoanalytického teoretického rámce (Sandell, 2015), je ale možné ji adaptovat i pro jiné přístupy. Překlad manuálu je k dispozici v češtině a je plánována jeho publikace.

Q-PC (Questionnaire of Personal Changes) je dvanáctipoložkový dotazník, který se administruje až po ukončení terapie. Klient v něm zpětně posuzuje, jak velkou změnu, ať již v pozitivním či negativním směru, prožil za období, během něhož absolvoval terapii (Krampen, 2010). Dotazník má oficiální český překlad, jeho psychometrické ověření i české normy však zatím schází.

Tabulka 6: Příklady nástrojů na zachycování terapeutického procesu

<p>WAI (Working Alliance Inventory). Dotazník WAI měří kvalitu pracovní aliance s pomocí 36 položek, existuje také jeho kratší verze se 12 položkami (Munder et al., 2009). Dotazník je užitečný jak pro občasná a v kratší verzi také pro častější měření tří faktorů pracovní aliance: dohody na cílech terapie, způsobů jejich dosahování, a emočního vztahu mezi klienty a terapeuty. Tento zřejmě nejvíce používaný dotazník pro měření pracovní aliance byl přeložen do češtiny, existuje řada ověření psychometrických vlastností v angličtině, české však zatím chybí.</p>
<p>SRS (Session Rating Scale). Dotazník SRS je krátký dotazník vhodný k pravidelnému využívání během terapie pro monitorování kvality pracovní aliance. Stejně jako dotazník ORS využívá pouze čtyři škály ke grafickému měření tří složek pracovní aliance (dohoda na cílech, způsobech dosažení cílů, a emocionální vztah mezi klienty a terapeuty) a její celkové kvality. Psychometrické vlastnosti byly ověřovány na zahraničních vzorcích a shledány uspokojivými (Janse et al., 2014), český překlad nástroje je k dispozici a pro jeho použití platí stejné podmínky jako u dotazníku ORS.</p>
<p>SACiP (Scale for the Multiperspective Assessment of General Change Mechanisms in Psychotherapy). Dotazník SACiP má 21 položek, které se zaměřují na obecné mechanismy změny v individuální psychoterapii. Má verzi jak pro zachycení perspektivy klientů, tak terapeutů. Zahrnuje šest oblastí: emoční pouto mezi klienty a terapeuty; aktualizace problému; aktivace zdrojů; klarifikace významu; vzájemná shoda na způsobu spolupráce; a pocit zvládnutí. Dotazník byl přeložen do češtiny, jeho české ověření zatím chybí, původní zahraniční studie však ukazuje uspokojivé psychometrické vlastnosti (Mander et al., 2013).</p>

nejprve potřebujeme zjistit, jaká změna nastala. Proto srovnáme výchozí a výslednou úroveň potíží klientů (např. s pomocí dotazníků CORE-OM, ORS nebo PQ). Změnu můžeme měřit v průběhu psychoterapie také vícekrát, nejen na začátku a konci. Získáme tak o vývoji potíží podrobnější údaje a budeme mít také již během terapie přehled o tom, jestli klientům pomáhá<sup>3</sup>. Zjištěné změny, kterých v průběhu terapie klienti dosáhli, se poté budeme v rámci případové studie snažit propojit s tím, co a jak se v psychoterapii odehrávalo. Příčinám změn

v psychoterapii můžeme porozumět s pomocí nástrojů zachycujících rozmanité faktory, které se změnou souvisí. Ty pak propojíme se zlepšením klientů vyjádřeným číselně, kvalitativně, nebo obojím způsobem.

Jedním z takových zásadně důležitých faktorů je například pracovní aliance. Její kvalitu můžeme měřit pomocí dotazníků SRS nebo WAI (viz Tabulka 6) a pak ji dávat do souvislosti s dosaženými změnami. Pokud by se zdálo, že se změny u některých klientů nedaří dosahovat, můžeme se pak specificky zaměřit na to, jestli nezlepšování nebo zhoršování souvisí s celkovou kvalitou pracovní aliance (tedy jestli je hodnocení aliance nezvykle nízké). Pokud takové dotazníky na pracovní alianci během psychoterapie klientům zadáváme pravidelně, pomohou nám také rozpoznat

<sup>3</sup> Může se také stát, že se děje pravý opak, a potíže klientů se zhoršují. Kromě sběru dat nám pak používané nástroje mohou pomoci takový vývoj rozpoznat a porozumět mu. To se zdá zvláště užitečné, protože většina terapeutů má potíž rozpoznat u svých klientů zhoršení (Hatfield et al., 2010).



**Tomáš  
Řiháček**

**Je psycholog a psychoterapeut. Působí na Katedře psychologie FSS MU v Brně, kde se zabývá zejména výzkumem psychoterapie. Mimo to má privátní psychotherapeutickou praxi.**

konkrétní sezení, na nichž se kvalita aliance zhoršila či naopak zlepšila. Kromě pracovní aliance je možné měřit i jiné terapeutické faktory spojené se změnou (např. pomocí

změnu s některými příčinami, nebo také identifikovat sezení, kterými má smysl se více zabývat. Neukázaly nám však, jak sami klienti vnímají vztah mezi tím, co se dělo v psychoterapii, a jejím výsledkem. K tomu můžeme využít rozhovory o změně klienta, které obsahují otázky zaměřené na to, co si klienti myslí, že v terapii nebo v jejich životě mimo terapii (ne)přispělo ke změně (například již zmíněné nástroje CCI, CHAP). Nebo se můžeme s klienty, kteří souhlasí, dívat na nahrávky vybraných sezení a bavit se s nimi o tom, co jim na sezeních pomohlo. K tomu slouží například rozhovory IPR. Stejný postup můžeme použít s psychoterapeuty. Sledujeme s nimi nahrávky vybraných sezení a zajímáme se, v čem oni spatřují změnu a její příčiny. Následně můžeme pohled psychoterapeutů srovnávat s pohledem klientů. Podrobný rozbor sezení je už ovšem značně časově

Tabulka 7: Příklad nástrojů zaměřených na významné momenty identifikované klienty a terapeuty

IPR. Polostrukturovaný rozhovor IPR slouží k prozkoumání prožívání a myšlenek, které respondenti měli během momentů zachycených na audio nebo videonahrávce (Elliott, 1986). Může být využit současně s nahrávkami psychotherapeutických sezení k prozkoumání toho, na co mysleli a prožívali klienti a terapeuti v průběhu celého sezení, nebo během momentů, jež zvolí sami klienti, terapeuti, nebo výzkumníci. Tyto rozhovory mohou být zvláště užitečné pro získání podrobného vhledu do procesů změny odehrávajících se během sezení. Rozhovor je ve specifické verzi, která se zaměřuje na prožívání, myšlení, a tělesné prožívání respondentů během významných událostí na sezení, k dispozici v češtině.

HAT. Dotazník HAT se na jednom formuláři A4 ptá klientů, jaké byly nejdůležitější události, které se odehrály během právě skončeného sezení (Elliott, 1993), zda byly události nápomocné nebo brzdicí, a co si z nich pro sebe vzali. Tento dotazník může být užitečný pro pravidelné monitorování nejdůležitějších událostí během psychotherapeutických sezení, které není časově tak náročné jako použití polostrukturovaných rozhovorů.

SACiP). Stejný postup nám pak umožní pomocí těchto faktorů vysvětlit nastalou změnu a také rozpoznat sezení, která by bylo potřeba detailněji prozkoumat.

Předchozí nástroje nám pomohly propojit

náročný a také vyžaduje spolupráci s kolegy, kteří takový rozhovor s klientem či terapeutem povedou. Jednodušší možnost, jak zachytit příčiny změny z pohledu terapeuta, spočívá opět v použití zápisů terapeuta.

Změnu se můžeme pokusit vysvětlit také tak, že se budeme klientů a terapeutů buď po každém sezení nebo po některých sezeních ptát, jaké momenty vnímali jako zvláště nápomocné či naopak zatěžující (např. nástroje HAT nebo IPR, které jsou popsány v Tabulce 7). Tyto momenty potom můžeme propojovat s výsledkem psychoterapie.

Výzkumné otázky vedoucí k prozkoumání, jaká změna v psychoterapii nastala a jak ji můžeme vysvětlit, jsou v případových studiích zřejmě nejčastější. Mohou nás ale zajímat také další otázky. Třeba můžeme chtít zjistit, *zda teorie našeho terapeutického přístupu odpovídá realitě nebo jak stávající teorii můžeme rozvinout*. V takovém případě budeme sbírat důkazy o událostech a procesech, které u daného případu potvrzují a vyvracejí danou teorii.

Teorie se obvykle snaží předvídat, co se bude dít a za jakých podmínek. Abychom teorii ověřili, snažili bychom se s pomocí různých metod v případové studii zachytit,

chom opět využili současně perspektivu terapeuta, výzkumníků, kolegů či klientů, díky čemuž bychom měli silnější důkazy pro potvrzení nebo rozvinutí teorie.

Jak tedy zvolíme, který případ budeme zpracovávat? Nabízí se nám dvě základní možnosti volby: buď si předem vybíráme ty případy, u kterých budeme následně sbírat data, nebo již máme k dispozici data z více případů a vybíráme si, na které se zaměříme a podrobněji je prozkoumáme.

Při první možnosti vybíráme případ na základě teoretických kritérií a výzkumné literatury. Volíme případ, který ukazuje něco důležitého, co doplní naše dosavadní porozumění psychoterapii. Vybereme tak třeba případ, kde se ukazují důsledky využití motivačních rozhovorů s klienty, kteří mají duševní potíže a zároveň potíže se závislostmi (Carey et al., 2007).

Druhou možností je nechat se překvapit a vybrat případ až na základě toho, co zjistíme při sběru a analýze dat (vodítka viz

Tabulka 8: Volba případu na základě dat

Pokud případ vybíráme až na základě znalosti dat, mohou nás na případu upoutat různé vlastnosti. McLeod (2010) definuje pět základních kritérií pro volbu případu:

- a) typický případ – typický nebo reprezentativní případ v rámci populace
- b) extrémní případ – případ ukazující vybraný jev ve vyhraněné podobě
- c) deviantní příklad – případ, který se vyvinul neočekávaným způsobem
- d) vlivný případ – případ již dříve vzbuzující hodně pozornosti
- e) inovativní případ – zahrnuje využití nové či inovované formy terapie

zda mají některé intervence nebo události očekávané následky. Pokud by měly překvapivě jiné následky, kterým bychom se systematicky věnovali ve větším množství případových studií, postupně bychom nastřádali důkazy, jež by rozvíjely původní teorii. Při získávání důkazů potvrzujících či vyvracejících teorii daného přístupu by-

Tabulku 8). Až když pak vybraný případ budeme zkoumat, zjistíme, jak je možné mu teoreticky porozumět a jak je naše porozumění možné propojit s dosavadními teoretickými poznatky.

### FÁZE 3: SBĚR DAT

Výše popsané nástroje je možné kombi-



Tabulka 9: Příklady nenáročného postupu sběru dat a kombinace nástrojů

**Varianta I: Celková změna**

Pokud chceme zjistit, zda a do jaké míry psychoterapie klientům pomohla, na začátku a na konci terapie jim zadáme jeden standardizovaný dotazník měřící obecnou míru nepohody (CORE-OM) a jeden dotazník měřící specifické potíže (např. PHQ-9 u klienta s depresivními potížemi, GAD-7 u klienta s úzkostnými potížemi). Díky těmto dotazníkům budeme schopni vypočítat, zda je změna klinicky a statisticky spolehlivá (viz Tabulka 10), a dále můžeme například na základě záznamů sezení a podrobných zápisků psychoterapeuta chronologicky popsat vývoj terapie, používané intervence, a jejich dopad na klienta z pohledu terapeuta, výzkumníků nebo i klienta. Výhodou této varianty sběru dat je nenáročnost, srovnatelnost míry změny s jinými klienty, nebo s většími skupinami lidí. Nevýhodou je, že jako terapeuti nikdy nevíme, které sezení bude poslední (klienti se kdykoliv mohou rozhodnout, že terapii ukončí), a tak se nám může stát, že nedostaneme možnost srovnat výchozí a konečnou míru potíží klienta.

**Varianta II: Průběžný vývoj změny**

Pokud bychom chtěli průběžně zachycovat zlepšení v základních oblastech života klientů, můžeme jim před každým sezením zadat krátký dotazník změny (jedním z nejkratších je ORS). Zároveň můžeme s pomocí podobně krátkého dotazníku SRS po každém sezení zjišťovat, jak kvalitní je pracovní aliance mezi psychoterapeutem a klientem. Pracovní aliance je se změnou spojena a může pomoci vysvětlit nízké nebo kolísající změny potíží. Výhodou tohoto postupu sběru dat je opět časová nenáročnost a navíc také průběžné zachycení vývoje potíží klientů, které poskytuje zpětnou vazbu ke každému sezení. Protože se o případných odchylkách může terapeut bavit při použití vyplněných dotazníků přímo s klienty, mohou dotazníky podpořit získávání zpětné vazby o průběhu terapie. Nevýhodou této varianty sběru dat může být, že je třeba na zadávání nástrojů průběžně myslet a také může trvat, než si terapeut (mnohdy více než klienti) na pravidelné využívání dotazníků zvykne.

**Varianta III. Hodnocení změny zpětně**

Další úsporná kombinace metod ústící ve vytvoření systematické případové studie spoléhá na retrospektivní dotazování. Po proběhlé psychoterapii, jež nás něčím zaujala, můžeme požádat klienty o poskytnutí retrospektivního rozhovoru o změně (například CHAP) nebo o vyplnění dotazníku (např. Q-PC), který zpětně zaznamená míru dosažené změny v celé psychoterapii. Analýzou získaných dat poté můžeme přijít na to, v čem a jak terapie klientům pomohla. Pro doplnění informací o průběhu terapie opět můžeme využít zápisky ze sezení. Výhodou sběru dat s pomocí retrospektivního dotazování je, že můžeme počkat až na konec psychoterapie s výběrem tématu, na které se zaměříme. Bude nám ovšem vždy chybět zachycení stavu před začátkem psychoterapie, které je důležité pro posouzení, zda změna vnímaná klienty nebo psychoterapeuty není ovlivněna omezenými možnostmi paměti nebo snahou účastníků zavděčit se pozitivním hodnocením.

**Varianta IV: Záznam terapie**

Časově nenáročnou variantou, ale oproti předchozím hodně závisící na důvěře mezi klienty a terapeuty a také zacházení s daty (skladování, zabezpečení, zálohování), je nahrávání všech sezení na diktafon nebo kameru. Výhodami nahrávání jsou vcelku malé nároky na organizaci sběru dat, který se stává postupně rutinním, a získání bohatých dat, se kterými lze pracovat rozmanitými způsoby. Nahrávky všech sezení mohou být užitečné také

když zadáváme další nástroje a potřebujeme se u konkrétních sezení podívat na něco, co nás zaujalo. Ovšem mezi nevýhody patří poměrně časově náročné zpracování nahrávek (například přepis jen jednoho psychotherapeutického sezení v délce 50 minut zabere přibližně 6 hodin), ale také ostych nebo potenciální vliv obav z nahrávání na proces psychotherapie.

novat tak, aby nám umožnily odpovědět na výzkumnou otázku, kterou si v případě naší konkrétní případové studie klademe. Kombinace nástrojů může záviset na řadě podmínek, například na dostupnosti a náročnosti použití nástrojů, na zaměření pracoviště či na osobním zájmu terapeuta. Protože častou překážkou výzkumu realizovaného v praxi je obava z časové náročnosti a pracnosti, popíšeme v Tabulce 9 čtyři nenáročné možnosti, jakými je možné nástroje kombinovat, když chceme prozkoumat některá důležitá témata. Nenáročnost těchto variant může sloužit jako inspirace pro výzkum zaměřený na praxi, který využívá spolupráce psychotherapeutů s výzkumníky.

Pokud si vybereme některou nenáročnou variantu tvorby případové studie, sběr dat nemusí zabrat mnoho času. Musíme ale počítat s tím, že bude potřeba zajistit praktické věci, jako je zadávání dotazníků (např. kdo a kdy bude dotazníky zadávat a jak klienti dostanou instrukce k vyplnění) nebo plánování rozhovorů (kdo, kde, kdy, jak dlouho a s kým rozhovory povede).

Promyslet a zajistit je potřeba také ukládání, anonymizaci a archivaci dat. Pokud například pořizujeme nahrávky všech sezení, získáme postupně poměrně velké množství velkých datových souborů, které musíme někam uložit, chránit proti poškození a proti přístupu jiných osob. Stejně tak u dotazníků musíme zajistit anonymitu účastníků, archivaci, a většinou také převod dat do elektronické podoby. Před zahájením sběru dat je potřeba si předem vytisknout

dotazníky a schémata rozhovorů, nebo připravit nahrávací zařízení. Těch by mělo být víc pro případ, že jedno zařízení selže.

Předem připravené musíme mít také informace o výzkumu pro klienty a informovaný souhlas, bez kterého bychom nesměli sbírat data, zpracovávat je a vytvářet na jejich základě publikace. Informovaný souhlas musí obsahovat základní popis toho, jak bude účast ve výzkumu vypadat, jaké jsou možnosti ukončit účast ve výzkumu a také souhlas se zpracováním osobních údajů. Dále zde musí být uveden popis všeho, co s daty budeme dělat, proto musíme dbát na jeho formulaci, aby se nestalo, že data nebudeme moci k některým původně plánovaným účelům použít. Musíme mít například souhlas s nahráváním, souhlas se sběrem a uchováním dotazníků, souhlas s využitím dat v publikacích a souhlas s osobami, které budou mít k datům přístup. Měli bychom uvést také kontakt na garanta výzkumu, na kterého mohou účastníci výzkumu směřovat případné otázky.

Podobně nenáročné varianty sběru dat mohou terapeutům v praxi přinést užitečné informace a přispět k rozvoji teorie psychotherapie, pokud jsou využívány systematicky. Tyto čtyři základní varianty sběru dat je současně možné a výhodné kombinovat, případně do nich přidávat další nástroje. Například tak můžeme kombinovat nahrávky sezení s rozhovory o změně klienta na konci psychotherapie a dívat se, jak vypadaly intervence a situace, které klienti označili jako spojené s dosaženou změnou.

Pokud na to máme prostor, můžeme přidat dotazníky zachycující změnu symptomů. To nám umožní podpořit tvrzení, že změna u klientů skutečně nastala a také ukázat, jak byla velká.

Kombinaci různých metod je užitečné si dopředu vždy promyslet a vyzkoušet, aby nezačala být zahlcující. Kombinace me-

#### FÁZE 4: ZPRACOVÁNÍ A SEPSÁNÍ

Výhodou případové studie pro praktika je, že k základnímu zpracování dat obvykle nepotřebuje znalosti zvláštních metod. Základním přístupem je kritické prozkoumání a a systematické porovnání dat z různých zdrojů. Hledáme, jakou odpověď nám data nabízí vzhledem k výzkumné otázce,

Tabulka 10: Jaké speciální metody lze využít pro analýzu dat?

K základnímu zpracování případové studie obvykle není potřeba znalost zvláštních metod. Jejich využitím lze ale analýzu významně obohatit. Pracujeme-li s průběžným kvantitativním zachycením změny, lze si vystačit s vynesáním hodnot do grafu a jejich vizuálním posouzením. K preciznějšímu posouzení změny lze navíc využít koncept klinicky významné a statisticky spolehlivé změny (Jacobson a Truax, 1991). Studie, které navíc sledují i jednu nebo více procesových proměnných, mohou využít jednoduchou korelační analýzu pro zachycení vztahu mezi procesem a výsledkem terapie (Elliott, 2002). Pro zpracování přepisů sezení či následných rozhovorů s klientem či terapeutem lze využít některou z metod kvalitativní analýzy (viz např. Řiháček, Čermák a Hytych, 2013), jako je například tematická analýza, metoda zakotvené teorie či některý z fenomenologických přístupů. Lze se též zaměřit na detailní rozbor konverzace mezi klientem a terapeutem, kde pak vhodnými metodami mohou být konverzační analýza či analýza diskurzu.

Tabulka 11: Lze z případových studií odvozovat obecnější poznatky?

Případová studie zachycuje jednotlivý případ, který je ve své jedinečnosti neopakovatelný. Přesto je možné z případové studie za určitých podmínek vyvozovat opatrné závěry či hypotézy. Pokud se například v rámci případu objevuje opakující se vzorec (určitá intervence opakovaně vede ke zlepšení, určitá situace v terapii se opakovaně jeví jako překážka apod.), lze se domnívat, že u klientů s podobnými charakteristikami či v podobných situacích se tento vzorec také objeví. Tuto hypotézu lze pak ověřovat provedením dalších případových studií. Obecnější poznatky pak vznikají na základě agregace či metasyntézy několika případových studií (Iwakabe a Gazzola, 2009), a to na základě podobné replikační logiky, jaká se uplatňuje ve skupinových designech (Hilligard, 1993), nebo na základě principů budování zakotvené teorie (Glaser a Strauss, 1967) či principů kvalitativní metaanalýzy (Timulák, 2013). Významným krokem v této snaze je vytváření rozsáhlých databází případových studií, z nichž pravděpodobně největší je Single Case Archive (Desmet et al., 2013).

to nám umožňuje alespoň částečně zachytit a zprostředkovat čtenářům velkou komplexnost psychoterapie srozumitelnou formou. K tomu jsou případové studie zvláště vhodné.

kteřou jsme si položili na začátku našeho výzkumného projektu. Existují však i různé speciální metody (kvalitativní i kvantitativní), které lze využít ve spolupráci s výzkumníkem (viz Tabulka 10).

Závěrem zbývá případovou studii sepsat, aby mohla být otištěna v odborném časopise. Tento krok vyžaduje ještě poslední díl odhodlání, nicméně jedná se o velmi podstatnou fázi, která korunuje celé dlouhé úsilí. Publikace naší případové studie představuje nejen odměnu po výzkumné práci. Dáváme naši práci k dispozici kolegům, kteří z ní mohou brát inspiraci a také nám poskytnout zpětnou vazbu. Přispíváme také obecně k hromadícím se znalostem v oblasti psychoterapie, které posouvají celý obor vpřed a umožňují lepší zakotvení praxe v empirickém výzkumu. Případové studie totiž mohou sloužit i k vyvozování obecnějších závěrů (viz Tabulka 11).

Při sepsání článku se řídíme obvyklou strukturou empirické studie, která se skládá ze čtyř základních částí: Úvod, Metoda, Výsledky, Diskuse. V Úvodu představíme

základní problém (na co se studie zaměřuje) a teoretická východiska, která tvoří rámec naší studie. V Metodě seznámíme čtenáře s případem a jeho kontextem, a popíšeme nástroje a metody, které jsme použili k získání a zpracování dat. Cílem je umožnit čtenářům posoudit zobecnitelnost (na základě podobností nebo rozdílů oproti jiným klientům) a umožnit reprodukovatelnost celého výzkumného procesu. Ve Výsledcích souhrnně prezentujeme a integrujeme informace z různých perspektiv. Můžeme například porovnávat výsledky různých dotazníků s výpovědí klienta a s pozorováními, která provedl terapeut. Vracíme se k výzkumné otázce a zaměřujeme se na to, jaké různé možnosti odpovědí nám zpracování dat nabízí. V poslední části článku, Diskusi, se pokoušíme vysvětlit naše výsledky, srovnáváme je s výchozí teorií popsanou v Úvodu a také s výsledky

Tabulka 12: Speciální formáty případových studií

<p>Pragmatická případová studie (Fishman, 1999, 2005) nabízí základní rámec pro zachycení a zdokumentování průběhu terapie tak, jak probíhá v podmínkách běžné praxe. Vede výzkumníky i terapeuty k reflektování teoretického konceptu, z něhož vycházejí, zachycení počáteční i průběžně upravované formulace případu, terapeutických intervencí a zhodnocení jejich efektu.</p>
<p>Design hermeneutické jednopřípadové studie účinnosti (Elliott, 2002) poskytuje komplexní návod, jak cíleně sbírat a integrovat informace z různých zdrojů (průběžné měření změny, proměnné týkající se terapeutického procesu, záznamy terapeutických sezení, retrospektivní výpověď klienta i terapeuta ad.). V současnosti bývá obvykle kombinována s metodou „výzkumné poroty“ (Bohart et al., 2011; Stephen a Elliott, 2011).</p>
<p>Teorii budující případová studie (Stiles, 2007) se zaměřuje na konfrontaci některé existující teorie s realitou konkrétního případu a směřuje k dalšímu rozvoji této teorie.</p>
<p>Experimentální N = 1 studie (Herrera et al., 2018; Rizvi a Nock, 2008) chápe terapeutickou intervenci jako experimentální manipulaci a zkoumá její vliv na vývoj případu.</p>
<p>Narativní případová studie (McLeod, 2010) usiluje o kvalitativní zachycení významů a zkušeností spojených s psychoterapií. Může čerpat např. z deníkových záznamů, které si klient vede, rozhovorů, nahrávek sezení či jiných produktů činnosti.</p>

jiných podobných studií. Závěrem uvedeme seznam literatury citované v článku.

Před sepsání konečné verze článku se vyplatí ještě ověřit požadavky, které má na rozsah článku časopis, ve kterém chceme náš článek publikovat. Obvyklá zkušenost začínajících autorů je, že sepíše text, který je příliš dlouhý, a zkracování je pak bolestná a pracná záležitost. Zachytit případ do krátkého formátu s danou strukturou nás donutí zvýraznit to hlavní, na co jsme v našem případě přišli. Různé časopisy mohou mít své požadavky, které souvisí s konkrétní formou případové studie, na které se časopis zaměřuje. V tomto článku se soustředíme na společné základní principy případových studií, existují však i jejich speciální formáty, kterými se lze inspirovat a které se hodí pro různé účely (viz Tabulka 12).

## ZÁVĚR

Dovolte nám několik doporučení na konec. Zaměřte se na to, co vás zajímá a přijde vám smysluplné. Žádná studie stejně nepojme všechno, výzkum nutně zjednodušuje. Spokojíme se s tím, že zvědavě zaměříme pozornost směrem, který nám ukazuje výzkumná otázka.

Při volbě výzkumných metod je třeba mít na paměti, že každá metoda má své přínosy a svá omezení. Proto je výhodné metody kombinovat. Zároveň ale potřebujeme realisticky odhadnout své síly, proto jsme zde v textu nabídli minimalistické varianty sběru dat.

Realizace případových studií může být náročná, je proto výhodné spolupracovat s dalšími kolegy. Příkladem může být situace, kdy psychoterapeut z praxe přijde s nápadem, co by se dalo zkoumat a kde by

se dala sbírat data, akademický pracovník na univerzitě pak pomůže najít metodologické řešení. Praktik pak může sbírat data a student v rámci diplomové práce provede důkladnou analýzu. Ve výsledku praktik dostane výzkumně podloženou zpětnou vazbu na svoji práci.

Slibnou oblastí pro uplatnění výzkumně pojatých případových studií jsou psychotherapeutické výcviky. Mnoho výcviků je zakončeno sepsáním kazuistiky. Frekvenci výcviku mohou například pracovat ve dvojicích. Jeden pracuje terapeuticky s klientem, druhý vede a zpracuje retrospektivní rozhovor s klientem (a třeba i s terapeutem). Terapeut tak opět získá výzkumně podloženou zpětnou vazbu a jeho závěrečná kazuistika bude bohatší o komplexní reflexi. Je možné zapojit i supervizora, který může pomoci s teoretickým zarámováním a interpretací zjištění. Výsledný článek může být společným dílem. Můžeme tedy shrnout, že případové studie představují relativně jednoduchý výzkumný nástroj, který je smysluplně propojený s praxí a nabízí psychoterapeutům možnost profesního rozvoje.

## LITERATURA

- Bieščad, M. & Timuľák, L. (2014). Measuring psychotherapy outcomes in routine practice: Examining Slovak versions of three commonly used outcome instruments. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 16(2), 140–162.
- Bieščad, M., & Szeliga, P. (2006). Skúsenosti s použitím sebaopisovacej škály Symptom Checklist-90 (SCL-90) na výberoch slovenských psychiatrických pacientov a bežnej populácie. *Psychiatria*, 13(1–2), 25–31.
- Bohart, A. C., Tallman, K. L., Byock, G., & Mackrill, T. (2011). The “research jury method”: The application of the jury trial model

- to evaluating the validity of descriptive and causal statements about psychotherapy process and Outcome. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 7(1), 101–144.
- Carey, K. B., Leontieva, L., Dimmock, J., Maisto, S. A., & Batki, S. L. (2007). Adapting motivational interventions for comorbid schizophrenia and alcohol use disorders. *Clinical Psychology*, 14(1), 39–57.
- Daňšová P., Masopustová Z., Hanáčková V., Kicková K., Korábová I. (2016). Metoda Patient Health Questionnaire-9: Česká verze. *Československá Psychologie*, 60(5), 468–481.
- Desmet, M., Meganck, R., Scybert, C., Willemssen, J., Geerardyn, F., Declercq, F., ... Kächele, H. (2013). Psychoanalytic single cases published in ISI-ranked journals: The construction of an online archive. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 120–121.
- Duncan, B.L., Miller, S. D., Sparks, J., Claud, D., Reynolds, L., Brown, J., & Johnson, L. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3–12.
- Elliott, R. (1986). Interpersonal Process Recall (IPR) as a psychotherapy process research method. In L. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process* (pp. 503–527). New York, NY: Guilford.
- Elliott, R. (1993). *Helpful Aspects of Therapy form (HAT)*. Staženo z <http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/hat.html>
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12(1), 1–21.
- Elliott, R., Mack, C., & Shapiro, D. (1999). *Simplified Personal Questionnaire procedure*. Staženo z <http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/pqprocedure.html>
- Elliott, R., & Rodgers, B. (2008). *Client Change Interview schedule (v5)*. Staženo z <http://www.drbrbrianrodgers.com/research/client-change-interview>
- Elliott, R., Wagner, J., Sales, C. M. D., Rodgers, B., Alves, P., & Café, M. J. (2016). Psychometrics of the Personal Questionnaire: A client-generated outcome measure. *Psychological Assessment*, 28(3), 263–278.
- Fishman, D. B. (1999). *The case for pragmatic psychology*. New York, NY: New York University Press.
- Fishman, D. B. (2005). From single case to database: A new method for enhancing psychotherapy practice. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 1(1), 1–50.
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H. & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists’ ability to detect negative client change. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 25–32.
- Herrera, P., Mstibovskiy, I., Roubal, J., & Brownell, P. (2018). Researching gestalt therapy for anxiety in practice-based settings: A single-case experimental design. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), 321–352.
- Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 373–380.
- Iwakabe, S., & Gazzola, N. (2009). From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy Research*, 19(4–5), 601–611.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19.
- Janse, P., Boezen-Hilberdink, L., van Dijk, M. K., Verbraak, M. J. P. M., & Hutschemakers, G. J. M. (2014). Measuring feedback from clients: The psychometric properties of the Dutch Outcome Rating Scale and Session Rating Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 30(2), 86–92.
- Juhová, D., Řiháček, T., Cígler, H., Dubovská, E., Saic, M., Černý, M., ... Evans, C. (2018). Česká adaptace dotazníku CORE-OM: vybrané psychometrické charakteristiky. *Československá Psychologie*, 62(1), 59–74.

- Krampen, G. (2010). Direct measurement of psychotherapeutic outcomes: Experimental construction and validation of a brief scale. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 52(1), 29–47.
- Mander, J. V., Wittorf, A., Schlarb, A., Hautzinger, M., Zipfel, M., & Sammet, I. (2013). Change mechanisms in psychotherapy: Multiperspective assessment and relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 23, 105–116.
- McLeod, J. (2010). Case study research in counselling and psychotherapy. London: Sage.
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H. W., & Barth, J. (2009). Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17, 231–239.
- Roubal, J., Řiháček, T., Čevelíček, M., Hytych, R., & Holub, D. (2018). Retrospective client interviewing can inform clinicians' practice and complement routine outcome monitoring. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 27(2), 308–320.
- Rizvi, S. L., & Nock, M. K. (2008). Single-case experimental designs for the evaluation of treatments for self-injurious and suicidal behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38(5), 498–510.
- Řiháček, T., & Hytych, R. (2013). Metoda zakotvené teorie. In T. Řiháček, I. Čermák, & R. Hytych (Eds.), *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (pp. 44–74). Brno: MUNI Press.
- Řiháček, T., & Juhová, D. (2016). Monitorování účinnosti v psychoterapii a poradenství. *TESTFÓRUM*, 5(7), 1–13.
- Sandell, R. (2015). Rating the outcomes of psychotherapy using the Change After Psychotherapy (CHAP) scales: Manual and commentary. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 18(2), 32–49.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097.
- Stephen, S., & Elliott, R. (2011). Developing the Adjudicated Case Study Method. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 7(1), 230–241.
- Stiles, W. B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(2), 122–127.
- Stricker, G. (2002). What is a scientist-practitioner anyway? *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1277–1283.
- Timulak, L. (2013). Qualitative meta-analysis. In U. Flick (Ed.), *The SAGE handbook of qualitative data analysis* (pp. 481–495). London: Sage Publications.
- Topp C.W., Rstergaard S.D., Sřndergaard S., & Bech P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 167–176.

*Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 6. 3. 2019. Revidované znění došlo 2. 4. 2019, k publikaci přijato 2. 4. 2019.*

## O KOUZLENÍ A PILNÉ PRÁCI – KAZUISTIKA VYCHÁZEJÍCÍ Z PŘÍSTUPU NA ŘEŠENÍ ORIENTOVANÉ HYPNÓZY

### About spells and diligent work – a case study based on solution oriented hypnosis approach

**Jan Pokluda**

*Terapeutické centrum v Jmk, Podané ruce o.p.s.; Centrum terapeutických služeb, z. s.;*  
*Psychosomatický institut Milton's; Psychologický ústav FF MU; Brno, CZ; Pokluda.jan@seznam.cz*

*Psychoterapie. 13 (1), 40–51; ISSN 1802-3983*

#### ABSTRAKT

Příspěvek přináší praktickou ukázkou využití na řešení orientované hypnózy (Solution oriented hypnosis) při práci s klientem, který chce získat kontrolu nad svým agresivním chováním a dosáhnout abstinence od alkoholu. Průběh spolupráce byl zároveň podbarven klientovými obavami, zda netrpí duševním onemocněním. Autor monitoroval změny v průběhu terapie pomocí škály Outcome Rating Scale (ORS) a pořizoval ze sezení videozáznamy, ke kterým se následně vracel. Využíval také prvky na řešení zaměřené terapie (práce s nejmenšími změnami, škálami, experimenty mezi sezeními), kladl důraz na sugestivní aspekty jazyka a reflektovaně pracoval se svou terapeutickou rolí. Součástí textu je také zpětné zamyšlení klienta i terapeuta o tom, co bylo v terapii užitečné a významné a rovněž bližší představení na řešení orientované hypnózy.

*Klíčová slova:* Na řešení orientovaná hypnóza, hypnoterapie, kazuistika, agrese

#### ABSTRACT

The article presents a practical demonstration of Solution oriented hypnosis when

working with a client who wants to control his aggressive behavior and achieve alcohol abstinence. The course of cooperation was also underlined by client's fear of suffering from mental illness. The author monitored changes during therapy using Outcome Rating Scale (ORS), and made videos from the session, which he later examined. He also used parts of Solution focused therapy (work with the smallest changes, scales, experiments between sessions), emphasized the suggestive aspects of the language, and worked reflectively with his therapeutic role. Part of the text is also a reflection of the client and the therapist about what was useful and important in the therapy, as well as more detailed presentation of Solution oriented hypnosis.

*Keywords:* Solution oriented hypnosis, hypnotherapy, case study, aggression

#### NA ŘEŠENÍ ORIENTOVANÁ HYPNÓZA

Předkládaná kazuistika vychází z modelu na řešení orientované hypnózy (Solution oriented hypnosis), který v našem prostředí není příliš rozšířený. Proto si na úvod dovoluji věnovat prostor jeho představení.



Autorem tohoto modelu je americký terapeut Bill O’Hanlon, který byl žákem a zároveň zahradníkem<sup>1</sup> Milтона H. Ericksona. Není tak náhodou, že model na řešení orientované hypnózy je Ericksonovým myšlenkám blízký. O’Hanlon je rovněž tvůrcem na řešení orientované terapie<sup>2</sup>, která je v podstatě totožná s konceptem krátké na řešení zaměřené terapie (SFBT). Takže i celý model na řešení orientované hypnózy dobře zapadá do konceptu na řešení zaměřené terapie a je možné obě tyto perspektivy kombinovat, což ukazuje i samotná kazuistika.

K přiblížení modelu na řešení orientované hypnózy si O’Hanlon (2009) pomáhá jistou dichotomizací. Odlišuje dva přístupy k hypnóze: autoritativní (direktivní), který by spadal ke klasickým školám hypnózy, a přístup permissivní<sup>3</sup> (nedirektivní), který je podstatou na řešení orientované hypnózy. Tyto dva přístupy se liší v tom, jak je v nich pojímána léčba a navozován trans. Klasická hypnoterapie se opírá o moc a autoritu hypnotizéra, který člověka v případě, že je dostatečně hypnabilní, uvede do transu. Když je klient v transu, terapeut má jasno, kam trans směřovat (např. k odkrývání vytěsněných traumat, která mohou být příčinou současných problémů, k vkládání nových pozitivnějších přesvědčení...). Hypnotizér zde přináší nové věci z vnějšku

a je expertem na to, co klient potřebuje, aby mu bylo lépe.

Na řešení orientovaná hypnóza se zaměřuje na lidské schopnosti a zdroje. Neklade důraz na problém či patologii a orientuje se především na přítomnost a budoucnost. Hypnotický proces zde slouží k objevení a zpřístupnění zdrojů. Vychází se zde z přesvědčení, že lidé mají potřebné odpovědi a znalosti uvnitř sebe samých a mohou být



Jan Pokluda

**PhDr., Ing. Je absolvent psychologie na FF MU v Brně a doktorský student klinické psychologie tamtéž. Absolvoval komplexní 800h výcvik ve strategické, systemické kooperativní komunikační psychoterapii a hypnoterapii Milтона H. Ericksona (Hermés solutions training) a řadu dalších kurzů. Pracuje jako psycholog a terapeut v Terapeutickém centru v Jmk Podaných rukou, dále provozuje vlastní praxi a je spoluzakladatelem Psychosomatického institutu Milton’s (miltons.cz).**

<sup>1</sup> Bill si nemohl dovolit Ericksonovi za učení u něho platit a tak se domluvili na protislužbě v podobě prací na Ericksonově zahradě.

<sup>2</sup> Solution-oriented therapy (později přejmenované na Possibility therapy); bližší informace o Billově bohaté publikační činnosti jsou dostupné (ke dni 3. 3. 2019) zde: <http://www.billohanlon.com/Publications/billohanlon.html>

<sup>3</sup> Permissivní (permissive), lze z angličtiny přeložit jako liberální, shovívavý či tolerantní.

zpřístupněny vhodným pozváním člověka do transu. Terapeut nabízí kontext, ve kterém lidé mohou dojít k vlastním závěrům a využít vlastní zdroje. Klient je zde expertem a terapeut je spíše facilitátorem navozovaných reakcí a prožitků. Každá indukce transu je klientovi šita na míru a nepoužívají se formalizované indukce transu, jako je tomu

u klasické hypnózy (Martin & O'Hanlon, 1992; O'Hanlon, 2009).

Na řešení orientovaný hypnoterapeut klientovi nabízí možnosti a volí slova, která umožňují větší množství reakcí (např. slova: *možná, může, mohlo by, snad, nemusíte*). Indukce transu může být vedena v následujícím duchu. „*Můžete jít kamkoliv chcete, dokonce ani nemusíte poslouchat, co říkám*“ (O'Hanlon, 2009, s. 15). „*Nevím, jak vyřešíte tuhle záležitost, ale jsem si jistý, že něco ve vás ví, co je třeba, aby se stalo, a s kým byste mohl mluvit, aby se to posunulo kupředu*“ (O'Hanlon, 2009, s. 17). V na řešení orientované hypnóze je také hojně užívána práce s příběhy a metaforou<sup>4</sup>, které mohou člověku na základě analogie zpřístupnit jeho zdroje (O'Hanlon, 2009).

O'Hanlon (2009; Martin & O'Hanlon, 1992) má za to, že na řešení orientovaná hypnóza je vhodná u klientů se zautomatizovanými symptomy a prožitky, které nejsou snadno kontrolovatelné nebo tvořené vědomým úsilím (např. migrenózní bolest hlavy). Kritériem volby hypnózy podle něj může být skutečnost, zda je klient schopen daný symptom produkovat na požádání. Zároveň uvádí, že klienti často přichází s obtížemi, které jsou kombinací automatických a vůli ovlivnitelných prvků. Pak může být užitečná kombinace hypnózy se záměrným úsilím klienta o změnu. Podle O'Hanlona (2009) může hypnóza při změně automatických symptomů pomoci i tehdy, když standardní terapeutické přístupy a metody změny nepomáhají. To je patrné i důvodem, proč ji indikuje klientům, kteří už zkoušeli k odstranění symptomů více různých procedur.

<sup>4</sup> Pokud čtenáře blíže zajímá téma práce s metaforou v kontextu na řešení orientované terapie, doporučuji článek Zatloukala a Žákovského (2016).

V návaznosti na zmínku o symptomech, které nejsou tvořené vědomým úsilím, si dovolím krátkou poznámku k pojmu nevědomí<sup>5</sup>, se kterým Erickson i mnozí jeho žáci včetně O'Hanlona (2009) nakládají a mnohdy ho užívají jako protipól pojmu vědomí. Ericksonův pohled na nevědomí je na rozdíl od Freudova optimističtější a vyznačuje se důvěrou v něj. V Ericksonově pojetí bývá nevědomí považováno za pozitivní životní sílu, která dovede pro klienta zařídit to, co potřebuje, přestane-li si v tom svou vědomou činností bránit (Kratochvíl, 2009). O'Hanlon (2009) je s důvěrou v moc nevědomí poněkud opatrnější a reaguje na oprávněnou námitku proti vševědoucnosti nevědomí – proč mají lidé stále problémy, když je nevědomí tak chytré? O'Hanlon (2009) má za to, že nevědomí může být chytré v mnoha dovednostech, které si člověk zautomatizuje natolik, že nad nimi již nepotřebuje vědomou kontrolu (např. chůze). Existují však situace, kdy se u člověka objeví automatická reakce, která je v danou chvíli užitečná, nicméně později se může stát neužitečnou a její nevědomé zautomatizování může člověku znepříjemňovat život. O'Hanlon (2009) zde nabízí příklad disociace jako reakce na sexuální zneužití v dětství, která je v danou chvíli užitečným zvládacím mechanismem, nicméně v dospělém partnerském životě tato zautomatizovaná reakce člověku komplikuje život. Detailnější představení konceptu nevědomí při práci v na řešení zaměřené (hypno)terapii by přesáhlo rámec této práce, proto si dovolím odkázat čtenáře na článek Zatloukala (2011), který

<sup>5</sup> Anglicky „unconscious“ (O'Hanlon, 2009), které Zatloukal (2011) překládá jako podvědomí.

se tímto tématem blíže zabýval. Osobně mám podobně jako Zatloukal (2011) za to, že pojem nevědomí může být v terapii využíván jako užitečný konstrukt či metafora.

O'Hanlon (2009) zasazuje na řešení orientovanou hypnózu do širšího rámce terapeutického procesu, který se skládá z následujících kroků:

1. Posouzení obtíží a stanovení cíle spolupráce. Postupné probouzení očekávání změn u klienta.<sup>6</sup>

2. Ověření, že obtíže klienta jsou automatickým procesem (pokud nejsou, je na místě volba nehypnotické intervence).

3. Představení konceptu hypnózy a vnitřní práce nevědomí klientovi. Ubezpečení a přerámování klientových přesvědčení o hypnóze, pokud je třeba.

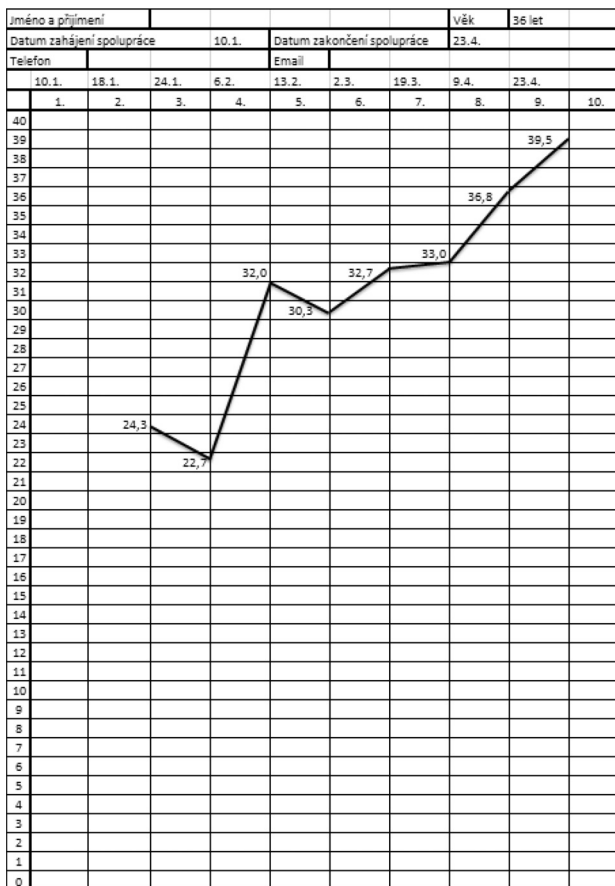
4. Pozvání klienta do transu. Samotná indukce se může skládat z řady prvků. Například zaměření pozornosti dovnitř, evokování zdrojů, pomoc klientovi s přeuspořádáním jeho prožitkové reality<sup>7</sup>.

Terapeut nabízí klientovi řadu možností a věnuje zvýšenou pozornost těm, na které klient reaguje.

5. Propojení evokovaných zdrojů a změn budoucností a vhodným kontextem.

6. Dokončení vnitřní práce nebo hypnózy.

Příloha č. 2.: Záznam výsledků ORS v průběhu spolupráce (v řádce nad grafem je pořadí sezení, sloupec vlevo znázorňuje počet bodů, které jsou sumou vyjadřované míry spokojenosti v životních oblastech klienta s maximem 40 bodů).



7. Sdílení zkušenosti s hypnózou, do té míry, jak klient potřebuje. Normalizování klientových prožitků. Pokračování v budování očekávání změn.

8. Na dalším sezení probíhá mapování změn, které nastaly mezi sezeními, diskuse o výsledcích a jejich případné zužitkování.

9. Opětovná indukce hypnózy a pokračování v postupech, na které klient v transu reagoval a které měly minule odezvu. Nabídnutí nových možností v případě potřeby.

<sup>6</sup> O'Hanlon (2009) v této souvislosti doslova hovoří o zasívání změn (seeding changes).

<sup>7</sup> Sem může spadat například zarámování klientova prožitku z transu jako práce nevědomí.

10. Opakování kroků 7–9 tak dlouho, dokud obtíže nebudou vyřešené.

### KAZUISTIKA O KOUZLENÍ A PILNÉ PRÁCI

Pro ukázkou na řešení orientované hypnózy jsem zvolil terapeutickou spolupráci s klientem Michalem. Michal souhlasil s publikováním kazuistiky, ve které jsou změněny některé detaily, za účelem zachování jeho anonymity.

Michal u mě absolvoval 9 terapeutických sezení, v rozmezí 3 a půl měsíce. Na začátku sezení jsem Michalovi předkládal českou verzi škály Outcome Rating Scale<sup>8</sup> (dále ORS), která sloužila jako odrazový můstek naší následné rozpravy i jako nástroj pro mapování jeho spokojenosti v průběhu terapie. Sezení jsem s Michalovým souhlasem natáčel na kameru, abych se k nim mohl následně vracet.

#### *První sezení*

Michala mi objednala kolegyně a do kalendáře připsala poznámku „*na doporučení od psychiatra, alkohol a v té souvislosti výbuchy agrese*“. S tímto předporozuměním jdu na první sezení. Michal, urostlý mladý muž v obnošených riflích a mikině, přichází na čas. Zajímám se, k čemu mu mohu být užitečný a kam se prostřednictvím sezení chce dopracovat. Dozvídám se, že by chtěl pomoci získat pod kontrolu svou agresi. V této souvislosti mi Michal začal vyprávět o jedné události, kterou už nikdy nechce dopustit.

Před nedávnem byl na partnerčině rodinné oslavě, opil se a pohádal se s partnerkou. Pak odjel domů a vzal si lexaurin. Následně

ho partnerka přesvědčila, ať se na oslavu vrátí. Pohádal se tam však ještě se sestrou partnerky, a když chtěl odejít, v cestě mu stál její otec, kterého odstrčil z cesty. Otec spadl ze schodů a zlomil si klíční kost. Michala, kromě toho, co způsobil, děsilo, že má na celou událost amnézii a je v nejistotě, co přesně se stalo. Po oné události Michal skončil v krizovém centru. Následně vyhledal pomoc psychiatra a ten ho odkázal na mě.

Michal chce zcela abstinovat od alkoholu a získat kontrolu nad svou agresi. Z hlediska na řešení zaměřené terapie tento cíl není dobře definovaný, a tak se Michala ptám, jaký bude a co bude dělat, když nebude agresivní. Michal je otázkou překvapen. Po chvíli přemýšlení odpovídá, že o tom bude muset popřemýšlet doma. Chce také pokračovat v abstinenci od marihuany a pervitinu, který měl naposled před 7 lety, kdy bydlel v jiném městě. Po přestěhování se prý zklidnil a taky skončil s boxem. Agresivní chování u sebe začal pozorovat po těhotenství partnerky, se kterou má nyní dvouletou dceru. Všímám si, že se Michal v souvislosti s agresi konstruuje jako pasivní (agresivita se mu děje), což mě vede k úvaze, že možná jde o zautomatizovaný proces, který je mimo jeho vědomou kontrolu a mohlo být užitečné pracovat s hypnózou. Prozatím si tuto myšlenku nechávám pro sebe.

Michal mi sděluje, že když ho „*to přepadne*“, nemá v bytě kam utéct. Ptám se na nejmenší možnou změnu, co aktuálně může v otázce agresivity dělat. Napadá ho, že by se mohl naučit včas odcházet – třeba z bytu. Nápad podporuji a přidávám doporučení, ať sleduje, co se v něm děje, dřív než dojde k agresi, ať má nějaký signál kdy odejít. Zajímám se o box. Potvrzuje se

<sup>8</sup> Česká verze škály je ke dni 24. 11. 2018 dostupná na <http://www.dalet.cz/Clanky/scales-CZ.pdf>

má předchozí hypotéza, že dokud boxoval, agresivní k blízkým nebýval. Boxovat prý teď nemůže, kvůli času a své fyzické kondici. Napadá ho však, že může začít běhat. Doporučuji mu to jako experiment – ať sleduje, co to s jeho agresí dělá. Michal je oběma doporučeními i konstruktivní otázkou zjevně zaujat.

V závěru sám přichází s tím, že slyšel o hypnóze a zajímá se, zda by mu nemohla pomoci. Prozrazuji, že s ní občas pracuji. Navyšuji jeho očekávání a sděluji, že v podobných případech hypnóza někdy skutečně může pomoci a doporučuji, ať do příště dělá vše, na čem jsme se domluvili a že pak uvidím, zda budeme s hypnózou pracovat. Mým záměrem bylo zjistit, zda je Michal s agresí schopen a ochoten pracovat prostřednictvím záměrného úsilí a pokud bude třeba, zkombinovat ho s hypnózou. Také jsem si zde vzpomněl na Ericksona, který někdy úmyslně navyšoval motivaci klienta k práci s hypnózou, tím, že mu ji představil jak užitečný nástroj a pak mu ji nějaký čas odpíral (Beletsis, 1985).

### *Druhé sezení*

Do dalšího sezení jdu s plánem prozkoumat změny z mezidobí. V tom mi je nápomocné ORS, se kterým od této chvíle kontinuálně pracuji.

Abstinence od alkoholu se Michalovi daří a tématem pro něj je především agrese. Experiment s včasným odcházením nevyšel. Michal si sice všimne projevů agrese na sobě (např. zrychleného tepu), ale až ve chvíli, kdy už ji nedokáže zastavit. Uklidňuje ho, že má více informací o incidentu, kdy zranil otce partnerky a rodina mu to nemá za zlé. Cítí se lépe než před týdnem. Prý i díky mé radě, ať sleduje proje-

vy před nástupem agrese. Michalovo zatím neúspěšné snažení rámuji jako proces učení a sděluji mu, že mám za to, že pokud se bude dále sledovat a trénovat včasné odcházení, bude se to lepšit. Ještě doplňuji, že změna nebude o mé radě, ale o jeho práci.

Ukazuje se, že hádky a agrese se týkají především vztahu s partnerkou. Pomocí konstruktivních otázek se dozvídám, že když mezi ním a partnerkou nebude agrese z jeho strany, budou společně chodit do kina a na procházky s dětmi. Pro mapování procesu práce s agresí přináším škálu ohledně agrese a toho, jak ji má pod kontrolou. Nulu definuji jako aféru s otcem, desítku pak jako situaci, kdy už pro něj agrese nebude tématem a rozhodně už ke mně nebude potřebovat docházet. Teď, když musí utíkat z daného místa, se Michal situuje na 6. Na 7 dokáže dřív určit signál, že agrese přichází a uteče, na 8 už nebude muset ze situace utíkat, ale bude moci zůstat. Poprvé zde přicházím s myšlenkou konce terapie, čímž je Michal zaskočen. Po chvíli přemýšlení sděluje, že od 8 už to asi zvládne sám.

Michal se mi svěřuje, že nemá maturitu, což vnímá jako nedostatek, který chce napravit. Vzdělání přikládá velkou hodnotu, což může vysvětlovat vyšší důvěry, kterou z jeho strany vnímám. Na tomto sezení si poprvé všímám Michalovi tendence hledat potvrzení od druhých a od autorit. Sděluje mi, že mě bere jako poslední záchytný bod, po kterém už nic v souvislosti s tím, jak má přemýšlet a jak se chovat, neexistuje. To mě vede k důslednější reflexi toho, kým pro Michala jsem. Uvědomuji si, že mi přikládá poměrně velkou zodpovědnost.

Michal se zajímá o hypnózu. Buduji očekávání změny a vysvětluji, že při ní lidé mohou mít neobvyklé prožitky, třeba amnézi,

a pak, když odejdou ze sezení, začnou se dít změny, které hypnóza udělala v jejich nitru. Koriguji jeho obavu, že by mi při hypnóze mohl říct něco, co nechce. Samotnou hypnózu necháváme na příště.

### *Třetí sezení*

Michal měl konflikt s partnerkou, což se odráží i na snížené spokojenosti na ORS. V konfliktní situaci si uvědomoval svůj vztek a odjel z veřejného prostoru domů. Když pak ale partnerka přijela za ním, došlo k velké hádce kvůli malichernosti, což vnímá jako krok zpět v jeho snažení. Začal běhat, ale v dopadu na agresi nevnímá rozdíl. Rád by nechal partnerčinu pravdu její pravdou, ale trápí ho, že by byl jeho názor přehlížen a cítil by se nedoceněný. Zajímá se, jak to dělají ostatní. U jiných věcí se mu inspirace od druhých vyplácí, ale zde se to nedaří. Od toho jsme tu prý my, psychologové, jako experti. Expertní role se nezříkám a trochu edukativně přicházím s demonstrací mnohosti pravd a neužitečnosti přesvědčovat druhé o té své. Vyzdvihuji jeho dovednost oddálit agresi tím, že odjel domů. Navrhuji experiment, týkající se společné domluvy s partnerkou na oddálení hádky na jiné konkrétní místo a čas<sup>9</sup>. Michal je z nápadu nadšen a těší se, až ho vyzkouší.

Následně připomínám domluvu na hypnóze z minula. Má o ni velký zájem. Zajímám se o jeho představu, kam přesně mu má hypnóza pomoci. Dozvídám se, že v jeho představě figuruje agrese zablokovaná kolíky. Přecházím k indukci hypnózy

z perspektivy orientované na řešení („*Není se potřeba o nic snažit, můžete poslouchat, co budu říkat, ale zároveň vůbec nemusíte.*“). Používám výčty možností, oslovuji nevědomé procesy, procesy učení. Nabízím disociaci vědomí a nevědomí. Michalovu vědomí nabízím úkol odečítat od čísla 1000 pořád dál číslo 3, zatímco promlouvám k jeho nevědomé části. Snažím se probouzet jeho zvědavost a otevřenost možností („*Jsem zvědav, co si pro Vás Vaše nevědomí vymyslí*“). Po sdělení, že nevím, jakým způsobem dá Michalovi jeho nevědomí najevo, že začalo pracovat na změně, mu začaly cukat koncečky prstů a následně dochází k levitaci pravé ruky, kterou rámuji jako práci nevědomí na všem potřebném.

Po probuzení z hypnózy Michal mluví o prožívané lehkosti ruky a pocitu opilosti. Potvrzuji, že jsou to důkazy, že byl v transu a že jeho nevědomí pracovalo na změně. Dávám mu za úkol všimnout si všech změn, co teď nastanou.

### *Čtvrté sezení*

Michal přichází s neskrývaným nadšením z toho, že se řada věcí zlepšila. Především už nemá tendenci z konfliktů utíkat. Dokáže v dříve konfliktní situaci jakoby podstoupit a s překvapením sleduje, že se nevzteká („*dokonce se i dívím ... jo ... přemýšlím nad tím, proč to neřeším*“). Změnu přičítá každodennímu běhání nebo hypnóze. Takový posun by mu stačil, jen chce mít jistotu, že je změna trvalá. Pokud by změna vydržela 3 měsíce, bylo by to pro něj dostatečným utvrzením.

Zajímám se, o jeho další plány a o to, co nového je možné teď, když v jeho životě není alkohol ani agresivita. Má v plánu dodělat si maturitu. Už teď se připravuje

<sup>9</sup> V tomto experimentu využívám paradoxu domluvy na hádce, který je inspirován strukturovanou hádkou Steva de Shazera (2017).

na přijímačky. Zmiňuje se o medikaci (bere nízkou dávku antipsychotik). V minulosti jsem mu doporučil, ať si promluví s psychiatrem, ke kterému několik týdnů dochází, o práscích, pokud má pocit, že už je nepotřebuje. Ukazuje se, že psychiatr další užívání nechává na něm.

Abstinence od alkoholu se Michalovi daří, aniž by o ní byla na sezeních řeč. V minulosti dokázal ze dne na den přestat s cigaretami, marihuanou i pervitinem a má za to, že podobné to je i s alkoholem. Rámuji schopnost přestat s něčím jako jeho obecnou dovednost, kterou může přenést do jiných oblastí, a sděluji, že podobně to může dokázat i s agresivitou. Vyzdvihuji jeho sebedisciplínu a reflektuji posun, který v průběhu spolupráce udělal.

Dál se věnujeme reflexi uplynulé spolupráce a našemu vztahu. Michalovi je prý užitečná možnost „*ujistit se a vykecat se*“. Zajímá se o mé vzdělání, o kterém otevřeně mluvím. Dělá na něj dojem. Svěřuje se, že měl ze začátku pochybnosti, kvůli mému mladému věku, ale nyní je spokojen. Do budoucna vyjadřuje opět zájem o hypnózu („*mohl byste ještě zakouzlit*“). Zajímá mě, k čemu by ono zakouzlení mělo vést a dozvídám se, že k utvrzení trvalosti všeho, co se doposud změnilo. To mě vede k úvaze případnou příští hypnózu udělat více jako kouzlo. Na závěr Michalovi doporučuji, ať pokračuje v úkolu z minula, když se tak osvědčil, a ať pozoruje změny, protože možná nějaké ještě nenastaly. Sděluji, že na mě jeho píle dělá dojem a přidávám utvrzení, že jsem přesvědčen, že pokud bude dělat dál, to, co začal, tak to bude dobré.

### ***Páté sezení***

Michal přichází s tím, že je to čím dál

lepší. Referuje, že se nevzteká, respektive se vyvzteká mimo domácnost a už ho opustí chuť řešit pak s partnerkou něco osobně. Příčinu zlepšení přikládá kombinaci hypnózy s běháním a abstinencí od alkoholu. Více si hraje s malou a celkově si připadá klidnější. Na škále se posunuje na 7, protože zlepšení trvá už dlouho a jeho obavy slábnou. Domlouváme se na hypnóze s cílem utvrzení změny. Ještě než jsem Michala pozval do transu, došlo k zajímavému momentu.

*M: „Cítím se líp, což je asi tím, že se vidáme častěji. Nemám problém přijmout, když mi řeknete, že mám třeba poruchu osobnosti... klidně se nebojte mi to vpálit do očí, jo...“*

*T: „A co kdybych vám řekl, že jste úplně zdravěj?“*

*M: „To si nemyslím ... člověk není úplně zdravěj.“*

*T: „A co když Vy jste?“*

*M: „Tak to bych byl jenom rád.“*

Následně se dozvídám, že Michal měl ze začátku terapie obavu, že mu něco takového řeknu. Jeho obava vycházela z jeho tehdejší představy o práci psychologa, který odhaluje patologii. Sděluji, že si rozhodně nemyslím, že by měl nějakou poruchu.

Při vedení hypnózy využívám jeho naučených dovedností z minula, vědomí opět zaměstnávám činností. Snažím se probouzet Michalovu zvědavost, co se bude dít. Nabízím možnost pro vytvoření amnézie a disociace, abych dostal jeho představy o hypnóze jako zakouzlení („*Velká část toho, co budu říkat, je určena pro vaše nevědomí, které samo nejlíp ví, co je pro Vás dobré ... a já nevím, která z Vašich rukou se může zvednout jako první, zatímco Vaše nevědomí bude moci pracovat na tom, na čem pracovat má, aby mohlo zařídit vše*

potřebné“). V transu u Michala probíhá levitace levé ruky, kterou propojují s prací nevědomí („*Jak se zvedá vaše ruka, tak vaše nevědomí může pracovat na všem potřebném.*“). Opět oslovují procesy nevědomého učení („*Často si nemusíme pamatovat, jak jsme se něco naučili, někdy jen stačí vědět, že už to umíme a že nám to nikdo nevezme... Má-li se tělo léčit, tak se léčí, má-li se duše uzdravovat, tak se uzdravuje... Často nemusíme vědět, jak se věci stanou, někdy prostě stačí, že už je to dobré... Možná, že opět budete překvapen tím, co si pro Vás Vaše nevědomí vymyslí... Vaše nevědomí má stále dost prostoru pracovat a je vidět, že Vaše ruka se již začala vracet k podložce, tak jak může Vaše nevědomí dokončovat práci*“). Také probouzení z transu navozují výčtem možností („*Až budete chtít, tak se můžete třeba jednou, dvakrát nebo třikrát zhluboka nadechnout a pak začít otevírat oči, nebo se protáhnout...*“).

Po probuzení Michal referuje o tom, že si toho moc nepamatuje, protože počítal příklad. Cítí ztuhlost ruky a odpočinek. Evidentní je časová distorze. Má za to, že byl v transu 5 minut. Když mu sdělují, že trans trval půl hodiny, je ohromen a sděluje, že „*vůbec nemá páru o tom, co se dělo*“. Časovou distorzi rámuje jako důkaz transu. Zadávám úkol všimati si změn, které nastanou. V závěrečné reflexi si Michal pochvaluje, že se díky terapii cítí čím dál lépe. Do budoucna se domlouváme na prodloužení intervalu mezi sezeními na 14 dní. Chci Michala vést k větší samostatnosti a také se to teď osvědčilo.

### Šesté sezení

Cíl hypnózy se naplnil. Mezi Michalem a jeho partnerkou neprobíhají hádky. Spo-

lečně chodí běhat, „*vykecají se*“ a Michal cítí, že mu to pomáhá. V práci je spokojenější. Víc si hraje s malou. Prášky už v podstatě nebere. Chce se zaměřit na školu, práci, běh, rodinu a časem možná box. Na škále se situuje na 8. Na 9 půjde na přijímačky na střední. Podle jeho představ bude terapie potřeba právě do této chvíle. Bere to tak, že když přijímačky nevyjdou, alespoň se bude moci do příště lépe připravit. Na 10 bude vydělávat víc peněz, nebude tak dlouho v práci a bude se víc věnovat rodině. Budou tam rodinné výlety, dům s bazénem, domácí tělocvična s boxovacím pytlem a milující rodina. K tomu mu má pomoci maturita a zdokonalování v práci.

S partnerkou si vycházejí vstříc. Michal jí už dovede ustoupit a omluvit se. K tomu ho údajně inspirovala má otázka „*co by se stalo, kdyby to neřešil*“. Sděluje mi, že jsem jako psycholog v jeho světě vysoce postavený. Jsem pro něj „*takovým utvrzením*“ ohledně toho jak myslet. Nad psychologií v jeho světě už nic není. Snad prý jen čarodějnictví, žertuje.

Chce znát můj názor, ohledně toho, že se občas nemá náladu učit na přijímačky, a zda je normální, že se mu občas takto mění nálady. Jeho zkušenost normalizují, využívám své pozice a sebeodhalení. Vyprávím, že za studií se mi taky někdy nechtělo učit, ale naučil jsem se dovednosti jít se učit navzdory tomu, že se mi nechce („*... jsem student, tak studuji, podobně jako zaměstnanec chodí do práce, i když se mu nechce*“) a zdá se, že mu je to k užitku („*to mě posílilo... ta odpověď*“).

### Sedmé sezení

Michal nemá výbuchy agrese, hádky občas proběhnou, ale bere to tak, že ty bu-



dou do konce života. V práci se učí nové věci, protože bude přebírat linku za kolegu. Z učení se mu podařilo udělat si návyk, přijde domů a hned se jde učit. Užitečné mu v tom bylo to, co jsem říkal minule. Prášky od psychiatra přestal brát úplně.

Dostáváme se k tématu pravdy. S partnerkou mají každý tu svou a Michal má za to, že je jádrem všech sporů i agrese v minulosti. Teoreticky ví, že je více úhlů pohledu, ale prakticky neumí opustit potřebu přesvědčovat. Kdyby to nedělal, cítil by porážku. Vnímá to jako tíživý pocit na hrudi, dusí ho. Chtěl by se této potřeby zbavit. Hledáme výjimky, kdy druhé nepotřeboval přesvědčovat o své pravdě. Bylo to tehdy, když měl mozek otupěný alkoholem, lexaurinem a první dva roky s partnerkou. Zdůrazňuji jeho potenciál to opět dokázat, když to uměl dříve, a zkoumám, jak přesně to dělal. Možná prý to bylo zamilovaností, tím, že neměl dceru, nebo tím, že hodně cvičil.

Po dlouhé rozpravě kolem pravd nabývám dojmu, že naším povídáním možná zveličujeme problém. Nabízím Michalovi myšlenku, že je v jeho životě v podstatě vše dobré. Původních cílů, se kterými přišel, už dosáhl, a téma pravdy může být jen taková tečka za větou. Michal se k tématu pravdy opětovně vrací a já poněkud ztrácím trpělivost.

*T:* „Jako já, kdybych mohl mluvit neterapeuticky úplně za sebe, tak si říkám, jestli by nebylo jednodušší, se prostě vysrat na to, kdo má pravdu.“

*M:* „(smích) To je taky hodně dobrý!“

Má předchozí věta, kterou v tu chvíli vnímám spíš jako lapsus, se do budoucna ukáže být významnou. Michal by přišť měl zájem o hypnózu ohledně pravd. Také o ní uvažuji, protože vnímám, že věc spíše nemá pod vědomou kontrolou.

### *Osmé sezení*

Michal mluví o hádkách s partnerkou. Je rád, že se nevztéká a není agresivní, ale nedovede nechat pravdu druhého být, což je příčinou hádek.

Má zájem o hypnózu ohledně pravd. Rád by, aby mu pomohla zarazit potřebu přesvědčovat druhé o své pravdě a nevnímat odlišný názor druhého jako ofenzivní. Při hypnóze opět zužitkovávám jeho zkušenosti z dřívějšíka, oslovuji procesy nevědomého učení se novým věcem. Pohyby ruky propojuji s prací nevědomí. Oslovuji oblast pravdy („*V průběhu Vašeho života jste se naučil spoustu pravd... Vaše nevědomí se toho naučilo mnoho ... pro mě je otázkou jakou další věc Vás Vaše nevědomí naučí... jakým novým možností se teď otevře... možná i Vy sám budete příjemně překvapen tím, co si pro Vás Vaše nevědomí nachystá... Vaše nevědomí nepotřebuje žádné utvrzení... samo dobře ví, co je člověku užitečné... ví i co mu užitečné není a co je dobré pustit... co nechat jenom tak běžet...*“). Michal se po probuzení cítí unaveně, což rámuji jako důkaz poctivě odvedené práce nevědomí, stejně rámuji i jeho amnézii a časovou distorzi. Michal dodává, že po minulém sezení, jak „*jste to pročítali*“ a jak jsem mu řekl, že se na to „*má vysrat*“, tak se mu to nepovedlo a doufá, že hypnóza pomůže. Odchází s očekáváním změn a velkou zvědavostí, co se bude dít.

### *Deváté sezení*

Michal referuje, že se po hypnóze cítil jak vyměněný. Dostal pokutu a nedohadoval se s policisty, což by v minulosti dělal. S partnerkou měli hádku a všiml si, že jen řekne svůj názor, a už nemá potřebu přesvědčovat a nechá ji s její pravdou. Taky mu

prý došlo, že to při hypnóze neudělám za něj. Ví, že dostane signál, ale zbytek už musí udělat sám. Tlak na hrudi občas cítí, ale zjistil, že stačí počkat, a ono se to uzemní. Zjišťuje, že druhému stačí sdělit svůj pohled a není třeba ho přesvědčovat. Byl na přijímačkách a má pocit, že to dobře dopadne.

Poukazuji na velký posun, který v průběhu naší spolupráce učinil („většina klientů se takhle rychle nedokáže posunout... na svých tématech jste pracoval a udělal jste kus poctivé práce... to je pro mě zároveň příslibem, že budete pracovat dál, i když sem už nebudete chodit...“) a přicházím s myšlenkou, že se zdá, že už v jeho životě nejsem třeba. Myšlenkou konce terapie je Michal trochu zaskočen, přestože bylo v minulosti smluveno, že terapie skončí poté, až půjde na přijímačky.

*T: „Zároveň mi běží hlavou, že ty změny, které už jsou skoro hotové, budete moci opravdu dokončit až ve chvíli, kdy sem přestanete chodit...“*

*M: „...aha, já myslel, že to bude nějakým způsobem pokračovat, to utmelování... asi ne, že jo?“*

*T: „Takhle vysoký hodnoty (na ORS) obvykle nedávají lidé, kteří se utápějí v problémech... a já nevím, co by tam mělo být ještě víc... takhle jak to máte vy, to má skoro každý.“ (Využívám jeho tendence brát si inspiraci z chování druhých.)*

*M: Hm... jako hodně mě trápila myšlenka toho, co je normální... jako co dělá většina lidí...*

*T: „Já bych řekl, že většina lidí nechodí do terapie.“*

Přecházíme k závěrečné zpětné vazbě. Dozvídám se, že na první sezení šel se strachem. Později začal cítit mou otevřenost

a zjistil, že ta „psychologie je o něčem úplně jiném“, než jak ji vnímal na začátku a než čekal z filmů („je to lepší... je to klidnější... člověk si může i požalovat“). Prý jsem mu pomohl, jak to šlo krůček po krůčku, vzpomíná na první rady („tak se seberte a běžte běhat“). Má za to, že mu pomohla hypnóza („možná mě to subjektivně drželo nad vodou“) a hodně mu pomohlo mé sdělení „a to Vám říkám, vyserte se na to“. Vnímal, že to bylo takové spontánní a od srdce, což se mu líbilo. Taky oceňuje pohodový přístup, a že jsem respektoval jeho výlevy, což obdivuje. Já vyjadřuji obdiv k jeho odhodlanosti pracovat na změnách, což ho těší. Přisuzuje mi zásluhy za to, že jsem mu pomohl vyřešit obtíže s agresí.

Zajímá mě i to, co jsem mohl dělat lépe. Napadá ho jen počáteční poznávání, kdy ve mně vnímal podezřívavost a obavy, to mi ale prý nemůže mít za zlé. Jednalo se údajně spíš jeho myšlenkové pochody a nemá mi prý co vytknout.

V závěru se ptá, zda se na mě v případě potřeby může obrátit. Souhlasím, a dodávám, že věřím, že to nebude třeba.

## ZÁVĚREM

Po měsíci jsem Michalovi poslal dotazník o významných aspektech terapie, protože mě zajímalo, jak ji vnímá s odstupem a jak se mu daří.

Dozvídám se, že byl přijat na školu a těší se, že po 16 letech půjde studovat. V práci bude přebírat linku od kolegy. Věnuje se dceři, práci a rodině, chystají se na dovolenou. Nikdy prý nezapomene na má slova, ať neřeší myšlenky druhých (pravdy): „Tak se na to vyserte!“ Znělo mu to a utvrdilo ho to, že mu radí úplně obyčejný člověk a taky žije. Došel k poznání, že nemá smysl

řešit druhé lidi, stačí si je vyslechnout, říct jen to, co musí, a nepřesvědčovat.

Z dotazníku vyplývá, že zpětně vnímá, že se naučil korigovat impulzivitu a „nevztekat se“. Od doby, co ukončil terapii, si začal víc všimnout lidí kolem sebe, toho jak se chovají a proč. Snaží se hledat odpovědi. Terapie mu utvrdila myšlenky o tom, co se děje kolem něj. Snaží se díky terapii víc chápat subjektivní myšlenky druhých. Z terapie si odnesl i nechuť pít alkohol. Neví přesně, jak se to podařilo, ale určitě pomohlo z každého něco – terapie, hypnóza, vysvětlování určitých věcí se mnou, možná i prášky na uklidnění od psychiatra ze začátku. Zpětně terapii hodnotí jako maximálně nápo-mocnou.

V závěru mailu se ptá, zda by se na mě mohl obrátit, kdyby měl nějaké otázky. Odpovídám mu, že jsem přesvědčen, že si poradí sám a že možná ví víc, než si myslí. To byla moje poslední intervence a utvrzení, které jsem Michalovi dal.

Z mého pohledu byla významným prvkem terapie výše důvěry, se kterou Michal přicházel. Až při zpětné rekapitulaci a procházení nahrávek ze sezení jsem si plněji uvědomil Michalovy počáteční obavy, že mu přidělím nějakou diagnózu. Myslím, že tyto obavy postupně klesaly, jak se prohluboval náš vztah, až se Michal na 5. sezení osmělil a sám se na diagnózu zeptal. Má reakce vycházela z mého terapeutického nastavení, v rámci kterého se snažím o zmocňování a zkompetentňování klientů a hledání diagnózy bych zde vnímal jako krok opačným směrem. Pokud se mám zamyslet nad tím, co jsem považoval v terapii za užitečné či léčivé, především mi běží hlavou

Michalova pracovitost a odvaha dělat změny. Netroufám si tvrdit, že zrovna hypnóza byla klíčovým terapeutickým nástrojem a umím si představit, že by naše spolupráce mohla mít dobrý výsledek i bez ní. Na druhou stranu mám za to, že Michalovi umožnila nebo alespoň usnadnila dovolit si představit možnosti změn, které by možná jinak zůstaly skryté.

*Prohlašuji, že předkládaný text vznikl bez konfliktu zájmů.*

#### POUŽITÁ LITERATURA

- Beletsis, Ch. J. (1985). An Ericksonian approach in the Treatment of Alcoholism. In J. Zeig, (Eds.), *Ericksonian psychotherapy: vol. II, Clinical applications*, (pp. 359–372). New York: Brunner/Mazel Publishers.
- De Shazer, S. (2017). *Klíče k řešení v krátké terapii*. Praha: Portál.
- Kratochvíl, S. (2009). *Klinická hypnóza*. Praha: Grada.
- Martin, M., & O'Hanlon, W. H. (1992). *Solution-oriented Hypnosis: An Ericksonian Approach*. New York: W. W. Norton & Company.
- O'Hanlon, B. (2009). *A guide to trance/land: A practical handbook of Ericksonian and solution-oriented hypnosis*. New York: W. W. Norton & Company.
- Zatloukal, L. (2011). Práce s „podvědomím“ v (hypno)terapii zaměřené na řešení představená na příkladu z praxe. *Psychoterapie*, 5(1), 26–40.
- Zatloukal, L., & Žákovský, D. (2016). Dvě lekce ze zahradnického umění – využití metafor v terapii zaměřené na řešení. *Psychoterapie*, 10(1), 51–63.

*Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 7. 12. 2018. Revidované znění došlo 3. 3. 2019, k publikaci přijato 4. 3. 2019.*

# PROPOJENÍ VÝZNAMNÝCH MOMENTŮ S TERAPEUTICKOU ZMĚNOU: PŘÍPADOVÁ STUDIE

## Connecting significant moments to the therapeutic change: a case study

**Karolína Vodičková, Tomáš Řiháček**

*Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, Brno, CZ;  
cajac@seznam.cz; tomas.rihacek@gmail.com*

*Psychoterapie. 13 (1), 52–65; ISSN 1802-3983*

### ABSTRAKT

V této případové studii aplikujeme tzv. paradigma významných momentů na výzkum psychotherapeutického procesu. Cílem studie je identifikovat a objasnit možné souvislosti mezi klientkou identifikovanými významnými momenty a celkovou změnou v terapii. Klientkou je 27letá žena trpící depresivními příznaky, která absolvovala 20 individuálních terapeutických sezení během období šesti měsíců. Data byla sbírána pomocí kombinace dotazníkových a kvalitativních metod a byla zpracována metodou abduktivní analýzy. Terapii lze na základě kvalitativních i kvantitativních ukazatelů hodnotit jako úspěšnou. Identifikovali jsme sedm kategorií zachycujících souvislosti mezi významnými momenty a terapeutickou změnou a ukázali jsme tak, že proces řešení klientčiny potíží lze s významnými momenty zřetelně propojit.

*Klíčová slova:* případová studie, významné momenty, mechanismy terapeutické změny, abdukce

### ABSTRACT

In this case study we applied the so-called significant moments paradigm to the research of a psychotherapeutic process. The aim of the study was to identify

and clarify possible relationships between client-identified significant moments and the overall therapeutic change. The client was a 27-year-old female suffering from depressive symptoms who had undergone 20 sessions of individual psychotherapy over a six-month period. The data was collected using a combination of questionnaire and qualitative methods and was analyzed using the method of abductive analysis. Based on qualitative and quantitative indicators, the therapy can be evaluated as successful. We identified seven categories capturing the links between significant moments and the therapeutic change. Thereby, we have shown that the process of solving client problems can be clearly linked with significant moments.

*Key words:* case study, significant moments, mechanisms of therapeutic change, abduction

Jedním z přístupů ke zkoumání psychotherapeutického procesu je tzv. paradigma významných momentů. Tento přístup vychází z předpokladu, že v terapeutickém procesu existují momenty či události, které mají z hlediska terapeutické změny větší váhu než jiné (Timuřák, 2007, 2010). Tyto události lze identifikovat různými způsoby,

například z perspektivy klienta, z perspektivy terapeuta či pomocí kódovacího nástroje vycházejícího z určité teorie. Může se přitom jednat jak o momenty nápomocné (*helpful*), tak i zatěžující (*hindering*). V této studii se budeme zabývat pouze významnými momenty, které identifikuje sám klient – s vědomím limitů, které toto rozhodnutí s sebou nese (např. klient si nemusí být vědom všech podstatných souvislostí, některé klíčové momenty nemusí rozpoznat, jiné naopak může nadhodnotit). Spolu s Cummingsem et al. (1994) přitom předpokládáme, že momenty, které sám klient identifikuje jako klíčové, mají potenciál zachytit klientovo prožívání celé terapie, jeho vnímání terapeutického procesu a jeho pohled na terapeutickou změnu.

Existuje řada výzkumů vycházejících z paradigmatu významných událostí. Některé se soustředily na vytváření taxonomie významných momentů (např. Elliott, 1985; Timulák, 2007). Timulák (2007) například na základě metaanalýzy sedmi kvalitativních studií popsal celkem devět obecných kategorií významných událostí popisovaných z pohledu klientů. Jsou jimi (1) uvědomění/vhled/porozumění sobě samému, (2) změna chování/vyřešení problému, (3) zplnomocnění, (4) úleva, (5) prozkoumávání pocitů/emočního prožívání, (6) pocit, že terapeut klientovi rozumí, (7) angažovanost klienta, (8) ujištění/podpora/bezpečí a (9) osobní kontakt. Jiné studie zkoumaly procesy související se zpracováním a zapamatováním významných momentů (např. Martin a Stelmaczonek, 1988; Martin et al., 1990), další se zabývaly podrobnějším popisem a kategorizací aspektů jen některého z mnoha typů momentů (např. momenty vhledu, Timulák a McElvaney,



**Karolína  
Vodičková**

**Má bakalářské vzdělání psychologie v Praze na FF UK a navazující magisterské v Brně na FSS, současně je ve výcviku integrativní psychoterapie INSTEP. Po škole nastoupila jako terapeut pro osoby se závislostí.**

2013). Jiné blíže zkoumaly kvality těchto momentů, jako je např. vztahová hloubka (Wiggins et al., 2012) nebo míra shody v identifikaci významných momentů mezi klientem a terapeutem (např. Kivlighan a Arthur, 2000; Levitt a Piazza-Bonin, 2011). Některé studie si kladly otázku, zda existuje vztah mezi významnými momenty a celkovými výsledky terapie. Pivolusková et al. (2017) ve své přehledové studii dospěli k závěru, že vztah mezi konkrétními typy významných událostí a výsledky terapie zatím nebyl spolehlivě prokázán. Ukazuje se však, že míra shody mezi klientem a terapeutem v identifikovaných událostech je pozitivně spojena s výsledkem terapie.

Několik studií dokládá, že momenty označené klientem jako významné se skutečně v mnoha aspektech liší od jiných (kontrolních) momentů: klienti se v nich častěji zaměřovali na své obtíže a projevovali vyšší emoční aktivaci a hlubší prožívání (Holowaty a Paivio, 2012), vykazovali větší

hloubku zpracovávání informací a větší elaboraci obsahu a byli schopni si jejich obsah pamatovat s větší přesností než u kontrolních momentů (Martin & Stelmaczonek, 1988; Martin et al., 1990). Tyto studie podporují předpoklad, že významné momenty jsou pro terapeutickou změnu klíčové a že si zasluhují větší pozornost výzkumníků.

Pouze několik málo studií se doposud pokusilo odpovědět na otázku, zda lze v sérii významných momentů vysledovat proces řešení klientových obtíží (Cummings et al., 1994; Holowaty a Paivio, 2012; Timulák et al., 2010). Všechny se shodují na tom, že v popisu významných momentů je jasně vysledovatelný vývoj řešení klientových obtíží a že tyto momenty mají zřetelnou souvislost s celkovou změnou, kterou klient pocituje v závěru terapie. Zatímco dosavadní studie se soustředily zejména na otázku, zda lze souvislosti mezi významnými momenty a celkovými změnami vysledovat, opomíjena zatím byla otázka, jak spolu tyto momenty a celková změna souvisejí. Právě odpověď na tuto otázku hledá, na konkrétním případě individuální terapie klientky s depresivními potížemi, tato studie.

Významné momenty bývají ve výzkumných studiích obvykle zachycovány pomocí krátkého dotazníku, jako je např. *Helpful Aspects of Therapy* (Llewelyn, 1988), administrovaného po každém sezení, případně pomocí polostrukturovaného rozhovoru, jako je např. *Client Change Interview* (Elliot a Rodgers, 2008), prováděného retrospektivně po skončení celé terapie. Zatímco první způsob umožňuje sbírat data bezprostředně po proběhlém sezení, druhý způsob poskytuje možnost zachytit význam jednotlivých událostí s odstupem a v širším

kontextu. Oba způsoby mají své přednosti a svá omezení. V naší studii kombinujeme oba způsoby.

#### METODA STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA PŘÍPADU

Klientkou je 27letá vysokoškolsky vzdělaná, svobodná žena, žijící ve větším městě, ve společné domácnosti s přítelem, toho času nezaměstnaná. Své potíže před terapií formulovala jako dlouhodobou nespokojenost sama se sebou, pocit méněcennosti spojený s neschopností realizovat se, stát na vlastních nohách a rozhodovat se, nízká sebedůvěra, pocity nejistoty a snadná ovlivnitelnost cizími názory, pocity stresu, beznaděje ohledně budoucnosti, a strachu ze selhání, lítost spojenou s plačtivostí, úbytek energie a entuziasmu přisuzovaný vlastní neschopnosti, roztěkanost a neschopnost se soustředit, pocit vnitřního chaosu, potíže se spánkem, bušení srdce a jinou fyzickou nepohodu ve stresových situacích. Kromě těchto obtíží klientka jako důvod vyhledání psychoterapeutické pomoci uvedla potřebu vypořádat se s traumaty z minulosti a problematiku rodiny, v níž figurovalo násilí, alkoholismus, duševní problémy, a komunikační potíže, jako je např. manipulace. Celkově lze problematiku klientky charakterizovat jako neurotické potíže posílené obdobím životní krize. Klientka nikdy dříve nevyhledala psychologickou či terapeutickou péči a v době bezprostředně před terapií ani během terapie neužívala žádné léky. Krátce před prvním sezením klientka zjistila, že je se svým přítelem těhotná, a přes velké pochybnosti artikulované hned na prvním sezení se rozhodla si dítě nechat. Z pohledu terapeuta ovlivnilo

těhotenství průběh terapie zejména v tom, že „vyostřilo“ některá témata v životě klientky (budoucnost partnerského vztahu, vztahy s primární rodinou, přechod do nové vývojové fáze spojené s novou rolí) a přispělo také k většímu zaměření terapie na pragmatické řešení konkrétních otázek.

Terapeutem byl 37letý muž, klinický psycholog a psychoterapeut s výcvikem v Gestalt terapii, s 13letou psychologickou praxí a 5letou praxí psychoterapeutickou. Terapie sestávala z 20 sezení a trvala 6 měsíců. Terapie byla v této délce hrazena z výzkumného grantu a byla tedy pro klientku bezplatná. Hranice dvaceti sezení byla předem stanovena v rámci výzkumného projektu a klientka byla informována, že případné pokračování terapie bude záviset na její dohodě s terapeutem a nebude již dále předmětem zkoumání.

## NÁSTROJE

Helpful Aspects of Therapy (HAT, Llewelyn, 1988) je dotazník, v němž klient bezprostředně po sezení popisuje události, jež během sezení vnímal jako nápomocné, či naopak brzdící. Dotazník obsahuje celkem pět otázek, které klienta žádají, aby (1) popsal obsah události, (2) vyjádřil, čím pro něj byla významná a co si z ní odnesl, (3) ohodnotil na číselné škále míru její nápomocnosti či naopak rušivosti, (4) zachytil, kdy v průběhu sezení se tato událost zhruba objevila a (5) jak dlouho přibližně trvala. Klientka mohla popsat i několik událostí vztahujících se k jednomu sezení.

Interpersonal Process Recall (IPR, Elliott, 1986) je polostrukturovaný rozhovor vedený s klientem nad nahrávkou právě proběhlého terapeutického sezení. Klient-

ka v přítomnosti výzkumníka sledovala nahrávku a dostala instrukci zastavit přehrávání pokaždé, kdy se podle ní na sezení dělo něco důležitého. Otázky výzkumníka byly zaměřeny na prozkoumání myšlenek a prožívání klientky v těchto momentech.

Client Change Interview (CCI, Elliott a Rodgers, 2008) je polostrukturovaný retrospektivní rozhovor, v němž je klient (obvykle po ukončení terapie) dotazován na změny, které u něj nastaly, na to, čemu sám tyto změny přisuzuje, a také na celkovou zkušenost s terapeutickým procesem.

Patient Health Questionnaire (PHQ-9, Kroenke et al., 2001) je devítipoložkový sebesposuzovací dotazník určený pro screening deprese. Hraniční skór pro usuzování na přítomnost deprese se dle nedávné metaanalýzy pohybuje v rozmezí 8–11 bodů (Manea et al., 2012), index statisticky spolehlivé změny pro českou verzi dotazníku je 6 (Daňsová, Masopustová, Hanáčková, Kicková, & Korábová, 2016).

Personal Questionnaire (PQ, Elliott et al., 1999) je individualizovaný sebesposuzovací dotazník vytvářený ve spolupráci s klientem, který slouží ke sledování průběhu změny v konkrétních obtížích klienta. Klient pak v dotazníku na sedmibodové škále vyjadřuje, jak moc jej jednotlivé potíže trápily během posledních sedmi dní. Zprůměrováním položek vznikne celkový skór. Klinický hraniční skór je 3,25 a index statisticky spolehlivé změny je 1,67 (Elliott et al., 2016).

## SBĚR DAT

Data byla sbírána v rámci dvou projektů specifického výzkumu zaměřeného na psychoterapii lidí trpících mírnou až

středně závažnou formou depresivní symptomatologie, které probíhaly na Fakultě sociálních studií MU (MUNI/A/1160/2014 a MUNI/A/1007/2015). Klientka i terapeut do projektu vstoupili na základě inzerátu. Oba podepsali formulář informovaného souhlasu s účastí v tomto výzkumném projektu. Projekt byl schválen Etickou komisí pro výzkum MU (ref. č. EKV-2016-005).

Před zahájením psychoterapie se odehrál vstupní pohovor s klientkou, v jehož rámci byl administrován dotazník PHQ-9 pro ověření úrovně depresivních potíží, byla zmapována její očekávání od terapie a byly vytvořeny položky pro dotazník PQ. Psychoterapeutická sezení se konala v konzultační místnosti Fakulty sociálních studií MU a trvala přibližně 50 minut. Ze všech sezení byl pořízen videozáznam, který byl následně přepsán do textové podoby. Před každým sezením klientka vyplnila dotazník PQ a po každém sezení dotazník HAT. Po čtyřech vybraných sezeních (č. 3, 8, 13 a 18) následoval rozhovor IPR. Tato sezení byla vybrána předem, bez ohledu na jejich obsah, s rovnoměrnými rozestupy, aby reprezentovala různé fáze terapeutického procesu. Po 20. sezení proběhl rozhovor CCI a závěrečná administrace dotazníku PHQ-9. Také tyto rozhovory byly nahrány a přepsány do textové podoby. Terapeut i klientka kromě toho vyplňovali ještě několik dalších dotazníků, s nimiž v této studii nepracujeme (CORE-OM, SCL-90, SEQ, SRS, WAI-SR).

#### ANALÝZA DAT

Aby bylo možné odpovědět na výzkumnou otázku, bylo postupně potřeba provést tři dílčí analýzy. Cílem první z nich bylo získat zhuštěný popis momentů identifikovaných

klientkou jako významné. Cílem druhé bylo identifikovat oblasti, v nichž podle klientky nastala změna. Cílem třetí, ústřední analýzy, pak bylo hledat propojení mezi významnými momenty a výslednou změnou.

(1) Obsah významných momentů. Zdrojem dat o významných momentech byly především dotazníky HAT a rozhovory IPR, v nichž klientka významné momenty identifikovala a popsala. Pro přiblížení obsahu i širšího kontextu těchto momentů byly jako doplňkový zdroj dat využity též přepisy sezení. U každého momentu jsme si kladli otázku: „Co se v daném momentu dělo a čím/proč to bylo pro klientku důležité?“ Na základě opakovaného čtení dostupných dat jsme potom formulovali pracovní název momentu a jeho zhuštěný popis (Rennie, Phillips a Quartaro, 1998), podobně jako v následujícím příkladu:

**HRANICE MAJÍ SMYSL:** Klientka na sezení mluví o tom, že by chtěla mít v rodině harmonické vztahy, ale že to asi úplně není možné, když se nesnaží ti druzí, ale jen ona. Terapeut na to reaguje tím, že možná ten nejlepší krok k harmonii, který klientka může udělat, je agresivně a sebejistě si vymezit hranice (zdroj: přepis sezení). Klientka v momentu cítila důraznou podporu od terapeuta ve stanovení a neustupování z vlastních hranic v kontextu svojí rodiny, kterou pro sebe vnímala jako velice důležitou. Uvědomila si, že pokud se snaží harmonizovat vztah přizpůsobivostí, může to pro ni být nebezpečné. Stanovení vlastních hranic tedy vnímá jako nutné, protože se tím sama chrání (zdroj: HAT).

Tímto způsobem jsme získali popis 32 významných momentů, z nichž 19 pocházelo z dotazníků HAT a 13 z rozhovorů IPR.



(2) Oblasti terapeutické změny. Hlavním zdrojem dat pro tuto část analýzy byl rozhovor CCI, pro jehož analýzu jsme využili postupů tematické analýzy (Braun a Clarke, 2006). V rozhovoru jsme identifikovali pasá-



**Tomáš  
Řiháček**

**Je psycholog a psychoterapeut. Působí na Katedře psychologie FSS MU v Brně, kde se zabývá zejména výzkumem psychoterapie. Mimo to má privátní psychoterapeutickou praxi.**

že, v nichž se klientka vyjadřovala ke změně, již v souvislosti s terapií prožívá. Tyto pasáže jsme pak kódovali a kódy třídili podle obsahových souvislostí. Výsledkem této analýzy byl popis sedmi oblastí změny. Jako sekundární zdroj informací o terapeutické změně jsme použili data z dotazníků PQ a PHQ-9.

(3) Propojení významných momentů s terapeutickou změnou. V této části analýzy jsme využívali výsledky obou předcházejících analýz, tedy popis významných událostí a popis oblastí terapeutické změny, a hledali jsme možná propojení mezi nimi. Postupovali jsme přitom metodou abdukce, která je vhodná právě pro případové studie, kde omezený datový soubor neumožňuje plnohodnotné induktivní zobecňování, ani deduktivní testování hypotéz.

Abdukci lze popsat jako konstantní pohyb mezi daty a teoriemi či koncepty, jež pro ně nabízejí vysvětlení. Na rozdíl od induktivní metody si pro porozumění jevům zachyceným v datech bere na pomoc existující teorie, oproti deduktivní metodě je však orientována na porozumění zkoumanému jevu, nikoli na testování předem stanovené hypotézy. Klíčovým problémem abdukce je, které z mnoha nabízejících se vysvětlení přijmeme jako nejvýstižnější či nejvíce pravděpodobné, neboť je zřejmé, že na každý jev lze nahlížet z více různých perspektiv (Tavory a Timmermans, 2014). V našem případě jsme ve snaze porozumět procesům změny primárně vycházeli z literatury popisující tzv. společné účinné faktory a obecné principy terapeutické změny (Goldfried, 1980; Grençavage a Norcross, 1990; Lampropoulos, 2001; Grawe, 2004; Lambert a Ogles, 2004; Cooper, 2008; Tschacher et al., 2014). Při zvažování, který koncept je pro zachycení daného momentu a jeho role v procesu terapeutické změny nejvhodnější, jsme brali v úvahu nejen moment samotný, ale celkový kontext terapeutického případu.

V této fázi analýzy jsme pro každý z identifikovaných významných momentů hledali odpověď na otázku: „Jakou lze najít souvislost mezi významným momentem a výsledky terapie?“ Opírali jsme se přitom o různé druhy evidence, které jsme v jednotlivých případech různě kombinovali: (a) klientka explicitně uvedla, že vnímá souvislosti mezi určitým momentem a výsledkem terapie, (b) významný moment a výsledná změna spolu souvisely obsahově, tematicky, (c) významný moment a výsledek terapie bylo možno propojit na základě v literatuře popsaného procesu terapeutické změny nebo na základě logické úvahy. Tímto způsobem

vznikala propojení, která měla podobu: významný moment → vysvětlení souvislosti (navrhovaný proces změny) → konkrétní změna popisovaná na konci terapie. V několika případech se stalo, že konkrétní moment bylo možno propojit s více oblastmi změn; v takovém případě jsme každou souvislosti popsali samostatně. Takto na základě původních 32 momentů vznikl popis celkem 40 různých souvislostí.

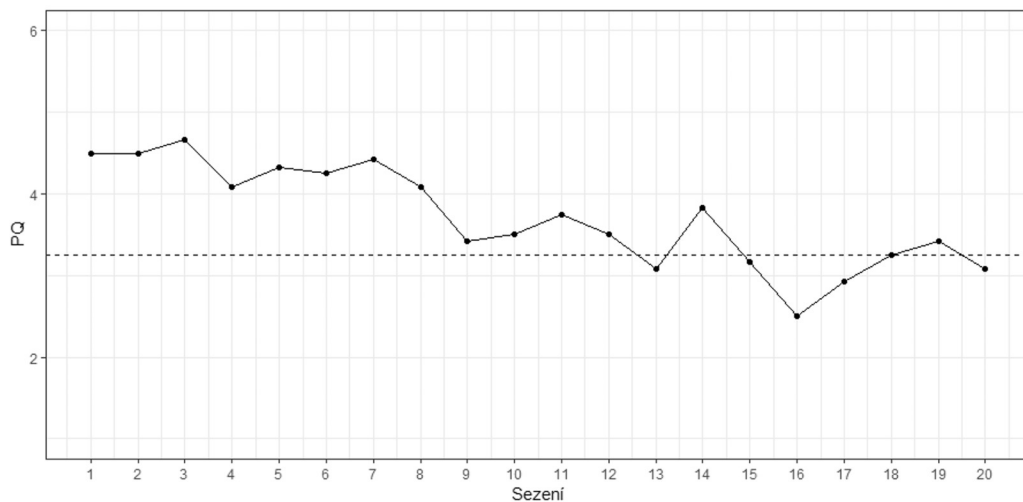
Jakmile jsme tímto způsobem zpracovali všechny významné momenty, přikročili jsme k poslední fázi analýzy, jíž bylo sdružení těchto vysvětlení do obecnějších kategorií vysvětlujících terapeutickou změnu u klientky. Analýza se opírala o metodu neustálého porovnávání (Bocije, 2002; Glaser a Strauss, 1967). Tyto kategorie tvoří kostru

výsledků. Podrobnější popis výzkumného procesu je dostupný in Citavá (2018). Analýzu dat prováděla první autorka pod supervizí druhého autora. Analýza oblastí terapeutické změny byla navíc validizována nezávislou analýzou provedenou další posuzovatelkou.

## VÝSLEDKY SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ TERAPIE

V dotazníku PHQ-9 zjišťujícím míru depresivních příznaků se klientka posunula z hodnoty 14 před terapií na hodnotu 6 po terapii, což lze interpretovat jako klinicky signifikantní a statisticky spolehlivou změnu. Také v individualizovaném, průběžně administrovaném dotazníku PQ<sup>1</sup> klientka vykazovala stabilní pokles potíží (viz obr. 1),

Obrázek 1. Vývoj skóre PQ v průběhu terapie. Nižší skóre znamená nižší míru potíží. Přerušovaná linka vyznačuje orientační hranici mezi klinickou a neklinickou populací (Elliott et al., 2016).



<sup>1</sup> Položky dotazníku PQ formulované společně s klientkou: 1. Cítím se méněcenná – nedaří se mi se realizovat, 2. Pociťuji strach ze selhání, 3. Mám obavu, že nedovedu činit správná rozhodnutí, 4. Mám pocit vnitřního chaosu, 5. Názory jiných na mě mají příliš velký vliv, 6. Jsem finančně závislá

na druhých, 7. Mám pocety beznaděje v souvislosti s budoucností, 8. Nevím, co chci v partnerském životě, 9. Dělán chyby kvůli roztěkanosti, 10. Mám často lítostivé pocety a brečím, 11. Pociť fyzické nepohody ve stresových situacích, 12. Probouzím se brzo a pak nemůžu usnout.

ačkoli změnu z počátečního skóru 4,50 na výsledný skór 3,08 nelze označit za statisticky spolehlivou.

V závěrečném rozhovoru CCI popsala klientka následující oblasti změn: „méně se kritizuju a víc si vážím sama sebe“, „více sama sobě naslouchám a nenechám se už tolik ovlivňovat druhými lidmi, díky tomu mám menší pocit vnitřního chaosu“, „menší obava, že nedovedu činit správná rozhodnutí“, „méně na sebe tlačím, což souvisí s představami, co bych měla, také s menšími pocity viny“, „umím více pracovat se strachem, nedůvěrou a nejistotou“, „mám větší důvěru v sebe i v život“ a „netužím před negativními emocemi“.

Shrneme-li tyto údaje, můžeme bez větších pochybností konstatovat, že šlo o úspěšnou terapii. V následujícím textu popisujeme kategorie, které vzešly z třetí fáze analýzy a popisují propojení mezi významnými momenty a výsledky terapie. Kvalitativní analýza přinesla sedm různých obsáhlých kategorií, které seskupují celkem 40 nalezených souvislostí mezi významnými momenty v terapii a zažívanou terapeutickou změnou. U jednotlivých příkladů pomocí odkazů v závorkách vyznačujeme zdroj dat. Například HAT, 11/18 označuje data pocházející z formuláře HAT, z 11. sezení a 18. popsaného momentu.

### ***Uvědomění o svých tendencích a vzorcích chování (n = 13)***

V těchto momentech si klientka uvědomovala své typické reakce v situacích, které vnímala jako problematické. Jednalo se o zaběhnuté vzorce myšlení a chování, které klientka v daném momentu začala vnímat jako obtěžující či zraňující. Při rozhovoru o alkoholismu svého partnera si například

začala uvědomovat tendenci potlačovat své potřeby ve prospěch druhých a s tím související riziko, že včas nerozpozná varovné signály. Po skončení terapie pak popsala, že dokáže sama sobě více naslouchat a nenechá se tolik ovlivňovat druhými lidmi (HAT, 11/18).

Jiným příkladem je moment, kdy si klientka začala všimnout probíhajícího rozporu mezi svou potřebou nemluvit a vnitřním tlakem k tomu, aby něco řekla: „*jakože si vlastně už trochu uvědomuju, že o tom vlastně moc mluvit nechcu, ale zároveň furt jako si to tam cpu jo*“ (IPR, 8/10). Tento moment lze spojit s výsledkem terapie popsaným slovy „méně na sebe tlačím, mám menší pocity viny“. Získání náhledu na své vzorce chování či prožívání je obecně považováno za faktor terapeutické změny, neboť nové porozumění zvyšuje vnímanou svobodu klientky reagovat v budoucnosti na podobné situace jiným způsobem a může též zvyšovat motivaci klientky věnovat se danému problému namísto jeho dosavadního přehlížení (Grawe, 2004).

### ***Zkoušení nové dovednosti (n = 10)***

Momentům v této kategorii je společné, že klientka se během nich snažila reagovat v určitých situacích odlišně, než pro ni bylo typické. Ve většině případů jí nově vyzkoušená reakce přinesla pozitivní prožitek a také zážitek vlastního úspěchu, případně pocit kontroly nad problémem. Klientka například popsala, že poté, co si začala uvědomovat tlak, který si sama na sebe vytvářela během mlčících pauz na sezení, si dopřála prostor zůstat se svými emocemi. V návaznosti na to zažila, jak se její pocit frustrace mění v lítost (HAT, 9/15). I tento moment lze propojit s celkovou změnou

směrem k lepšímu naslouchání sobě samé, s menším vyhýbáním se negativním emocím a tlakem na sebe a také se schopností nenechat se tolik ovlivňovat druhými lidmi.

O některých momentech v této kategorii je možno uvažovat jako o korektivní zkušenosti, jako například v následujícím úryvku: „*i když na sebe netlačím a netrestám se za to, mohu se mít dobře a nekritizovat se*“ (IPR, 8/14). V některých momentech klientka zakusila díky úspěšnému testování nového chování pocit vlastního úspěchu a s tím spojené pocity vlastní účinnosti a kontroly nad problémem, jako např. zde: „*uvědomila jsem si, že eh, vlastně se jako poměrně snadno dovedu zklidnit stejně, jak se dovedu rozlítit, což bylo jako docela dobrý zjištění*“ (IPR, 18/25). V souvislosti s některými momenty klientka popisovala povzbuzení naděje na trvalejší změnu a odnášela si návod, jak se sebou v budoucnu pracovat. Také zkoušení nové dovednosti je možné považovat za obecný faktor terapeutické změny. Pokud klient zkouší nové chování, v určitém smyslu změnu již přímo provádí (Lampropoulos, 2001; Grencauge & Norcross, 1990). Je-li použití nového chování spojeno s pozitivním prožitkem, lze předpokládat posílení takové reakce, a tedy větší pravděpodobnost jejího použití i v budoucnosti.

### **Normalizace (n = 5)**

V těchto momentech klientka získávala pocit, že některé její zkušenosti jsou normální a běžné a díky tomu je začala snáze přijímat. Jednalo se o pocity, které jí do té doby připadaly nepatřičné, jako například cítit se nejistě v důležitých životních rozhodnutích: „*že to jakoby člověku pak nepřipadá uhm, takový víc, jakože to proží-*

*vali všichni [smích] lidi jo*“ (IPR, 13/19). Jednalo se také o získání pocitu, že má právo na určité chování, které si do té doby nedovolila, jako například postavit se za sebe a své potřeby ve chvíli, kdy se cítí být okolím využívána (IPR, 6/8). Některé tyto momenty pak implikovaly další změny, jako třeba v případě, kdy přijetí faktu, že se nelze připravit na všechny možné scénáře, klientce umožnilo méně nad různými situacemi přemýšlet a předjímat možné budoucí problémy (zhuštěný popis, 18/29).

V řadě těchto momentů klientka v souvislosti s normalizací referovala o úlevě, uklidnění, větší jistotě a také pocitu menší izolovanosti v problémech: „*úleva, že v tom člověk fakt jako není sám, že si jako tak nějak potvrdí (...)* je to takový najednou jako příjemnější, fakt si uvědomím víc, že to prožívají všichni“ (moment 13/19, úryvek z IPR). Normalizace tak klientce nejen pomáhala přijmout problematickou zkušenost, což je účinným terapeutickým faktorem samo o sobě (Tschacher et al., 2014), ale mohla přispět ke snížení pocitu izolace, což často vede k většímu odhodlání vystavovat se problematickým situacím a pokoušet se o jejich úspěšné vyřešení (Lambert a Ogles, 2004).

### **Reflektování pokroku (n = 4)**

V této skupině momentů si klientka, ať již na základě zpětné vazby od terapeuta, nebo na základě vlastní úvahy, uvědomovala svůj pokrok v některém ze svých témat. Toto uvědomění klientce přinášelo radost až nadšení, například když reflektovala „*velice příjemné sezení bilancující můj vývoj v rámci terapie*“ (HAT, 10/17) nebo když poznávala, že „*řídít se tělem a ne rozumem je opravdu neskutečně úžasné a nové*“ (HAT,

16/22). Nová uvědomění získávaná v těchto momentech se vztahují k prožitku změny. Zážitek změny, pocit zvládnutí, je považován za účinný terapeutický faktor, který jednak poskytuje pocit kontroly nad vlastním životem (Lampropoulos, 2001; Wampold, 2012) a jednak podporuje další pozitivní očekávání od terapeutické práce (Cooper, 2008; Grençavage & Norcross, 1990).

### **Internalizace důvěry (n = 3)**

Těmto momentům je společné, že v nich terapeut vyjadřoval důvěru v klientku v oblastech, v nichž si sama nevěřila (např. porod, soběstačnost). Klientka v těchto momentech reagovala přejímáním (internalizací) terapeutovy důvěry, i když ve dvou z těchto třech momentů se nejprve cítila zaskočená a reagovala překvapením: „*jak říkal terapeut, že jako necítí žádnou obavu o mně jako, což je (...) takovej ten podpůrnnej okamžik, kterej, mě teda většinou zase překvapí, je to zase klasika. (...) a pak jako takový to přijetí toho a uklidnění se, (...) to člověku dodá trochu jako odvahy (...) nárůst důvěry trochu v sebe*“ (IPR, 18/30). Jako bezprostřední důsledek těchto momentů klientka pojmenovala ujištění o vlastní schopnosti, pocit odvahy, vyšší sebedůvěru, pocit stabilizace, uklidnění a zmírnění nejistoty.

„Sebedůvěra a důvěra v život“ je jedna z oblastí změn, které klientka pojmenovává po skončení terapie. U momentů v této kategorii lze tedy vysledovat jejich přímou souvislost s celkovou terapeutickou změnou.

### **Pocit propojení, sdílení, porozumění a naslouchání (n = 3)**

Momentům v této kategorii je společné, že v nich klientka vnímala propojení s tera-

peutem – jeho podporu, naslouchání a intenzivní pocit porozumění: „*Asi jen intenzivní pocit porozumění a naslouchání ze strany terapeuta*“ (HAT, 9/16). Tyto pocity naznačují, že klíčová v těchto momentech byla terapeutova empatie. Ta byla popsána již Rogersem (1957) jako jedna ze základních podmínek terapeutické změny a odkazuje k „lidské“ dimenzi psychoterapie založené na zakoušené mezilidské blízkosti (Řiháček a Roubal, 2018) a vzájemné propojenosti (Wampold, 2012).

### **Pocit povzbuzení k jednání (n = 2)**

Oběma momentům v této kategorii je společné, že v nich klientka cítila od terapeuta povzbuzení a podporu k jednání. Terapeut v nich klientku důrazně podporoval například k projevování hněvu a prosazování svých potřeb i přes možnou nevoli ostatních: „*terapeutův postoj k popisované situaci mě nakopl k tomu za sebe bojovat*“ (HAT, 6/8). Důležité zde zřejmě bylo, že terapeut nejen navrhoval nové možnosti jednání (Grençavage a Norcross, 1990; Lampropoulos, 2001), ale působil motivačně, dodával jí odvalu a sílu k činu.

## DISKUZE

Cílem této práce bylo lépe porozumět tomu, jakým způsobem přispívají významné momenty identifikované klientem k celkové změně v terapii. V analýze jsme se proto zaměřili na hledání možných spojitostí mezi významnými momenty a výsledky terapie. Tyto souvislosti jsme roztřídili do sedmi kategorií: Uvědomění o svých tendencích a vzorcích chování, Zkoušení nové reakce, Normalizace, Reflektování pokroku, Internalizace důvěry, Pocit propojení, sdílení, porozumění a naslouchání a Pocit

povzbuzení k jednání. Tyto kategorie dobře korespondují s kategoriemi z Timulákovy (2007) metaanalýzy, byť se s nimi plně nepřekrývají.

Již z názvů našich kategorií je patrné, že vlastně zachycují bezprostřední účinek momentu na klienta (např. určitý druh uvědomění, prožitek či zkušenosti nové reakce), který se tak v naší studii jeví jako primární pojítka mezi konkrétním momentem a celkovou změnou. Elliott (1985) již ve své průkopnické studii o významných momentech vyslovil předpoklad, že existuje příčinná souvislost mezi bezprostředním efektem momentů a celkovou terapeutickou změnou a výsledky naší práce jsou v souladu s touto domněnkou.

Proporční zastoupení našich kategorií se ve srovnání s uvedenými studii liší. Zatímco Elliott (1985), Timulák (2007) i naše výsledky se shodují v tom, že mezi nejčetnější kategorie patří získání nových uvědomění, Elliott (1985) uvádí mezi nejčetnějšími také pocit porozumění, Timulák zase ujištění/podporu/bezpečí; obě kategorie přitom v naší analýze patřily spíše k těm méně zastoupeným, zatímco v popředí bylo zkoušení nových dovedností. Tyto rozdíly jsou však očekávatelné, neboť lze předpokládat, že různí klienti se mohou lišit v tom, který druh momentů pro sebe považují a významný a že též různí terapeuti mohou tyto momenty nabízet v různé míře. Předpokládáme proto, že každý terapeutický případ s sebou nese svou vlastní taxonomii významných momentů.

Postup naší studie se mírně lišil od případové studie Timuláka et al. (2010), která se stala pro náš výzkum inspirací. Timulák et al. nejprve rozřídili momenty dle témat (tj. klientčinych obtíží), která se v nich řešila.

Následně v popisech momentů sledovali postupně řešení těchto klientčinych obtíží. Výhodou tohoto postupu je, že ponechal autorům možnost sledovat návaznost obsahů jednotlivých momentů, a tedy *postupný* proces řešení každého jednotlivého tématu. My jsme naproti tomu nejprve u každého momentu jednotlivě hledali *propojení* s celkovou změnou a teprve poté jsme dle *charakteru* tohoto propojení momenty třídili do kategorií. Výsledky studie Timuláka et al. jsme tak obohatili o zjištění, že spojitost s výsledky terapie je možné nalézt také v každém jednotlivém momentu bez ohledu na jejich pořadí a návaznost. Ukázali jsme tak, že je do jisté míry smysluplné při analýze nakládat s významnými momenty jako se separátními jednotkami. Bez ohledu na logiku třídění přináší obě studie podobné kategorie. Naš výzkum však navíc přináší vysvětlení konkrétních způsobů, jakými mohou významné momenty k výsledkům přispívat.

Naše studie je limitována perspektivou jednoho případu, který neumožňuje zobecnování poznatků induktivním způsobem. Vycházeli jsme namísto toho z abduktivní logiky analýzy, při níž jsme se pomocí již známých konceptů pokusili objasnit terapeutickou změnu ve zkoumaném případě. Silnou stránkou takového přístupu je neustálá konfrontace teoretických úvah s konkrétním klinickým materiálem. Nevýhodou je určitý myšlenkový „pohyb v kruhu“, který neumožňuje překročit hranice známého. Spojitost významných momentů s celkovou změnou jsme často vysvětlovali pomocí obecných mechanismů terapeutické změny – jejich samotná přítomnost však ještě nezaručuje změnu a k dosažení terapeutického efektu může být zapotřebí souhry mnoha dalších faktorů. Například fakt, že klientka

zažije úlevu díky terapeutově poznámce o normálnosti jejích pocitů, ještě automaticky neznamená, že tyto pocity začne v běžném životě sama přijímat – trvalejší změna může například vyžadovat, aby se taková situace v terapii v různých obměnách několikrát *opakovala*, aby klientka byla ochotná terapeutovo ujištění *přijmout*, aby dokázala tuto zkušenost *přenést* do jiných kontextů atd. Velkou výzvou abduktivního přístupu je též množství možných interpretací, které se u každého momentu nabízejí. Snažili jsme se formulovat nejplausibilnější vysvětlení každého momentu a jeho souvislosti s celkovou změnou, jsme si nicméně vědomi toho, že jiný výzkumník by mohl nabídnout jinou perspektivu.

Z naší studie nevypluly obecné hypotézy, které by bylo možno přímočaře ověřovat na jiných případech. Jejím cílem bylo především prozkoumat, zda u konkrétního terapeutického případu lze vysledovat smysluplná propojení mezi významnými momenty a výsledky terapie. Předpokládáme přitom, že v každém jednotlivém případě může být v popředí jiný druh momentů a může mezi nimi panovat jiná souhra. Obecnější vzorce lze začít detekovat ve chvíli, kdy podobných studií bude existovat větší množství a bude možné provést jejich agregaci (např. pomocí některého z přístupů kvalitativní metaanalýzy, viz např. Iwakabe a Gazzola, 2009).

Další omezení spočívá ve faktu, že naše studie vychází výhradně z perspektivy klienta. Jak již bylo řečeno v úvodu, klienti si nemusí být vědomi všech podstatných souvislostí svých potíží ani důležitých nuancí terapeutického procesu. Přesto se domníváme, že má smysl zabývat se perspektivou klientů, neboť díky ní se dozvíme více

o tom, jak klienti terapeutický proces vnímají a prožívají, jak hodnotí různé terapeutovy intervence a jaký „otisk“ v nich psychoterapie zanechává.

Intenzivní sběr výzkumných dat během terapie mohl její průběh ovlivnit. Klientka sama reflektovala, že vnímala zodpovědnost na to, aby vyprodukovala užitečná data, a musela se s ní během terapie vědomě vypořádat. Zároveň vnímala osobní užitečnost písemných reflexí proběhlých sezení. Výzkumný setting mohl průběh a výsledky terapie ovlivnit též dalšími způsoby, o nichž lze pouze hypotetizovat, jako je například zveličení terapeutické změny, sebecenzura apod. (viz např. Elliott, 2002).

Jedním z limitů této studie (podobně jako studie Timuřáka et al., 2010) je také to, že identifikované významné momenty s ničím neporovnává a vystavuje se tak riziku konfirmačního zkreslení. Je možné, že podobné procesy, které jsme identifikovali ve významných momentech, by bylo možné vysledovat i v jiných částech terapeutického procesu, které klientka jako významné neoznačila. Některé studie se toto omezení pokoušejí odstranit tím, že významné momenty porovnávají s kontrolními momenty (např. Holowaty a Paivio, 2010; Martin a Stelmaczonek, 1988; Martin et al., 1990). Takové studie se ovšem nemohou plně opřít o perspektivu klienta, neboť o momentech, které klient *neidentifikoval* jako významné, od něj nemají žádnou zprávu. Další možností by též bylo systematicky porovnávat perspektivu klienta a terapeuta, jako to udělaly např. Levitt a Piazza-Bonin (2011).

#### PODĚKOVÁNÍ

Děkujeme klientce i terapeutovi za možnost sdílet s nimi tímto způsobem proces

terapie. Děkujeme Michalu Čevelíčkoví za pomoc s přípravou dat. Studie vznikla za podpory specifického vysokoškolského výzkumu, projekty č. MUNI/A/1160/2014, MUNI/A/1007/2015 a MUNI/A/1071/2018, kterou poskytlo MŠMT.

## LITERATURA

- Boeije, H. (2002). A purposeful approach to the constant comparative method in the analysis of qualitative interviews. *Quality & Quantity*, 36(4), 391–409.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101.
- Citavá, K. (2018). Spojitost významných momentů s terapeutickou změnou – případová studie terapie klientky s depresivní symptomatikou. Magisterská diplomová práce, Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, Brno. Dostupné na [https://is.muni.cz/th/tw09j/DiplomovaPrace\\_KarolinaCitava.pdf](https://is.muni.cz/th/tw09j/DiplomovaPrace_KarolinaCitava.pdf)
- Cooper, M. (2008). Essential research findings in counselling and psychotherapy: The facts are friendly. London: Sage.
- Cummings, A., Hallberg, E., & Slemon, A. (1994). Templates of client change in short-term counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 464–472.
- Daňsová, P., Masopustová, Z., Hanáčková, V., Kicková, K., & Korábová, I. (2016). Metoda Patient Health Questionnaire-9: česká verze. *Československá psychologie*, 60(5), 468–481.
- Elliott, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 307–322.
- Elliott, R. (1986). Interpersonal Process Recall (IPR) as a psychotherapy process research method. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *Guilford clinical psychology and psychotherapy series. The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 503–527). New York, NY: Guilford Press.
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12(1), 1–21.
- Elliott, R., & Rodgers, B. (2008). *Client Change Interview*. Staženo z <https://drive.google.com/file/d/0B4QhybeF75vseWRYMjIFQ-VFRWIU/edit>
- Elliott, R., Mack, C., & Shapiro, D. (1999). Simplified Personal Questionnaire Procedure. (On-line). Staženo z <http://www.experientialresearchers.org/instruments/elliott/pqprocedure.html>
- Elliott, R., Wagner, J., Sales, C., Rodgers, B., Alves, P., & Café, M. J. (2016). Psychometrics of the Personal Questionnaire: A client-generated outcome measure. *Psychological assessment*, 28(3), 263.
- Glaser, G. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Aldine Publishing Company.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35(11), 991.
- Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Seattle, WA: Hogrefe and Huber.
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors?. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372.
- Holowaty, K.A.M., & Paivio, S.C. (2012). Characteristics of client-identified helpful events in emotion-focused therapy for child abuse trauma. *Psychotherapy research*, 22(1), 56–66.
- Iwakabe, S., & Gazzola, N. (2009). From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy Research*, 19(4–5), 601–611.
- Kivlighan, D. J., & Arthur, E. G. (2000). Convergence in client and counselor recall of important session events. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 79–84.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Research Support. J Gen Intern Med*, 16(9), 606–613.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The



- efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139–193). New York, NY: Wiley.
- Lampropoulos, G. K. (2001). Common processes of change in psychotherapy and seven other social interactions. *British Journal of Guidance and Counselling*, 29(1), 21–33.
- Levitt, H. M., & Piazza-Bonin, E. (2011). Therapists' and clients' significant experiences underlying psychotherapy discourse. *Psychotherapy Research*, 21(1), 70–85.
- Llewellyn, S. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 223–238.
- Manca, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A meta-analysis. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 184(3), E191–E196.
- Martin, J., & Stelmaczonek, K. (1988). Participants' identification and recall of important events in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 35(4), 385–390.
- Martin, J., Paivio, S., & Labadie, D. (1990). Memory-enhancing characteristics of client-recalled important events in cognitive and experiential therapy: Integrating cognitive experimental and therapeutic psychology. *Counselling Psychology Quarterly*, 3(3), 239–256.
- Pivolusková, H., Řiháček, T., Čevelíček, M., & Ukropová, L. (2017). *Are significant events related to psychotherapy outcome?: A review*. Nепublikovaný rukopis.
- Rennie, D. L., Phillips, J. R., & Quartaro, G. K. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology. *Canadian Psychology*, 29(2), 139–150.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- Řiháček, T., & Roubal, J. (2018). Common principles of psychotherapeutic change: Patterns of use. *British Journal of Guidance and Counselling* [online].
- Tavory, I., & Timmermans, S. (2014). *Abductive analysis: Theorizing qualitative research*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Timulák, L. (2007). Identifying core categories of client identified Impact of helpful events in psychotherapy – a qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17, 305–314.
- Timulák, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 421–447.
- Timulák, L., & McElvancey, R. (2013). Qualitative meta-analysis of insight events in psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(2), 131–150.
- Timulák, L., Belicova, A., & Miler, M. (2010). Client identified significant events in a successful therapy case: The link between the significant events and outcome. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(4), 371–386.
- Tschacher, W., Junghan, U. M., & Pfammatter, M. (2014). Towards a taxonomy of common factors in psychotherapy—results of an expert survey. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 82–96.
- Wampold, B. E. (2012). Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy*, 49(4), 445–9.
- Wiggins, S., Elliott, R., & Cooper, M. (2012). The prevalence and characteristics of relational depth events in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 22(2), 139–158.
- Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 10. 2. 2019. Revidované znění došlo 22. 3. 2019, k publikaci přijato 22. 3. 2019.*

## „CÍTIT EMOCE“: VÝZNAMNÉ MOMENTY V PRAGMATICKÉ PŘÍPADOVÉ STUDII Z GESTALT TERAPIE POHLEDEM DISKURZIVNÍ ANALÝZY

**“Feeling emotions” - significant events in pragmatic case study  
of gestalt psychotherapy seen through the lenses of discourse  
analysis**

Leoš Zatloukal<sup>a</sup>, Jan Roubal<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Univerzita Palackého v Olomouci, CMTF, Institut Dalet, Olomouc, CZ; leos.zatloukal@dalet.cz

<sup>b</sup>Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno, CZ;  
jan.roubal.cz@gmail.com

*Psychoterapie. 13 (1), 66–83; ISSN 1802-3983*

### ABSTRAKT:

Text představuje tzv. „pragmatickou případovou studii“ z psychoterapie. Případ zahrnuje 12 terapeutických sezení gestalt terapie, která byla vedena předním představitelem daného přístupu u nás. V rámci případové studie byly detekovány tzv. „významné momenty“ (significant events) posunu z pohledu klienta i terapeuta. Tyto významné momenty posunu byly posléze analyzovány metodou Recursive Frame Analysis (RFA) pro podrobnější zachycení konstruování daného momentu. V textu je prezentován nejvýznamnější moment, na němž se shodl terapeut i klient. včetně doslovného přepisu a zápisu RFA analýzy.

*Klíčová slova:* Pragmatická případová studie, psychoterapie, poradenství, významný moment, Recursive Frame Analysis

### SUMMARY:

This paper presents „pragmatic case study“ of psychotherapy. The case contains twelve gestalt therapy sessions led by leading professional in the field. Significant

events were identified from the client's and therapist's points of view. Those events were analysed using Recursive Frame Analysis (RFA) for capturing the way of co-constructing this event. One significant event is presented in the article with transcription and RFA chart as well.

*Key words:* Pragmatic case study, psychotherapy, counseling, significant event, Recursive Frame Analysis

Role autorů: První autor vytvořil záměr a strategii výzkumu, oba autoři se podíleli na sběru dat, první autor zpracoval analýzu dat a oba autoři se podíleli na tvorbě závěru a schválili konečnou podobu článku.

Bez konfliktu zájmů.

Tento text představuje případovou studii gestalt psychoterapie vedené jedním z autorů (J. R.), kterou druhý z autorů (L. Z.) coby výzkumník zkoumal. Jde o trochu kuriózní, ale nikoli výjimečnou situaci: terapeut v kontextu tohoto případu (J. R.) je v jiných kontextech sám zkušeným výzkumným

pracovníkem, a naopak výzkumník v tomto kontextu (L. Z.) je v jiných kontextech sám terapeutem, navíc vzdělaný v jiném terapeutickém přístupu. V článku představujeme využitou metodologii a na konkrétním příkladu ukazujeme analýzu významného momentu terapie identifikovaného klientem i terapeutem.

## 1. METODOLOGIE VÝZKUMU

V této kapitole se zaměříme na metodologické otázky realizovaného výzkumu, od formulace cílů přes sběr dat až po jejich interpretaci.

### 1.1. Zaměření výzkumu a výzkumná metoda

Cílem prezentovaného výzkumu bylo přispět k odbornému porozumění tomu, jak psychoterapeutický rozhovor ovlivňuje situaci lidí, kteří hledají pomoc se svými obtížemi. Výzkumník se zaměřil na následující **výzkumné otázky**:

- Jaké prvky komunikace v psychoterapeutickém kontextu lze popsat? (zejména v situacích, kdy pravděpodobně dochází k významné pozitivní změně)
- Jak se v rozhovoru „děje“ terapeutická změna?
- Čím terapeut a klient přispívají k terapeutické změně?

Jako výzkumný design výzkumník zvolil **případovou studii**. Pro případové studie je charakteristické zkoumání určitého jevu v jeho běžném kontextu v průběhové (narrativní) podobě, s využitím vícečetných zdrojů dat a cíleným zahrnutím více úhlů pohledu (McLeod, 2010; Stake, 1995; Yin, 2002). V kontextu psychoterapie mají případové studie zvláštní relevanci,

protože „případ“ je pro terapeuty přirozenou jednotkou analýzy (McLeod, 2010). Každý terapeut se však ve své praxi setká jen s omezeným množstvím případů, proto je užitečné čerpat inspiraci z jiných případů od kolegů (zvláště pokud jsou dobře metodologicky zpracované). V neposlední řadě mohou jednotlivé analyzované případy rovněž pomoci porozumět terapeutické změně v reálných podmínkách, čímž tvoří důležité



Leoš  
Zatloukal

**Mgr., Ph.D. et Ph.D.** Je absolventem doktorského studia klinické psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci a sociální práce na Ostravské Univerzitě v Ostravě. Absolvoval komplexní 750h výcvik v systematické psychoterapii, výcviky v hypnoterapii, supervizní a koučovací výcviky a další kurzy a výcviky pod vedením předních tuzemských i zahraničních lektorů. Vyučuje poradenství a terapii a vybrané manažerské dovednosti na Univerzitě Palackého v Olomouci (CMTF) a spolupracuje s několika dalšími vysokými školami (FSS MU, FF MU, Newton College), působí rovněž v soukromé praxi (Olomouc) a v manželské a rodinné poradně (Brno). Je spoluzakladatelem institutu Dalet ([www.dalet.cz](http://www.dalet.cz)), který se zaměřuje na uplatňování přístupu zaměřeného na řešení v různých kontextech (terapie, poradenství, supervize, koučování...), a lektorem komplexního psychoterapeutického výcviku v terapii zaměřené na řešení a dalších výcviků a kurzů.

doplnění ke znáhodňovaným klinickým zkouškám (RCT) využívaným ke zkoumání účinnosti terapie (Fishman, 1999; Fishman, Messer, Edwards, & Dattilio, 2017; Iwakabe & Gazzola, 2009; McLeod, 2010).

Existuje několik typologií případových studií ve výzkumu psychoterapie (Iwakabe & Gazzola, 2009; McLeod, 2010). Jedním z druhů případových studií využívaných ve výzkumu psychoterapie je tzv. „**pragmatická případová studie**“ (Fishman, 1999; Fishman, Messer, Edwards, & Dattilio, 2017; McLeod, 2010). Tato varianta, kterou výzkumník zvolil, nabízí střední rovinu abstrakce (umožňuje jít „za“ jednotlivý případ, ale nemá v první řadě am-

bici vytvářet teorii), má poměrně jasně definovanou formu a zůstává v úzkém kontaktu s praxí (Fishman, 1999; McLeod, 2010).

Výzkum v rámci pragmatické případové studie kombinoval některé další výzkumné designy. Především šlo o zaměření na významné momenty (události) posunu identifikované klienty, terapeutu i výzkumníkem (Elliott, 2010; Elliott & Shapiro, 1992; Timulak, 2007). Tyto významné momenty nabízejí určité „okno“ do procesu změny, protože se předpokládá, že v takovém úseku je nejviditelněji přítomné to, co nejvíce přispívá k účinnosti terapie (Elliott & Shapiro, 1992; McLeod, 2001). Významné momenty

Obr. 1

Kritéria pro výběr případů:

- **jedná se o úspěšnou terapii** – klient i terapeut se shodují na tom, že terapie byla v daném případě užitečná a že došlo k nějakému významnému posunu žádoucím směrem; **zásadní kritéria** jsou (upraveno podle Bohart, Humphreys in. McLeod, 2010):
  - klient popisuje terapeutickou změnu a je relativně konkrétní ohledně této změny
  - klient uvádí, že si změny všiml i někdo jiný v jeho okolí
  - klient uvádí, že ke změně významně přispěla terapie a popisuje akceptovatelné propojení událostí v terapii a změny samotné
  - terapeut popisuje terapeutickou změnu a je relativně konkrétní ohledně této změny
  - terapeut uvádí, že ke změně významně přispěla terapie a popisuje akceptovatelné propojení událostí v terapii a změny samotné
  - **doplňkovým kritériem** je výsledek dotazníků sledujících terapeutickou změnu
- **je možné pořídit nahrávky všech konzultací** – preferovány byly videonahrávky, ale bylo možné akceptovat i audionahrávky
- **klient souhlasí** se zařazením do výzkumu
- jsou zahrnuty **různé terapeutické přístupy** – snahou výzkumníka bylo nabídnout různé varianty procesů změny v psychoterapii a různé perspektivy k popisu terapeutické změny, proto byly zařazeny různé směry
- terapeutické případy ukazují „**typické**“ **způsoby práce** v rámci daného přístupu
- terapeutem je **významný reprezentant daného přístupu** – s žádostí o spolupráci byli osloveni zkušení terapeuti, kteří daný přístup aktivně praktikují, vedou výcviky v daném přístupu a publikují o něm.
- jedná se o **individuální či rodinnou terapii**

se většinou detekují hned po skončení konzultace nebo v časovém odstupu s využitím nahrávky (popřípadě spojené s přepisem) a dotazníků (např. *Helpful Aspects of Therapy Form – HAT*) či rozhovoru (Elliott & Shapiro, 1992; Timulak, 2010). Autoři uvádějí, že samotná analýza významných momentů může být vhodně doplněna dalšími metodami, například konverzační či diskurzivní analýzou (Elliott, 2010; Elliott & Shapiro, 1992). V tomto případě byla pro analýzu identifikovaných významných momentů využita metoda *Recursive Frame Analysis (RFA)*, kterou vytvořil Keeney a spolupracovníci (H. Keeney & Keeney, 2012b; H. Keeney, Keeney, & Chenail, 2015).

### 1.2. Metody sběru dat

Tato případová studie byla součástí širší multipřípadové studie (Zatloukal, 2012). Kritéria pro výběr případů byla stanovena způsobem, který je shrnutý v tabulce.

Výběr případů naopak nebyl záměrně omezen na základě diagnózy klientů, pohlaví či věku klientů nebo terapeutů, délky terapie, souběžnosti farmakoterapie, lokality či dalších ukazatelů.

Prezentovaný případ je jedním z vybraných případů, který naplňoval výše uvedená kritéria.

Data pro analýzu byla sbírána z několika zdrojů:

- **Nahrávky terapeutických sezení** – klíčovým zdrojem dat pro analýzu byly audio či videonahrávky terapeutických sezení. Nahrávky všech sezení byly přepsány (transkripce) a jsou tak přístupné pro další analýzy (McLeod, 2010).
- **Rozhovory** – dalším významným zdro-

jem dat jsou rozhovory výzkumníka s terapeutem a s klientem (podrobnosti ke struktuře polostrukturovaných rozhovorů jsou k dispozici v Zatloukal (2012). Rozhovory byly nahrávány a vybrané části přepsány.

- **Dokumenty** – v rámci případových studií hrály významnou roli rovněž tyto dokumenty:

→ *Poznámky terapeuta* – poznámky z jednotlivých sezení pořízené terapeutem a ex-post poznámky k materiálům ze sezení

→ *Dotazníky sledující výsledek terapie* – slouží k doplňujícímu pohledu na úspěšnost terapie a lokalizaci momentu posunů v terapii, sestávaly z českého překladu Lambertova dotazníku výsledku (OQ-45), který byl vyplněn na začátku a na konci celé terapie a *Outcome Rating Scale (ORS)*, který byl vyplňován na začátku každého sezení. Oba dotazníky (OQ-45 i ORS) jsou doporučovány jako vhodný měřicí nástroj výsledku terapie (Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2010; Kazdin, 2003), a to i v případových studiích (McLeod, 2010).

→ *Dotazníky mapující spolupráci terapeuta a klienta* – na konci každého sezení byl využit krátký dotazník *Session Rating Scale (SRS)* zaměřený na „pracovní spojení“ (*working alliance*). Dotazník se zaměřuje na stejné oblasti jako *Working Alliance Inventory* (Duncan, 2010; Duncan et al., 2010).

→ *Mailová korespondence terapeuta a klienta* – v tomto případě jde o maily před začátkem terapie, v nichž klient nastiňuje svou situaci.

→ *Nahrávka prezentace na konferenci* –

případ byl prezentován na mezinárodní konferenci v Brně, prezentace se zúčastnil výzkumník, terapeut i klient a nabídli svůj pohled na proces i výsledek terapie.

- *Reflexe odborníků* – v rámci vystoupení na konferenci byl přítomným účastníkům (odborníkům z tuzemska i ze zahraničí a studentům) promítnut jeden z detekovaných „momentů posunu“ a účastníci konference byli požádáni, aby v malých skupinkách vytvořili co největší množství různých interpretací toho, jak se stalo, že právě tento moment byl momentem posunu; lístky s nápady byly posléze sebrány, zpracovány a zahrnuty do analýzy jako doplňkový zdroj.
- *Jiné materiály z terapie* – v rámci terapie občas vznikaly různé náčrty, obrázky, schémata, které byly rovněž doplňkovým materiálem pro analýzu.

### 1.3. Zpracování a interpretace dat

Nahrávky terapeutických sezení byly přepsány podle zjednodušených transkripčních pravidel (O'Connell & Kowal, 1995), pro účely této prezentace jsme kvůli čtivosti upustili od různých transkripčních značek. Na základě přepisů a nahrávek pak klient i terapeut identifikovali každý tři nejvýznamnější momenty posunu ze svého pohledu. Na tyto momenty posunu se zaměřoval rovněž polostrukturovaný rozhovor s každým z nich.

Momenty posunu byly podrobněji zkoumány rovněž s využitím RFA a znázorněny originální formou RFA záznamu (Zatloukal & Bezdičková, 2019). RFA je druh diskurzivní analýzy, která sleduje způsob utváření významových rámců v konverzaci (Chenail, 1995). Analýza probíhá na čtyřech úrovních (Chenail & Duffy,

2011; H. Keeney et al., 2015; Zatloukal & Bezdičková, 2019):

- **Sémantická analýza** – v této rovině analýzy jde o zachycení významových jednotek (rámců) a „hierarchie kontextů“. RFA výzkumník zde sleduje „anatomii“ či významovou „strukturu“ konverzace (B. Keeney, 1990). Sleduje tedy jednotlivé rozdíly (rozlišení), jejich organizaci do „rámců“, případně do vyšších úrovní diskurzu, které se v RFA nazývají „galerie“, „křídla“ a „muzea“ (Chenail & Duffy, 2011; Keeney, 1990).<sup>1</sup> Důležitým pravidlem v této fázi analýzy je blízkost k datům, tedy pojmenovávání rámců jazykem použitým ve zkoumaném rozhovoru (Keeney et al., 2015), nikoli upravenými výrazy nebo zobecněnými interpretacemi.
- **Sekvenční analýza** – tato rovina analýzy se zaměřuje na postupné utváření interakčních rámců v čase, tedy jak za sebou rámce chronologicky následují (Chenail & Duffy, 2011). Význam rámce je dán vztahem k dalším rámcům – těm, které předcházely i těm, které následují (Chenail, 1995; H. Keeney & Keeney, 2012a). V této úrovni analýzy, která je velmi úzce spjata s předchozí, se rovněž zkoumají přechody mezi rámci, jako je například „otevírání“ či „uzavírání“ rámců (Che-

<sup>1</sup> Označení vychází z Keeneyho metafory uměleckých galerií, která je patrně inspirovaná Batesonem (Bateson, 2000). Pokud si představíme „rámec“ jako rám obrazu, který dává význam tomu co je uvnitř (jednotlivé rozdíly, které jsou prvky obrazu nějakého například impresionistického malíře), pak v muzeích visí obraz společně s dalšími obrazy v nějaké větší tematicky sladěné galerii (například v místnosti s dalšími díly impresionistů), tato galerie je součástí nějakého „křídla“ (které se kupříkladu věnuje malířství 19. století), které je součástí nějakého „muzea“ atd.

nail, 1995; Keeney, 1990). Pozornost se také věnuje rekurzivním (cirkulárním) vztahům mezi rámci, kdy se některá témata nově vrací (*re-cyklují*) v nových kontextech a mohou se měnit i vztahy mezi rámci v rámci hierarchie kontextů (Keeney et al., 2015).

- **Pragmatická analýza** – zde se dostáváme do roviny „sociální akce“ či „funkce řeči“ (Edwards & Potter, 1992; Wiggins, 2017) a zkoumá se příspěvek aktérů terapeutické konverzace ke změnám rámců. RFA nejčastěji využívá Fieldovu „tříaktovou strukturu“, která může pomoci ve „skórování“ jakékoli tvořivé činnosti, tedy i terapie (Keeney, 2009; Keeney et al., 2015). Tříaktová struktura pomáhá v kontextu terapie zachytit, zda dochází k nějakému posunu od původní zacyklené situace či zápletky (Akt I) přes otevření nových možností (Akt II) až k rozvinutí a upevnění změny (Akt III). Tato rovina analýzy se rovněž zabývá tím, jak ke změnám mezi jednotlivými akty došlo, kteří aktéři konverzace k nim přispěli a jakým způsobem to udělali.
- **Konsensuální analýza** – ačkoli o tom autoři RFA přímo nehovoří, ukazuje se jako vhodné realizovat RFA ve výzkumných týmech (Chenail, 1995; Peng, 2014) a tyto týmy zároveň vést ke vzájemným rozhovorům nad daty (*data sessions*) a rozvíjení nějakého společného porozumění zkoumané konverzaci (Hill, 2011, 2015). Tento prvek konsensuality jednak přináší nové obohacující pohledy do výzkumu, jednak umocňuje otevřené sdílení těchto pohledů a vytváření nového a bohatšího porozumění z nich (čímž koresponduje se sociálně konstrukcionistickými teoriemi důležitými i pro RFA) a v neposlední řadě

zvyšuje „důvěryhodnost“ (*trustworthiness*) či „validitu“ studie (Elliott, Fischer, & Rennie, 1999; Hill, 2011).

V rámci pragmatické roviny analýzy byla zmíněna tříaktová struktura. Keeney a spo-



Jan Roubal

**Doc. MUDr., Ph.D.** 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-editoval knihy „Současná psychoterapie“ (Portál, 2010), „Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact.“ (FrancoAngeli, 2013) a „Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy (Cambridge Scholars Publishing, 2016).

lupracovníci předpokládají, že jakákoli tvořivá performance (včetně terapie) předpokládá postupný přechod mezi třemi akty či dějstvími: začátkem, nějakým dramatickým přechodem a vyvrcholením představení (Keeney, 2009; Keeney et al., 2015). Tato jednoduchá tříaktová struktura pomáhá v kontextu terapie zachytit, zda dochází k nějakému posunu od původní zacyklené situace či zápletky (Akt I) přes ote-

Obr. 2



vření nových možností (Akt II) až k rozvinutí a upevnění změny (Akt III). Celý proces je znázorněn na obrázku 2:

Důraz na „tříaktovou strukturu“ pomáhá terapeutům i výzkumníkům udržet pozornost u samotné performativní roviny diskurzu (Lester, Wong, O'Reilly, & Kiymba, 2018). Pohyb mezi jednotlivými akty však není ani lineární ani jednosměrný. Stále platí zásada rekurzivitu či cirkularitu, takže posun vpřed mezi akty je spíše cyklickým či spirálovitým pohybem vpřed – od „bludného kruhu“ (*vicious circle*), v němž člověk uvízne uvnitř problému či patologického rámce (Keeney, Keeney, & Chenail, 2012), ke kruhu „dobrému“ či „konstruktivnímu“ (*virtuous circle*<sup>2</sup>). Jednotlivé fáze tohoto pohybu popisují autoři RFA následovně: „Musíme mít stále na paměti, že ani terapeutické sezení ani život samotný nejsou nějaká přímočará lineární zápleтка. Lidé přecházejí vpřed a zpět mezi rámci, využívají boční východy a co je nejdůležitější, postupují v kruzích nebo jiných smyčkách... Rozpohybovat dobrý kruh je první cíl změny a transformace. Udržet jej v pohybu je druhý cíl. Posledním cílem je nechat jej, aby sám sebe posiloval pozitivním a konstruktivním způsobem.“ (Keeney et al., 2015, s. 35–36). Kromě toho, že přechod mezi jednotlivými

akty není lineární, není ani jednosměrný. Druhý akt, kterému se někdy říká „střední“ či „přemostovací“ (Keeney, 1990, 2009; Keeney et al., 2015) lze přirovnat ke kyvadlu (*pendulum*) (Keeney et al., 2015). Přečodem do aktu II se v terapeutické konverzaci objevuje pohyb ven z rámce nedostatků (*impoverished frame*) k něčemu tvořivému a potenciálně užitečnému pro klienta. Tento pohyb je však jen vykročením, které se může znovu jako kyvadlo vrátit zpět do původního rámce, a nebo se může „přehoupnout“ do aktu III a vést k utvrzení změny a rozvoji nového zdrojového rámce (*resourceful frame*) (Keeney, 2009). Užitečné terapeutické sezení obvykle zahrnuje několik přechodů mezi akty I, II a III oběma směry, přičemž končí v aktu III. Díky cirkularitě celého procesu jsou předchozí rámce vlastně znova začleněny v následných rámci.

Sledování posunů rámců v terapeutickém sezení směrem od Aktu I přes Akt II až k Aktu III vnímáme jako jeden z nejpřínosnějších aspektů RFA pro výzkum terapeutické změny in situ. Je zajímavé, že autoři v tříaktové struktuře vlastně popisují proces změny v souladu s četnými výzkumy účinnosti terapie jako proces „aktivace zdrojů“ (Flückiger, Wüsten, Zinbarg, & Wampold, 2009).

## 2. KONTEXT PŘÍPADU

V tomto konkrétním případě je klientem 32letý ženatý muž, mající dvě dcery.

<sup>2</sup> Doslova „řádný“ či „slušný“ kruh, autoři záměrně využili podobné znění obou výrazů v angličtině.



V úvodu uvádí, že pochází z rodiny, kde byla poměrně přísná výchova (zejména ze strany otce) a rodiče se rozvedli, když mu bylo přibližně šest let. Významným milníkem v jeho životě byla i náboženská konverze ke křesťanství. Klient vyhledal terapeuta v souvislosti s negativním zážitkem z pracovního soustředění. Své problémy klient prezentoval jako nedostatečné prožívání emocí, později docházelo k přeformulacím a upřesňování problému či cíle (uvědomění, přepínání rychlostních stupňů, odvaha a sebeprosazení...). Terapeut (J. R.) využíval při práci s klientem gestalt přístup a případ reprezentuje v rámci možností „typickou“ ukázkou tohoto způsobu práce. Terapie zahrnovala celkem 12 sezení. Klíčový moment posunu terapeut i klient nezávisle na sobě shodně označili v pátém sezení (viz. níže). Při pohledu na skóry ORS v tabulce i ve sloupcovém grafu (viz. obr.) se ukazuje, že významný „skok“ se udál už mezi 4. a 5. sezením, ale mezi 5. a 6. sezením rovněž dochází k drobnému zlepšení, dokonce jakémusi vrcholu celé terapeutické spolupráce (celkový skóre je 31)<sup>3</sup> (obr. 3 a 4).

### 3. DÍLČÍ VÝSLEDKY

Prezentace pragmatické případové studie má záměrně jednotnou strukturu, aby bylo možné snadněji vyhledávat inspiraci i realizovat metaanalýzy dílčích případových studií (Fishman, 1999; McLeod, 2010). V rámečku je uvedena požadovaná struktura příspěvku do specializovaného časopisu *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* (obr. 5).

Výše uvedená struktura zahrnuje důležité metodologické aspekty případových studií jako takových, včetně konceptuálního rámce, ohraničení případu či zahrnutí kontextu

(Fishman, 1999; Stake, 1995; Yin, 2002). Na druhou stranu je prezentace případů touto formou poměrně rozsáhlá a lze ji využít nejlépe v kvalifikačních pracích nebo v elektronickém časopisu, který není tolik limitován rozsahem (např. právě *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*). Protože podrobnou prezentaci případu lze najít jinde (Zatloukal, 2012), zaměříme se zde v rámci prezentace výsledků jen na jeden aspekt – diskurzivní analýzu (RFA) významného momentu. Půjde o významný moment shodou okolností identifikovaný klientem i terapeutem jako vůbec nejvýznamnější z celé terapie.

#### 3.1. Páté sezení

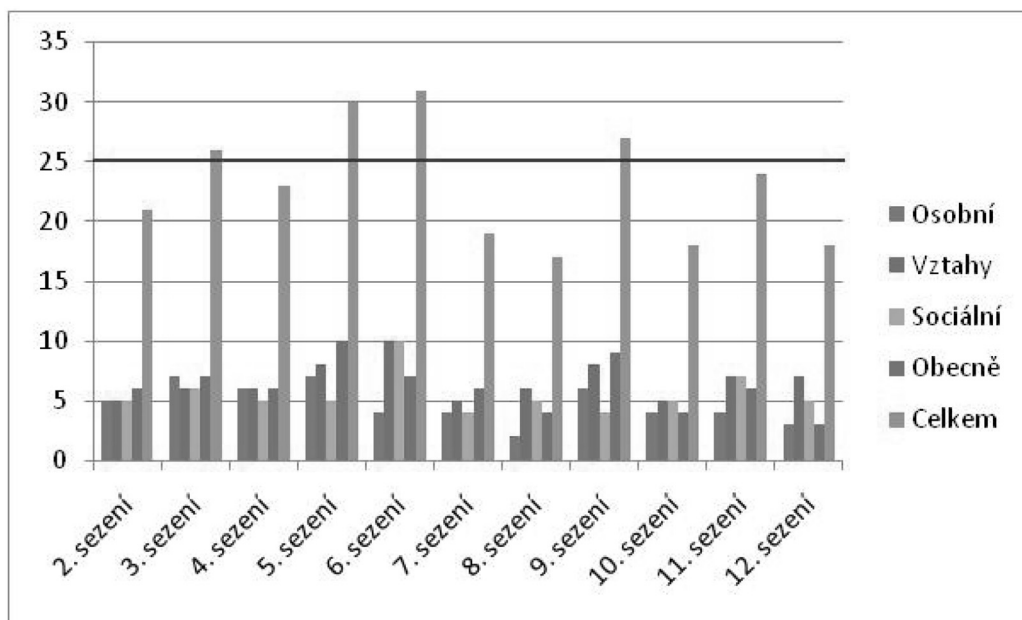
Páté sezení oba aktéři – terapeut i klient – prohlašují za zlomové. Oba do něj lokalizují nejvýznamnější moment posunu. Přitom sezení nezačíná příliš dobře, protože terapeut se omlouvá za to, že na domluvené sezení s klientem zapomněl. Zároveň klientovi nabízí, že toto sezení bude bezplatné.

<sup>3</sup> Celkově se na ORS ukazuje, že klient byl na druhém sezení (první se neměřilo) v pásmu, kde se nachází většina lidí, kteří docházejí na terapii. Byl totiž pod hraničním skórem (cut off), které je definováno u dospělých na hodnotu 25 bodů (Prescott, Maeschalck, & Miller, 2017). Už na třetím (a pak opět na pátém a šestém) sezení se klient ve svém hodnocení na ORS pohyboval nad hraničním skórem, tedy v pásmu, kde se pohybují lidé, kteří do terapie nepotřebují docházet. Zároveň by při měření rozdílu mezi druhým a šestým sezením (začátek měření a maximum) šlo o signifikantní terapeutickou změnu, protože by rozdíl představoval 10 bodů, což je dvakrát více než je index reliabilní změny (Reliable Change Index), který odpovídá 5 bodům na ORS (Prescott et al., 2017). Zajímavý je i následný pokles na škále, přičemž klient nakonec skóruje tak, jako by došlo ke zhoršení, ačkoli on sám referuje o pozitivní změně. Podrobnější diskuse k tomuto jevu je k dispozici jinde (Zatloukal, 2012).

Obr. 3

	2. sezení	3. sezení	4. sezení	5. sezení	6. sezení	7. sezení	8. sezení	9. sezení	10. sezení	11. sezení	12. sezení
Osobní	5	7	6	7	4	4	2	6	4	4	3
Vztahy	5	6	6	8	10	5	6	8	5	7	7
Sociální	5	6	5	5	10	4	5	4	5	7	5
Celkově	6	7	6	10	7	6	4	9	4	6	3
<b>Součet</b>	21	26	23	30	31	19	17	27	18	24	18

Obr. 4



Klient souhlasí. Poté následuje zajímavý posun v terapeutickém rozhovoru:

#### Ukázka 1: Jak se máte vy?

(1) T: Jak se máte?

(2) K: Dobře. Díky. Co vy?

(3) T: (smích) Jo já myslím, že jo.. tak jakože dobře... hodně pracuju, sedím u počítače a píšu, takže sem tedka takle jsem i rád když...

(4) K: Takže máte takovoule sedavou práci...

(5) T: No většinu... Já mám vlastně jenom jeden den takhle jako s klientama, a pak dost učím, tak to jsem taky jako s lidma někde, ale tak bych řek, že polovinu času pracovního možná i víc sedím, čtu nebo píšu...

(6) K: Takže píšete jako odborný články nebo píšete přednášky nebo...

(7) T: No... no... tak tak asi...

(8) K: Jo jo jo...

Obr. 5

1. Kontext případu a metoda
2. Klient
3. Vůdčí pojetí podpořené výzkumem a klinickou zkušeností
4. Zhodnocení klientových problémů, cílů, silných stránek a historie
5. Formulace a léčebný plán
6. Průběh terapie
7. Monitorování průběhu terapie a využití zpětné vazby
8. Shmující zhodnocení procesu a výsledku terapie
9. Odkazy (literatura)
10. Tabulky
11. Obrázky

Zdroj: <https://pcsp.libraries.rutgers.edu/index.php/pcsp/about/pcspAuthorInstructions>

- (9) T: Takovýdle věci nějaký no...
- (10) K: Kde učíte, jestli se teda můžu zeptat...?
- (11) T: Jo jo, klidně, když už to je dneska takový netradiční tak to můžem vyprovodit... ehm... v Brně na Psychologii... Fakulta sociálních studií... tak tam je jednak psychologie a jednak je tam taky teďka nový obor Psychoterapeutická studia, takže tam jsem jako... s půl úvazkem.
- (12) K: Mhmmm... to je ještě něco jinýho, než psychologie klasická?
- (13) (pokračuje rozhovor o tématu)
- Na první pohled banální konverzace o životě je zajímavá z hlediska celkového tématu klienta. Klient zde zaujímá velmi explicitně partnerský (rovnocenný) vztah s terapeutem (když se mě terapeut může ptát, jak se mám, mohu se ptát i já – 2). Terapeut je posunem možná chvílku trochu zaskočený (11), ale rychle se přizpůsobuje a povídají si spolu o tom, co kdo dělá. Terapeut posléze závažnost „povrchního rozhovoru“ reflektuje (5) a zarámuje jej jako experiment a nechává klienta si uvědomit pocity s ním spojené.

### Ukázka 2: Partnerský přístup

- (1) T: Jaký to pro vás je takhle si povídat o práci dneska se mnou?

- (2) K: Dobrý... jo jako... Já si myslím, že to všechno souvisí se vším, takže jako...
- (3) T: Že to sem patří...
- (4) K: Že to sem... no...
- (5) T: Já si taky myslím, jakože to je, když vím, že to je takovej povrch, kterej nejde příliš dohloubky, ale zároveň to jsou věci, který jako sem patřej... patřej k vám a jsem rád, že vy jste se mně zeptal, jak je mně a co já dělám, že to mi přijde takový jako víc partnerský potom. Jaký to bylo pro vás když... to votočit a ptát se?
- (6) K: Jo moc dobrý... (smích)
- (7) T: Zkuste ještě víc o tom říct... jako moc dobrý... Co to bylo, jakej pocit?
- (8) K: Ehm... Najednou... najednou... Já nevím, mně se líbí třeba takovej příklad, o tý komunikaci, že ta je voboustranná, jako když máte hůl, jeden ji chytne na jedný straně a záleží na tom, kdo se jí chytne na tom druhým konci... jo...
- (9) T: Souhlasím...
- (10) K: Takže jako v tenise si myslím, možná to je i patričný se zeptat na vás, i když jsem nechtěl být impertinentní teda no...
- (11) T: Myslíte, že jste byl?
- (12) K: Ne, nebyl nebyl...(smích) ale...
- (13) T: Né, tak to se ptejte a já vám když tak řeknu, že to jsou věci, který jako nechci říkat, že jo... ale... myslím, že spíš jsem rád, že když to tak jako říkáte partnersky no...

- (14) K: A jaký to je teda... třeba konkrétně ten Gestalt výcvik v Praze, jak jste zmínil, že ho vedete? To je skupina třeba více lidí...  
 (14) (pokračuje rozhovor o tématu)

O chvíli později se terapeut a klient v rozhovoru o tom, čemu se věnují, dostali k tomu, jak klient vnímá s odstupem svou zkušenost s Paulem (trenér na pracovním soustředění, který dal klientovi negativní zpětnou vazbu, což byl pro něj nakonec zásadní podnět pro vyhledání pomoci terapeuta). Tuto část konzultace oba shodně označují jako **nejvýznamnější moment posunu** (terapeut ještě připojuje závěrečnou část jako součást tohoto momentu posunu – viz. ukázka 3).

### Ukázka 3: Pocit odmítnutí

- (1) K: ...ale rozhodně to byla jedna z nejlepších zkušeností, kterou jsem, já nevím, za posledních letů udělal...pro mě...  
 (2) T: A v čem to byla...  
 (3) K: Možná jak jste říkal jako výcvik toho (1) sebezpoznání...  
 (4) T: Sebezkušenosti...  
 (5) K: Sebezkušenosti...  
 (6) T: V čem to bylo pro vás dobrý nebo užitečná sebezkušenost?  
 (7) K: Ten obsah se jako těžko interpretuje, ale tak co tak cejtíte, je právě to, že tak nějak zakoušíte sám sebe, v určitých situacích... Že zakouším sám sebe v určitéch situacích...a...ch...možná tak jako ve sportu si sáhnete, tak jako ve sportu si sáhnu někam na svoje na svoje hranice nebo na svoje možnosti co umím... a to co oceňuju třeba u nich v tom jejich přístupu bylo skutečně to, že si váží člověka, takže... zpětná vazba, takovou zpětnou vazbu jsem ještě nikdy nezažil, prostě jasná cílená praktická zpětná vazba, kterou vám daj, která vás zasáhne až někde tady a cejtíte jo jo, fakt to je tak nějak, to mi může přispět, když se na to podívám tak jako, ten člověk ví co mluví... je to dobrá rada.
- (8) T: Takže jste si sáhnul na ty svoje schopnosti a možná nějaký hranice taky?  
 (9) K: I neschopnosti...no...  
 (10) T: Jo jo...Jenom se třeba...  
 (11) K: Říkám...ehm...pardon...  
 (12) T: Ne, ne povězte...  
 (13) K: Já třeba jsem zjistil asi, že třeba kolikrát, když jedním s klientem, že mu chci říct všechno za každou cenu hnedka, což je hloupost nebo prostě není to praktický... vlastně vede mě to k poslouchání, k tomu, co říká ten klient, abych ho poslouchal, víc poslouchal, než pak víc mluvil a...  
 (14) T: Takže tohle byla ta zkušenost pro vás?  
 (15) K: Taky taky... A vy jste chtěl něco říct.  
 (16) T: No, že říkáte, že to bylo vlastně pro vás jako... užitečný...  
 (17) K: Paradoxně asi jo...  
 (18) T: A jako dobrá cílená zpětná vazba, užitečná rada, a zároveň z toho, když o tom mluvíte tak z toho máte jaký pocity jako lítosti, studu...  
 (19) K: No...  
 (20) T: A nějaký touhy asi nenaplněný touhy, že jo?  
 (21) K: No...  
 (22) T: Jo takže, tak si říkám, že tam něco k tomu možná chybělo ještě nějak jo... nebo přebývalo nevím, ale prostě že to co je jakoby hlavou rozhodnutí tak to bylo to dobrý, výborný, užitečný, dobrý rady, ale pocity ukazují trochu něco jinýho...  
 (23) K: Jo jo...  
 (24) T: Rozumíte mi?  
 (25) K: No rozumím, rozumím...no...  
 (26) T: Moje představa je, že tam k tomu ještě něco chybělo k tomu vyvážení...  
 (27) K: Jo, co by tam mohlo chybět?  
 (28) T: Nebo respektive možná ještě trochu jinak...že byste potřeboval ještě něco, jo, jakoby za sebe, ne že by tam obecně v tom konceptu něco chybělo, to já nevím, jo ale z vaší reakce mi přijde, že ještě něco, aby vám to dalo opravdu smysl, byla to dobrá zkušenost, celkově, vzpomínal byste na ni jako s dobřema pocítama... tak, že k tomu něco vám osobně chybělo...  
 (29) K: Ehm... Takhle, ona vlastně byla, byla

- neúspěšná...pro mě ten výcvik byl neúspěšnej, protože jsem vlastně nebyl doporučeney nebo vlastně byl ukončeney, že jsem jakoby nešel dál jo...
- (30) T: Hm
- (31) K: Takhle to je ta, ta pachů toho...
- (32) T: Jo jo jo...
- (33) K: Prostě jako když se cejtíte, že jste odmítnutej...
- (34) T: Takovej jste měl pocit?
- (35) K: No no no no...
- (36) T: Že jste odmítnutej...
- (37) K: Jako jako když jsem odmítnutej, tak to není příjemnej pocit.
- (38) T: Já bych se vás rád zeptal ještě, mě napadá v souvislosti s tím, co teď říkáte, jo, jaká...když bych se vrátil k tomu, jak jste sem přišel v pondělí večer v sedm hodin, když jste přišel tak byly zamčený dveře, jo...a vy jste se sem nemohl dostat...
- (39) K: No no...
- (40) T: Jaký tohle byl pocit? Že jsme domluvený na schůzce, přijdete sem, jedete ještě, že jo?
- (41) K: Jo jo jo...
- (42) T: Pak prostě nikdo tady není, jo...
- (43) K: Eh...Tak samozřejmě překvapení, že jo... Cejtíl jsem se zaskočeney, cejtíl jsem, že něco neklaplo, jo takže...v určitým smyslu taky takový odmítnutí, jo...
- (44) T: Takže jste se cítil odmítnutej taky, jo? Určitým způsobem...
- (45) K: No, kdybych šel do důsledku tak jo, protože jsme byli domluvený, vy jste nepřišel, vy jste tady nebyl, takže jako... já tedka co si tady počnu sám...
- (46) T: Hm...
- (47) K: Hmm...pocitově...
- (48) T: No co ještě jste cítil?
- (49) K: Frustrace, takový, tak jsem tady zbytečně, naštvání, vztek, jako ne nějak silnej, to ne, ale takovej jako „Ah!“
- (50) T: Když byste to dal do slov tohleto „Ah!“...Co by to bylo?
- (51) K: „Ty jo, co se děje?“ Je, něco, že by... taky taky pocit, to je spíš myšlena jo... jestli jsem si to nezapsal špatně do kalendáře, pocit nejistoty...
- (52) T: Jo jo...v čem to bylo pro vás...zkuste to říct jako mně, co jsem vám způsobila za pocity...že jsem byl... „Vyvolal jste ve mně“ ... „Naštval jste mě“...
- (53) K: (zasmání)
- (54) T: Jenom jak vám to zní...Je to zajímavý pro vás zkusit si to říct...?
- (55) K: No, je to zajímavý, protože obvykle tydlety věci říkám... no obvykle je neříkám nikomu...nebo maximálně svojí manželce a nejbližším lidem ve svém okolí takže...
- (56) T: Teď vy jste se tak jako posadil zpřímá na to...
- (57) K: No jasně no...protože...
- (58) T: Tak co?
- (59) K: Ne není mi to přirozený... nebo... co je člověku přirozený...
- (60) T: Chcete to zkusit?
- (61) K: Jooo... Tak jo... Tak poslyšte, my jsme se domlouvali na schůzce...
- (62) T: Hm...
- (63) K: V pondělí v sedm hodin a já jsem přišel a tady nikdo nebyl, vy jste pravděpodobně byl někde jinde. Jsem docela zklamaney z toho, počítal jsem s tím, že tady budete. Byli jsme tak domluvený?
- (64) T: Jo jo jo...byli jsme domluvený...
- (65) K: Souhlasí to?
- (66) T: Já jsem byl doma tou dobou už.
- (67) K: No tak, mě to teda naštválo. A jak vidím, vám to je možná trochu jedno...
- (68) T: Si myslíte, jo? Že mi to je jedno...
- (69) K: No vypadáte tak... Nebo, je vám to jedno?
- (70) T: Jakože se o to jako nestarám...
- (71) K: No.
- (72) T: Že vás to naštvá, že sem přijedete...
- (73) K: No, tak jak byste se cejtíl, kdybyste takhle přijel a já tam nebyl?
- (74) T: No já si asi myslím, že podobně no... Když si to tak představím, tak bych byl naštvanej, taky, asi bych pochyboval, že jestli jsem si to já sám nenapsal nějak špatně...a...asi bych se cejtíl odmítnutej taky. Já jsem teď rád, že mi to říkáte takhle, a jsem teď rád, že jsme se k tomu vrátili, že mi přijde, že já jsem vám to jen tak původ-

ně navrhl jako si to zkusit, ale teď mi to přijde jako hodně opravdový, co mi říkáte, jako mně se teď ten prožitek vrátil... Přijde mi, jakoby ste to trošku zatlačil tyhlety...

(75) K: Jo jo jo...

(76) T: Jenom chci říct, že mi to není jedno, jo, jak jste se ptal, že možná tak vypadám navenek, že to nedávám najevo...

(77) K: No vy dokážete být tak vyrovnaněj, že...

(78) T: ...to vypadá až lhostejně... Jo je to tak?

(79) K: No v tu chvíli to tak vypadalo... Nebo to na mě tak působilo.

(80) T: A zároveň jsem cítil, že mi to je líto, no, že takovej pocit jakoby lítosti, že jste jednak do toho jako investoval vy, že jsem vás zklamal, že jste na mě naštvanej... a zároveň je tam něco takovýho, jakože jsem rád, že o tom teďka můžeme mluvit, že se zase nechci jako trestat za to, že si říkám, tak dělám, co můžu, jsem prostě jsem člověk a stalo se to a je mi to líto a snažím se to napravit, jo...

(81) K: Jo...

(82) T: Takle je tam takovej mix pocitů... Jaký to je pro vás to slyšet?

(83) K: Ehm... Pro mě to je dobrý... protože... vlastně při té chybě, kterou jste udělal, neztrácíte hlavu... no, že stane se to. Chyby dělá každěj.

(84) T: V čem to je pro vás důležitý tohleto?

(85) K: Mmm...

(86) T: Že při té chybě neztrácím hlavu?

(87) K: Tak... v čem je to důležitý pro mě? Myslíte, jako kdybych byl ve vaší situaci nebo pro mě jako pro vašeho partnera?

(88) T: No no no...

(89) K: Tak, že se s váma dá mluvit a dá se s váma dohodnout, že jo. Jste schopnej mi to vysvětlit a nabídnout mi třeba pak další schůzku zadarmo.

(90) T: Hmmm...

(91) K: Zatímco kdybyste si začal nadávat nebo tak, to by působilo zbytečně stresově... nebo... jako dobrý... jestli jste vždycy takovej, tak dobrý...

(92) T: To nevím. Mně přijde, že takovýhle situace, které se stanou, jako se stala tadle, tak že to je chyba, tak že jako neplánovanej

nějakěj zásah do průběhu tý terapie, že může bejt zároveň i hodně významná věc, jo, že najednou jste zažil nějaký odmítnutí tady a pocit, že mně jako na vás nezáleží, že jste naštvanej a mně to je jedno, jo?

(93) K: Mhm...

(94) T: A...znáte takovýdle pocity?

(95) K: No částečně určitě... Pocit toho odmítnutí to jsme právě o tom mluvili, že jo? Ten poslední byl na tom výcviku nebo na tom tréninku. Jo jo, tyhle ty pocity, já je pravděpodobně taky vysílám směrem k ostatním lidem.

(96) T: Aha...

(97) K: Pravděpodobně jo no...(zasmání)

Tento úsek začíná zpětnou reflexí zkušenosti s Paulem. Stojí za připomenutí, že se jedná už o několikáté ohlédnutí za tímto zážitkem během terapie, a že již byla celá situace vícekrát dříve popsána jako situace nedostatku (akt I) a zároveň byly učiněny různé pokusy vytvořit nový pohled na celou situaci a tím vykročit do aktu II (např. když bylo poukázáno na podobnost Paula a klientova přísného otce). Je zajímavé, že se terapeut zaměřuje na přínosy této „sebezkušenosti“ pro klienta (6), ačkoli je zjevné, že se jedná spíše o nepříjemnou a možná lze říci, že i traumatizující zkušenost. Terapeut tím odráží i klientovu ambivalenci vůči této zkušenosti, což je ještě více prohloubeno později, když klient popisuje věci, které se naučil (8, 14) a terapeut upozorňuje i na negativní pocity (18, 20) a uzavírá, že tedy patrně „něco chybělo“ (22, 26). Při pohledu do zápisu RFA (viz. obr.) lze tuto část konverzace chápat jako vstup a rozvíjení přechodového aktu II, kde dochází k posunu oproti rámci nedostatku. Nabízí se zde nový význam „sebezkušenosti“, jako něčeho užitečného, ale také se rodí nový rámec – pocity studu a lítosti mohou znamenat, že této

zkušenosti „něco chybělo“ (22, 26; v RFA 1.3.). Zde je zajímavé doplnit, že terapeut později při polostrukturovaném rozhovoru s výzkumníkem mluvil s velkými pochybnostmi a skepsí o způsobu, jakým Paul klientovi „pomáhal“, přesto tuto klientovu zkušenost nedevalvoval ani se nesnažil zpochybňovat přínos, který pro klienta měla, jen nabídnul v této oblasti rozvinutí a dokončení určité „nedokončené záležitosti“ (Joyce & Sills, 2011). Rozhovor se věnuje pocitu odmítnutí (33 – 38), čímž se vytváří nový společný rámec (2). Tento rámec v zápisu RFA rovněž umísťujeme do přechodového aktu II, protože na předchozí sice navazuje, ale nerozvíjí jej přímo, spíše vytahuje jeden prvek a kolem něj buduje novou diskurzivní konstrukci. Terapeut zde propojuje pocity odmítnutí, které klient zažil od Paula a od otce s pocitem odmítnutí, který zažil v terapeutickém vztahu, kdy terapeut nedorazil na domluvené sezení. Dalo by se říci, že jde o změnu rámce typickou v gestalt terapii – od minulých událostí k aktuálnímu prožívání v kontextu terapeutického vztahu (Joyce & Sills, 2011). Protože pomyslné „vykročení“ do aktu II klient potvrzuje, terapeut téma rozvíjí nabídkou experimentu „Zkuste si to říct“ (54; RFA 3). Tím se z našeho pohledu konverzace již přesouvá do aktu III, kde se rozvíjí započatý rámec nejdříve experienciálně (vyjádřením emocí klienta (3.1.) a následně i terapeuta (3.2.)). Na to navazují další galerie a rámce utvrzující již rozvíjenou změnu (4 a 5). Samotný zápis RFA nabízí podrobnější pohled na to, jak se změna děje, přechodové body lze ještě detailněji analyzovat s využitím dalších metod, např. konverzačních analýz (Keeney et al., 2015) (obr. 6).

Výše uvedený postup posiluje klientovu

schopnost překonávat obavy z odmítnutí a více „se prosazovat“ ve vztahu s terapeutem i v jiných vztazích. Terapeut později v sezení nabízí reflexi vztahu s klientem v pojmech blízkosti a vzdálenosti a společně s klientem vytvářejí metaforu určitých „rychlostních stupňů“, mezi nimiž lze přecházet.

Terapeut nabízí ve zpětné vazbě metaforu vzdálenosti a blízkosti (5, 7), s níž pracují mnozí existenciálně či humanisticky zaměření terapeuti (Yalom, 2006). Je tím potvrzena funkce terapeutického vztahu jako určité laboratoře, v níž lze experimentovat s novými možnostmi vztahování se a prožívání. Vzdálenost je spojena s „povrchní“ a bezpečnou konverzací, blízkost se sdílením a schopností i konfrontovat se a přejít na osobní rovinu. Terapeut své postřehy nabízí jako „svoje představy“, které vypoovídají taky o něm a které nemusí pasovat na to, jak věci chápe klient (11). Klient poté přichází s metaforou „stupňů“, kterou dále rozpracovávají do konkrétních popisů chování v konkrétních situacích. Na konci sezení se nový prvek vztahu potvrzuje tím, že klient terapeuta „odpíne“ (na otázku „Jak se teď máte?“ reaguje klient: „Dobře... a vy?“) a terapeut za „odpíknutí“ poděkuje a potvrzuje jej jako známku změny (kdybychom to znázorňovali v RFA zápisu, zaznačili bychom do aktu III).

## ZÁVĚREM

Tento text je spíše jen drobným nahlédnutím do případu, v němž jsme se snažili zachytit prvky terapeutické změny. Prezentovaný významný moment poměrně dobře koresponduje s tím, jaké významné momenty v terapeutických konzultacích bývají často identifikovány (Timulak, 2007).

Obr. 6

## RFA záznam ukázky 3:

I. (problémy a nedostatky)	II. (inspirace a příprava)	III. (rozvíjení změny a zdrojů)
	1. SEBEZKUŠENOST 1.1. Užitečná sebezkušenost s Paulem. 1.2. Víc poslouchat klienty. 1.3. Pocity studu a lítosti – něco tomu chybělo.	
	↓	
	2. POCIT ODMÍTNUTÍ 2.1. Odmítnutí Paulem. 2.2. Odmítnutí terapeutem.	
	└───→	3. ZKUSTE SI TO ŘÍCT 3.1. Řekněte mi to. 3.2. Není mi to jedno.
		↓
		4. CHYBY DĚLÁ KAŽDÝ 4.1. Neztrácet hlavu při chybě. 4.2. Vliv vypětí
		↓
		5. ZNÁTE TYTO POCITY 5.1. Pocit odmítnutí v terapii a s Paulem

Pokud bychom se zaměřili na obecné kategorie vzešlé z kvalitativních metaanalýz významných momentů v terapii, můžeme v prezentovaném významném momentu

spatřovat zejména prvky prohloubeného uvědomění (*awareness*), zmocnění (*empowerment*), zkoumání pocitů (*exploring feelings*), osobního kontaktu (*personal contact*)



a dalších aspektů (Timulak, 2007). Vlastně by pro nás bylo obtížné tento významný moment přiřadit výhradně k jedné z obecných kategorií.

Při pohledu na samotný proces změny, který se v prezentovaném významném momentu objevuje, jej můžeme porovnat s teoretickým rámcem procesu změny v gestalt terapii, kterým je „paradoxní teorie změny“ (Beisser, 1970). Tato teorie předpokládá, že změna se nedostaví, pokud o ni usilujeme, pokud tedy klient zažívá, že byl „měl být jiný“ než je. Změna přichází, když klient od terapeuta zažívá přijetí takový, jaký je. To mu pomáhá přijímat sebe sama, a tím se pro něj otevírají možnosti se rozvíjet a proměňovat. V popsáném případě klient zažil přijetí i ve chvíli, kdy přímo na sezení vyjadřoval pocity, které obvykle schovával (hněv, lítost). To mu umožnilo nejen tyto své pocity přijmout jako legitimní, zvýšilo to také jeho toleranci k druhým a umožnilo překonat minulou traumatickou zkušenost z odmítnutí kritizujícími autoritami.

Výsledky lze rovněž porovnat s RFA analýzami gestalt terapie nebo příbuzných přístupů. V tomto směru je nám známa jen jedna RFA analýza příbuzného přístupu, konkrétně Emotionally Focused Therapy (EFT) vedenou Sue Johnson (Peng, 2014). Ačkoli jde o párovou terapii, lze zde nalézt některé podobné prvky procesu změny s tím, co se odehrálo v námi analyzovaném významném momentu. Zejména v „křídle 2 a 3“ (Peng, 2014, s. 22–25) lze pozorovat podobný princip zaměřený na prožívání emocí v párové komunikaci a změny významů spojených s těmito situacemi a přetavení nového uvědomění do určité formy „experimentu“. Na rozdíl od našeho významného momentu však není uvedený experiment

zaměřen na vyjádření vůči terapeutovi (V RFA galerie 3), ale spíše jde o experimentální vyjádření emocí mezi partnery, které terapeutka moderuje (Peng, 2014).

Uvědomujeme si rovněž omezení této případové studie. Uvedený případ nemá přímou výpovědní hodnotu o jiných případech a nenabízí intervence, které by bylo možné bez dalšího aplikovat s jinými klienty. Domníváme se, že opomenout dorazit na sezení, a pak situaci využít pro terapeutické účely, pravděpodobně nebude nikdy běžná terapeutická strategie. Přesto lze z případové studie čerpat inspiraci, jakým způsobem „rámovat“ (či „přerámovávat“) události v terapii i mimo ni jako něco, k čemu se lze prožitkově vztahovat „tady a teď“ v kontextu bezpečného terapeutického vztahu. Detailní pohled na významný moment očima diskurzivní analýzy umožňuje sledovat jemné nuance společného vytváření změny, včetně jemných konverzačních pohybů dopředu i nazpět v tříaktové struktuře. Lze rovněž sledovat konstruktivní způsoby, jakými terapeut v daném momentu v souladu se svým přístupem reagoval (je vhodné si uvědomit, že jde o moment, který může být pro terapeuta velmi nekomfortní a překračující jakousi „terapeutickou rutinu“). Pokud je gestalt terapie popisována jako experimentální přístup a terapeutická situace jako určitá laboratoř (Zinker, 2004), pak případová studie podobného zaměření jako je tato zviditelňuje a zaznamenává učiněné „konverzační pokusy“ (experimenty) i jejich výsledky (diskurzivní posuny) a umožňuje tak sledovat performativní rovinu terapeutického dialogu. To může být významným zdrojem inspirace i pro jiné terapeutické konverzace.

## LITERATURA:

- Bateson, G. (2000). *Steps to an Ecology of Mind*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Beisser, A. (1970). The Paradoxical Theory of Change. In J. Fagan & I. Shepherd (eds.). *Gestalt Therapy Now* (s. 77–80). New York: Harper Colophon Books.
- Duncan, B. L. (2010). *On Becoming a Better Therapist*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Ed.). (2010). *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy* (2nd ed.). Washington: American Psychological Association.
- Edwards, D., & Potter, J. (1992). *Discursive Psychology*. London: Sage.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123–135.
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *The British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215–229.
- Elliott, R., & Shapiro, D. A. (1992). Client and Therapist as Analysts of Significant Events. In S. G. Toukmanian & D. L. Rennie (Ed.), *Psychotherapy Process Research: Paradigmatic and Narrative Approaches* (s. 163–186). Newbury Park: Sage.
- Fishman, D. (1999). *The Case for Pragmatic Psychology*. New York: New York University Press.
- Fishman, D. B., Messer, S. B., Edwards, D. J. A., & Dattilio, F. M. (Ed.). (2017). *Case Studies Within Psychotherapy Trials: Integrating Qualitative and Quantitative Methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Flückiger, C., Wüsten, G., Zinbarg, R., & Wampold, B. (2009). *Resource Activation: Using Clients' Own Strengths in Psychotherapy and Counseling*. Cambridge: Hogrefe Publishing.
- Hill, C. E. (Ed.). (2011). *Consensual Qualitative Research: A Practical Resource for Investigating Social Science Phenomena*. Washington: American Psychological Association.
- Hill, C. E. (2015). Consensual qualitative research (CQR): Methods for conducting psychotherapy research. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Ed.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome*. (s. 485–499). New York: Springer-Verlag Publishing.
- Chenail, R. J. (1995). Recursive Frame Analysis. *The Qualitative Report*, 2(2), 1–14.
- Chenail, R. J., & Duffy, M. (2011). Utilizing Microsoft® Office to Produce and Present Recursive Frame Analysis Findings. *The Qualitative Report*, 16(1), 292–307.
- Iwakabe, S., & Gazzola, N. (2009). From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy Research*, 19(4/5), 601–611.
- Joyce, P., & Sills, C. (2011). *Základní dovednosti v gestalt psychoterapii*. Praha: Portál.
- Kazdin, A. E. (2003). *Methodological Issues and Strategies in Clinical Research* (3rd vyd.). American Psychological Association.
- Keeney, B. (1990). *Improvisational Therapy: A Practical Guide for Creative Clinical Strategies*. New York: The Guilford Press.
- Keeney, B. (2009). *The Creative Therapist: The Art of Awakening a Session*. New York: Routledge.
- Keeney, H., & Keeney, B. (2012a). *Circular Therapeutics: Giving Therapy a Healing Heart*. Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen.
- Keeney, H., & Keeney, B. (2012b). Recursive Frame Analysis: Reflections on the Development of a Qualitative Research Method. *The Qualitative Report*, 17(2).
- Keeney, H., Keeney, B., & Chenail, R. (2012). Recursive Frame Analysis: A Practitioner's Tool for Mapping Therapeutic Conversation. *The Qualitative Report*, 17(38), 1–15.
- Keeney, H., Keeney, B., & Chenail, R. J. (2015). *Recursive Frame Analysis: A Qualitative Research Method for Mapping Change-Oriented Discourse*. Fort Lauderdale: Nova Southeastern University Works & TQR Books.
- Lester, J. N., Wong, J. Y., O'Reilly, M., & Kiyumba, N. (2018). Discursive Psychology: Implications for Counseling Psychology. *The Counseling Psychologist*, 46(5), 576–607.

- McLeod, J. (2001). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy* (1 edition). London: Sage.
- McLeod, J. (2010). *Case Study Research in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- O'Connell, D. C., & Kowal, S. (1995). Basic Principles of Transcription. In J. A. Smith, R. Harre, & L. Van Langenhove (Ed.), *Rethinking Methods in Psychology* (s. 93–103). Thousand Oaks: Sage.
- Peng, Y. (2014). The Use of Recursive Frame Analysis on an Emotionally Focused Couples Therapy Session. *The Qualitative Report*, 19(32), 1–25.
- Prescott, D. S., Maeschalck, C. L., & Miller, S. D. (Ed.). (2017). *Feedback-Informed Treatment in Clinical Practice: Reaching for Excellence*. Washington: American Psychological Association.
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17(3), 310–320.
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology And Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 421–447.
- Wiggins, S. (2017). *Discursive Psychology: Theory, Method and Applications*. Thousand Oaks: Sage.
- Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.
- Yin, R. K. (2002). *Case Study Research: Design and Methods* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Zatloukal, L. (2012). *Komunikace v psychoterapeutické praxi a terapeutická změna*. (Diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci (Filozofická fakulta), Olomouc.
- Zatloukal, L., & Bezdičková, E. (2019). Recursive Frame Analysis (RFA) as a research tool for mapping professional helping conversations. In K. Dierolf (Ed.), *Solution-Focused Practice Around the World* (v tisku). New York: Routledge.
- Zinker, J. C. (2004). *Tvůrčí proces v Gestalt terapii*. Brno: ERA.

*Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 15. 2. 2019. Revidované znění došlo 14. 4. 2019, k publikaci přijato 17. 4. 2019.*

## VYUŽITÍ PŘÍPADOVÉ STUDIE K VYSVĚTLENÍ PROCESU ZMĚNY V PSYCHOTERAPII DEPRESE

### The usage of a case study design to explain the process of change in psychotherapy of depression

Michal Čevelíček, Petr Doležal

Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno, CZ;  
cevelicek@mail.muni.cz; dolezal.cz@gmail.com

*Psychoterapie. 13 (1), 84–98; ISSN 1802-3983*

#### ABSTRAKT

Článek popisuje, jak jsme při snaze porozumět úspěšné psychoterapii klientky s depresivní symptomatikou využili základní kroky realizace případové studie, které představili v úvodním textu tohoto čísla Roubal, Čevelíček a Řiháček. Postupně vysvětlujeme, (1) proč jsme se pro formát případové studie rozhodli, když jsme chtěli prozkoumat proces změny v psychoterapii depresivních potíží; (2) jaké otázky jsme chtěli zodpovědět (a jaké další otázky jsme si mohli stanovit); (3) jaké kombinace sběru dat jsme využívali pro zodpovězení našich otázek; (4) na co jsme se zaměřili při analýze dat; a (5) jak jsme se rozhodli výsledný text případové studie strukturovat. Závěrem shrnujeme, co jsme se v průběhu práce na této systematické případové studii naučili.

*Klíčová slova:* případová studie; deprese; proces změny; rezponzivita

#### ABSTRACT

In the present study, we describe how we used the basic steps of case study design introduced by Roubal, Čevelíček, and Řiháček to better understand the process of change in a successful psychotherapy case

with a client who had depressive symptoms. Gradually, we explain: (1) why we decided to use the systematic case study design when we wanted to explore the process of change in psychotherapy of depression; (2) what research questions we chose to answer (and what other questions we could pose); (3) what data collection procedures we used to answer our questions; (4) what we focused on in the data analysis; and (5) how we decided to structure the final text of the case study. To conclude, we summarize what we have learned throughout the work on the case study.

*Key words:* case study; depression; process of change; responsiveness

Případová studie je žánrem využívaným ve výzkumu psychoterapie od jejích počátků. Protože případové studie umožňují velmi podrobně zachytit průběh a výsledek setkávání mezi klienty a psychoterapeuty, jsou užitečné při snaze porozumět, jak lidé v psychoterapii dosahují změny (Carey & Stiles, 2016; Dattilio, Edwards, & Fishman, 2010). Cílem tohoto textu je na jednom konkrétním příkladu ukázat, jak jsme při snaze o porozumění změně dosažené v psycho-

terapii klientkou s depresivními potížemi mohli využít kroky tvorby případové studie, které v tomto čísle časopisu Psychoterapie popsali Roubal, Čevelíček a Řiháček. Text by měl soužit jako inspirace, jak mohou další autoři uvažovat nad využitím případové studie k porozumění své praxi a prozkoumání oblastí psychoterapie, které považují za zajímavé a důležité. Výsledná studie, o které budeme psát, je dostupná v angličtině online (viz odkaz v seznamu literatury; Doležal et al., 2018). Protože nebudeme prezentovat celou případovou studii, jež je poměrně rozsáhlá, ale budeme klást důraz na popis procesu její tvorby a vysvětlovat naše záměry, doporučujeme čtenářům, aby se s touto studií seznámili.

Popis přípravy a tvorby případové studie členíme do následujících pěti oddílů:

1. Odhodlání (*Proč jsme se rozhodli vytvářet případové studie?*);
2. Příprava (*Co jsme se chtěli dozvědět a co jsme pro to udělali?*);
3. Sběr dat (*Jaké nástroje jsme využili?*);
4. Výběr tématu a analýza (*Na co jsme ve studii zaměřili?*);
5. Celková struktura výsledků studie (*Co jsme zjistili a jak jsme to ve studii uspořádali?*).

### 1. ODHODLÁNÍ: PROČ JSME SE ROZHODLI VYTVÁŘET PŘÍPADOVÉ STUDIE?

Na začátku jsme se rozhodli, že bychom rádi více porozuměli tomu, jak funguje psychoterapie u lidí, kteří mají depresivní příznaky. Jako výzkumníky nás motivovalo, že deprese patří mezi nejrozšířenější duševní potíže. Existuje dostatek empirických důkazů o tom, že psychoterapie je účinná metoda léčby depresivních potíží (Cuijpers, 2017), výzkum ale nenabízí jasnou ani

definitivní představu o mechanismech<sup>1</sup>, které vedou ke zlepšení (Lemmens, Müller, Arntz, & Huibers, 2016). Jako praktikující psychoterapeutů nás zároveň zajímalo, jak se mechanismy změny projevují v konkrétní psychoterapeutické spolupráci. Případové studie nám nabízely možnost, jak bychom mohli obohatit výzkum procesu změny v psychoterapii a současně na příkladech ukázat, jak to vypadá, když se dosavadní výzkumné poznatky o procesu změny uplatňují v praxi. Současně jsme považovali za důležitý dialogický pohled na psychoterapii a její výzkum (více o využití dialogické perspektivy ve výzkumu viz Doležal & Čevelíček, 2017), proto jsme se chtěli zaměřit také na dialogické výměny psychoterapeutů a klientů, jejichž zkoumání je žánr případové studie přístupný.

Rozhodli jsme se, že budeme pracovat na systematických případových studiích, které přináší silný empirický podklad svých závěrů (Dattilio, Edwards, & Fishman, 2010), protože využívají k porozumění průběhu a výsledků psychoterapie perspektivy více lidí (terapeutů, klientů a výzkumníků), a to z kvalitativní i kvantitativní perspektivy. Následně jsme začali plánovat, co se chceme dozvědět a co pro to musíme udělat.

### 2. PŘÍPRAVA: CO JSME SE CHTĚLI DOZVĚDĚT A CO JSME PRO TO MUSELI UDĚLAT?

Zpravidla se ukáže až v průběhu psychoterapie, že určitý případ je něčím zajímavý a může být užitečné jej prozkoumat po-

<sup>1</sup> Slovem „mechanismy“ jsou zde myšleny proměnné, které vysvětlují vztah mezi psychoterapií a jejím výsledkem (viz Lemmens, Müller, Arntz, & Huibers, 2016). Mechanismem změny může být například změna některých postojů klientů nebo převzetí větší zodpovědnosti za vlastní život.

drobně. Stejně tak se můžeme ve výzkumu zpočátku zaměřovat na obecnější otázky a plánovat obecnější cíle studie, a až později si všimneme, že bude zajímavé zaměřit se na něco specifičtějšího. Při vytváření případových studií jsme chtěli prozkoumat



**Michal  
Čevelíček**

**Je odborným pracovníkem na Katedře psychologie Masarykovy univerzity. Věnuje se výzkumu psychoterapie, konkrétně jej zajímají témata integrace v psychoterapii, vývoj psychoterapeutů, formulace případu, systematické případové studie, léčba poruch příjmu potravy a psychoterapie u medicínsky nevysvětlených somatických symptomů.**

proces změny v psychoterapii depresivních potíží, ale nevybrali jsme si konkrétnější zaměření. Proto jsme se rozhodli získat data, která zachytí širší škálu informací o průběhu a výsledku psychoterapie. Drželi jsme se zároveň při výběru nástrojů doporučení časopisů, jež případové studie publikují (například časopis *Psychotherapy* nebo *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*). Stejný postup mohou při plánování případové studie využít psychoterapeuti, kteří chtějí prozkoumat některou oblast své praxe a výsledky pak publikovat: Nejprve si

zvolí nástroje, s jejichž pomocí podrobněji zachytí průběh a výsledek psychoterapie, a využívají je s řadou klientů. Na základě průběhu psychoterapie potom prozkoumají konkrétní oblast.

Mohli bychom postupovat také tak, že bychom si nejprve vybrali specifičtější téma a nečekali, až se důležitá témata vynoří v průběhu sběru a analýzy dat. Pokud by nás například zajímal konkrétní mechanismus změny, o kterém víme, že může být důležitý (např. vzájemné emoční vyladování klientů a psychoterapeutů; viz Barnicot et al., 2014), chtěli bychom najít a použít nástroje, které byly ke zkoumání tohoto specifického tématu vytvořeny, nebo bychom zkusili přizpůsobit jiné dostupné nástroje. Pokud bychom si tedy vybrali specifické téma, už při přípravě sběru a analýzy dat bychom využívali teoretické kritérium, jež by určovalo, jaká data budeme sbírat a co v nich budeme hledat.

Protože jsme se rozhodli, že specifické zaměření případové studie zvolíme na základě témat, jež se jako významná ukáží až na základě sbíraných dat, museli jsme si připravit širší škálu spíše univerzálních nástrojů. Některé z nich jsme museli získat a přeložit do češtiny, některé byly už přeložené. Jiní autoři, kteří mají omezené časové možnosti, ale mohou vybírat jen z nástrojů, které už mají české verze, nebo mohou používat nástroje, na které jsou zvyklí. Současně s překladem některých nástrojů jsme připravili formální podklady výzkumu, mezi nimiž byl především informovaný souhlas účastníků s výzkumem a písemné informace o výzkumu pro účastníky. Museli jsme si také připravit způsob, jak budeme zacházet s daty, abychom zajistili anonymitu a ochranu osobních údajů účastníků. Tyto

formální náležitosti byly nezbytné kvůli dodržení etických pravidel výzkumu. Když jsme měli formální náležitosti připravené, mohli jsme začít přemýšlet nad sběrem dat s pomocí připravených nástrojů.

### 3. SBĚR DAT: JAKÉ NÁSTROJE JSME SE ROZHODLI VYUŽÍT?

Zvolené nástroje zahrnovaly rozhovory i dotazníky, abychom mohli klienty dosaženou změnu a průběh terapie měřit, ale abychom mohli zároveň s pomocí rozhovorů zachytit, jak klienti i terapeuti průběhu a výsledku terapie rozuměli. Kvantitativní zachycení změny v psychoterapii se může někdy překvapivě lišit od popisu změny z perspektivy klientů a terapeutů (Roubal et al., 2018). Například malá kvantitativní změna symptomů může být u klientů spojena s rozvojem kvalitativně jiného porozumění vlastním potížím, což ovšem dotazníky zaměřené na měření nejčastějších symptomů nemusí zachytit. Srovnání kvantitativního a kvalitativního pohledu na změnu v terapii pro nás bylo zajímavé také z pohledu rutinního sledování výsledků psychoterapie (Boswell et al., 2015), které v České republice není příliš rozšířené. Mezi nevýhody rutinního monitorování změny, které jeho zastánci i kritici zmiňují, patří zkrácení, k němuž může docházet, pokud klienti pouze vyplňují dotazníky zachycující změny symptomů, ale nevěnuje se pozornost tomu, jak jejich obsahu rozumí a jak rozumí změnám dosaženým v terapii jako celku. Proto jsme se na dosažené změny chtěli podívat jak kvantitativně, tak kvalitativně, aby nám neunikly důležité detaily.

Abychom podrobně zachytili průběh a výsledek psychoterapie, zvolili jsme si

několik skupin nástrojů. Jednotlivé skupiny měly za cíl zachytit psychoterapeutickou změnu, pracovní alianci, významné momenty psychoterapie identifikované klienty a terapeuty, a porozumění průběhu a plánování psychoterapie z pohledu terapeutů. Všechna sezení jsme také natáčeli na videokameru. Na následujících řádcích představíme jednotlivé nástroje, které jsme využili ke sběru dat, jejich účel, a jakým způsobem jsme s nimi zacházeli.

#### 3.1 Nahrávky všech psychoterapeutických sezení

Všechna psychoterapeutická sezení jsme nahrávali na videokameru. Z těchto nahrávek jsme později pořídili doslovné přepisy. Dobře mohou posloužit i audionahrávky, videozáznam však může poskytnout užitečný kontext nebo materiál pro analýzu neverbální komunikace. Záznam všech sezení nám umožňoval seznámit se s kontextem případu a ve větším detailu se zaměřit na sezení, která nám připadala významná nebo která označila za významná klientka, nebo terapeutka. Záznam sezení byl důležitý, protože jsme se zabývali případem, ve kterém jsme sami nepůsobili jako terapeuti, a tak jsme neměli přehled o celém průběhu terapie. Přepisy nahrávek nám také usnadnily analytickou práci a pomáhaly nám, když jsme chtěli některé konverzační výměny mezi klientkou a psychoterapeutkou analyzovat detailněji. Pokud autoři případové studie pracují se svými vlastními případy, mají výhodu, že si mohou již v průběhu psychoterapie vytipovat a přepsat pouze důležitá sezení.

### **3.2 Nástroje zachycující psychoterapeutickou změnu**

Pro zachycení psychoterapeutické změny jsme využívali jak nástroje zaměřené specificky na symptomatologii depresivních příznaků, tak na obecnou symptomatologii. Abychom mohli srovnávat míru dosažené změny u různých klientů, vybrali jsme si standardizované dotazníky. Protože jsme chtěli změnu zachytit také kvalitativně, přeložili jsme polostrukturované schéma rozhovoru, který slouží ke kvalitativnímu i kvantitativnímu vyhodnocení změny v psychoterapii.

Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) je devítipoložkový dotazník používaný pro screeningovou diagnostiku depresivních příznaků. Je k dispozici zdarma v českém překladu včetně ověření jeho psychometrických vlastností (Daňsová et al., 2016).

Clinical Outcome in Routine Evaluation, SF (CORE-SF) je osmnáctipoložková verze dotazníku CORE-OM. Měří obecnou symptomatologii, kterou shlukuje do 4 oblastí: osobní pohoda, sociální fungování, problémy/symptomy a míru rizika pro sebe a druhé. Dotazník je k dispozici zdarma v českém překladu a prošel psychometrickou evaluací (Juhová et al., 2018).

Client Change Interview (CCI) je polostrukturovaný rozhovor, jehož autory jsou Elliott a Rodgers (2008). Umožňuje kvalitativní a kvantitativní zachycení změny v terapii z perspektivy klientů, ale lze jej po úpravě využít i pro psychoterapeuty, kteří hodnotí změnu dosaženou svými klienty. Jednotlivé otázky se zaměřují na změny k lepšímu nebo horšímu od začátku psychoterapie; na zhodnocení změn z hlediska jejich překvapivosti, významnosti a pravděpodobnosti výskytu i bez psychoterapie;

vnímané příčiny změn v psychoterapii a příčiny změny nesouvisející s psychoterapií; zdroje a limity klientů související se změnami; a na nápomocné a brzdící aspekty psychoterapie.

### **3.3 Nástroje zachycující pracovní alianci**

Dva nástroje jsme využili k zachycení pracovní aliance, která je jedním z nejrobustnějších prediktorů výsledku psychoterapie (Flückiger et al., 2018). Pracovní aliance je definována jako shoda mezi klienty a terapeuty, že budou spolupracovat v psychoterapii na zvolených cílech a zvoleným způsobem. Součástí pracovní aliance je kvalita emočního vztahu mezi klienty a terapeuty (Bordin, 1979), která podporuje spolupráci na zvolených cílech.

Session Rating Scale (SRS) je krátký dotazník snadno využitelný v každodenní praxi nejen jako výzkumný nástroj, ale také k rutinnímu získávání zpětné vazby od klientů (Řiháček & Juhová, 2016). Obsahuje čtyři škály (cíle, způsoby dosažení cílů, emocionální vztah, a celkovou spokojenost s aliancí). Nástroj je vhodný zejména pro identifikaci narušení aliance.

Working Alliance Inventory, SR (WAI-SR) je jedním z nejrozsáhlejších výzkumných nástrojů pro měření kvality pracovní aliance, který její tři základní dimenze zjišťuje pomocí 12 položek (Munder et al., 2009). Původní, nezkrácená verze WAI, má 36 položek.

### **3.4 Nástroje zachycující významné momenty v psychoterapii**

Protože jsme chtěli až v průběhu sběru a analýzy dat identifikovat důležitá témata, rozhodli jsme se účastníků ptát na to, které momenty sami považovali v psychoterapii



za významné. Studium významných momentů identifikovaných v psychoterapii klienty a terapeutů je oblast výzkumu, jejíž některé výsledky jsou dostupné také česky (Timulak, 2002), širší a aktuálnější shrnutí jsou pak dostupná v angličtině (Levitt et al., 2017; Timulak, 2010). Zaměření na významné momenty nám poskytlo jedinečný vhled do perspektivy terapeutické dvojice; využili jsme k tomu následující dva nástroje.

Interpersonal Process Recall (IPR) je polostrukturovaný rozhovor, který se odehrává nad videonahrávkami vybraných sezení (Elliott, 1986). V našem výzkumu jsme po 20minutové přestávce zvlášť klientce i terapeutce pustili nahrávku z právě skončeného sezení. Účastnice zastavily záznam, kdykoliv se z jejich perspektivy dělo v terapii něco důležitého. Následně jsme se jich ptali, čím byl vybraný moment významný a jaké v jeho průběhu měly myšlenky, emoce a tělesné pocity. Protože tyto rozhovory jsou časově náročné, proběhly jen po čtyřech vybraných sezeních.

Helpful Aspects of Therapy (HAT) je dotazník, který se po ukončení sezení formou otevřených otázek klientů ptá, co bylo podle nich na sezení nejvýznamnější a co si z těchto momentů odnesli, a to jak v pozitivním, tak v negativním smyslu (Elliott, 1993). Upravený dotazník jsme zadávali i terapeutce. Vytvořili jsme také verzi HAT-b, kterou jsme zadávali klientce vždy před začátkem sezení, a která se ptala na významné události mezi sezeními.

### **3.5 Formulace případu**

Abychom získali představu o tom, jak nad průběhem psychoterapie uvažuje terapeutka, požádali jsme ji dvakrát v průběhu

terapie, aby na dvou stranách A4 popsala, jaké informace byly pro ni při práci s klientkou podstatné, jaké hypotézy si vytvářela, a jaké byly její terapeutické záměry.

## **4. VÝBĚR TÉMATU A ANALÝZA: NA CO JSME SE VE STUDII ZAMĚŘILI?**

Protože jsme chtěli konkrétní témata případové studie vybrat až na základě získaných dat, rozhodovali jsme se po sběru dat s pomocí představených metod, na co se zaměříme. Výběr tématu byl značně ovlivněn tím, že se klientka rozhodla terapii předčasně a náhle ukončit. Pro výběr tématu jsme využili také informace o výsledku terapie a oblastech, které byly pro klientku a terapeutku důležité.

### **4.1 Téma studie: Klientka náhle ukončila terapii.**

Psychoterapie byla původně plánována na dvacet sezení, ale na konci osmnáctého sezení nám klientka před plánovaným rozhovorem IPR oznámila, že se tohoto rozhovoru nechce zúčastnit a pravděpodobně ukončí terapii. Vzala si týden na rozmyšlenou, přičemž psychoterapeutku o svém záměru neinformovala. Po týdnu nám klientka oznámila, že psychoterapii ukončuje. Díky dotazníkům zaměřeným na změnu symptomů jsme věděli, že klientka dosáhla značného zlepšení, které se projevilo jak v oblasti depresivních, tak obecných symptomů. Tabulka 1 ukazuje, že po konci osmnáctého sezení by výsledek bylo možné z pohledu použitých dotazníků označit za uzdravení, neboť totiž klientky již nedosahovaly klinické hranice.

Naše uvažování nad směrem další analýzy dat vycházelo z obou popsáných zjiš-

tění: Předčasného ukončení psychoterapie klientkou a z kontrastu mezi velmi dobrými výsledky psychoterapie a jejím náhlým koncem. Na základě znalosti části dat jsme tedy zformulovali hlavní výzkumnou otázku: Co přispělo k dobrému výsledku psychoterapie, ale co současně přispělo k jejímu předčasnému ukončení?

Případy, kdy klienti jednostranně ukončí kontakt, aniž by své terapeuty informovali o důvodech, jež je k tomu vedly, jsou poměrně časté. V angličtině se pro tuto situaci používají termíny „drop-out“ nebo „premature termination“. Najít český překlad sousloví drop-out není snadné, proto budeme mluvit v následujícím textu o „předčasném ukončení psychoterapie“. Předčasným ukončením končí přibližně 30–50 % započatých psychoterapií; většinou klienti odejdou během počátečních sezení (Roos & Werbart, 2013). Odchod klienta z terapie ale vždy neznamená, že byla neúspěšná. Může se stát, že terapeuti a klienti nenajdou společné cíle, na jakých by mohli pracovat, nebo zjistí na začátku psychoterapie, že si spolu „nesedí“. Terapie v tomto případě ještě nezačala a klienti mohou vyhledat jiného terapeuta. Někdy také klienti už během počátečních sezení získají, pro co si přišli, a nechtějí pokračovat. Proto můžeme o „předčasném ukončení“ mluvit jen když z nějakého pohledu vyhodnotíme výsledek zahájené psychoterapie, kterou klient jednostranně ukončil, jako nedostatečný. Například pokud klient ukončí psychoterapii, která by mu mohla pomoci, a už nevyhledá jiného odborníka. Výsledek z pohledu škál byl ale jednoznačně dobrý, a proto nás zajímalo, jak výsledek vnímala klientka a jak terapeutka.

Kladli jsme si otázky: Co se stalo? Ode-

hrálo se v terapii něco špatného, co zapříčinilo, že klientka chtěla odejít? Týden po ukončení psychoterapie proběhl závěrečný rozhovor CCI, kde jsme se na klientčiny důvody a pohled terapeutky zeptali. Rozhovor potvrdil, že klientka sama skutečně považovala psychoterapii za úspěšnou



**Petr  
Doležal**

**Je psychoterapeut, psycholog a manželský a rodinný poradce v soukromé praxi. V rámci doktorského studia na Katedře psychologie Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity se zabývá výzkumem psychoterapeutického procesu. Zajímá jej utváření psychoterapeutické spolupráce a psychoterapeutický vztah. Další témata, kterým se věnuje, jsou systematické případové studie a dialogismus v psychoterapii.**

a připisovala jí četné a důležité změny ve svém životě. Shrnula to výrokem „cítím se teď mnohem lépe (...) o 80 až 90 procent lépe“. Mezi změny, které jmenovala (připomínáme, že na začátku léčby trpěla středně silnými depresivními symptomy), patřilo, že se cítila šťastnější, čehož si všimla jak ona sama, tak její okolí; cítila se celkově méně vystresovaná; méně se zaobírala svými problémy; a méně ji trápily názory ostatních lidí.

Kladné změny si všimla i terapeutka. Mezi jí identifikované změny patřilo, že klientka byla se sebou spokojenější, sebevědomější a optimističtější; byla více otevřená a odvážnější v interpersonálních vztazích (a zvláště ve vztahu k rodičům); navázala nový romantický vztah; a začala se přitažlivěji a veseleji oblékat. Terapeutka však zároveň některé změny považovala za málo integrované v kontextu osobnosti a života klientky, a obávala se, že by se symptomy mohly vracet. Protože psycho-terapeutka měla psychodynamický výcvik, vysvětlovala toto své očekávání jako změnu narcistické rovnováhy, která však byla podle terapeutky zatím poměrně křehká a její narušení, například zklamáním v novém vztahu klientky, by mohlo vést k návratu symptomů. Z tohoto důvodu také terapeutka nepovažovala psychotherapii za ukončenou: Podle ní ještě musela klientka pracovat na tom, aby její sebehodnota byla lépe ukotvena a dosažené změny lépe integrovány.

Klientka jako důvod ukončení psychotherapie uvedla návrat depresivních symptomů po posledním sezení. Dávala to do souvislosti s tématem posledního sezení, které se týkalo její samostatnosti a následování toho, co ve svém životě chce. Její představy o budoucnosti totiž odporovaly názorům jejích rodičů, nicméně se podřizovala jejich přání, což ji potom trápilo. Pro klientku bylo toto téma náročné a vnímala, že momentálně nebyla schopna se jím zabývat a měnit svůj život, což dávala do souvislosti s blízcími se státními závěrečnými zkouškami na vysoké škole a dokončením diplomové práce. Proto se rozhodla psychotherapii ukončit.

Jednoduchou odpovědí na otázku „Čím bychom odchod klientky mohli vysvětlit?“ by mohlo být, že terapie prostě naplnila svůj

potenciál, jež za daných okolností měla, a klientka tak už neměla potřebu pokračovat. Jak je ale možné, že psychotherapie vyčerpá svůj potenciál právě v období, kdy by klientka zřejmě potřebovala větší oporu? A proč se to událo tak náhle a pro terapeutku zcela nečekaně? Možná, že psychotherapeutický vztah byl specifický a neumožňoval pokračovat dál, nebo se nezdařilo najít způsob, jak psychotherapii ukončit ve vzájemné shodě. Těmto možným vysvětlením jsme se rozhodli více porozumět, čímž se ujasnil náš výzkumný záměr. Bylo jím nyní prozkoumání psychotherapeutického vztahu, respektive porozumění tomu, jak nastavení vztahu souviselo s odmítnutím další psychotherapie klientkou.

#### **4.2 Zaměření analýzy: Čím bychom odchod klientky mohli vysvětlit?**

Záměr prozkoumat psychotherapeutický vztah, který by mohl pomoci vysvětlit dobrý výsledek spojený s předčasným ukončením terapie, pro nás znamenal volbu teoretických východisek. To považujeme za důležitou součást tvorby případové studie, protože proces psychotherapie nabízí velké množství dat, jejichž složitost může být zahrnující. Proto je vhodné hledat způsoby, jak tuto složitost zachytit a zorientovat se v ní. K tomu mohou sloužit jak výše popsané metody, tak zájem o specifickou oblast procesu a teoretická východiska.

Když se ve výzkumu psychotherapie začneme zabývat psychotherapeutickým vztahem, zpravidla narazíme na konstrukt pracovní aliance, který je jedním z nejvíce probíraných jevů spojených s výsledky psychotherapie. Protože se zdálo, že nastavení pracovní aliance by v našem případě mohlo pomoci vysvětlit, jak se stalo, že úspěšná

terapie skončila předčasně, rozhodli jsme se také stěžejní část výsledků případové studie zaměřit na popis, jak nastavení pracovní aliance napomohlo ke zlepšení symptomů a zároveň k odchodu klientky. Začali jsme ve skupině více lidí číst přepisy sezení a rozhovory o významných momentech, které klientka a terapeutka identifikovaly po vybraných sezeních, a zaměřovali jsme se na tři části pracovní aliance, jejichž souvislost s výsledkem psychoterapie a případnými potížemi v terapeutickém vztahu byla již empiricky ověřena. Snažili jsme se hledat v datech odpovědi na následující otázky: a) Na jakých cílech v psychoterapii klientka a psychoterapeutka spolupracovaly? b) Jakým způsobem spolupracovali na dosažení těchto cílů? c) Jakou měl podobu emoční vztah mezi klientkou a terapeutkou? A jak tento vztah přispíval k dosažení terapeutických cílů?

Koncept pracovní aliance nám umožňoval hledat v datech jen ohraničené množství informací a zároveň se zabývat terapeutickým vztahem z hlediska vzájemné spolupráce mezi klientkou a terapeutkou. Protože na utváření pracovní aliance se podílejí klient i terapeut, rezonuje tento koncept s naším pojetím terapeutického procesu jako spoluutvářeného díla (viz Doležal & Čevelíček, 2017) spíše než jednosměrného aplikování intervencí, které může být častěji vlastní medicínskému než psychoterapeutickému porozumění terapii (Řiháček, 2017).

Detailní pohled, který nabízí případová studie, nám současně umožnil zareagovat na některé konceptuální obtíže spojené s pracovní aliancí a výzkumem psychoterapie obecněji. Pokud rozumíme pracovní alianci jako procesu neustálého vyjednávání

mezi klientem a terapeutem (Safran & Muran 2000, 2006), jeden kvantitativní skór, který vyjadřuje kvalitu pracovní aliance, nemůže zachytit konkrétní podobu aliance (tedy cíle a postupy využití v konkrétním případě, jejich vzájemné interakce a souvislost s emočním vztahem) ani to, jak se terapeutická aliance mění v širším kontextu terapeutického vztahu. Tohle je obecně problém kvantitativního výzkumu procesu a výsledků psychoterapie, který má tendenci být povrchní ve vztahu ke složitosti skutečných interakcí mezi klienty a terapeuty (Baldwin et al., 2007). Aby byl výzkum klinicky relevantní, je nutné tuto složitost zachytit, což případová studie umožňuje. Teoretická východiska v podobě konceptu pracovní aliance a konceptuálních obtíží, která jsou s ní spojena, nám pomohla zorientovat se v tom, jakým směrem mělo smysl zacílit další analýzu velkého množství dat, která jsme získali. Jinými slovy bylo dobré vědět, proč má v daném případě smysl dělat případovou studii.

Díky zvoleným teoretickým východiskům a konkrétnějšímu zaměření studie jsme se mohli pustit do kvalitativní analýzy, která spočívala ve formulaci témat odpovídajících na naši hlavní výzkumnou otázku. Metoda analýzy, která je podrobněji popsána v rukopisu případové studie, odpovídala konsensuálně pojaté tematické analýze (Braun & Clarke, 2006). Postupně jsme formulovali témata, jejichž obsah vycházel z většího množství dat současně: z přepisů sezení, rozhovorů o změně dosažené v terapii (CCI), rozhovorů o významných momentech identifikovaných klientkou i terapeutkou bezprostředně po třech sezeních (IPR), a informací o významných momentech (HAT) popsáných klientkou

i terapeutkou po každém sezení. Tato data jsme dávali do vzájemné souvislosti s cílem porozumět tomu, jak v této terapii pracovní aliance souvisela s dobrým výsledkem a náhlým odchodem klientky z terapie. Výsledky této analýzy jsme zařadili do celkové struktury textu případové studie jako hlavní část.

## 5. CELKOVÁ STRUKTURA VÝSLEDKŮ STUDIE

Máme více možností, jak strukturovat texty případových studií. Některé odborné časopisy nabízejí soupis požadavků, jež by měly případové studie splňovat, zatímco jiné vyžadují, aby měly případové studie konkrétní strukturu. My jsme se rozhodli, že splníme nabízené základní podmínky, ale struktura textu nebude striktně sledovat narativní souslednost událostí v terapii, což je běžně nabízený způsob uspořádání případové studie. Stěžejní část naší analýzy se totiž zaměřovala na významná témata spíše než na postupné představení průběhu terapie.

Minimální požadavky pro systematické případové studie publikované například v již zmíněném časopisu Psychotherapy zahrnují využití alespoň dvou standardizovaných nástrojů měřících výsledek terapie (jak obecných, tak specifických symptomů), zadávaných alespoň ve třech časo-

vých bodech (např. na začátku, uprostřed, a na konci) a alespoň jednoho nástroje zachycujícího proces psychoterapie. Výsledek psychoterapie by současně měl být vyjádřen velikostí změny a jako klinická významnost. Naše studie tyto podmínky splňovala využitím standardizovaných nástrojů CORE-SF, PHQ-9, WAI-SR a SRS. Dále by studie měla obsahovat doslovné přepisy rozhovorů mezi klienty a terapeutky ukazující klíčové intervence a mechanismy změny využití v terapii. Ty jsme průběžně popisovali v rámci témat vytvořených pomocí tematické analýzy.

Těžištěm naší analýzy bylo porozumět dynamice vztahu mezi klientkou a terapeutkou. Strukturu studie jsme proto chtěli přizpůsobit tomuto cíli. Na počátku textu však bylo nutné čtenáře uvést do celkového kontextu případu, proto jsme nejprve popsali potíže, se kterými klientka do terapie přišla, a krátce jsme shrnuli chronologický vývoj celé terapie. Nastínili jsme témata z života klientky, která se v terapii objevovala, a popsali jsme také významné události vně psychoterapie, což byl zejména nový romantický vztah klientky a přerušování terapie po 14. sezení na dobu 14 týdnů. Poté jsme postupně popsali výsledky psychoterapie zachycené dotazníky (viz Tabulka 1) a kvalitativní hodnocení změny z pohledu

Tabulka 1 – Změna symptomů v průběhu psychoterapie

Nástroj	Klinická hranice	Skór po 1. sezení	Skór po 18. sezení	Min	Max	Klasifikace změny
CORE-SF	1.349	2.088	0.611	0	4	uzdravení
PHQ-9	8	14	2	0	27	uzdravení

klientky a terapeutky získané rozhovory CCI. Coby syntézu těchto dat jsme připojili komentář výzkumníků, který vedl k formulaci výzkumné otázky. Popis výsledků terapie dobře ilustruje, že pokud máme dostatek dat, výhodou případové studie je možnost srovnat více perspektiv a umožnit čtenáři komplexní pohled na terapeutickou změnu. Následně jsme uvedli výsledky měření pracovní aliance, jež sloužily jako přechod k hlavní části analýzy.

Z pohledu dotazníku WAI se kvalita pracovní aliance v průběhu terapie nijak výrazně neměnila. Dotazník SRS ovšem ukazoval propad na sezeních číslo 13 a 18. V dalším popisu jsme se proto nejprve zaměřili na sezení, na nichž došlo k výraznějšímu propadu v hodnocení aliance. Analyzovali jsme přepis těchto sezení a všimli si, jestli se během nich událo něco výjimečného, co by mohlo poukazovat na vážné narušení pracovní aliance, které by pomohlo vysvětlit odchod klientky. Ovšem nevypadalo to, že by se během těchto sezení odehrálo něco zásadně špatně, a to jak na úrovni interakce mezi klientkou a terapeutkou, tak obsahu sezení. Na základě podrobnější znalosti dat jsme usoudili, že nižší hodnocení pracovní aliance mohlo souviset s vygradováním některých již zaběhnutých forem spolupráce. Přešli jsme proto nyní k popisu témat zachycujících tři složky pracovní aliance: terapeutické cíle, formy spolupráce, a emoční vztah mezi klientkou a terapeutkou.

### **5.1 Terapeutické cíle**

Analýzou přepisů sezení jsme zjistili, že spolu klientka a terapeutka produktivně pracovaly na řadě významných témat, například postoji klientky k sobě, svému tělu a svému sebevědomí, na vztazích klientky

s jejím novým partnerem a přáteli, a na vztazích s jinými lidmi obecně. Psychoterapeutka občas klientce zdůraznila, že proces psychoterapie závisí na tématech, se kterými ona sama přichází, ale cíle psychoterapie spolu explicitně nerozebíraly.

Mezi cíle psychoterapeutky patřilo věnovat se prožívání klientky a podporovat ji při snaze porozumět svým potřebám a emocím a lépe vlastní potřeby prosazovat. Tyto cíle ovšem neprobírala přímo s klientkou, což mohlo vést na závěrečném sezení také k tomu, že pobízení terapeutky, aby ve vztahu se svými rodiči více zohledňovala vlastní potřeby, klientka zažívala jako náročné a neužitečné. Připadalo jí, že terapeutka na ni tlačila. Explicitní stanovování cílů psychoterapie nemusí být vždy potřeba. Některé empirické studie ukazují, že například velmi zkušený terapeuti zpočátku terapie s klienty cíle domlouvají málokdy (Oddli et al., 2014), ale jsou zároveň citliví k tomu, zda jsou s klienty ve shodě na implicitně dosahovaných cílech. V našem případě ale můžeme předpokládat, že společná aktualizace cílů mohla být prospěšná, a to také kvůli k delší pauze v psychoterapii (Cooper & Law, 2018). Chybějící diskuse o cílech terapie mohla být nevýhodná také proto, že se změnila okolnosti života klientky (připravovala se nyní na státní závěrečné zkoušky) a kvůli chybějící domluvě se nepodařilo sladit očekávání klientky a terapeutky na tom, co by mělo být v danou chvíli obsahem společné práce. Tak se mohlo stát, že klientka vnímala terapii spíše jako zátěž než podporu v náročném období.

### **5.2 Formy spolupráce**

Spolupráce mezi klientkou a terapeutkou měla čtyř hlavní podoby. Zpočátku

terapie umožnily tyto formy spolupráce zlepšení symptomů klientky, ale na základě analýzy dat se ukazovalo, že později také mohly omezovat možnosti práce na dalších tématech. Tyto čtyři způsoby práce jsme pojmenovali: a) interpretace, návrhy a rady; b) přátelské sdílení a podpora; c) zaměření na prožívání klientky; d) podpora schopnosti cíleně a vědomě jednat (aktérství).

Interpretace, návrhy a rady klientka oceňovala, protože jí umožňovaly podívat se na některé oblasti svého života pohledem jiného člověka, který k ní nemá blízko, díky čemuž si klientka mohla vybírat, které návrhy ve svém životě vyzkouší a které nikoliv. Tato forma spolupráce byla funkční, pokud klientka nacházela povzbuzení a rozvíjela pozitivní náhled na sebe samu, anebo obsahovala užitečné rady pro každodenní život. Cuijpers et al. (2008) ukázali, že právě intervence zaměřené na řešení praktických problémů mohou být u klientů s příznaky deprese účinnější než jiné terapeutické postupy, takže volba této strategie se zdá být vhodná. Nicméně jsme na základě dat současně usoudili, že tento zpočátku terapie prospěšný přístup mohl zároveň přispět k předčasnému ukončení. Jako nefunkční a později i jako brzdící terapeutický proces se tento druh spolupráce ukazoval u tématu vypořádávání se s nároky rodičů, kdy klientka v reakci na doporučení terapeutky stále častěji odpovídala pasivním přitakáním a také reflektovala, že rady a návrhy v této oblasti nebyly užitečné.

Přátelské sdílení a podpora mohou být důležitým prvkem psychoterapie u klientů s depresivní symptomatikou. Barnicot et al. (2014) ukázali, že autenticita terapeuta spojená s vyjadřováním skutečných emocí a postojů, a péče o klienta spojená s vřelostí,

souvisí s lepšími výsledky psychoterapie. Psychoterapeutka uváděla, že byla v této pozici nerada a označovala ji za „mateřskou“, přesto však vnímala, že takový přístup klientka potřebovala a dovedla na něj responzivně reagovat. Klientka zpočátku tento typ intervencí oceňovala a pozitivně na ně reagovala. S postupem času se však podpora a sdílení vyčerpaly, nejspíš protože klientka našla vlastní vnitřní i vnější zdroje podpory.

Věnování se emocím se v procesu spolupráce neobjevovalo často, což může vzbudit pozornost při analýze, když si všímáme oblastí, které zůstávají neosloveny. Přestože to byl záměr terapeutky, nedařilo se dvojici najít způsob, jak více pracovat s emocemi. Jakoby to nešlo, a i když to někdy zkusily, velmi rychle se vracely ke kognitivní rovině. Klientka však zaměření na emoce nepostrádala. Dokonce později popsala, že už sama nad různými věcmi nechce tolik přemýšlet a například u tématu svého romantického vztahu vnímala diskuzi o emočních detailech jako nepříjemnou. Ačkoliv tedy práce s emocemi byla pro terapeutku významným tématem, zdálo se, že v terapii pro ni z nějakého důvodu nebyl prostor, což mohlo souviset s osobním odstupem od terapeutky, který klientka popisovala.

Podpora klientčiny schopnosti cíleně jednat se projevovala v opakovaných pobídkách a povzbuzování terapeutky, kdy vybízela klientku k větší asertivitě a pomáhala jí rozpouštět některé její strachy. Na druhou stranu v rámci způsobu spolupráce to byla většinou terapeutka, která vedla, i když reflektovala, že to není její typický způsob práce. Klientka si na to opět nikdy nestěžovala a místy dokonce očekávala, že terapeutka bude ještě aktivnější. Podobně jako u předchozích způsobů spolupráce se

zdálo, že jak psychoterapie postupovala, mohl nastat čas znovu mluvit o tom, jaký styl práce by v novém kontextu byl užitečný.

### 5.3 *Emoční vztah*

Součástí pracovní aliance v psychoterapii je emoční a interpersonální vztah, který podporuje dobrou spolupráci. Klientka popisovala, že terapeutku vnímala jako nezávislého profesionála, který jí nebyl emočně blízko. To klientce pomohlo se sdílením témat, o kterých s nikým jiným nemluvila, což dále podpořilo přínosnost rad a povzbuzení. Protože terapeutku vnímala jako profesionála, její rady a povzbuzení nebyly v pojetí klientky motivovány osobní blízkostí, ale byly neutrální zpětnou vazbou. Na druhou stranu později, když její symptomy pominuly, mohlo toto nastavení proces spíše blokovat, protože dvojici neumožňovalo pracovat na více emocionálně nabitých tématech. Klientka v pozdějších fázích popisovala terapeutku jako někoho, kdo jí není dostatečně blízko, aby s ní o některých věcech mluvila.

## 6. ZÁVĚREČNÉ SHRNUÍ: CO JSME SE NAUČILI?

Předchozí odstavce jsme věnovali popisu toho, jak nám formát případové studie umožnil podrobně prozkoumat, proč se klientka se středně silnými depresivními symptomy rozhodla náhle ukončit psychoterapii, která jí pomáhala. Případy, kdy klienti ukončí terapii, jsou časté (Roos & Werbart, 2013) a psychoterapeuti se u řady klientů nedozví, proč se rozhodli odejít. Někdy, tak jako v našem případě, psychoterapeuti nemusí ani zjistit, že se terapie povedla, i když klient z terapie odešel. Ukázali jsme, že různé fáze psychoterapie a zřejmě i různá témata vyžadovala jiné

interpersonální nastavení mezi klientkou a terapeutkou. Protože terapeutický vztah není nikdy definitivně ustanovený, ale průběžně se proměňuje (Norcross et al., 2011), je potřeba být responzivní nejen na úrovni dialogu a použitých metod během jednotlivých sezení, ale reagovat také na vývoj spolupráce a hledat takové formy vztahu, které jsou pro další spolupráci užitečné.

Psychoterapeuti se mnohdy nedozví ani odpovědi na další otázky, jež případové studie mohou oslovit, například čemu v psychoterapii klienti připisují zlepšení, jak klienti terapeuty vnímají, nebo jak vnímají v psychoterapii vzájemný vztah a způsob práce. Tyto otázky jsme mohli také zodpovědět. Pomohla tomu především spolupráce mezi psychoterapeutkou, klientkou a výzkumníky, protože klientka byla s výzkumníky ochotná i po skončení terapie absolvovat rozhovory a vyplňovat dotazníky. Pro psychoterapeutku samotnou by byly sběr a zpracování množství dat příliš časově náročné, takže spolupráce pomohla také tomu, aby případová studie mohla vzniknout. Spolupráce a četné diskuse s kolegy, kteří vnašeli do analýzy dat nové perspektivy, také postupně formovaly konečnou podobu případové studie. Právě diskuse s kolegy nám také pomáhala si postupně budovat teoretická východiska, která nám pomohla s orientací v mnohosti dat.

### *Role autorů*

První a druhý autor naplánovali design studie, provedli společně sběr a analýzu dat, a podíleli se společně na sepsání všech kapitol rukopisu. Oba autoři přispěli ke vzniku článku a schválili jeho konečnou podobu.

### *Konflikt zájmů*

Bez konfliktu zájmů.



LITERATURA

- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 842–852.
- Barnicot, K., Wampold, B. E., & Priebe, S. (2014). The effect of core clinician interpersonal behaviors on depression. *Journal of Affective Disorders, 167*, 112–117.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*(3), 252–260.
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research, 25*(1), 6–19.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101.
- Carey, T. A., & Stiles, W. B. (2016). Some problems with randomized controlled trials and some viable alternatives. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 23*(1), 87–95.
- Cooper, M. & Law, D. (Eds.). (2018). *Working with Goals in Psychotherapy and Counselling*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology, 58*(1), 7–19.
- Daňšová P., Masopustová Z., Hanáčková V., Kicková K., Korábová I. (2016). Metoda Patient Health Questionnaire-9: Česká verze. *Československá Psychologie, 60*(5), 468–481.
- Dattilio, F. M., Edwards, D. J. a, & Fishman, D. B. (2010). Case studies within a mixed methods paradigm: toward a resolution of the alienation between researcher and practitioner in psychotherapy research. *Psychotherapy, 47*(4), 427–441.
- Doležal, P., & Čevelíček, M. (2017). Předpoklady a metody dialogického výzkumu v psychoterapii. *Československá Psychologie, 61*(1), 16–28.
- Doležal, P., Čevelíček, M., Řiháček, T., Roubal, J., Hytych, R., & Ukropová, L. (in press). “Why did she leave?” – Development of working alliance in a case of psychotherapy for depression. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*. K dispozici online: <https://www.researchgate.net/publication/330764566>
- Elliott, R. (1986). Interpersonal Process Recall (IPR) as a psychotherapy process research method. In L. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process* (pp. 503–527). New York, NY: Guilford.
- Elliott, R. (1993). *Helpful Aspects of Therapy Form (HAT)*. Retrieved from <http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/hat.html>.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316–340.
- Hatchett, G. T., & Park, H. L. (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy, 40*(3), 226–231.
- Juhová, D., Řiháček, T., Cígler, H., Dubovská, E., Saic, M., Černý, M., ... Evans, C. (2018). Česká adaptace dotazníku CORE-OM: vybrané psychometrické charakteristiky. *Československá Psychologie, 62*(1), 59–74.
- Lemmens, L. H. J. M., Müller, V. N. L. S., Arntz, A., & Huibers, M. J. H. (2016). Review: Mechanisms of change in psychotherapy for depression: An empirical update and evaluation of research aimed at identifying psychological mediators. *Clinical Psychology Review, 50*, 95–107.
- Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients’ experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin, 142*(8), 801–830.
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H. W., & Barth, J. (2009). Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): psychometric properties in outpatients and inpatients.

- ents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17, 231–239.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M. and Prochaska, J. O. (2011) Stages of Change. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 143–154.
- Oddli, H. W., McLeod, J., Reichelt, S., & Rønnestad, M. H. (2014). Strategies used by experienced therapists to explore client goals in early sessions of psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 16(3), 245–266.
- Řiháček, T. (2017). Medicínský model a psychoterapie. *Psychoterapie*, 11(3), 190–203.
- Řiháček, T., & Juhová, D. (2016). Monitorování účinnosti v psychoterapii a poradenství. *TESTFÓRUM*, 5(7), 1–13.
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394–418.
- Roubal, J., Řiháček, T., Čeveliček, M., Hytych, R., & Holub, D. (2018). Retrospective client interviewing can inform clinicians' practice and complement routine outcome monitoring. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 27(2), 308–320.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 233–243.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 43(3), 286–291.
- Timulak, L. (2002). Výskum dôležitých momentov v procese psychoterapie – prehľad doterajších zistení. *Československá psychologie*, 46(6), 536–548.
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 421–447.

*Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 4. 2. 2019. Revidované znění došlo 25. 4. 2019, k publikaci přijato 27. 4. 2019.*

## BAVILO MĚ SI S LIDMI POVÍDAT říká v rozhovoru MUDr. Jiří Krombholz

Lucie Kučerová, Jakub Hučín

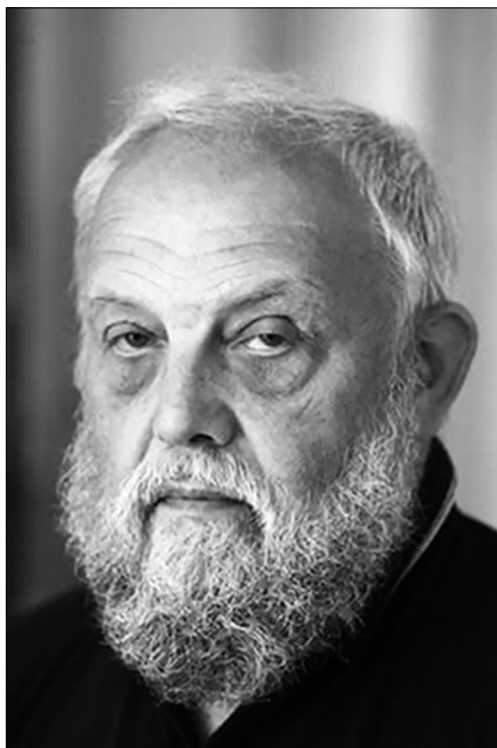
### Jak jste se vlastně k psychoterapii dostal?

Původně jsem dětský lékař, ale moc mě to nebavilo. Zároveň nás tehdy bylo na dětském oddělení v Ústí nad Labem spousta, že jsme se až tahali o pacienty, takže jsem pak požádal pana primáře o změnu atestačního oboru. Tam, kde jsem pracoval, byla jedna kolegyně, dětský psychiatr, byla o dost starší než já a já se přátelil s její rodinou. Nakukoval jsem díky tomu do systému dětské psychiatrie a nakonec jsem to sám zkusil. Asi to bylo z části i tím, že jsem měl takový obdivný vztah k manželovi té kolegyně, který byl velice vzdělaný člověk. Tak jsem prostě z pediatrie přešel na psychiatrii. Nejdřív krátce na tu dětskou, ale tam jsem měl dojem, že je to víc psychiatrie těch rodičů než dětí. Navíc rodiče neradi slyšeli, že na tom, co se děje s jejich dětmi, mají nějaký podíl, a tak jsem nakonec odešel na dospělou psychiatrii.

### Práce s dětmi vás nebavila?

Mě to bavilo s těmi staršími dětmi, tak od deseti let výš. U malých dětí – kojenců, novorozenců jsem měl pocit, že jim nějak nerozumím, nemám s nimi kontakt. Se staršími dětmi jsem si rozuměl víc, zjistil jsem, že si s nimi rád povídám a že mě vlastně baví si s lidmi spíš povídat, než jim dávat nějaké ty penicilíny.

**A to vás motivovalo k tomu se věnovat psychoterapii? Pochopila jsem, že to by-**



### lo ve stejné době, kdy jste vstoupil do výcviku...

Nějakou dobu jsem byl na klinice, na té dospělé psychiatrii, pak jsem šel na rok na vojnu a když jsem se vrátil, měl jsem na klinice jednoho kolegu, který měl taky blízko k tomu si s lidmi povídat. A úplně náhodou jsem se na konferenci v Jeseníku setkal s panem doktorem Urbanem, který byl jedním ze zakladatelů tohoto výcviku a trošku mě lákal, jestli bych to taky nechtěl zkusit. Tak jsem se přihlásil a už jsem u toho zůstal...

Psychoterapii jsem začal dělat i proto, že v té době se jí na psychiatrii málokdo věnoval, módní byly hlavně prášky. Asi rok jsem pracoval v psychiatrické léčebně v Horních Beřkovicích, kde to byla taková ta těžce biologická psychiatrie, kde šlo o léčbu psychotiků a ordinovaly se jim poměrně masivní dávky léků. A já jsem měl dojem, že to není nějak úplně ono. Tak jsem se pokusil se angažovat ještě trochu jinak, než jen přes tu medikaci. A když jsem se pak dostal do výcviku do systému SUR, začal jsem mít dojem, že to je to, co by mě bavilo. I předtím jsem měl trochu tendenci se zabývat něčím, co je víc v hloubce, bavily mě věci kolem archeologie a takových věcí. A to s tím asi nějak souviselo.

### **Co vás na výcviku nejvíc zaujalo?**

To, že výcvik v podstatě probíhá formou vlastní psychoterapie, že jde vlastně o terapeutickou skupinu. Samozřejmě jsem v té době, kdy jsem začínal s prací a dostal se mimo svoji nukleární rodinu, měl různé konflikty, problémy, neshody se světem a s ženskými, takže jsem to tam řešil v té své skupině a tam jsem si uvědomil, že věci, které mě štěvují, se dají tímhle způsobem nějak zvládat. A naštěstí byl i pan doktor Urban člověk velice přístupný tomu porozumět a neradit a řekl jsem si, že tohle by mě mohlo v té mé praxi taky vést.

### **Jak byste charakterizoval způsob, kterým pracujete?**

Nejdřív jsem byl samozřejmě osloven Freudem, takže jsem byl původně orientovaný tím klasickým psychoanalytickým přístupem. Taky jsem tehdy v době svých psychotherapeutických začátků prodělal psychoanalýzu, ale ne tu klasickou, ale jak

to tehdy bylo v módě – za pomoci kyseliny lysergové. Intoxikace se využívaly k vyvolávání vzpomínek a představ, které se pak interpretovaly podobně jako v psychoanalýze. A s LSD to běželo rychleji. Tehdy byl mým terapeutem dnes už zesnulý kolega Petr Příhoda, který sám prodělal cvičnou psychoanalýzu tímhle způsobem.

Bylo to zajímavé, akorát jsem pak zjistil, že i když se v té intoxikaci objevil nějak můj problém a nějak se podařilo ho interpretovat a k něčemu se došlo, stejně mi chyběl ten doprovodný emoční zážitek, v intoxikaci k němu prostě nedošlo. Nemusel jsem přiní překonávat svoji úzkost a strach z toho, že o sobě něco řeknu a že to bude nějak interpretované. Došlo mi, že práce, kterou člověk v psychoterapii vynaloží na to, aby přemohl svoji úzkost a svůj odpor a mluví o sobě, je smysluplná. Při těch intoxikacích to vypadalo, jako když si člověk dá pár panáků, kecá a kecá, ale pak zjistí, že to k ničemu moc nebylo, takže jsem potom prodělal psychoanalýzu ještě jednou a řádně. Pár sezení jsem absolvoval se svým kolegou Příhodou už bez LSD a i v té mé skupině byla základem psychoanalytická teorie, doktor Urban byl taky zaměřený analyticky, i když k tomu měl i ten širší sociální rozměr. A od té doby má můj přístup ten analytický základ a způsob myšlení plus sociální vnímání vztahů a situace, to je to, co mě oslovuje.

### **Se skupinovou psychoterapií jste pak po výcviku dál pracoval i ve své práci...**

Můj výcvik trval sedm let. V SURu většinou trvá pět let, ale doktor Urban byl toho názoru, že to nestačí, protože během výcviku má přece jenom probíhat nejen terapeutická, ale i životní zkušenost, takže ne-

škodí, když je výcvik trochu delší. Ke konci výcviku jsem začal na nemocničním psychiatrickém oddělení dávat dohromady terapeutické skupiny i ve své práci, ale byly to jenom takové krátkodobé terapie, protože tam pacienti byli jenom dva, maximálně tři týdny. Potom jsem odešel na ambulanci, kde jsem si založil takovou normální skupinu s asi šesti, sedmi pacienty, která se tam pak scházela asi 3 roky. Tam už byla skupina pravidelnou součástí ambulantní praxe.

### **Co vám na skupinové psychoterapii přijde zajímavého?**

Přijde mi, že ve skupině člověk jakoby opakuje to, co prožívá v životě. Vztahy ve skupině nějakým způsobem napodobují jeho vztahy v reálném životě, takže se dají poměrně dobře pozorovat a člověk má lepší obraz o tom, co se s pacientem děje, než když s ním jenom mluví sám. Individuální práce má svůj půvab, vztah s pacientem je hlubší, intenzivnější než ve skupině, ale na druhou stranu není možné pozorovat, jak se chová k dalším lidem, jak se chová ke klukům, holkám, jak navazuje vztahy, jaké v tom dělá chyby...

### **Je něco, co v terapii rád používáte, nebo co se vám dlouhodobě osvědčilo?**

Že bych měl nějakou speciální techniku, to snad ani ne. Osvědčilo se mi, když jsem pacientům řekl, že můžou říkat cokoliv, co je napadne a že si to vyslechnu a pak teprve si o tom budeme povídat, čili že jsem jim dal možnost, aby říkali cokoliv, a nijak jsem to neusměrňoval. Někteří kolegové mají tendenci navrhnout téma jako – „dneska si budeme povídat o mamince“ a podobně. To mi nikdy nepřipadalo jako dobrý nápad,

takže jsem vždycky začínal a dodneška začínám jak skupinu, tak i individuální terapii větou: „Povídejte cokoliv, co vás napadne, co potřebujete říkat...“ Mám dojem, že ten pocit svobody, který pacient má, usnadňuje vzájemný kontakt.

### **Čím podle vás psychoterapie vlastně léčí? Co je to nejdůležitější?**

Důležitý je tam prvek nějaké intimity – že se pacient může svěřit s čímkoliv, co ho tíží, i s něčím, co by jinak těžko říkal. To může člověka uvolnit. Ve vztahu pacientů k terapeutovi, kterému důvěřují, je důležitý i pocit bezpečí, takový pocit, že je kam se schovat. Někdy bohužel tenhle pocit bezpečného místa, kde se mohou schovat, vede k tomu, že skupina vytváří takovou uzavřenou jednotku, která se nechce otevřít ven a dělá se z toho trochu parta, kde si všichni navzájem mezi sebou říkají, jak jsou dobří. Je potřeba, aby terapeut měl porozumění, ale zachoval si i odstup, není to tak, že by měl chválit za každou cenu. A taky si myslím, že je pro terapii důležitá i nutnost překonat strach, ostych, nechuf. Takle vnitřní síla je hlavní účinný faktor, která pacientovi umožní překonat to, co mu brání, a tím na sobě pracuje.

### **A stalo se vám někdy, že to s klientem prostě nešlo?**

To víte, že ano. Nemůžu být sympatický každému a je pravda, že ani mě nejsou úplně všichni sympatičtí, i když se samozřejmě snažím, aby to na mě nebylo tak úplně vidět. A taky záleží na tom, jestli druhému sedí můj analytický styl práce. Vždycky mám tendenci se dobrat k nějakému vnitřnímu obsahu, k něčemu, co můžeme použít jako vysvětlení... No a to není každému příjem-

né. Takže se mi stává, že s osobou, která má třeba výrazně pithiatické nebo hysterické rysy, nemůžu pracovat, protože ty jeho emoce nejsou opravdové, jeho prožívání je jen povrchní a ta naše práce není dost intenzivní. A naopak – dělat psychoterapii tohoto typu s inženýrem elektrotechniky je taky problém, protože když si to nedovede spočítat, nemá to pro něj význam.

Někteří terapeuti proklamují, že nabízejí řadu přístupů – analytický, ale taky kognitivně-behaviorální a já nevím, jaký ještě. Myslím, že je to špatně, protože každý z nás má nějaké osobnostní rysy, které ho vedou k tomu, aby k věci přistupoval určitým způsobem, a kdybych se já pokoušel o kognitivní terapii, nebudu v tom autentický. Myslím, že by každý terapeut měl mít svůj přístup a ten by měl mít zvládnutý, protože když jich nabízí šest, znamená to, že neumí ani jeden.

### **Co se ve vašem přístupu změnilo za tu dobu, co děláte terapii?**

Myslím, že jsem se poučil, že příliš dogmatické vnímání základních principů psychoanalýzy přeci jenom dnes už asi nestačí. Že je nezbytné brát v úvahu i sociální aspekt, vnímání aktuálních problémů pacienta. Na začátku jsem byl takový nadšený a měl jsem tendenci všechno interpretovat přes Freudovy principy, ale došlo mi, že je to příliš úzké a že s nimi zdaleka nemůžu vystačit, abych zachytil způsob života, který lidi žijí.

### **Jak poznáte, co je pro pacienta vhodné? Myslím jak konkrétní momenty, kdy se rozhodujeme, co zrovna udělat, nebo i tu obecnější rovinu.**

Většinou je to tak, že jak se tak bavíme,

nakonec se mi podaří odhadnout, co je vlastně jeho cílem nebo co potřebuje.

### **Tedy spíš intuitivně?**

Myslím, že pracuju trochu víc intuitivně, než jako počítač.

### **A měl jste to tak vždycky, nebo to třeba někdy bylo jinak? Mám na mysli, že jste se třeba někdy víc držel nějakých pravidel...**

Myslím, že jsem to takhle měl vždycky. Když jsem se zpočátku úzkostlivě držel Freuda, bylo to spíš proto, že jsem měl určité pochybnosti o tom, co umím a dokážu, a měl jsem pocit, že se můžu opřít o teorii. Ale později jsem tenhle přístup opustil, omezovalo to jak mě, tak pacienta. Analytické prvky mi zůstávají, a když mám možnost, použiju je, ale netrvám na nich a rozšiřuji je. Mám dojem, že to pacientům přináší větší pocit svobody a uvolnění, než když dávám terapii nějaký příliš úzký rámec.

### **Napadá mě, jak sám sebe vidíte, jestli jsou u vás role psychiatra a terapeuta nějak propojené, nebo jestli jste měl někdy pocit, že se mohou navzájem narušovat?**

Já jsem u sebe měl obě role vždycky v souladu. Na psychiatrické ambulanci si naprostá většina těch, kteří ke mně chodili, žádali, aby byli medikovaní. Tak to tam také tak probíhalo. A vedle toho jsem měl vždycky skupinu, která fungovala paralelně, takže jsem měl ty role od sebe vždycky trošku oddělené. Zrušit roli psychiatra, který lidem dává prášky, se nikdy nepodařilo, ani se to nikdy nepodaří, protože řada lidí si to tak přeje a také je pravda, že řada poruch nebo nemocí se bez léků neobejde. Takle

část odbornosti se nedá vymazat a vždycky je možnost se s pacientem domluvit, jestli přece jenom by nechtěl radši docházet na psychoterapii, ale obvykle to nejde obojí zároveň. Někdy se to nedá v praxi úplně oddělit, takže mám několik málo lidí, kteří chodí do psychoterapie, a zároveň jim píšu léky, ale jinak mám život psychoterapeuta od toho bobulkáře oddělený.

### **V čem jsou tyhle role jiné?**

V psychoterapii nabízím porozumění, doprovázení, vedení nebo pomoc tím, že něco odhalujeme v životě pacienta. Vytváří se tam jiný druh vztahu, kdy je terapeut v roli pomocníka a někdy trochu rodiče. V roli psychiatra je to spíš postoj: Bolí vás noha? Tady máte obklad. A když to nepřejde, přijďte za tři dny a já vám dám jiný. V téhle roli znamená, že já rozhoduji o tom, jaký obklad to bude. Teď je samozřejmě trochu tendence k tomu, aby pacient byl spolupracovníkem lékaře, kdy si sám bude říkat, co a jak, ale já jsem k tomu trochu skeptický. Jednak mě trochu rozčiluje, když přijde pacient a říká mi: „No, pane doktore, já jsem na internetu našel, že tohleto a támhleto...“ a potom si myslím, že pro některého pacienta je důležité mít doktora jako někoho tak trochu všemocného, kdo ovládá svět a nenechá ho umřít a trpět. A myslím, že pocit, že mám někoho, kdo mě zachraňuje, kdo má tu moc, je důležitý. A úplně ho zrušit a říct si, že pacient bude naším spolupracovníkem a řekne si, co potřebuje, není tak úplně dobře. Ale je mi už osmdesát, tak se to musí brát, že jsem možná už staromilec.

**Je nějaká tendence, která se vám nepozdává v terapii?**

Zase budu vypadat jako staromilec, ale myslím si, že takové ty nápady, že budeme dělat psychoterapii pomocí počítače s kamerou a mailem, jsou prostě konina. Protože když si spolu nesedneme takhle proti sobě a nevidím, jak se tváříte, jak hýbete rukama a jak máte ramena, tak vím bačkoru, co prožíváte. A když spolu budeme hovořit, všimnu si, jak na nějaké téma reagujete, že si dáte nohy křížem a na jiné tak, že se opřete. A když si budeme psát, nevím nic a je to k ničemu.

**Potřebujete osobní kontakt s celým člověkem a ne jenom s nějakou jeho...**

Copak, že já to potřebuju, já si myslím, že to jinak nejde.

**Co ještě jiného může dobré terapeutické práci bránit?**

Vidím teď tolik inzerátů, kdy někdo poskytuje poradenství a psychoterapii a já o něm vím, že nemá výcvik a dělá to v podstatě na první dobrou. A mám obavu, že se ten obor trochu rozplizává. Na druhou stranu si ale myslím, že je velká chyba tuhle práci neumožnit lidem, kteří by to rádi dělali poctivě, ale třeba nemají medicínské vzdělání. Jsou to pedagogové, sociální pracovníci, mají blízko k lidem a s lidmi pracují a ta současná psychoterapeutická nebo psychiatrická věrhuška je z odbornosti vylučuje. Je tolik prostředí, kam se psychoterapeut se vzděláním klinického psychologa nedostane, a tvrdit, že psychoterapii může dělat jenom lékař nebo klinický psycholog, je hrozně krátkozraké. Už teď je to tak, že se vám psychoterapie dostane na pojišťovnu málo a mimo pojišťovnu, když na to máte. Těch možností je málo, a když vyřadíme ještě tyhle lidi, kteří by

rádi pracovali, tak možnost dát porozumění terapeuta lidem, kteří to potřebují, strašně omezíme a připadá mi to jako velikánská chyba. Je pravda, že psychoterapii můžeme i ublížit a nebylo by dobře, kdyby nezdravotničili terapeuti byli bez jakéhokoli zdra-

votnického minima, ale úplně pro ně zrušit možnost dělat psychoterapii, to není dobře.

*Otázky kladla Lucie Kučerová, úprava textu  
Jakub Hučín.*

*Foto archiv Jiřího Krombholze*



## ŽÍT GESTALT: ZPRÁVA Z 6. ČESKÉ A 3. ČESKO-SLOVENSKÉ KONFERENCE GESTALT PSYCHOTERAPIE, MIKULOV, 5.–7. 4. 2019

David Kremeník, Patrik Rudolf

### ÚVOD

Jihomoravský Mikulov se stal v průběhu prvního dubnového víkendu dějištěm 6. České a 3. Česko-Slovenské konference Gestalt psychoterapie. Na letošní ročník, organizovaný Českou společností pro Gestalt terapii (ČSGT) ve spolupráci se Slovenskou asociáciou pre Gestalt terapiu (SAGT), dorazilo celkem 450 účastníků. Mezi přednášejícími nechyběly významné osobnosti zahraniční „Gestalt scény“ jako Nancy Amendt-Lyon, Talia Bar-Yoseph Levine nebo Jasenka Pregrad. Z českých a slovenských jmen zmiň-

me například Genovévu Almássyovou, Michala Černíka, Luciu Orlickou, Antona Poláka, Juraje Rektora, Jana Roubala nebo Miroslava Světláka.

Celé konferenční dění provázelo motto „Žít Gestalt“. Toto heslo v sobě velmi výstižně shrnuje přesvědčení, že zastávání myšlenek konkrétního terapeutického směru není pouze o využívání jeho teoretických konceptů a metod v práci s klienty, ale znamená především ztotožnění se se světonázorem daného směru a jeho žití a prožívání v každodenní realitě. Hledání odpovědí



Talia Levine Bar-Yoseph (foto Jan Haase)



Nancy Amendt-Lyon (foto Foto Daňkovi)

na otázky: „*Jak lze žít Gestalt?*“ a „*Co všechno může toto slovní spojení vyjadřovat?*“ se tak stalo jedním z ústředních témat mikulovského setkání, kterého se z větší či menší míry dotkla většina příspěvků.

#### PŘEDNÁŠKY ZAHRANIČNÍCH HOSTŮ

V duchu motta „Žít Gestalt“ otevřela konferenci Talia Bar-Yoseph Levine svou osobně laděnou přednáškou s titulem *Gestalt filozofie bytí* k přemostování *odlišností*. V jejím rámci se dr. Levine mimo jiné několikrát vrátila na počátek 90. let, kdy v tehdejší Československu vedla první výcvikové skupiny Gestalt terapie. Zaplněnému sálu pak připomínala, že Gestalt nepředstavuje pouhý nástroj, ale jde hlavně o filozofii bytí, která jeho zastánce do značné míry definuje, podporuje jejich kreativitu, vytváří prostor pro rozmanitost

a může sloužit jako „infrastruktura“ ke kulturní práci.

Podobně laděný byl příspěvek Nancy Amendt-Lyon zaměřený na rozvíjení osobního stylu Gestalt terapeuta/-ky. Bývalá žačka Laury Perls své posluchače vyzývala, aby se snažili vyhnout pouhému kopírování zkušenějších druhých (učitelů, lektorů, supervizorů). Namísto toho by měl každý Gestalt terapeut rozvíjet svůj vlastní osobitý styl prostřednictvím dialogu mezi teorií a zkušenostmi načerpanými v praxi. Dr. Amendt-Lyon při tom zdůrazňovala, že takový přístup vyžaduje odvahu a ochotu riskovat, být překvapený a někdy i trochu divný nebo trapný. Odměnou za toto odhodlání podle ní ale je vyhnutí se nudě a stagnaci, které do terapie vnášejí pouhé mechanické využívání technik.

Jako poslední zahraniční host přednášela Jasenka Pregrad, která představila svůj pří-

spěvek zaměřený na včasnou intervenci k léčbě traumat. Svou přednášku uvedla silnou větou: „Stejně tak, jak jsem se stala Gestalt terapeutkou ze své vůle, tak jsem se nestala expertkou na trauma ze své vůle, ale kvůli okolnostem v Jugoslávii – kvůli válce.“ Ve své přednášce představila své zkušenosti z války a to, jak ji tyto zkušenosti ovlivnily v její práci. Apelovala na terapeutický přístup, ve kterém se klient cítí v bezpečí a kde může svobodně truchlit. Nejzásadnějším aspektem k léčbě traumatu je podle ní holá lidská přítomnost a postupný proces k akceptaci traumatické zkušenosti.

#### ČESKÉ A SLOVENSKÉ PŘEDNÁŠKY

Co v bohatém konferenčním programu nabídli „domácí“ přispěvatelé? Všechny

přednášky se nějakým způsobem držely motta konference „Žít Gestalt“ a rozmezí témat bylo vsutku široké – od témat psychoterapie dětí a dospělých, ke specifickým aspektům gestalt psychoterapie a způsobům práce s různými tématy, až k příspěvkům, které si daly za cíl propojit teorii s praxí. Najít si „to své“ mohl skutečně každý účastník. Na konferenci zaznělo 28 přednášek, a proto jsme je ani ve dvou lidech nemohli stihnout navštívit všechny. Vybíráme proto jen ty, které nám nejvíce utkvěly v paměti.

Miroslav Světlák ve svém příspěvku hledal společné prvky fenomenologické metody a mindfulness, zabýval se mechanismy jejich působení a možnostmi využití obou konceptů v terapii i běžném životě. Jan Roubal hovořil o změně v Gestalt terapii. Konkrétně představil tři perspektivy změny



Adam Suchý, David Čáp, Miroslav Světlák (foto Foto Daňkovi)



Juraj Rektor (foto Jan Haase)

– osobní, vztahovou a perspektivu teorie pole. Zdůraznil, že každá z těchto perspektiv je hodnotná a vzájemně se doplňují. Nejvíce pozornosti věnoval perspektivě teorie pole – zdůraznil, že změna může přijít skrz samovolné působení pole a jeho dynamiky a pro terapeuty je zásadní s klientem být způsobem, při kterém opouští očekávání a udržují naději.

Zdeněk Faldyna a Kateřina Havránková hovořili o pohledu na závislost jako na kreativní přízpůsobení a také představili odlišný koncept léčby závislostí v prostředí psychiatrických oddělení. Na jejich oddělení ani tolik nejde o léčbu závislosti, jako spíše o vytvoření nového postoje k sobě samému a naučení se schopnosti využívat ve svém životě podporu okolí.

Své osobní zkušenosti k psychoterapii psychóz přidali Dominika Trmalová a Andrej Biskupič. Ve svém příspěvku představili specifika psychoterapie s psychotickými klienty a zdůraznili koncept lepidla – aby terapeut působil jako člověk, který pomáhá takovému klientovi držet pohromadě, který klientovi pomáhá vytvořit strukturu a který je klientova „kotva“. Také zdůraznili aspekt, že tito klienti často přicházejí pod vnějším nátlakem, přičemž je dobré zaměřit se nejen na to, co chtějí doktoři a příbuzní, kteří klienty do psychoterapie přivedli, ale především na to, co chce samotný klient.

Genovéva Almássyová a Lucia Orlická se zamýšlely nad významem ticha jakožto prvku vnášejícího do terapie, každodenní

mezilidské komunikace, ale také do našeho soukromého prožívání, důležitý rozměr umožňující otevření, rozvíjení i zpracování nových témat. Z pohledu dnešní doby plné „hlukového smogu“ šlo o příspěvek nanejvýš relevantní.

Tomáš Divéky ve svém osobním příspěvku s názvem *Terapeut hledající bezpečí přijetí a uznání* mluvil o tom, že i terapeut je „jen člověk“ a má své primární potřeby, které, pokud nejsou uspokojeny, výrazně ovlivňují práci s klienty. Zdůraznil užitek supervize, jakožto prostředku k hlubšímu poznání sama sebe a ocenění své práce.

Třídenní program uzavřel Juraj Rektor tématem nediferencovaného pole. Přednáškou se prolínaly různé významy, které s sebou toto slovní spojení nese. Nediferencované pole, které může způsobem své nediferenciace dát vzniknout patologii. Nediferencované pole jako pozadí, z něž se rodí figura a které se kolem figury organizuje. Ale také nediferencované pole jako něco plného a plodného, klidného a zároveň živého.

## ATMOSFÉRA

Celý víkend nebyl pouze setkáním odborné komunity plným poutavých přednášek, diskuzí a workshopů. Již od úvodu totiž celková atmosféra vytvářela spíše dojem setkání široké rodiny nebo, jak trefně poznamenal na závěr konference předseda ČSGT Michal Černík, jednoho velkého „Gestalt kmene“. I „nezasvěcení“ účastníci si nemohli nevšimnout přátelského ducha, bezpočtu objetí a radostných setkání, které bylo možné zaznamenat doslova na každém kroku. Komunitní nádech konference podtrhli svou vtipnou divadelně pojatou přednáškou Adam Suchý, Miroslav Světlák a David Čáp. V necelé půlhodině bavili naplněný sál při sisyfovském hledání odpovědi na otázku: „*Dělám Gestalt lépe Já než Ty?*“

V duchu závěrečného, více než symbolického, příspěvku Juraje Rektora, tak lze celou konferenci chápat jako jedno velké nediferencované pole. Plné, klidné, živé a plodné pole, které dalo vzniknout řadě figur – podnětům k zamyšlení, inspiraci pro terapeutickou praxi i běžný život, zkrátka každodennímu žití Gestaltu.

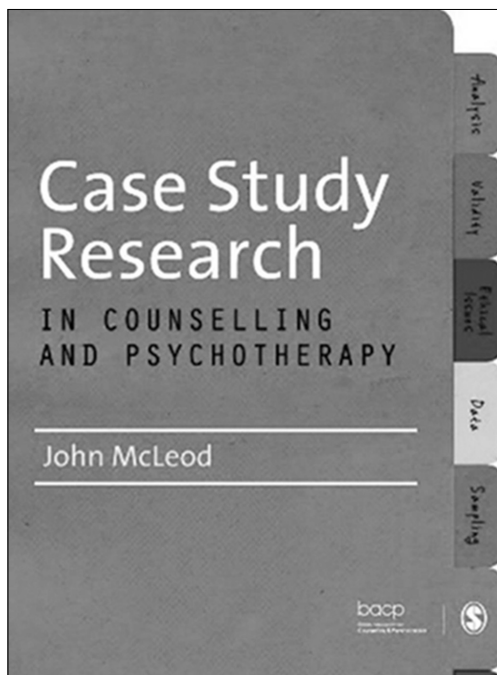
## JAK NA PŘÍPADOVOU STUDII

**McLeod, J. (2010) Case Study Research in Counselling and Psychotherapy. London: Sage, s. 252.**

David Skorunka

Recenzi publikace o případové studii jako metodě výzkumu v psychoterapii nelze začít jinak než příběhem. Vždyť příběhem bývá obvykle i případová studie. Už je to dávno, co začínající psychoterapeut, plný intelektuálních a jiných tužeb vyrazil do Liverpoolu na mezinárodní konferenci narativní terapie a komunitní práce.<sup>1</sup> Kromě tematického zaměření ho lákala vysoká pravděpodobnost osobního setkání s terapeuty z australského *Dulwich Centre*, Mekky narativní terapie, kteří s britskými kolegy konferenci spolupořádali, tenkrát vůbec poprvé na evropském kontinentě. Kromě předpokládaných a vesměs příjemných zážitků měla účast na konferenci nečekaný, tzv. kolaterální přínos. Na jednom ze společných obědů v prostorách jídelny liverpoolské univerzity se recenzent totiž potkal s Johnem McLeodem.

Dle příjmení zjevně potomek slavného rodu skotských horalů v té době působil jako profesor na univerzitě v Dundee. John McLeod jen tak mimochodem upozornil poněkud troufalého a zdánlivě sebevědomého eléva psychoterapie na jím netušené obzory kvalitativního psychoterapeutického výzkumu, literatury o narativitě v psychoterapii a existence v Čechách tehdy sotva známé *Society for Psychotherapy Re-*



*search*. Jinak zdrženlivý projev páně profesora nenaznačoval, že by s českým kolegou chtěl pokračovat v kontaktu i po skončení konference. O to větší překvapení nastalo, když po pár týdnech přišel do Čech balík ze Skotska s několika McLeodovými publikacemi. Zřejmě aby český kolega svou troufalost a pohotovost k intelektuálním diskusím podepřel solidnějsími znalostmi. Dodejme, že John McLeod, dnes emeritní profesor psychoterapie, patřil již v době popisovaného setkání k předním postavám psychoterapeutického výzkumu, odborníkům na kvalitativní metody zkoumání a na na-

<sup>1</sup> Podrobná reportáž z mezinárodní konference narativní terapie a komunitní práce vyšla v časopisu *Konfrontace* (předchůdce *Psychoterapie*).

rativní perspektivu v psychoterapii. Je autorem několika vynikajících učebnic (např. *Introduction to Counselling; Narrative and Psychotherapy; Counselling Skill; The Handbook of Narrative and Psychotherapy* spolu s Lynne Angus). V nich nabídl čtenářům působivou směs šíře a hloubky poznatků, humanistického zaujetí a srozumitelného stylu. Publikace *Case Study Research in Counselling and Psychotherapy* je dílem právě představeného autora a i dnes, osm let od jejího vydání, je jedním z mála tak důkladných textů na toto téma.

Případová studie neboli jak v českém prostředí častěji slyšíme „kasuistika“, je v psychoterapii od pradávna klíčovou formou sdílení klinické zkušenosti, demonstrací teoretického „uchopení“ potíží pacienta, reflexy vydařené i nevydařené terapeutické spolupráce. Kdo by neznal slavné případy Dory (S. Freud), Glorie (C. Rogers, F. Perls, A. Ellis), nebo z novějších terapeutických archivů příběh Toma (S. Madigan) či Záludného hovníka (M. White, D. Epston). Nemluvě o sugestivních, někdy mysteriózních a povětšinou kontroverzních klinických *vignettes* z pracoven Milтона Ericksona nebo rodinných terapeutů milánské školy. Historii kasuistiky ve vývoji psychoterapie se McLeod věnuje stručně v úvodní kapitole a otevřeně zmiňuje nedostatky, kterým se v počátečních obdobích vývoje oboru nevyhnuly ani významní zakladatelé hlavních psychoterapeutických směrů. Je snadné dnes kriticky posuzovat historicky proběhlé „psychoterapeutické bitvy“ a vůbec být chytrý jak rádio. Ale McLeod se kritikou přehnaně neopájí a navíc vzápětí rehabilituje přínos komplexně pojaté případové studie v současné v atmosféře *evidence based medicine, empirically supported treat-*

*ments* a takzvané *managed health care*, vzájemně propojených konceptů současného vědeckého světa. Podle McLeoda je případová studie a) formou narativního poznání v duchu rozlišení Jeromea Brunnera; b) zprostředkováním komplexity klinické psychoterapie; c) formou zohlednění kontextuality psychoterapeutické práce; d) detailním popisem a rozbořením klinické praxe v akci.

Převážnou část publikace autor věnuje pěti hlavním variantám výzkumně pojaté případové studie v psychoterapii, které zde v rámci prevence nepřesného překladu uvádíme v původním znění: a) *single subject/case design*; b) *theory building case study*; c) *pragmatic case study*; d) *hermeneutic single case efficacy study*; e) *narrative case study*. Jaké jsou mezi nimi rozdíly? Jak probíhá sběr a následně analýza „dat“? Jaké má každá z nich přednosti, zapeklitosti a limity? To v recenzi neprozradíme, jen uvedme, že všem pěti metodám se McLeod věnuje detailně s ohledem na realizaci takového výzkumu. Jde mu o to, aby čtenář získal praktické informace, jak u případové studie dosáhnout věrohodnosti a maximálního přínosu. Upozorňuje na to, jak se vyhnout úskalí předpojatosti a nemístného zjednodušování. Zdůrazňuje klíčový význam perspektivy pacientů/klientů ve vztahu k průběhu a výsledku psychoterapeutické spolupráce i ke způsobu zpracování dat. V samostatné kapitole se věnuje etickým aspektům provádění případové studie. McLeod neskrývá své zaujetí narativní metaforou a je znát, že jednoznačně fandí kvalitativním metodám výzkumu, což platí i pro jiné jeho texty. V publikaci věnované případové studii ale zachovává úctyhodnou vyváženost. Je si vědom nedostatků pří-

padové studie zejména co se týče validity a možnosti generalizace na základě ojedinelé/jedinečné, jakkoli významné, zkušenosti. Přiměřenou skepsi vyjadřuje i k tradičnímu využívání příkladů z praxe samotnými terapeuty se všemi typickými nešvary neboť „*co se děje v terapii je tak komplexní a mnohovrstevnaté, že není v lidských silách jakkoli zkušeného a pokorného psychoterapeuta, který je ve věci osobně angažován, popsat veškeré dění v terapii bez předpojatosti, selektivního výběru momentů a událostí...*“.

Publikace nepostrádá didaktické prvky vstřícné ke čtenáři, jenž se s problematikou seznamuje poprvé. Kromě základního textu tu najdeme příklady různých výzkumů, shrnutí každé kapitoly s podněty a otázkami k přemýšlení/diskusi a po každé kapitole ještě odkazy na další relevantní literaturu. Posuzovat literární úroveň odborné publikace v angličtině recenzentovi nepřísluší. Je Čech jak poleno a doby, kdy s Angličany hrával *scrabble* jako rovnocenný partner, jsou nenávratně pryč. Ale o publikacích Johna McLeoda můžeme říci, že mají vysoký *rating* SOČI (Srozumitelnost, Odbornost, Čtivost, Inspirativnost; neplést s malebným letoviskem na břehu Černého moře). Pravda v případě „*Case Study Research...*“ to na škále čtivosti platí v porovnání s jinými jeho učebnicemi o trochu méně, ale to je bezesporu tím poněkud „sušším“ výzkumným tématem. Je schválností osudu, že McLeodova vydařená

publikace se dostala do rukou autora této recenze až několik let poté, co v minulosti s drzostí sobě vlastní prezentoval případové studie o psychotherapeutické spolupráci hned na třech konferencích *Society for Psychotherapy Research*. Uprostřed převažujících multicentrických, randomizovaných a vůbec značně pozitivisticky laděných výzkumných projektů. Přetrvávající údiv nad tehdejší, dnes již bohužel chybějící lehkovážností, je spolu s potřebou prevence podobných překérných situací jednou z motivací této recenze. Pohledme do budoucnosti české psychoterapie s nadějí, že díky obeznámenosti s McLeodovou publikací nebude nastupující generace českých psychoterapeutů zažívat zbytečný *distres* a vyhne se případné mezinárodní blamáži.

Kniha je primárně určena psychologům a psychoterapeutům jakéhokoli druhu, teoreticky, výzkumně či klinicky zaměřeným, studentům i ostříleným bardům. Ale dobře si ji lze představit i v rukách lékařů a to nejen těch psychotherapeuticky a psychosomaticky orientovaných. I v biomedicíně by se slušelo častěji prezentovat klinické zkušenosti ve formě případových studií, jež by splňovaly alespoň některá kritéria zdůrazňovaná Johnem McLeodem. Třeba přiměřenou mnoho- vrstevnatost, významný psychosociální kontext a perspektivu/zkušenost těch, koho se prezentovaný „případ“ týká především. Pacientů a jejich blízkých.



## KOLEGOVÉ, OCEŇME MANUÁL Z PSYCHOTERAPEUTICKÉ PRAXE!

Recenze knihy Prunte, Th. (2019): *Jak mi dneska je?*, Portál, Praha, 199 s.

Karel Hájek

Českým čtenářům se dostává kniha s podtitulem „44 možných a nemožných způsobů, jak začít psychoterapeutické sezení.“ Tak je jasně vymezena populace, pro kterou je kniha určena. Považuji tedy za nutné hned na začátku poděkovat nakladatelství Portál, že si troufá vydat knihu pro tak úzce vymezenou profesní skupinu.

Proč jsem začal s podtitulem knihy? Nemohu dobře strávit český překlad názvu knihy. V originále název implikuje německou zdvořilostní frázi „Wie geht es Ihnen heute?“ A je s vtipem převeden do první osoby jednotného čísla. Tento vtip je rozveden v kapitole 16, která má stejný název jako kniha. Česká zdvořilostní fráze zní však „Jak se dnes máte?“ resp. „Jak se vám dnes daří?“ Podle mne by tedy správný překlad názvu knihy zněl: „Jak se mi dnes daří?“ Tato formulace také může nastartovat staříčkový psychoterapeutický vtip: Potkají se dva psychoanalytici a jeden se ptá: „Jak se mi dnes daří?“ a druhý odpovídá: „Vy se máte úžasně. A jak se dnes mám já?“...

Podívejme se, kdo knihu napsal. Na přebalu knihy se o autorovi dozvíme jen opravdu to nejnmutnější: 25 let praxe v Hamburku jako psycholog, psychoterapeut, párový terapeut a kouč. Kdo se podívá na <http://www.thomas-prunte.de>, najednou zjistí, že jde o autorovu v pořadí pátou knihu. Rázem máme před sebou psychoterapeu-



ta, který má již s knižním zpracováním své praxe bohaté zkušenosti. To už přeci zní lépe, ne?Upřímně řečeno, vybrat si za koncept knihy téma „jak začít setkání“, mi přijde trochu nešťastné. Uvažuji, že za touto volbou se skrývá snaha být originální, nápaditý. Ale pro čtenáře – psychoterapeuty z praxe – může vypadat na první pohled takový koncept nezajímavě, možná naivně či přihloupě. Potřeba po tomto tématu vystupuje možná u začínajících terapeutů. Au-

tor uvádí ve stručném návodu, že kniha je vlastně cvičebnice z praxe pro praxi. Tedy od psychoterapeuta pro psychoterapeuty. Z návodu vyplývá, že čtenář by již měl mít s vedením terapie zkušenost: kdy a jaké zahájení nabídnout – to chce nechat se vést svým dobrým pocitem. Tyto úvahy ve mně tedy vzbuzují otázku: O čem doopravdy ta kniha je? Komu je určena a k čemu?

Po důkladnějším prostudování je první odrazující dojem pryč. Kniha je vtipná, obohacující a nápaditá. Nezatěžuje teorii, čte se dobře. Každá kapitola je samostatná. Samozřejmě, že nejde jen a pouze o otázky, které položíte klientovi na začátku sezení. Autor knihou především učí vedení psychoterapeutického rozhovoru a umění psychoterapie. Jak zapojit kreativní, laskavý, podporující a někdy také provokující přístup. Vždy s ohledem na profit a rozvoj klienta.

Jak to dělá? Strukturovaně. Název a podnázev kapitoly téma důmyslně nahlodají. Úvodní stať vysvětlí, o co půjde. Pak následují ukázky psychoterapeutického rozhovoru, jak proběhl mezi autorem a jeho klientem. Mnohdy jsou uvedeny různé varianty tématu. Jsou vždy podpořeny dalšími úryvky rozhovorů. Po té ukázce rozhovorů autor komentuje, aby bylo jasno. Kapitola končí částí: „Co mít na paměti“. Tak se autor snaží zabránit zkratkovitému užití, kterému by čtenář psychoterapeut mohl propadnout.

O čem je umění psychoterapie obsahově? 44 kapitol naznačuje, že o mnohém. Jako recenzentovi mi dělá poněkud starosti zjednodušeně nacpat obsah knihy do několikolika „psychoterapeutických“ příhrádek. Jedna osa by se dala vysledovat – vedení klienta celou psychoterapií. První kapitola

učí stavět mosty důvěry, jak terapeut může budovat pro klienta bezpečnou atmosféru. Další dávají význam nezávazné konverzaci (ta je pro klienty bezpečná). Důležitost mlčení, kladení otevřených otázek. Učí terapeuty vnímat kontext setkávání – co se stalo v mezidobí, jaké je to těsně před setkáním. Zvyšuje citlivost k pozorování klienta – co vypovídá jeho zevnějšek, stisk ruky. Pro dobrý kontrakt nabízí techniky, jak zjistit klientovu zakázku. Také jak aktualizovat zakázku pro konkrétní setkání.

Pro psychoterapeutickou změnu a osobní růst klientů popisuje různé přístupy – jak využít gesta, tělesnou pozici, metody tužka papír (např. ovladač na emoce, gradient vztahů), škálování polaritý emocí. Učí klienty konfrontovat se se sebou samým. Dokáže dostat do terapie, to co funguje i v běžném životě: vtipy, humor, příběhy, hudbu, písničky. Nebojí se ani vulgarismů. Přidává do terapie hravost např. „symptom je úžasná věc“ apod. Podtrhuje důležitost odborných informací pro klienty.

Jen tak mimochodem se čtenáři dostává dojem, že s klienty lze promluvit o čemkoliv, co se jich i bolestivě dotýká. Prozkoumat cokoli z jejich života. Autor nabízí, jak choulostivá témata otevírat. Není problém mluvit o hrdosti, víře, naději, zdrojích i deficitech, vině, krizi, porodu, dětství, mezilidských vztazích a o vztahu klienta k psychoterapeutovi. Závěrečné kapitoly nabízejí techniky vyhodnocující klientovu práci v psychoterapii a jak jej připravit na její konec.

Nakonec si povězte, který psychoterapeut bude mít z knihy největší prospěch. Dle mého je klíčový autorův výše zmíněný popis – jedná se o manuál z praxe pro praxi. Ti terapeuté, kteří mají za sebou

prvních pár stovek hodin se svými klienty či pacienty, dokáží takový manuál ocenit. U začínajících psychoterapeutů brousícih si své léčivé zuby s prvními klienty je určité riziko. Přes autorovu snahu v části „Co mít na paměti,“ mohou zavádět techniky násilněji, protože nemají dostatečnou zkušenost. (Moc se snaží a myslí si, že psychoterapie je provádění technik na klientech ☺).

Zakončeme v duchu s autorem a parafrázujeme jím citovaný starý psychoterapeutický vtíp. Odpovězme jím na otázku: pro koho tato kniha asi nebude? – Pro ty co mají stříbrný vlas a hemeroidy. Neboť ti už nic dalšího pro vedení psychoterapie nepotřebují. Stříbrné vlasy dávají serióznost a hemeroidy mírné utrpení do mimiky tváře... Těchto znaků si cení každý klient.

## PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BRNO

přijme

### PSYCHOLOGA/PSYCHOLOŽKU

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

#### Požadujeme:

- ❖ **specializaci z klinické psychologie**
- ❖ specializace ze systematické psychoterapie výhodou
- ❖ 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: [stehlikova@pnbrno.cz](mailto:stehlikova@pnbrno.cz) nebo na adresu:

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

#### Kontaktní osoba:

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