
Současná psychoterapie

Zbyněk Vybíral
Jan Roubal (eds.)



Současná psychoterapie

Zbyněk Vybíral, Jan Roubal (eds.)

KATALOGIZACE V KNIZE – NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Současná psychoterapie / Zbyněk Vybíral, Jan Roubal (eds.). – Praha : Portál, 2010. – 744 s.

ISBN 978-80-7367-682-7 (váz.)

615.851

- psychoterapie
- kolektivní monografie

615.8 – Fyzioterapie. Psychoterapie. Alternativní lékařství [14]

Práce na kapitolách 1, 2, 4, 5 a 12 i editování této knihy byly podpořeny v rámci plnění výzkumného záměru MŠMT VZ 0021622406 na Fakultě sociálních studií MU.

Lektorovali prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc., a prof. PhDr. Jan Vymětal

© Zbyněk Vybíral, Jan Roubal (eds.), 2010

© Portál, s. r. o., Praha 2010

ISBN 978-80-7367-682-7

Obsah

Summary	12
Věnování	13
Poděkování	14
Autorský tým	15
Editoři	15
Autoři	16
Úvod (Jan Roubal, Zbyněk Vybíral)	25
 I. OBOR PSYCHOTERAPIE	29
 1. Dnešní psychoterapie (Zbyněk Vybíral, Jan Roubal)	30
Podoba dnešní psychoterapie	30
Vlivné přístupy	32
Co o psychoterapii víme?	34
Výzkum a praxe	39
Manualizovaná psychoterapie	40
Otázky nad předem danými východisky	42
Co v psychoterapii pomáhá – shrnutí opřená o praxi	42
Kolik psychoterapie je potřeba?	43
Závěrem	44
2. Je psychoterapie účinná? (Zbyněk Vybíral, Ladislav Timulák)	45
Úvod	45
Účinnost psychoterapie potvrzená metaanalýzou: historie	46
Dnešní metaanalýzy a přehledové studie	47
Consumer Reports – rok 1994	49
Výzkumy v kontrolovaných podmínkách versus průzkum v praxi	52
Závěr: Psychoterapie je účinná	54
3. Etické aspekty psychoterapeutické práce (Michal Mioviský, Ester Danelová)	56
Profesní postavení psychoterapeuta v České republice	57
Psychoterapie ve zdravotnictví	58
Etický kodex Evropské asociace pro psychoterapii a české normy	59
4. Psychoterapie v Evropě (Zbyněk Vybíral)	67
Psychoterapie a poradenství	67
Kdo je v Evropě psychoterapeutem?	69

Situace ve vybraných zemích	70
Poznámka na závěr	77

II. HLAVNÍ PROUDY V SOUČASNÉ PSYCHOTERAPII 79

5. Psychodynamická psychoterapie (Zbyněk Vybíral, David Holub)	81
Vymezení pojmů	81
Historický vývoj	83
Teoretické předpoklady	84
Koncept dynamiky	86
Cíle a nástroje dynamických přístupů	93
Psychodynamická terapie není psychoanalýza	94
Psychodynamický způsob práce v poradenství	97
Vztah v psychodynamické psychoterapii	98
Účinné faktory v psychodynamické psychoterapii	100
Účinnost psychodynamické psychoterapie: příklady	104
Skupinová analýza	106
Dynamická psychoterapie v České republice	108
6. Psychoanalýza a psychoanalytická psychoterapie (David Holub)	110
Vymezení psychoanalýzy	111
Vývoj psychoanalýzy ve světě v posledních dvaceti letech	113
Psychoanalytický proces a technika	115
Teorie a její funkce v psychoanalýze	129
Psychoanalýza a její psychoterapeutické modifikace	132
Psychoanalýza a současný výzkum	141
Psychoanalýza a psychoanalytická terapie v České republice po roce 1990	143
Závěrem	145
7. Na osobu zaměřená a prožitková psychoterapie (Ladislav Timulák)	147
Historie a současnost psychoterapie zaměřené na osobu a prožitkových terapií	147
Základní charakteristiky teorie psychopatologie a psychoterapie	149
Empirický výzkum	159
Psychoterapie zaměřená na osobu a prožitková psychoterapie v Česku a na Slovensku	160
Zhodnocení psychoterapie zaměřené na osobu a prožitkové terapie	161
8. Gestalt terapie (Jan Roubal)	164
Základní charakteristika	164
Historie a kořeny směru	168
Gestalt terapie ve světě a v Česku	170
Teoretická východiska a jejich aplikace	171
Modely	181
Skupinová gestalt terapie	187
Výzkum	188
Směřování současné gestalt terapie	190

9. Kognitivně behaviorální terapie (Ján Praško, Petr Možný)	195
Úvod	195
Základní rysy KBT	195
Kořeny a vývoj KBT	197
Kognitivně behaviorální model psychiky	202
Behaviorální, kognitivní a funkční analýza	205
Konceptualizace případu	208
Terapeutický vztah v KBT	211
Některé léčebné metody v KBT	218
Uplatnění KBT v léčbě psychických poruch	233
Závěrem	234
10. Rodinná terapie (David Skorunka)	235
Rodina jako cíl intervence a/nebo partner ke spolupráci	235
Systemické předpoklady	236
Počátky	239
Vývoj oboru: tři období, rozmanité metafor	242
Obrat k genderu, jazyku, společenským a kulturním faktorům	246
Reflektující tým a dialogické pojetí	252
Kritika myšlenek sociálního konstrukcionismu a narativního přístupu	256
Současné trendy a snahy o integraci	258
Výzkum rodinné terapie a systemické praxe	265
11. Systemická terapie (Vratislav Strnad)	270
Systemická terapie ve světě	270
Osmdesátá léta minulého století	273
Devadesátá léta minulého století a současnost	274
Systemická terapie u nás	275
Systemická terapie ve mně – obnovené přátelství se světem	277
12. Integrace v psychoterapii (Zbyněk Vybíral)	278
Důvody pro integrování přístupů	280
Sbližování psychodynamického a behaviorálního myšlení	282
Integrace dalších modalit	286
Integrativní směry v dnešní psychoterapii	288
Společné faktory psychoterapeutických přístupů	288
Souhra nespecifických a specifických faktorů na straně psychoterapeuta	291
Integrace terapeutického vztahu a technik	292
Eklekticismus v psychoterapii	293
Individualizovaná psychoterapie	298
Budoucnost integrativní psychoterapie	299
III. DALŠÍ PŘÍSTUPY	301
13. Analytická psychologie (Martin Skála)	303
Historie a základní charakteristika	303

Klasická škola	305
Závěrem	310
14. Katatymně imaginativní psychoterapie (Eva Dorota Uhrová, Jozef Hašto)	311
Doprovázení v imaginaci	312
Soudobé teorie	314
Využití KIP	315
Výzkum	316
Vzdělávání	316
15. Daseinsanalýza (Michal Kryl)	318
Principy	318
Terapie	319
Daseinsanalýza ve světě	320
Daseinsanalýza v ČR	321
16. Existenciální analýza a logoterapie (Jana Božuková)	322
Úvod	322
Představení směru	323
Současná situace logoterapie a existenciální analýzy v České republice	326
17. Integrovaná psychoterapie (Jan Kubánek)	329
Historie	329
Současnost	329
Základní principy	330
Popis práce	333
Výzkum účinnosti	336
18. Biosyntéza – tělová a hlubinně psychologická psychoterapie (Barbora Janečková)	337
Základní charakteristika	337
Teorie a praxe	338
Biosyntéza ve světě a v Česku	344
Výzkum	344
19. Pesso Boyden psychomotorická psychoterapie (PBSP) (Aleš Fürst)	346
Historické pozadí v kostce	346
PBSP v prostoru současné psychoterapie	347
Teoretický rámec	348
Způsob práce	350
Výzkum účinnosti	353
20. Procesově orientovaná psychoterapie (Andrej Jeleník, Jana Kašáková)	354
Úvod	354
Historie a současný vývoj	354
Základní koncepty	355
Praxe	356
POP ve světě a na Slovensku	358
Indikace a výzkumy	358

21. Další směry v Evropě a České republice (Zbyněk Vybíral, Ivana Doleželová, Ján Ďuriš, Zuzana Pavelková, Milada Radosová)	359
Skupinová psychoterapie a dynamická skupinová psychoterapie	359
Hypno-psychoterapie	361
Transakční analýza	361
Bioenergetická analýza	363
Individuální psychologie	363
Komunikační psychoterapie	363
Multimodální přístup	364
Neurolingvistická psychoterapie	364
Pozitivní psychoterapie	364
Psycho-organická analýza	365
Psychosyntéza	365
Model růstu	365
IV. KAZUISTIKY	369
22. Kazuistika I (rodinná terapie) (David Skorunka)	371
23. Kazuistika II (kognitivně behaviorální terapie) (Ján Praško)	380
24. Kazuistika III (gestalt terapie) (Jan Roubal)	392
25. Kazuistika IV (integrativní terapie zaměřená na emoce) (Ladislav Timuľák) ..	404
26. Kazuistika V (psychoanalýza) (David Holub)	413
27. Kazuistika v současné psychoterapii (David Holub)	422
Proč kazuistiky psát a publikovat	422
Autor, kazuistika a čtenář	423
Jak kazuistiku psát	424
Ochrana důvěrných údajů	426
Reakce pacientů na své kazuistické ztvárnění	428
Závěrem	428
V. UPLATNĚNÍ PSYCHOTERAPIE	431
28. Práce s emocemi v současné psychoterapii (Ladislav Timuľák)	432
Propojení základního výzkumu a terapeutické praxe	433
Psychoterapie pracující s emocemi	434
Závěrem	442
29. Práce s tělem v psychoterapii (Milan Drozd)	443
Focusing	443
Práce s hlasem, gestem, pohybem, tělesnou pozicí	447
Tělové psychoterapie	448
Závěrem	450
30. Místo psychoterapie v psychosomatické medicíně (Jan Poněšický, Vladislav Chvála)	451

Psychodynamický pohled na dualismus těla a duše	451
Terapie	456
Pohled rodinného terapeuta	460
31. Využití psychoterapie v rámci psychosociální rehabilitace lidí se závažným duševním onemocněním (Jiří Šupa)	475
Co je to psychosociální (psychiatrická) rehabilitace	475
Krátký pohled do historie	477
Psychosociální rehabilitace podle modelu CARE	480
Vybrané psychotherapeutické přístupy uplatňující se v rámci psychosociální rehabilitace	483
Závěrem	492
32. Kombinace psychoterapie a farmakoterapie (David Holub)	494
Bio-psycho-sociální model léčby	494
Jednotlivé formy kombinace psychoterapie a farmakoterapie	497
Integrovaný model jednoho poskytovatele kombinované léčby	498
Model dvou paralelních poskytovatelů kombinované léčby	499
Nespolupráce při léčbě a autonomie pacienta	501
Psychologický význam léků	503
Závěrem	503
33. Psychoterapie a peníze z psychoanalytického pohledu (David Holub)	505
Význam peněz	505
Přímá platba	508
Hrazení psychoterapie třetí stranou	510
Ekonomické studie a efektivita psychoterapie	511
Pomáhající profese a finance	511
34. Expresivní terapie	513
Úvod (Jiří Šupa)	513
Arteterapie (Mariana Bažantová)	514
Taneční pohybová terapie (Jana Špinarová Dusbábková)	519
Dramaterapie (Viktor Dočkal)	526
Muzikoterapie (Jana Vránová)	530
Poetoterapie – léčebné psaní (Petr Hudlička)	538
VI. TRENDY	543
35. Psychoterapie podložená výzkumem (Ladislav Timulák)	544
Výzkum efektu psychoterapie	544
Výzkum procesu psychoterapie	548
Psychoterapie podložená výzkumem	549
Empiricky podložená psychoterapie	552
Závěrem	560
36. Narativita a psychoterapie (David Skorunka)	561
Úvod	561

Vyprávění jako dovednost a interpersonální proces	562
Vyprávění a příběh v psychoterapii	564
Narativita v psychodynamických přístupech	565
Narativita v konstruktivisticky orientované psychoterapii	566
Narativita v prožitkově zaměřené psychoterapii	568
Narativita v existenciálně zaměřené psychoterapii	570
Narativní přístup v rodinné terapii	571
Narativní terapie inspirovaná sociálním konstrukcionismem	573
Narativita a post-psychologická perspektiva v psychoterapii	577
Příběh Toma: vzdorování dominujícím příběhům	578
Vlastní reflexe autora	581
Integrativní potenciál narativního konceptu	582
37. Východní vlivy v současné euro-americké psychoterapii (Roman Hytych)	584
Klíčové koncepty	585
Významná centra a osobnosti psychoterapeutických směrů aplikujících východní moudrost	586
Satiterapie	591
Systém abhidhammy	591
Dynamické pojetí identity	595
Shrnutí	597
38. Okrajové přístupy (Zbyněk Vybíral, Ester Danelová)	599
Okraje a alternativy	599
Spirituálně orientované terapie	605
Vědecké a nevědecké	606
Příklady problematických přístupů	608
Příklady nebezpečných přístupů	610
Závěrem	611
39. Psychoterapie mezi kulturami (Beáta Holá)	613
Migrační krize a ocenění migrace	614
Univerzálně (ne)platné metody, manuály a vodítka	615
Kulturní kompetence	616
Výzkum	619
Interkulturní terapie v praxi	620
Závěr (Zbyněk Vybíral, Jan Roubal)	622
Příloha I: Samostatné soudobé psychoterapeutické směry	625
Příloha II: Intervence, techniky a postupy v současné psychoterapii	633
Editorická poznámka	637
Literatura	639
Rejstřík jmenný	705
Rejstřík věcný	727

Summary

The book maps the development and current practice in the field of psychotherapy. It complements existing books surveying psychotherapy on the Czech market, as it provides up-to-date information on psychotherapeutic modalities and psychotherapy in Czech and international contexts.

Leading representatives of individual modalities from the Czech Republic and the Slovak Republic were invited to write its chapters. Case studies of five therapists and their mutual comments on each others' work are included. Among other topics discussed are: the situation in psychotherapy in Europe, working with emotions, body work, narrative, psychotherapy in medicine and social rehabilitation, combining psychotherapy and medication, payments, ethics, Eastern and other cultural influences, research on effectiveness, expressive therapy, alternative therapy.

Zbyněk Vybíral is the former editor-in-chief of *Konfrontace*, and the current editor-in-chief of *Psychoterapie*. He is Associate Professor and Head of the Psychology Department at Masaryk University, Faculty of Social Science, where he founded its Master's degree in Psychotherapy Studies. Dr. Jan Roubal is a training lecturer, psychotherapist, supervisor and lecturer at Masaryk University, Faculty of Social Science.



Věnování

S vděčností myslíme na ty, kdo nás přivedli k psychoterapii a ovlivnili nás, abychom touto cestou šli dál. Především jim věnujeme tuto knihu. Věnujeme ji také našim studentům, aby jim byla dobrým průvodcem a pomocníkem.

Z. V., J. R.

Poděkování

Naše poděkování patří oběma lektorům rukopisu, prof. Stanislavu Kratochvílovi a prof. Janu Vymětalovi, za kritické a zároveň vysoce povzbudivé zhodnocení rukopisu.

Děkujeme také našim studentkám a studentům. Kromě těch, kteří jsou uvedeni jako spoluautoři tří kapitol, a těch, jimž děkujeme v poznámkách (za pomoc s Přílohou I a za překlady), patří náš dík Jitce Mansfeldové a Radku Hodovalovi za vydatnou pomoc s konečnou úpravou seznamu literatury a jmenného rejstříku.

Všem spoluautorům děkujeme za chápavé přepisování, zkracování a úpravy jejich textů a za to, že s námi po celou dobu neztratili trpělivost.

Za několikaměsíční mimořádnou mravenčí práci s rukopisem, jež neopomněla kontrolu nejmenších detailů, patří náš velký dík redaktoru nakladatelství Portál Mgr. Ondřeji Fafejtovi. Díky jeho pečlivosti je kniha na několika stovkách míst přesnější i jasnější.

Za nedocenitelnou podporu a pochopení děkujeme svým ženám Janě a Kristině.

Zbyněk Vybíral a Jan Roubal, v Brně a v Havlíčkově Brodě 1. března 2010

Editoři

doc. PhDr. Zbyněk Vybíral, PhD. (1961)

Psycholog s psychoterapeutickým vzděláním. Vystudoval obory čeština a psychologie na FFUK v Praze (1984), postgraduální vzdělávání v manželské a rodinné terapii (vedoucí: Z. Rieger a B. Baštecká; 1991) a doktorské studium klinické psychologie (školitel: S. Kratochvíl; PhD., 1999). Absolvoval komunitní psychodynamický výcvik typu SUR (1991–1995) v komunitě A. Šimka, ve skupině vedené V. Buriánkem a O. Bejstovou. Absolvoval základní část výcviku v transakční analýze v Německu (1992–1995). Dále se vzdělával např. na Lindauer Psychotherapiewochen (1993, 1994) a absolvoval desítky balintovských skupin (v České republice a Německu). V roce 1990 založil časopis *Konfrontace*, původně matrimoniologický, od roku 1992 časopis pro psychoterapii. V současnosti je šéfredaktorem časopisu *Psychoterapie*. V letech 2001–2005 byl lektorem výcviku (Integra IV). Spolu s J. Roubalem organizoval dvě psychoterapeutická sympozia v Brně (2007, 2009). Přeložil řadu knih z němčiny – např. od A. Adlera nebo P. Watzlawicka. Je autorem knih *Psycholog radí: Porad'te si sami* (1994), *Útěky před láskou* (1995), *Vymoderovaný svět* (1998), *Vyšokovaný svět* (2003), *Lži, polopravdy a pravda v lidské komunikaci* (2003), *Psychologie komunikace* (2000, 2005) a *Psychologie jinak* (2006).

Od roku 2005 je vedoucím Katedry psychologie FSS MU, na níž učí od roku 2000. Založil zde v roce 2007 navazující magisterské studium v oboru psychoterapie.

MUDr. Jan Roubal (1971)

Psychoterapeut, psychiatr a supervizor v soukromé praxi v Havlíčkově Brodě; asistent na Katedře psychologie FSS MU v Brně; lektor a koordinátor Institutu pro

výcvik gestalt terapie v Praze; vedoucí a lektor Výcviku integrace v psychoterapii při FSS MU v Brně; lektor výcviku Libereckého institutu pro psychoterapii a psychosomatiku. Vystudoval medicínu na 1. LF UK v Praze (1997). Atestace z psychiatrie (2001, 2005), funkční specializace v systematické psychoterapii (2003). Absolvoval základní a postgraduální výcvik v gestalt terapii (D. van Baalen, E. Knijff, G. Skottun, R. Verlinden a další, 1998, 2001), systematický výcvik v Pesso Boyden System Psychomotor (A. Pesso, L. Perquin, I. Baardman, M. J. Howald, 2003), výcvik v integrativní supervizi (J. Kožnar, M. Henková, J. Pfeiffer, 2005) a dále kratší psychotherapeutické kurzy, např. Neverbální techniky (J. Vodňanská, 1999), Kvalitativní výzkum v gestalt terapii (K. Evans, 2006) a Integrativní přístup v psychoterapii (L. Castonguay, K. Evans, 2009). V letech 1999–2005 pracoval v psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě. Studuje postgraduální studium na 1. LF UK v Praze. Člen českých a mezinárodních odborných společností. Publikuje texty o gestalt terapii a psychoterapii v klinické praxi.

Autoři

PhDr. Mariana Bažantová (1966)

Vystudovala psychologii na FF UK Praha a arteterapii na JČU České Budějovice. Atestace z klinické psychologie; funkční specializace v psychoterapii. Absolvovala výcvik v KBT a výcvik v arteterapii ČAA-SUR. Doktorand na PedF UK Praha (výtvarná výchova) a doktorand na FF UP Olomouc (klinická psychologie). Deset let pracovala jako arteterapeut a psychotherapeut v Denním psychotherapeutickém sanatoriu Ondřejov v Praze. Působí na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové a v Centru pro duševní zdraví tamtéž. Zahraniční pobyty: University of Pedagogic Art, Sankt Petersburg, Rusko (2000); Global Initiative on Psychiatry – spolupráce na projektu arteterapie, Dušanbe, Tádžikistán (2008, 2009).

PhDr. Jana Božuková (1950)

Klinická psycholožka, psychotherapeutka a supervizorka. Vystudovala psychologii (1973) a doktorské studium (1982) na Univerzitě Komenského v Bratislavě. Absolvovala výcvik v logoterapii a existenciální analýze ve vídeňské Společnosti pro logoterapii a existenciální analýzu – GLE (L. Tutsch, W. Winkelhofer a A. Längle, 1989), výcvik v supervizi, výcvik v terapii traumatu (L. Reddemann, L. Tutsch, H. Donat). Je výcvikovou školitelkou a supervizorkou vídeňské GLE a také Spo-

lečnosti pro logoterapii a existenciální analýzu (SLEA), kterou založila v Praze. Je hostující lektorkou na Univerzitě ve Vídni. Od roku 1989 má ve Vídni soukromou praxi.

Ester Danelová (1985)

Studuje obory psychologie, psychoterapeutická studia a mediální studia na FSS MU.

MgA. Viktor Dočkal (1978)

Dramaterapeut, absolvent oboru ergoterapie na 1. LF UK a specializačního studia dramaterapie na PedF UP. Student oboru výchovná dramatika na DAMU. Výcvik v dramaterapii (F. Prendergast, S. Jennings, B. Albrich). Jeden ze zakladatelů Asociace dramaterapeutů České republiky. Je aktivní v oblasti dramaterapeutického vzdělávání i v oblasti divadelní. Pracuje s lidmi s psychiatrickou zkušeností, vede ateliér expresivních terapií ve Fokusu Praha, kde působí také jako dramaterapeut. Externě spolupracuje s občanským sdružením Green Doors, Psychiatrickou klinikou ÚVN a Psychosomatickou klinikou v Praze.

MUDr. Milan Drozd (1974)

Vystudoval Lékařskou fakultu UK v Hradci Králové. Atestace z psychiatrie, absolvoval psychoterapeutický výcvik v satiterapii. Pracuje na psychoterapeutickém oddělení Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě.

MUDr. Aleš Füst (1968)

Vystudoval všeobecné lékařství na 1. LF UK v Praze. Atestace z psychiatrie (1998, 2002), způsobilost v oboru psychosomatická medicína (2008). Absolvoval kurzy neverbálních technik – základní a specializovaný na práci s tělem v psychoterapii (Vodňanská, Lucká, Albrich, 1998), psychoterapeutický výcvik v PBSP (2003). Pracuje ve Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci MUDr. Chvály, v soukromé ambulanci v Jablonci nad Nisou (v rámci Střediska komplexní terapie MUDr. Machandera) a jako lektor výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch (pořádá Lirtaps).

doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD. (1949)

Psychiatr a psychoterapeut, primář Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Trenčíně, externí docent na Slovenské lékařské univerzitě, podpředseda Slovenské psychoterapeutické společnosti. Psychoterapeutické vzdělání absolvoval

v psychodynamické psychoterapii, katatymně imaginativní psychoterapii, autogenním tréninku, hypnóze a integrativní supervizi.

Mgr. Beáta Holá (1982)

Vystudovala psychologii a mediální studia a žurnalistiku na FSS MU v Brně. Absolvovala dvouapůlletou stáž na Sigmund Freud Universität ve Vídni. Nyní tuto univerzitu zastupuje v České republice. Věnuje se vzdělávání dospělých, poradensko-koučinkové práci s pedagogy a překladům textů rakouských psychoterapeutů.

MUDr. David Holub (1969)

Psychiatr, individuální a skupinový psychoanalytický psychoterapeut, kandidát psychoanalýzy. Absolvoval výcvik v psychoanalyticky orientované skupinové (1998) a individuální (2004) psychoterapii. Od roku 2006 kandidát psychoanalytického výcviku, studuje psychoanalytickou terapii zaměřenou na porozumění a pomoc párům a rodinám v krizi. Externě vyučuje na Katedře psychologie FSS MU v Brně psychoanalýzu a psychoanalytickou psychoterapii. Člen České psychoanalytické společnosti, České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii a Institutu aplikované psychoanalýzy. Spoluzakladatel a člen redakční rady *Revue Psychoanalytická psychoterapie*. Psychoterapii se učí a věnuje od roku 1994 v různých kontextech a zařízeních: v PL Horní Beřkovice, Denním sanatoriu Ondřejov, psychiatrické ambulanci v Mělníku; vedl Psychiatrické a psychoterapeutické oddělení Nemocnice Ostrov, poskytoval komunitní péči ve Walesu; nyní pracuje v soukromé praxi v Praze 7, dále na Isle of Man a Psychosomatické klinice v Praze 6.

Mgr. Petr Hudlička (1971)

Psycholog, psychoterapeut. Psychoterapeutický výcvik v přístupu zaměřeném na osobu v rámci Komplexního vzdělávání v psychoterapii na 1. LF UK. Pracuje jako vedoucí Denního stacionáře KC Břevnov Fokus Praha, kde se také věnuje skupinové a individuální poetoterapii. Pět let působil jako klinický psycholog v ÚVN Praha. Pracuje také v soukromé praxi na Psychosomatické klinice v Praze.

PhDr. Roman Hytych (1975)

Vystudoval psychologii a sociologii na Fakultě sociálních studií MU, kde nyní vyučuje psychologii a psychoterapii. Vědecký zájem především o kvalitativní metody zkoumání, téma smrti, psychoterapii, sociální a kulturní kontexty vědění ovlivňující zvládání každodenního života a Buddhovu psychologii abhidhammy. Psychoterapeutický výcvik v satiterapii (2001). Pracoval jako psychoterapeut v něko-

lika organizací (občanské sdružení Práh, krizové centrum pro matky s dětmi Spondea, středisko výchovné péče Help Me) a nyní působí v privátní praxi. Od roku 2001 učitel buddhistických meditačních technik a lektor kurzů dovedného zvládání života.

MUDr. Vladislav Chvála (1952)

Absolvoval LF UK v Hradci Králové (1978), poté pracoval deset let jako porodník a gynekolog v Nemocnici v Liberci. Jako sexuolog se věnuje rodinné terapii, psychosomatické medicíně a akupunktuře. V osmdesátých letech začal pracovat v manželském poradenství. Absolvoval kurzy ericksonovské hypnoterapie (V. Dvořáček, J. Zeig) a studoval rodinnou terapii (P. Boš, J. Špitz). Od roku 1998 vede tým Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, kde rozvíjí možnosti rodinné terapie v psychosomatické medicíně. Vyučuje akupunkturu a společně s PhDr. L. Trapkovou rodinnou terapii, a to v Institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci. Společně s PhDr. Trapkovou publikoval knihy *Rodinná terapie psychosomatických poruch* (2004, 2009) a *Rodinná terapie a teorie jin-jangu* (2008). Založil a vedl *SOFT-Forum*, bulletin rodinných terapeutů, a *Psychosom*, časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu. Je členem redakčních rad *Psychoterapie* a *Psychiatrie pro praxi*. Stojí v čele Společnosti pro rodinnou a systemickou terapii (SOFT) a v čele psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP.

PhDr. Barbora Janečková, Ph.D. (1973)

Klinická psycholožka a psychoterapeutka, absolvovala výcviky v dynamicky orientované skupinové psychoterapii (SUR), biosyntéze, Pesso-Boyden System Psychomotor, základní a telefonické krizové intervenci, práci s tělem v psychoterapii a další. Pracovala v krizovém centru RIAPS na lůžkovém a ambulantním oddělení a na lince důvěry, od roku 2002 má vlastní psychoterapeutickou praxi Pod křídly. V roce 2007 založila Český institut biosyntézy, je garantem výcviku a trenérem Mezinárodního institutu biosyntézy (IIBS). V současné době se věnuje terapeutické praxi, výcviku v biosyntéze, koučování a další lektorské činnosti.

Mgr. et Mgr. Andrej Jeleník (1981)

Vystudoval psychologii a dějiny umění. Od roku 2003 se vzdělává v procesově orientované psychoterapii. Absolvoval semináře i v jiných přístupech, zaměřených hlavně na práci s tělem a skupinami. Pracuje jako poradenský psycholog v RPPS Galanta. Je interním doktorandem na Katedře psychologie FF UK v Bratislavě,

kde se věnuje tématu hluboké demokracie ve skupinových procesech. Zajímá se o terapeutickou práci s tělem, změněnými stavy vědomí a skupinami.

Mgr. Ing. Jana Kašáková (1967)

Psycholožka a psychoterapeutka. Absolvovala výcvik v systemické a procesově orientované psychoterapii, studuje diplomovaný program RS POP UK Londýn. Pracovala jako psycholožka a psychoterapeutka na psychiatrii, v poradenství, má soukromou psychoterapeutickou praxi v Piešťanech. Pracuje také jako lektorka a facilitátorka. Věnuje se práci se ženami na jejich seberozvoji, dále pak využívání psychoterapeutických postupů v divadle a výtvarném umění a využívání drama-terapeutických a arteterapeutických postupů v psychoterapii.

MUDr. Michal Kryl (1966)

Psychiatr s psychoterapeutickým zaměřením. Vystudoval Lékařskou fakultu UP Olomouc (1993). Atestoval v oboru psychiatrie (1996, 1999), absolvoval daseins-analyticky orientovaný výcvik ve skupinové a komunitní psychoterapii při PVŠPS (J. Růžicka, 2002). Pracoval na Psychiatrické klinice FN Olomouc, kde vedl psychoterapeutické oddělení pro léčbu neurotických a depresivních poruch. Působil jako odborný asistent na LF UP. Je spoluautorem klinických vodítek České psychiatrické společnosti pro psychoterapii depresí (2006). Působí jako vedoucí lékař psychoterapeutického oddělení PL Šternberk, je lektorem výcviků (PVŠPS), externě vyučuje na FF UP a LF UP.

MUDr. Jan Kubánek (1971)

Po ukončení LF UK v Hradci Králové (1996) pracoval na Psychiatrické klinice FN v Hradci Králové a v roce 2002 začal působit v Priessnitzových léčebných lázních v Jeseníku jako psychiatr a později i jako rehabilitační lékař. V letech 2000–2002 externě učil na oddělení managementu Fakulty informatiky a managementu Univerzity Hradec Králové.

Absolvoval výcvik v integrované psychoterapii a ve videotréninku interakcí. V psychoterapii se zabývá zvláště prací se sny a technikou práce s kruhy. Vede terapeutické, sebezkušenostní a výcvikové psychoterapeutické skupiny.

doc. PhDr. Michal Miovský, PhD. (1975)

Vystudoval psychologii na FF MU v Brně a doktorské studium na FF UP v Olomouci. Habilitace v oboru klinická psychologie (2005). Začínal jako preventivní a poradenský pracovník ve Sdružení Podané ruce, po čase působil jako vedoucí

Denního psychoterapeutického stacionáře Elysium a ředitel sekce léčebných zařízení. V letech 2001–2005 působil jako vědecký pracovník Psychologického ústavu AV ČR a jako odborný asistent na Katedře psychologie FF UP. V roce 2005 byl jmenován vedoucím nově vzniklého Centra adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze a od roku 2008 proděkanem pro nelékařské studijní programy. Je externím spolupracovníkem Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti a editorem časopisu *Adiktologie*. Autor či spoluautor několika knih, např. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (2006) nebo *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium* (2008).

MUDr. Petr Možný (1957)

Vystudoval obor všeobecné lékařství na LF UJEP Brno (1983). Poté nastoupil jako psychiatr do PL v Kroměříži, kde nyní pracuje jako primář psychoterapeutického oddělení. Atestace z psychiatrie (1986, 1991). Absolvoval výcvik v dynamicky orientované skupinové psychoterapii (SUR) (L. Horák, M. Frouzová, J. Vodňanská, 1991) a výcvik v kognitivně behaviorální terapii (K. Nath, 1993). Přeložil knihy z oblasti KBT (např. H. Kennerley: *Jak zvládat úzkostné stavy*, 1998, nebo Ch. A. Padesky a D. Greenberger: *Na emoce s rozumem*, 2003), spoluautor knihy napsané s J. Praškem (*Kognitivně-behaviorální terapie – úvod do teorie a praxe*, 1999) a knihy napsané s J. Praškem, M. Šlepeckým a kolektivem (*Kognitivně behaviorální terapie*, 2007). Od roku 2004 spolu J. Praškem vede výcvik v KBT, organizoval šest konferencí KBT v Kroměříži.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, PhD. (1943)

Vystudoval lékařskou fakultu UK v Praze a psychologii na FF UK v Praze. Absolvoval výcvik v dynamicky orientované skupinové psychoterapii (SUR), atestoval v oboru psychiatrie, pracoval v PL Horní Beřkovice. Po emigraci vynucené soudními procesy za politickou angažovanost v roce 1968 pokračoval v psychoanalytickém výcviku. Pracoval na psychoterapeutické klinice v Tiefenbrunnu u Göttingenu, poté na Katedře psychosomatiky a psychoterapie v Düsseldorfu a od roku 1996 jako primář na psychosomatických klinikách Isny a Berggieshübel. Během této doby získal kvalifikaci vedoucího balintovských skupin, supervizora a cvičného terapeuta pro psychoanalýzu i skupinovou psychoterapii. Publikoval zhruba 70 odborných textů v domácích i zahraničních časopisech a sbornících na téma psychosomatiky a teorie a praxe psychoterapie a psychoanalýzy. Je autorem knih *Úvod do moderní psychoanalýzy* (2003), *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie* (2004) a dalších tří knih.

doc. MUDr. Ján Praško, CSc. (1956)

Vystudoval obor všeobecné lékařství na LF UK v Praze (1982). Po práci na Psychiatrickém oddělení v Ostrově nad Ohří nastoupil do Výzkumného ústavu psychiatrického, pozdějšího Psychiatrického centra Praha. Od roku 1987 zde pracoval jako vedoucí otevřeného oddělení pro psychotické pacienty a pacienty s afektivními poruchami a od roku 1990 jako vedoucí psychoterapeutického oddělení na pavilonu 19. Zde rozvinul integrovanou KBT a interpersonální program na lůžkovém oddělení i denním sanatoriu a později také večerní docházkové programy pro pacienty s rekurentní depresí, sociální fobií, panickou poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou a poruchami osobnosti. Od roku 1994 souběžně s klinickou praxí působil na 3. LF UK, od roku 2005 jako docent. V roce 2008 nastoupil jako přednosta na Psychiatrickou kliniku v Olomouci. Absolvoval výcvik ve skupinové psychotherapii v komunitě u J. Růžičky, dále mimo jiné dvouletý výcvik v rodinné terapii, čtyřletý výcvik v holotropním dýchání u Stanislava Grofa a výcvik v KBT. Od roku 1990 lektor výcviků v systému SUR. Od roku 1994 lektor KBT, od roku 2003 také v Polsku a od roku 2005 v Litvě. Vede KBT institut Odyssea. Je autorem více než 400 odborných článků, 24 monografií pro odborníky a 36 psychoedukačních monografií pro pacienty či veřejnost, editorem nebo spolueditorem postgraduálních učebnic. V letech 2002–2003 byl prezidentem Evropské asociace pro behaviorální a kognitivní terapii (EABCT), nyní je prezidentem České společnosti pro KBT.

Mgr. Martin Skála (1973)

Analytický psycholog, pracuje v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov. Člen předsednictva České Společnosti pro analytickou psychologii a rady České společnosti pro psychické zdraví, od roku 2010 individuální člen International Association for Analytical Psychology.

MUDr. David Skorunka, Ph.D. (1971)

Psychiatr, psychoterapeut, rodinný terapeut. Vystudoval LF UK v Hradci Králové, od roku 2000 zde působí jako odborný asistent v Ústavu sociálního lékařství. Doktorské studium v oboru sociální psychologie absolvoval na FSS MU, kde působí jako externí učitel. Klinickou praxi psychiatra a psychoterapeuta vykonává v soukromé ambulanci v Rychnově nad Kněžnou, kde jako konzultant spolupracuje rovněž s oblastní nemocnicí a psychologickou ambulancí. V letech 1997–2000 absolvoval výcvik v rodinné terapii vedený týmem Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci. Pobýval na zahraničních stážích v Kanadě, Irsku, Finsku a Velké Británii. V letech 2004–2010 byl národním delegátem za

Společnost pro rodinnou a systemickou terapii (SOFT) v komoře národních organizací Evropské asociace rodinné terapie (EFTA) a členem výboru EFTA. Člen redakčních rad časopisů *Psychoterapie* a *Psychosom*. Zajímá se o aplikaci rodinné terapie a systemické perspektivy v psychiatrii, o psychosomatiku, narativitu v psychoterapii a medicíně.

PhDr. Vratislav Strnad (1955)

Klinický psycholog (UK Praha, 1979; PhDr. 1985); systemický psychoterapeut (ISS Hamburk 1990–1992). Zakladatel Institutu pro systemickou zkušenost (ISZ) Praha (1991); od roku 2007 vedoucí ISZ Management centra; prezident České systemické společnosti. Akreditovaný systemický terapeut v Rakousku (2003); psychoanalytický psychoterapeut (tréninková analýza, V. Mikota, 1989–1995); psychoterapeut v soukromé praxi. Věnuje se výuce a supervizi v programech vzdělávání v systemické a narativní terapii; spolu s Janem Hesounem rozvíjí vlastní koncept narativní terapie (teorie, metodologie, výzkum). Věnuje se mezinárodní spolupráci v oblasti systemických terapií.

Mgr. Ing. Jana Špinarová Dusbábková, M.A., R-DMT (1974)

Vystudovala obor taneční a pohybová terapie na Lesley University v Cambridgi, USA. Absolvovala výcviky dramaterapie a psychodramatu. Od roku 1998 pracuje s duševně nemocnými, v současné době ve Fokusu Praha jako taneční terapeutka. Vedla projekty taneční terapie pro seniory a rodiny s dětmi. Zabývá se vzděláváním v oblasti expresivních terapií. Je členkou rady České asociace taneční terapie a Evropské sítě tanečních terapeutů. Je registrovanou taneční terapeutkou American Dance Therapy Association (titul R-DMT).

Mgr. Jiří Šupa (1978)

Psycholog, psychoterapeut. Vedoucí psychosociální rehabilitace v občanském sdružení Práh Brno. Soukromá praxe. Doktorand na FSS MU, vede předměty zaměřené na sebezkušenost, psychoterapeutické techniky a neverbální terapie v rámci psychoterapeutických studií. Absolvent výcviku v dynamicky orientované skupinové psychoterapii (SUR), Kurzu neverbálních technik, kurzu Psychiatrické rehabilitace, frekventant výcviku v rodinné terapii v Liberci. Věnuje se tématu duševní nemoci na přednáškách pro veřejnost i odborníky, vytvářel expertní zprávu pro komunitní plánování města Brna 2006. Byl redaktorem časopisů *Konfrontace* a *Psychoterapie*.

doc. Mgr. Ladislav Timuľák, PhD. (1971)

Působí na School of Psychology při Trinity College, The University of Dublin v Irsku, kde vede magisterský a doktorský kurz poradenské psychologie. Jeho profesním zájmem je výzkum psychoterapie. Je autorem mnoha publikací v domácích i zahraničních časopisech a autor několika knižních publikací (naposledy monografie *Research in Psychotherapy and Counselling*, Sage 2008). Věnuje se vzdělávání v psychoterapii a supervizi a má vlastní soukromou praxi.

doc. PhDr. Eva Dorota Uhrová, PhD. (1948)

Psycholožka, psychoterapeutka. Pracuje jako docentka na Katedře psychologie Filozofické fakulty UK v Bratislavě a v soukromé psychoterapeutické praxi. Výcvik v dynamicky orientované skupinové psychoterapii (SUR), v katatymně imaginativní psychoterapii (také v Rakousku, Německu a Švýcarsku) a v integrativní supervizi.

Cvičná terapeutka dynamicky orientované psychoterapie a katatymně imaginativní psychoterapie. Předsedkyně Slovenské společnosti pro katatymně imaginativní psychoterapii.

V tomto směru také organizuje a vede výcvik.

Mgr. Jana Vránová (1977)

Vystudovala speciální pedagogiku na PedF UK a psychologii na FF UK. Poslední roky se věnuje muzikoterapii a psychoterapii s lidmi s duševním onemocněním ve Fokusu Praha, externě spolupracuje s ÚVN Praha, má soukromou praxi. Absolvovala výcvik v muzikoterapii (T. Procházka), rozšiřující kurzy (J. Moreno, L. Frütel) a dlouhodobý výcvik v integrativní psychoterapii zaměřené na tělo. Zajímá se o neverbální a kreativní přístupy zaměřené na celostní rozvoj.

Na vytvoření 21. kapitoly se dále podíleli studenti oborů psychoterapie a psychologie na FSS MU **Ivana Doleželová**, **Ján Ďuriš** a **Zuzana Pavelková** a rodinná terapeutka MUDr. **Milada Radosová**.

Úvod

Jan Roubal, Zbyněk Vybíral

Vážení a milí čtenáři,

kniha *Současná psychoterapie* podrobněji mapuje podobu oboru i proměnu jednotlivých směrů a přístupů zhruba od devadesátých let 20. století po dnešek, a to především v mezinárodním kontextu. Vznikla se záměrem doplnit dostupné české učebnice psychoterapie (Kratochvíl, 2006; Vymětal et al., 2004, 2007). Čerpá převážně ze soudobých zahraničních pramenů a odkazuje na současný výzkum v psychoterapii. Naším cílem bylo, aby se díky studiu této knihy čtenář¹ co nejlépe zorientoval v tom, jaká je psychoterapie dnes. K sepsání kapitol jsme vyzvali přední české a slovenské představitele jednotlivých směrů. Autoři kapitol jsou dobře informováni o dění ve svém směru „zevnitř“. To považujeme za velkou přednost knihy *Současná psychoterapie*.

Abychom poskytli přehled o široké a nepříliš přehledné krajině současné psychoterapie, museli jsme vybírat a roubovat. Vybírat témata a směry, které do knihy zařadíme, a roubovat příspěvky jednotlivých autorů na sebe tak, aby se kniha dobře četla a byla k užitku. Množství autorů s sebou zákonitě přineslo velkou pestrost textů. To kladlo na editory nároky: na jednu stranu respektovat originalitu jednotlivých kapitol, na druhou stranu knize vtisknout jednotící podobu.² Na řadě míst bylo nezbytné a pro autory nejednou bolestné krátit rozsáhlejší verze. Jedno-

¹ Z důvodů přehlednosti a plynulosti textu používáme pouze mužské rody (*terapeut, klient, čtenář*) namísto korektního vyjádření *terapeut/ka* či *klient/ka*. Prosíme čtenářky a čtenáře o pochopení.

² Terminologická poznámka: V knize se vyskytují, a to většinou zaměnitelně, označení jak *pacient*, tak *klient*. Slovo *pacient* se používá ve zdravotnictví. Termín *klient* se rozšířil především v prostředí mimo zdravotnictví a v soukromé psychotherapeutické praxi, ale není dnes cizí ani ve zdravotnických zařízeních. Ve většině případů jsme zachovali označení, která zvolili autoři jednotlivých kapitol. I když by to mělo své opodstatnění, rozhodli jsme se nekomplikovat text označením *pacient/klient*.

tícím pro nás byl požadavek na vysokou teoretickou odbornost a zároveň praktickou ilustrativnost a srozumitelnost textů. V kapitolách jsou často zařazeny krátké ukázky z praxe a celý čtvrtý oddíl jsme věnovali kazuistikám. K ediční spolupráci jsme přizvali Davida Holuba (Oddíl IV – „Kazuistiky“) a Jiřího Šupu (34. kap.).

Východiskem pro nás byl respekt k různým psychoterapeutickým směrům, kterých si ceníme pro jejich inspirující znalosti a dovednosti. Kniha nestraní žádnému přístupu a svým pojetím se hlásí k široce chápanému integrativnímu hnutí či integrativnímu „klimatu“ v psychoterapii. Neměli jsme ambici informovat o všech současných směrech. Dnes uznané přístupy v psychoterapii najde čtenář v Příloze I. Pro vyčerpávající přehled o tématech a oblastech v psychoterapii je vhodné knihu kombinovat se studiem další literatury. Z přehledových knih obdobně zaměřených uveďme jen namátkou: Gurman, Messer (2003); Snyder, Ingram (2000); Corsini, Wedding (2008). Z těch, které jsou dostupné v češtině, můžeme doporučit: Prochaska, Norcross (1999); Kratochvíl (2006); Vymětal et al. (2004, 2007); Zeig (2005). Pro doplnění pak např. knihy rozhovorů: Hučín (2001); Andrllová (2005). Základní doporučenou literaturu najde čtenář za každou kapitolou.

Při sestavování kapitol jsme se řídili tím, jestli je daný psychoterapeutický směr uváděn po roce 1990 v odborných časopisech ve světě a v monografiích,³ jestli je začleněn do struktur Evropské asociace pro psychoterapii a/nebo uznáván Psychoterapeutickou sekci APA (Americké psychologické asociace) a jestli má svůj systematický psychoterapeutický výcvik v České republice a/nebo v Evropě.⁴

Při zařazení mezi hlavní proudy a další vlivné přístupy jsme přihlíželi k podobným přehledovým knihám ve světě. Například ve vlivné knize Corsiniho a Weddinga *Current Psychotherapies* (8. vyd. z roku 2008) najde čtenář kapitoly věnované psychoanalýze, psychoterapii adleriánské, analytické, na klienta zaměřené, racionálně emoční behaviorální terapii, terapii behaviorální a kognitivní, existenciální psychoterapii, gestalt terapii, terapii multimodální, rodinné, kontemplativní a integrativním psychoterapiím.⁵

³ S výrazným přispěním studentů psychoterapie z FSS MU jsme prošli v letech 2008–2009 přibližně 1350 abstraktů nebo plných znění časopiseckých článků publikovaných v posledních patnácti letech a věnovaných psychoterapii.

⁴ Přihlédlí jsme i k tradici výcviků psychoterapie na Slovensku a zařadili kapitolu o procesově orientované psychoterapii.

⁵ Přístupy jsou v knize editorů Corsiniho a Weddinga (2008) rozděleny do třinácti kapitol. Sedm z nich najde čtenář v naší knize v oddíle „Hlavní proudy“, další dva mezi dílčími vlivnými přístupy. Kontemplativní psychoterapii odpovídá naše 37. kap., „Východní vlivy v současné euro-americké psychoterapii“. Adleriánské a multimodální psychoterapii se krátce věnujeme v 21. kap.

První oddíl knihy („Obor psychoterapie“) pojednává o tématech, která prostupují různými přístupy. Zamýšlí se nad podstatou psychoterapie, nad tím, co v ní pomáhá, nad etickými principy, informuje o psychoterapii jako samostatné profesi a jejím praktikování ve vybraných zemích. Odpovídá také na otázku, zda je psychoterapie účinná a jak to lze zjistit.

V sedmnácti kapitolách oddílu druhého („Hlavní proudy v současné psychoterapii“, kapitoly 5–12) a třetího („Další přístupy“, kapitoly 13–21) je charakterizována řada psychoterapeutických směrů současnosti. Kapitoly 17–20 jsme věnovali přístupům, které se výrazně prosadily a jsou na vzestupu v České republice (17–19), resp. na Slovensku (20), aniž se dosud dočkaly samostatného celoevropského zastřešení v EAP. Zadáním pro autory bylo popsat vývoj „jejich“ směru ve světě za posledních dvacet let.

Čtvrtý oddíl knihy („Kazuistiky“) vyvažuje teoretickou část knihy a umožňuje čtenářům nahlédnout psychoterapeutům do kuchyně. Představitelé několika psychoterapeutických směrů zde předkládají praktické ukázky svých úvah, hypotéz a intervencí a své přístupy navíc vzájemně komentují.

Pátý oddíl („Uplatnění psychoterapie“) se věnuje důležitým aspektům praxe. Čtenář zde najde texty o tom, jak se v terapii zachází s emocemi a s tělem, jak se psychoterapie uplatňuje v oblasti psychosomatiky a při psychosociální rehabilitaci. Uvádíme také témata denní praxe, jako je kombinace psychoterapie a farmakoterapie nebo problematika spojená s úhradou psychoterapie. Závěrem předkládáme základní informace o současné podobě a uplatnění expresivních psychoterapeutických přístupů.

Šestý oddíl („Trendy“) otevírá další specifická, spíše teoretická témata, o nichž se diskutuje ve světě, jako jsou výzkum a narativita. Čtenář zde také najde přehled o interkulturním rozměru psychoterapie, informaci o vlivu východního myšlení a zmínku o přístupech, které stojí na pomezí či za hranicemi současné vědecky uznávané psychoterapie.

Psychoterapie urazila za více než 110 let dlouhou cestu. Terapeuti si předávali štafetové kolíky a přebírající často běžel jinam, jinudy, nebo převzatý kolík označil jiným termínem. Příběh psychoterapie má mnoho počátků, kontinuit i vymezování se, provázanost a posunů ve významech původních konceptů. Tato kniha nabízí čtenářům možnost zorientovat se v nepřehledném terénu současné psychoterapie a klást si nové otázky o jejím dalším směřování. Věříme, že *Současná psychoterapie* pro vás bude inspirujícím čtením.

I. Obor psychoterapie

Dnešní psychoterapie

Zbyněk Vybíral, Jan Roubal

Podoba dnešní psychoterapie

Psychoterapie je léčebná činnost⁶, při níž psychoterapeut využívá své osobnosti a svých dovedností k tomu, aby u klienta došlo k žádoucí změně směrem k uspokojivějšímu prožívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění. Dovednosti terapeuta se týkají vedení rozhovoru, vytvoření a udržování podpůrného vztahu a používání technik.⁷ Psychoterapii lze charakterizovat také jako zvláštní formu lidského setkávání psychoterapeuta s druhým člověkem, který o pomoc žádá, zatímco terapeut ji nabízí.

Psychoterapie je činností s nezbytným poznatkovým zázemím ve vědě. Vědecká je její systematickosti, promyšlenost, kázeň a etika. K vědeckosti patří také vzdělání a další výcvik psychoterapeutů, včetně povinnosti supervize a dodržování etického kodexu. Zároveň je však psychoterapie svou podstatou osobním uměním terapeuta. Tento rozměr psychoterapie může být opřen pouze o rozvíjené a ustavičně kultivované nadání a tvořivost psychoterapeuta.⁸

Psychoterapie byly dříve děleny dichotomicky – např. na direktivní versus neditivní nebo na symptomatické versus kauzální. V praxi se nyní čím dál méně vy-

⁶ V angličtině se užívá nejčastěji termín *clinical practice*. Mohli jsme zdůraznit ve shodě např. s Garfieldem (1995), že jde převážně o slovní interakci.

⁷ Technikami jsou často velmi rozmanité postupy jako např. práce se sny, zadání a kontrola domácích úkolů, sugesce, podněcování emočního odreagování, přehrání situace, podněcování řešení ve fantazii, řízené vystavení nepříjemným podnětům, různé formy znázornění situace v rodině, práce s tělem (viz také Příloha II).

⁸ Tyto dvě stránky psychoterapie zdůrazňovala a stále zdůrazňuje řada vlivných představitelů oboru, viz např. Lazarus, 2005b; O'Donohue, Cummings, Cummings, 2006; Yalom, 2003.

skytují krajní formy terapeutovy práce (Kratochvíl, 2006). Nechceme zde tradovat podobná dělení psychoterapií. Je pro nás těžko představitelné, že by terapie mohla být pouze „hlubinně rekonstruuující“ nebo naopak „na symptomy zaměřená“. Považujeme pouze za nápomocné načrtnout **možnosti** terapeutova postupování (srov. Follette a Greenberg, 2006; Grawe, 2004; Castonguay a Beutler, 2006; a další). Může jít o **směry**, kterými se aktivně vydává terapeutova zvědavost a pozornost. Berme proto spojku *nebo* užitou v bodech níže ne jako vyjádření protikladů, ale jako naznačení tu více, tu méně rozdílných možností:

1. Terapeut může být více direktivní, přebírat aktivní roli v léčení – *nebo* terapeut není direktivní a přenechává zodpovědnost za průzkum vlastních zkušeností a zážitků na klientovi. Různé psychoterapie se větší či menší měrou stále liší v direktivnosti, strukturování a aktivním intervenování ze strany terapeutů. Je užitečné dobře rozpoznat, nakolik je klient citlivý k direktivnosti, tedy jestli mu vyhovuje, nebo nikoli. Je nutné, aby terapeut svou direktivnost reflektoval a používal ji vědomě a s ohledem na prospěch klienta (ne proto, že to jinak neumí nebo že si sytí vlastní potřeby). Doporučování větší či menší aktivity v psychoterapii je dodnes předmětem diskusí. Pracovní skupina Psychoterapeutické sekce APA se v roce 2001 např. shodla na tom, že pacienti v silném odporu k terapii nebo terapeutovi většinou snášejí lépe nedirektivní terapii a přijmou metody zaměřené na to, jak sami sebe ovládat; zatímco pacienti s nízkým odporem reagují dobře i na direktivní therapy a explicitní vedení (Norcross et al., 2001). Jiní psychoterapeuti však zpochybňují jakýkoli závěr typu „jestliže je pacient..., pak má být terapeut...“ Při zvažování direktivnosti a větší míry aktivity musí terapeut brát ohled na poruchu (je rozdíl v léčbě úzkostné poruchy a závislosti na drogách) a také na fázi, v níž se psychoterapie nachází (srov. Castonguay a Beutler, 2006).
2. Terapeut se zaměřuje na témata z minulosti, ze života klienta, na dynamiku jeho vztahů a jde mu o to, aby klient získal do problémů vhled – *nebo* se terapeut zaměřuje na symptomy a budoucnost klienta – a jde mu o to, aby klient nabyl nových dovedností, jak se s problémy vypořádávat.
3. Terapeut se zaměřuje na osobní procesy klienta (např. jeho dysfunkční myšlenky, sny, otázky smyslu života) – *nebo* se terapeut zaměřuje na interpersonální vzorce, kontext rodiny, na dopady – pracuje se „systémy“, v nichž klient žije.
4. Terapeut se zaměřuje na to, aby klient dokázal umenšit maladaptivní emoce – *nebo* terapeut umožňuje klientovi, aby emoce v průběhu psychoterapie prozkoumával, prohloubil je, „neutíkal od nich“, ventiloval je. V psychoterapii můžeme

do jisté míry emoce krotit, inhibovat, racionálně na ně nahlížet – *nebo* je podporovat a zvýrazňovat.

5. Terapeut upřednostňuje krátkou intenzivní léčbu (tlačí ho do toho např. nároky zdravotní pojišťovny či vedou zásady jeho přístupu) – *nebo* terapeut preferuje dlouhodobou psychoterapii.

V literatuře o psychoterapii a výzkumu se hojně používá dělení na přístupy zaměřené na proces (prožitkovou stránku terapie) a přístupy zaměřené na výsledek (Stricker, 2005). Zhruba od konce padesátých let minulého století se začalo s odlišováním časově nevymezených (dlouhých) a časově omezených (krátkých) terapií (Luborsky et al., 1975). Další perspektivu v psychoterapii zdůraznil Lazarus (1987, česky 2005b), když užil dělení na hlubinné a široké přístupy.

Pravdou v současnosti je však spíše to, že tato dřívější a pomocná dělení jsou v praxi setřena. Kognitivně behaviorální terapeut dnes např. neprovádí to, co by se kdysi označilo za symptomatický přístup (rychlou terapii zaměřenou jen na odstranění obtěžujícího symptomu), ale stará se o terapeutický vztah, o prožitky klienta, zajímá se o jeho osobní historii a kontext symptomu. Podobně také dnešní rodinná terapie není „podřízena“ jen systemickému (vztahovému) paradigmatu, ale otevřela se analytickým a psychodynamickým výkladům se zaměřením na řadu intrapsychických a vývojových aspektů.

Mnoho energie dnes věnují představitelé psychoterapie v řadě zemí tomu, aby etablovali psychoterapii jako samostatné povolání (Rakousko) nebo jako specializaci v rámci jiných profesí – psychologie, psychiatrie, sociální práce, práce zdravotní sestry apod. (srov. 4. kap.). Diskuse a konfrontace provokuje i to, že vedle sebe koexistují dílčí psychoterapeutické školy⁹ s dlouholetou tradicí a vedle nich se rozšířily různé formy integrativních přístupů a eklekticismu (viz 12. kap.).

Vlivné přístupy

Dá se říci, která psychoterapeutická škola je v současnosti nejvlivnější? Howard Kirschenbaum a April Jourdan spočítali počet knih, kapitol a článků v dostupných

⁹ Pro označení rozdílných přístupů v psychoterapii se nejčastěji používá slov *školy* (*schools*), *přístupy* (*approaches*), *modality* (*modalities*), v češtině také *směry*. Většina autorů používá tyto termíny jako synonyma. Termíny z nižší roviny abstrakce jsou pak: *techniky* (*techniques*) a *metody* (*methods*).

psychoterapeutických časopisech¹⁰ vydaných v letech 1987–2004 a přiřadili je k základním směrům. Nejvíce literatury bylo v tomto období publikováno z psychoanalýzy, na 2. místě pak z kognitivní, behaviorální a kognitivně behaviorální oblasti, na 3. místě z oblasti rodinné terapie. Se znatelným odstupem zaujala 4. místo „rogersovská“ literatura, 5. místo gestalt terapeutická literatura a 6. místo přístup RET Alberta Ellise. Následovalo multikulturní poradenství (7. místo), adleriánská terapie (8. místo), psychodynamická terapie (9. místo) a terapie realitou W. Glasera (10. místo). Na 11. místě se ocitla existenciální terapie V. Frankla a na 12. texty věnované eklektickému přístupu a integrativní terapii (Kirschenbaum, Jourdan, 2005).

V roce 2001 John Norcross zopakoval předpovědi, jak bude psychoterapie vypadat v roce 2010. Zapojilo se 62 expertů, kteří z celkem 29 přístupů předpověděli největší vzestup a další rozšiřování u kognitivně behaviorální terapie. Na dalších místech se seřadily: kulturně senzitivní / multikulturní terapie (2. místo), kognitivní terapie podle Beckova modelu (3. místo) a interpersonální terapie (4. místo)¹¹. Na 5. místo se dostal technický eklekticismus a na 6. teoretická integrace. Naproti tomu u existenciální terapie, gestalt terapie, jungiánské terapie, adleriánské terapie, transakční analýzy, implozivní terapie a klasické psychoanalýzy předpověděli američtí odborníci spíše ústup (23.–29. příčka na žebříčku; viz Norcross, Hedges, Prochaska, 2002).

V Evropě můžeme dnes za nejvlivnější přístupy považovat ty, které mají samostatné zastoupení v Evropské asociaci pro psychoterapii (ta vznikla v roce 1991). Všechny tyto přístupy nabízejí své výcviky, mají své instituty a často vlastní časopisy. V porovnání např. se situací ve Spojených státech je evropská scéna dodnes viditelně „rozparcelovaná“ mezi tradiční směry.

Ve Spojených státech se v posledním čtvrtstoletí řada vlivných představitelů psychoterapie přihlásila k integrativnímu hnutí. Jeho cílem je nabízet psychoterapii nikoli např. jungiánskou, kognitivně behaviorální nebo systemickou, ale individuálně šitou na míru (*tailored*) potřebám konkrétního člověka. Na psychotherapeuty to klade nároky promýšlet terapii mimo mantinely „svého“ přístupu. Zatímco podobné mantinely mohou terapeutovi poskytovat oporu a vymezovat po čase již dobře známý koridor pro jeho přístup, řada integrativních „filozofií“ nemůže terapeutovi nabídnout tento druh jistoty a návodů. Přesto se jednotlivé směry stále více otevírají inspiracím z jiných směrů.

¹⁰ Zdrojem jim byla internetová databáze *PsycINFO*.

¹¹ Základní informace o interpersonální terapii viz v kapitole 21.

Co o psychoterapii víme?

1. Psychoterapie **je účinná**. Léčebně působí a navozuje individuálně uspokojivější stav či prožitek **u většiny** lidí, kteří ji podstoupí. Výzkumná zjištění pozitivního dopadu psychoterapie se pohybují od necelých dvou třetin klientů po více než 90 % (Seligman, 1995; viz též 3. kap.). Psychoterapie způsobí u některých lidí rovněž zhoršení psychického stavu nebo jim uškodí; míru ublížení můžeme předpokládat mezi zhruba 5–10 % (Lambert, Ogles, 2004). Je zároveň třeba upozorňovat, že ne všechna zhoršení jsou způsobena terapií a že ne všem zhoršením může terapeut zabránit (Garfield, 1995). Psychoterapeuti nejsou onnipotentní, nepomohou každému, ani nesmějí slibovat zázraky či zaručenou pomoc.¹² Snad by se shodli na dvou věcech: a) že nemohou vyléčit někoho, kdo na terapii sám, alespoň zčásti, aktivně neparticipuje; b) že určitý přístup může být u někoho účinný, ale u jiných lidí nikoli.

2. Na tom, že psychoterapie **působí**, se podílejí následující **proměnné**:

- vztah mezi terapeutem a klientem (někdy se také uvádí jako „proměnná na straně terapeuta“ – jde o jeho dovednost vytvořit podpůrné pracovní spojení);
- proměnné na straně klienta;
- použité techniky;
- mimoterapeutické faktory.

Lambert (1992) znázornil přibližnou proporcionalitu faktorů následovně¹³:

- ze 40 % mohou za změnu k lepšímu faktory, které hrají svou roli mimo psychoterapii a nejsou na psychoterapii závislé: sociální opora v životě, náhody a štěstí, okolnosti, které klienta posílí;

¹² Podle Lamberta (2007) 35–40 % pacientů vyhodnotí nakonec psychoterapii jako neúčinnou. Přičteme-li procento těch, kterým terapie uškodí nebo přitíží, pohybujeme se v rozmezí 50–60 % těch, kterým pomůže. Seligman (1995) publikoval ovšem mnohem optimističtější závěry – srov. 2. kap.

¹³ Všechna procenta je nutno brát pouze jako modelování přibližné proporce mezi účinnými faktory v různých psychoterapiích.

- ze 30 % hrají roli společné terapeutické faktory, které nesouvisí s teoretickým zaměřením terapeuta: empatie, vstřícnost, akceptování, povzbuzování (viz 12. kap.);
- z 15 % se na zlepšení podílí sám fakt očekávání toho, že psychoterapie pomůže, uvědomování si procesu léčení a také kredit psychoterapie/psychoterapeuta (to lze nazvat i placebo efektem);
- z 15 % se na změně podílejí použité techniky.

Zjednodušeně můžeme předpokládat, že psychoterapie může mít efekt tam, kde klient je připraven se měnit a terapeut s ním umí navázat kvalitní terapeutický vztah. Tuto „dvojkombinaci“ ovlivňuje závažnost klientova trápení, krize nebo vyčerpání. Předvídat úspěch psychoterapie lze z toho, jak a zda se podaří úspěšně projít první fází terapie. Z tohoto hlediska je velmi důležitých prvních pět sezení, přičemž za klíčová se považují první a třetí (Principe et al., 2006), resp. první tři až čtyři týdny léčby (Snyder, Michael, Cheavens, 1999). Více než polovina (někdy až 70 %) výsledných změn v psychoterapii je odvozena od změn, ke kterým dojde hned v úvodní části terapie (Snyder, Michael, Cheavens, 1999).

Léčebné faktory jsou většinou navzájem provázané. Na to, jak úzce spolu souvisí vztah a použití technik, poukázali Goldfried a Davila (2005). Podle nich:

- kvalita terapeutického vztahu má vliv na účinnost techniky;
- sám terapeutický vztah můžeme považovat za techniku v psychoterapii;
- v řadě psychoterapeutických škol (např. v psychoanalýze, KBT, gestalt terapii) lze sledovat odklon od přeceňování a prosazování technik směrem k péči o dobrý terapeutický vztah.

Kromě vlivu samotného vztahu se dnes detailněji zkoumá např. to, jaký vliv na účinný psychoterapeutický proces má různá kvalita vztahu (Horvath a Symonds, 1991; Gelso, 2009) nebo hodnoty zastávané psychoterapeutem (Williams a Levitt, 2007).

3. Ve všech druzích psychoterapií je terapeutovým nástrojem **léčba vztahem**. Psychoterapie se dá rovněž charakterizovat jako léčba terapeutovou **osobností**.

Obecnými osobnostními dovednostmi psychoterapeutů by měly být: přiměřená empatie, lidská kongruence (srov. 7. kap.), spíše pečující než neutrální nastavení (*attitude of caring*), vstřícnost až vřelost (*warmth*), nesoudící přijímání klienta a autentičnost. Často se uvádí terapeutova schopnost **facilitovat** (tj. usnadnit) **změnu**

v klientově životě a také postoj průvodce, který povzbuzuje klienta k tomu, aby zkoušel i v době mezi sezeními přijmout a pozměnit své dosavadní prožitky, myšlenky a chování. Mezi důležité dovednosti terapeuta patří sebeuvědomování, tedy uvědomování si toho, co sám dělá a co v něm vyvolává klient, monitorování procesu při sezení a otevřenost k sobě samému.¹⁴ Psychoterapeuti mají také své slabiny, které je limitují ve vztahu především k určitým klientům. Je potřeba, aby své limity průběžně reflektovali a pracovali na nich (v supervizi, intervizi, ve vlastní terapii).¹⁵

S terapeutickým vztahem je spojeno udržování důvěry ve vztah, resp. koheze ve skupinové terapii, vyjednání dohody s klienty o cílech terapie a zapojování klientů do plnění cílů terapie (jak při sezeních, tak v mezidobí mezi sezeními). Dalšími souvisejícími dovednostmi jsou: schopnost pozitivně oceňovat, umět si poradit s nedorozuměními v terapeutickém vztahu či umět náležitě a v pravou chvíli pojmenovat a interpretovat to, co se v terapeutickém vztahu právě děje. K **umění interpretace** je třeba dodat, že podobně důležitá je také terapeutova zdrženlivost a někdy odřeknutí si interpretace. Otázka, zda v terapeutických vztazích interpretovat, nebo naopak neinterpretovat, byla změněna na podrobnější zkoumání toho, kdy je interpretování vhodné. Například u depresivních pacientů nedoporučují někteří psychoterapeuti „riskantní“ interpretace vztahu mezi terapeutem a pacientem (Castonguay et al. in Castonguay a Beutler, 2006).

Interpretace mohou být významně zkresleny tím, co označujeme jako terapeutův **protipřenos**. Termínu se dnes užívá všeobecně, nepatří jen do psychoanalýzy nebo psychodynamické léčby. Nazýváme tak terapeutovy reakce nebo odezvy na pacienta/klienta, které a) mohou být vyvolány klientem; b) mohou být vyvolány vnitřními obsahy a procesy psychoterapeuta samotného. Psychoterapeut má nejenom přijmout sám fakt protipřenosu, ale také se co nejpodrobněji vyznat v jeho podobách a co nejlépe rozumět svým reakcím na klienta. Často se dnes probírají zádrhly, neúspěšné momenty, **nedorozumění**, trhliny ve vztahu (*ruptures*), či tzv. slepé uličky (*impasses*) v terapii. Terapeut by se měl ptát sám sebe a řešit v supervizi, zda se mu jistě vzorce, sekvence slov či reakcí (mohou být i neverbální),

¹⁴ V angličtině se používá řada pojmů: *self-consciousness*, *self-awareness*, *self-talk* (terapeut při sezení „mluví sám k sobě“, užívá vnitřní řeč), *self-focused attention*, *self-insight*, *self-focused cognitions* nebo *mindfulness*. Terapeutova pozornost zaměřená na sebe může ovšem proces léčby také narušovat (E. N. Williams, 2008).

¹⁵ Lze si vyhledat pozoruhodný výzkum toho, co se psychoterapeutům honilo hlavou při sezení, na co mysleli (viz Rober et al., 2008). Výzkumu se zúčastnilo 12 zkušených rodinných terapeutů ochotných rekonstruovat své myšlenky při psychoterapii.

kterými může sám zhoršovat terapeutický vztah, neopakují s podobnými klienty, v podobných situacích.

Otázkou zůstává, zda v psychoterapii doporučovat, nebo nedoporučovat terapeutovo **sebeodhalení** (*self-disclosure*). Neexistuje jednoznačná odpověď. Je zde určitá pravděpodobnost, že takový moment bude v psychoterapii považován spíše za nápomocný a užitečný. Jde však zároveň o obsah a o množství sebeodhalení. Tyto momenty ze strany psychoterapeuta by měly sloužit k ujištění a podpoře, neměly by být výzvami, konfrontacemi či vyzdvihováním vlastních zkušeností (Castonguay et al. in Castonguay a Beutler, 2006).

Nároky a očekávání, které jsou spojeny s osobností a s dovednostmi psychoterapeuta, nejsou malé. Za klíčovou vlastnost psychoterapeuta i poradce se často považuje **upřímnost**, nefalšovanost, autentičnost (*genuineness*) (viz např. McLeod, 2007). Skutečný vztah terapeuta k pacientovi (*real relationship*) koreluje sice s dobrým pracovním spojenectvím (*working alliance*), ale je ještě něčím jiným (Gelso, 2009). Samozřejmě se řeší i otázka, jak opravdový může být tento „skutečný vztah“ (Horvath, 2009).

4. Psychoterapeuti rozdílného zaměření dosahují odlišnými způsoby zhruba stejných výsledků (viz 2. kap.). Tato opakovaně potvrzovaná zjištění byla nazvána paradoxem v tom smyslu, že **neekvivalentní obsah vede k ekvivalentnímu výsledku** (*content nonequivalence – outcome equivalence*) (Stiles, Shapiro, Elliott, 1986). Psychoterapeuti silně identifikovaní se svým směrem tyto závěry někdy odmítají. Důkazy, které snášejí, bývají však zkresleny faktem spřízněnosti se směrem, který prezentují a zkoumají. Je přitom známo, že **spřízněnost** (*allegiance*) badatele s tím, co zkoumá, vede ke zkreslení výsledků tak, aby výsledky byly ve shodě s jeho přesvědčeními a postoji (viz Wampold, 2001).

5. Úspěšnost psychoterapie se nedá předpovědět na základě takových **charakteristik terapeuta**, jakými jsou jeho věk (starší terapeuti nejsou úspěšnější), pohlaví, délka praxe (zkušenější nejsou automaticky úspěšnější), vzdělání (nejsou např. více úspěšní kliničtí psychologové oproti sociálním pracovníkům nebo psychiatrům) nebo etnický původ (Beutler et al., 2004; Lambert a Ogles, 2004). Úspěšnější jsou ti psychoterapeuti, kteří vykazují některé osobnostní nastavení a vlastnosti (zmíněné výše, v bodě 3).

6. Psychoterapeuti různého zaměření dnes zdůrazňují, že ke klientovi je potřeba přistupovat jako k plnohodnotné **lidské bytosti**. Tato zásada vypadá na první

pohled samozřejmě a může vyznívat až pateticky. Avšak historie psychoterapie ve 20. století je plná přístupů mocenských, které ústily do expertně konceptuálního odlidštění a chápaly pacienta v léčbě jako **objekt**, „na který“ jsou aplikovány techniky. Terapeut i klient se setkávají jako jedinečné bytosti. Terapeut má věnovat pozornost psychickým, tělesným, sociálním i duchovním aspektům jak u klienta, tak u sebe samého.

7. V soudobé psychoterapii se rozšířilo zdůrazňování „**na míru ušitého**“ terapeutického **postupu**, což někteří psychoterapeuti zdůrazňovali již dříve (srov. Lazarus, 1987, česky 2005b; Persons, 1991). Například pro intenzivní krátkou psychodynamickou terapii je sice k dispozici manuál, jak postupovat, avšak zároveň se zdůrazňuje zásada, podle níž musí být proces v terapii ušit na míru každému pacientovi, resp. každé dvojici terapeut–pacient (viz Malan a Coughlin Della Selva, 2007). Dá se říci, že dnes jde již o čím dál více sdílený étos, podle něhož má terapeut hledat pro klienta přiměřený a nejlepší terapeutický postup. To není samozřejmé, protože po dlouhá desetiletí přizpůsobovali psychoterapeuti své pacienty a klienty spíše sobě. Tím, kdo se přizpůsoboval „technice“, byl pacient; terapeut pracoval často řadu let a se stovkami pacientů stejně (srov. Yalom, 2003).

8. Lidem s nižšími příjmy a s nižším vzděláním, žijícím ve **znevýhodněném socioekonomickém postavení**, se dostává méně psychoterapie (navzdory proklamacím, že pohlaví, věk, třídní postavení nebo etnický původ nesmějí být žádným handicapem). Chudí lidé např. méně podstupují psychoanalytickou psychoterapii (srov. Garfield, 1994; Clarkin a Levy, 2004; Saxon et al., 2007). Jeden výzkum ukázal, že 13 % těch, kdo se objednají na první psychoterapeutické sezení, se na něj nedostaví a psychoterapii vůbec nezahájí. Autoři našli souvislost s lidmi z nižších příjmových skupin – ti se na dojednané první sezení nedostaví častěji (viz Saxon et al., 2007). Přímou úhradu psychoterapie proto musíme pokládat za faktickou překážku v dostupnosti psychoterapie.¹⁶

9. V psychoterapii hodně záleží na tom, jak se terapeut vyjadřuje, jaké termíny, fráze a ustálené obraty používá. Každý **institucionální jazyk** má i svůj mocenský dopad; vyjadřování je možno vidět jako proceduru, kterou se tato moc uplatňuje,

¹⁶ Z toho, že si lidé domluví sezení u terapeuta, ale na první sezení nepřijdou, můžeme také dále usuzovat, že některým z nich se uleví již samotným objednáním (Snyder, Michael, Cheavens, 1999). Psychoterapeuti znají i situace, kdy pacient volá na telefonní číslo svého psychoterapeuta, aby si alespoň poslechl jeho hlas ze záznamníku (Clemens, 2003).

udržuje nebo připomíná. Způsobů vyjadřování si mnozí současní psychoterapeuti všímají více, než tomu bylo dříve (Anderson, 2009).

Výzkum a praxe

V psychoterapii narůstá počet přísně kontrolovaných výzkumů účinnosti realizovaných většinou na univerzitních klinikách a v akademických poradenských centrech. V souvislosti s tím se objevilo téma rozdílů mezi zjištěními výzkumníků a zkušeností psychoterapeutů v „rutinní“ praxi. Roztržka a nedorozumění dospěly až tak daleko, že někteří psychoterapeuti hovoří o nešťastné propasti mezi těmito dvěma světy (Newman, Castonguay, 1999a, 1999b). Jak k tomu došlo?

Akademické výzkumy účinnosti terapie, na které univerzity a kliniky získávají peníze z grantů, musejí splňovat přísná pravidla. Psychoterapie se zpravidla provádí podle manuálu, vzorek pacientů je vybrán tak, že jsou vyloučeni pacienti komorbidní (tj. s několika souběžnými onemocněními či poruchami), resp. pacient musí být přesně diagnostikován dle DSM-IV nebo MKN-10, předem bývá určena délka terapie. Navíc grantové agentury i pojišťovny tlačí výzkumníky ke stanovení kratších terapií. Po splnění přísně dodržovaných pravidel výzkumník publikuje zprávu o účinnosti (např. kognitivně behaviorální terapie u pacientů s úzkostnou poruchou po patnácti sezeních prováděná terapeutem se silnou, případně slabou spřízněností s praktikovaným směrem a jeho manualizovanou podobou).

V praxi se často děje pravý opak. Pacienti s jedinou diagnózou se objevují zřídka (např. úzkost bývá neodlišitelná od deprese a tyto poruchy bývají velmi často doplněny některou z poruch osobnosti) a praktičtí psychoterapeuti přistupují ke svému klientovi komplexněji, nejen podle manuálu. Často improvizují, mění strategii léčby nebo sahají k technikám odjinud, délku terapie nemohou zpravidla stanovit předem.

Akademičtí výzkumní terapeuti jsou obviňováni z toho, že vyhovují tlaku zadavatelů výzkumu, místo aby podle potřeby pružně věnovali pozornost např. interpersonálním procesům, které jsou přítomny v pozadí psychoterapie zaměřené na symptomy. Výzkumníci sami si uvědomují, že publikují často závěry s vysokou vnitřní validitou, ale s nízkou validitou externí – tedy že jejich výzkumy byly provedeny na skupinách pacientů nereprezentativních pro každodenní psychotherapeutickou praxi (Newman a Castonguay, 1999a, 1999b; Wampold, 2001; Timulák, 2005). Jde pak o závěry, které nejsou zobecnitelné na populaci (nebo část

populace) a praktickým terapeutům nejsou k užitku, protože se s typem pacientů, kteří se zúčastnili daného výzkumu, nesetkávají, nebo s nimi nepracují zkoumaným způsobem (viz 2. a 35. kap.).

Manualizovaná psychoterapie

Terapeutický manuál je vodítkem, ve kterém jsou formulovány konceptuální a strukturální hranice dané psychoterapie (Addis a Cardemil, 2006). Manuály se liší zpracovaností. Většinou však dnes podrobně „vedou“ terapeuta krok za krokem příslušnou psychoterapií. I v „manualizované“ psychoterapii musí zbýt prostor pro posouzení, co pacient v dané situaci individuálně potřebuje. Nechat se slepě vést manuálem může být kontraproduktivní. Osoby, které něco takového dělají, ani nejsou pacienti považováni za dobré psychoterapeuty (Addis a Cardemil, 2006; Persons, 1990).

V Evropě věnoval pozornost manualizaci psychoterapie Klaus Grawe (2004). Zdůraznil, že

1. psychoterapii není možné provádět rigidně podle manuálu. Psychoterapie má spíše povahu ustavičného improvizování. Postup podle manuálu smazává podstatu psychoterapie. Psychoterapie tím přijímá medicínský model (Wampold, 2001). Je potlačeno improvizování i eventuální výběr jiné, vhodnější metody, když zvolený přístup nevede k žádoucím změnám;
2. i když se terapeut drží manuálu vypracovaného v jeho terapeutickém přístupu pro konkrétní léčbu (např. fobií), měl by zůstat otevřený i jiným perspektivám;
3. směr terapie by měl udávat spíše pacient než terapeut „podle manuálu“;
4. jedna metoda zužuje respekt ke komplexnosti pacientových potíží a jeho individualnosti;
5. všechny psychoterapeutické přístupy by měly věnovat pozornost dynamice intrapsychických konfliktů (viz též Grawe, 2004, s. 80–82; Vybíral, 2006b).

Manuály obrátily pozornost k **dovednostem** a **technikám**, které se dají naučit. Bylo by však „chybou domnívat se, že techniky... jsou v rámci aplikace standardizované, jednotné, jednoduché či stejnorodé“ (Lazarus, 2005b, s. 292). Proti pro-

sazující se manualizaci psychoterapie se v devadesátých letech minulého století ozvala řada terapeutů (Duncan 2002; Garfield 2000; Seligman 1995; Silverman 2005; Yalom 2003). Naopak výhody manualizace uvedli např. Stiles, Shapiro, Elliot (1986) nebo Jonesová, Asen (2004).

Námítky proti manuálům:

Psychoterapii v případě některých poruch (např. poruch osobnosti) je těžké manualizovat (Newman a Castonguay, 1999b).

Psychoterapii založenou na některých teoretických orientacích (např. psychodynamickou terapii) je těžké manualizovat (Newman a Castonguay, 1999b).

Manuály vyvolávají dojem, že určitou terapii je možné snadno zvládnout, naučit se ji a osvojit si ji jako recept podle kuchařky (Newman a Castonguay, 1999b; Norcross et al., 2004). Psychoterapie je zároveň uměním a toto individuální umění terapeuta a aplikování techniky je nestandardizovatelné.

Hrozí riziko rigidního používání manuálu; v této oblasti také schází výcvik (Newman a Castonguay, 1999b).

Manuály zaměřují pozornost psychoterapeuta na techniky a symptomy a mohou vést k podceňování komplexnosti léčby (Newman a Castonguay, 1999b), především péče o terapeutický vztah (Wolf, 2003).

Psychoterapie musí být šita na míru konkrétnímu člověku, nemůže se řídit jen diagnózou a/nebo manuálem (Norcross et al., 2004); v tomto smyslu stojí manuály a „protokoly“ proti tomu, co zdůrazňují terapeuti různých zaměření: v psychoterapii se stále ověřují ad hoc hypotézy, jak dále postupovat, stále se hledají strategie, klient je také stále znovu a nově posuzován – a podle toho je léčen (Persons, 1990).

Některá doporučení obsažená v manuálech mohou být kontraproduktivní a jejich dodržování (vyžadování) může pacienta poškodit nebo léčbu zhoršit (Persons, 1990).

Manuály můžeme vidět také jako užitečné pomocníky. Ty novější již překonaly slabiny dřívějších manuálů a některé obsahují i vodítka, jak si všímat procesu v terapii nebo jak do terapie zahrnout faktor vztahu terapeut–klient (Newman a Castonguay, 1999b). I zastánci manuálů uznávají, že je nelze užívat rigidně. Citlivé, flexibilní a tvořivé používání manuálu může sloužit v psychoterapii dobře. Nelze zapomínat na to, že ve zdravotnictví často doporučovaná léčba podle manuálu není léčbou vhodnou pro všechny. Platí to např. o KBT v případě léčby pacientů s panickou poruchou. I když se prokázalo, že KBT je pro zvládnání paniky vysoce

účinná, výzkumníci připomínají, že nelze a priori odmítnout ani jinou možnost léčení, např. psychodynamický přístup (Ablon, Levy, Katzenstein, 2006).¹⁷

Otázky nad předem danými východisky

Důležitou a širší otázkou je, do jaké míry má psychoterapeut vycházet z konceptů daných předem, ať jde o vysvětlující teorie, diagnostické systémy nebo manuály. Na jedné straně číhá úskalí předpojatosti (*bias*), tedy pocitu, že terapeut předem ví, o co v případě dotyčného klienta jde, nebo že si předem utvoří představu, jak s ním má pracovat. Tyto modely a priori říkají, co vede ke změně a co změnu způsobuje. Předpojatá pozice může vést k přehlížení jiných vysvětlení nebo k přeslechnutí těch klientových sdělení, která do konceptu nezapadají (Vybíral, 2006a; Anderson, 2009). Na druhou stranu hrozí neujasněnost o cíli, nevyjasněnost hodnot, s nimiž terapeut pracuje; sezení či celému procesu terapie může chybět „směr“. Riskantní je tedy jak vyhraněná podoba konceptuálně teoretického stanoviska, tak přístup založený na tom, že terapeut na začátku nic neví (Skorunka, 2008b).

Co v psychoterapii pomáhá – shrnutí opřené o praxi

Heidi Levitt s Mikem Butlerem a Trevisem Hillem (2006) vyzpovídali dvacet šest klientů, kteří absolvovali psychoterapii trvající od jednoho měsíce (při minimu osmi sezení) až po deset let a měli minimálně dvouměsíční odstup od jejího ukončení. Na základě výpovědí klientů sestavili nápomocné faktory do šesti skupin (dále členěných do kategorií a podkategorií):

1. skutečnost, jak vážně berou terapii sami klienti (*commitment*);
2. navázaný vztah s terapeutem;
3. osobnost terapeuta;

¹⁷ Podobné nabádání připojila Sekce klinické psychologie APA k seznamu empiricky podložených přístupů: „Ani léčení, která jsou vědecky podložená, nezaberou u každého. Pozorné sledování pokroku pomůže vám i vašemu terapeutovi posoudit, kdy je vhodné, abyste vyzkoušeli jiný přístup.“ *Website on Research-Supported Psychological Treatments* (sine data).

4. terapeutické intervence;
5. samotné prostředí psychoterapie;
6. terapeutova starost o přechod mezi oběma světy, tedy mezi terapií a každodenností klienta.

Poslední dva faktory se v literatuře neuvádějí tak často. Je přitom zřejmé, že klienti vnímají psychoterapii (nejenom proces, ale např. i místnost) jako ochranný inkubátor se stabilní teplotou a že oceňují, když je psychoterapeut připravuje pro život v prostředí, kde tyto bezpečné podmínky zaručeny nejsou. Dá se říci, že lidé si psychoterapeutické působení „nosí domů“ – mezi sezeními myslí na to, co jim terapeut řekl; psychoterapeut je zařazen po bok nejbližších příbuzných a přátel; lidé si ho přivolávají jako „model chování“, představují si, jak by se asi zachoval apod. (Levitt et al., 2006).

Kolik psychoterapie je potřeba?

Terapeuti řeší, kolik psychoterapie je potřeba (např. v případě středně těžké deprese, smíšené úzkostně depresivní poruchy apod.). Průzkumy rutinní praxe v ordinacích ukazují, že pacienti absolvují v průměru jen kolem čtyř psychoterapeutických sezení. Výzkumy prováděné od osmdesátých let 20. století přitom ukazují, že klinicky podstatné změny se u pacienta dosáhne v průměru na 9. sezení a k uzdravení vede u poloviny pacientů 11.–21. sezení. Chceme-li dosáhnout vyššího procenta vyléčených, je podle řady psychoterapeutů potřeba absolvovat více než 25 sezení (Lambert, 2007).

Pravda je ovšem spíše taková, že přesný počet sezení není možné stanovit předem. V průběhu psychoterapeutického procesu dojde někdy k náhlému zlepšení pacienta, aniž to psychoterapeut přesně v oné fázi terapie očekával. Tato náhlá zlepšení (*sudden gains*) jsou v současnosti předmětem zpětných analýz zaznamenaných terapií: hledají se intervence, které mohly účinně pomoci, „dohledává se“, jak konkrétně se právě při onom sezení, jež zlepšení bezprostředně předcházelo, terapeut projevoval, a také se pátrá po klíčových událostech mimo terapii (Roth a Fonagy, 2005; Castonguay a Beutler, 2006; Newman a Castonguay, 1999a).

Řada lidí ukončí sotva zahájenou psychoterapii po prvním nebo druhém sezení. V centrech pro duševní zdraví ve Spojených státech se tak rozhodne údajně až 40 % klientů a v soukromých praxích psychoterapeutů každý pátý (Principe et al.,

2006). Mnoha lidem se tedy velmi často nedostane tolik péče, kolik by z pohledu psychoterapeutů potřebovali. Na druhou stranu klienti někdy uvádějí zlepšení stavu ještě před prvním sezením, přičemž publikované odhady takových zlepšení jsou velmi vysoké: 40–66 % (Snyder, Michael, Cheavens 1999).

Závěrem

K psychoterapeutově pokoře by mělo patřit uvědomění, že to nemusí být nutně on, kdo lidem s potížemi pomůže. V terapeutických týmech někdy pracují také dobrovolníci. Svépomocné skupinové hnutí, které se rozvíjelo od šedesátých let minulého století, může být velmi účinnou formou pomoci.¹⁸ Některá srovnání efektivnosti těchto skupin s psychoterapií ukazují, že dobrovolní terapeuti bez psychoterapeutického výcviku mohou být stejně úspěšní jako profesionálové (Bright, Baker, Neimeyer, 1999).¹⁹ Podoba současné psychoterapie se proměňuje, začínají se využívat i možnosti, které nabízejí komunikační technologie. Některá pracoviště dnes nabízejí možnost chatování s psychoterapeutem, využití služby ICQ apod. Haug et al. (2008) popsali otevřenou, každotýdenní terapeutickou skupinu, v níž se členové scházejí v prostředí internetového chatu po skončení hospitalizace.

Psychoterapie je smysluplným a inspirujícím povoláním. Nabízí příležitosti k vlastnímu růstu skrze setkávání s klienty i přesahy do jiných oborů, jako je věda, umění, duchovní rozvoj, filozofie, klasická i alternativní medicína. Zároveň je to obor, který klade na terapeuta značné odborné i lidské nároky. Psychoterapeut musí být teoreticky vzdělán, vybaven praktickými dovednostmi a měl by pečovat i o nepracovní oblasti svého života. A protože je zblízka vystaven duševnímu utrpení klientů, je potřeba, aby se staral o vlastní duševní rovnováhu a rozvoj i v supervizi, při intervizích s kolegy či ve vlastní terapii.

¹⁸ Na konci 20. století existovalo jen ve Spojených státech odhadem přes 750 tisíc podpůrných skupin zaměřených snad na každou myslitelnou nemoc a psychickou poruchu.

¹⁹ Bright se spolupracovníky v rámci „Memphiského výzkumu deprese“ (formy práce byly dvojí – skupinová KBT a podpůrná skupinová terapie) ověřil, že ve skupinách vedených profesionály i ve skupinách vedených neprofesionály došlo ke statisticky srovnatelnému ústupu nejzávažnější depresivní symptomatiky. Z hlediska celkového vyléčení se výrazněji přece jen zlepšili pacienti ve skupinové KBT vedené odborníky (dostali se v Beckově inventáři deprese do pásma bez depresivních příznaků). Viz Bright et al., 1999.

Je psychoterapie účinná?

Zbyněk Vybíral, Ladislav Timulák

Úvod

Zda je psychoterapie účinná, či nikoli, je legitimní otázka. Zajímá jak psychoterapeuty, kteří investují do svého vzdělání a profese, tak klienty, a rovněž případné plátce psychoterapeutické péče, jako jsou stát či zdravotní pojišťovny. Zodpovězení otázky tak má výrazný etický podtón. Je důležité, aby se zacházelo se zdroji hospodárně a aby klienti dostali za vynaložené prostředky co nejlepší péči. Mnoho přehledových studií a metaanalýz (viz kap. 35 o výzkumu v psychoterapii) se proto pokouší tuto otázku zodpovědět. V současnosti existují seznamy empiricky podložených psychoterapií (Timulák, 2005). V některých zemích, např. ve Velké Británii, byly zřízeny instituce monitorující poznatky o psychoterapii. Ty vytvářejí doporučení pro terapeuty v praxi, např. Národní ústav pro klinickou excelenci při Národním zdravotním systému (NHS) ve Velké Británii. Obdobnou funkci, avšak na vědecktější úrovni, plní rovněž databáze *Cochrane Reviews*²⁰, jež obsahuje soubor systematických přehledů medicíny (a tedy i psychoterapie) založené na důkazech. Představíme zde několik významných (zejména přehledových) studií zabývajících se otázkou účinnosti psychoterapie a též uvedeme zjednodušené shrnutí výzkumu psychoterapie tak, jak jej nabízí jeden z nejznámějších současných výzkumníků Michael Lambert (2001). Vynikající shrnutí „všeho, co se ví o psychoterapii na základě výzkumu“, nedávno nabídl také Cooper (2008).

Podívejme se nyní na některé důležité mezníky v historii hledání odpovědi na otázku, zda je psychoterapie účinná.

²⁰ viz <www.cochrane.org/reviews/>

Účinnost psychoterapie potvrzená metaanalýzou: historie

Mary Smith a Gene Glass, tvůrci metaanalytického postupu, který se dnes často používá tam, kde se vyhodnocuje účinnost ve více výzkumech zároveň (Timulák, 2005), aplikovali metodu poprvé právě u analýzy všech do té doby dostupných výzkumů účinnosti psychoterapie. Smith s Glassem (1977) zahrnuli do své metaanalýzy 375 výzkumů psychoterapie. Celkově šlo o 833 měření účinnosti psychoterapie – odhadem u 25 000 jedinců zahrnutých do léčby nebo zařazených do kontrolních skupin. Smith s Glassem vyřadili farmako-, hypno-, biblio- a pracovní terapii, vzájemné konzultace (*peer consultations*), nácviky citlivosti (*sensitivity trainings*), maratonová setkání (*encounter marathons*), skupiny zaměřené na „nárůst uvědomování“ a psychodrama. Ponechali studie pojednávající o krátkých, např. jen několikahodinových psychoterapiích. Nevyloučili ani psychotherapeutickou práci začínajících terapeutů s přesvědčením, že takto bude výzkum účinnosti lépe odpovídat „realitě“.

Vyhnuhli se také tomu, že by vybrali např. pouze výzkumy se znáhodňovaným výběrem pacientů nebo jen ty, kde byla pro porovnání sledována skupina neléčených jedinců. Smith s Glassem byli mimo jiné motivováni tím, aby přinesli pádnou odpověď na Eysenckovu skepsi. Podle Eysenckova někdejšího závěru se 75 % pacientů s neurózou zlepší, ať jsou, nebo nejsou léčeni (Eysenck, 1952). Chtěli také zkorigovat nepřesnou, nicméně tradovanou představu o „třetinách“, podle níž se třetina pacientů zlepší, třetina na tom zůstane stejně, třetina se zhorší. Rovněž chtěli prozkoumat větší počet studií, tj. vyloučit jich mnohem méně než autoři předchozích metaanalýz, v nichž se nepracovalo např. se studiemi bez statistické analýzy. A v neposlední řadě zahrnuli i výsledky účinnosti poradenství.

Výsledky, k nimž dospěli, lze shrnout takto:

- Průměrná míra účinnosti psychoterapie napříč všemi zahrnutými výzkumy činila 0,68. To znamená, že průměrný jedinec, který podstoupil psychoterapii, na tom byl lépe než 75 % jedinců neléčených (v reanalýze, při které autoři sledovali ještě více výzkumů, konkrétně 475, zjistili míru účinnosti 0,85 – což znamenalo, že průměrný jedinec, který podstoupil psychoterapii, na tom byl lépe než 80 % jedinců neléčených) (Smith, Glass a Miller, 1980). Pouze 12 % z 833 měření dospělo k negativnímu účinku psychoterapie.
- Když Smith s Glassem sledovali účinnost ve čtyřech konkrétních parametrech – redukce úzkosti, nárůst sebeúcty, přizpůsobení a dopad na výkon –, našli

největší efekt psychoterapie u redukce úzkosti. Zde spočítali míru účinnosti 0,97 (tj. průměrný léčený pacient na tom bude lépe než 83 % jedinců bez léčby). U nárůstu sebeúcty zjistili míru účinnosti 0,90; naopak u parametru „přizpůsobení“, resp. osobního fungování v životě, zjistili míru účinnosti pouze 0,56 a u dopadu na výkon ve škole nebo práci míru účinnosti 0,31. Nejúčinnějšími terapiemi v jejich výzkumném vzorku přístupů byly systematická desenzibilizace, racionálně emoční terapie a modifikace chování.

Kontrolu výsledků i postupů, jak k nim Smith s Glassem dospěli, uskutečnili novou analýzou o pět let později Janet Landman a Robyn Dawes (1982). Landman s Dawesem již dobře znali kritické ohlasy, které stať Smithové s Glassem vyvolala. Metaanalýze z roku 1977 se vyčítalo zejména to, že není jasné, jak velká část zahrnutých výzkumů pracovala s kontrolními skupinami (neléčení jedinci, pacienti vystavení pouze placebo). Podle kritiků nemohli Smith s Glassem ve své studii ověřit potřebné hypotézy např. o regresi k průměru²¹ nebo o spontánní remisi.

Landman s Dawesem proto prošli znovu všechny výzkumy zahrnuté do metaanalýzy z roku 1977 a vybrali z nich pouze ty, které vyhovovaly nejprísnejším požadavkům kritiků. Cílem bylo ověřit, zda výsledky Smithové s Glassem obstojí, jestliže se vezmou v potaz jen přísně vědecké výzkumy. Z původního souboru zvolili náhodně 65 výzkumů. Z nich 42 vyhovovalo nejprísnejším požadavkům na výzkum: výsledek psychoterapie zde vyplynul z porovnání s výsledkem u skupiny neléčených jedinců nebo u skupiny vystavené placebovému účinku (tam, kde byla pacientům pouze věnována pozornost a bylo u nich podporováno očekávání). Jakkoli Landman s Dawesem namítli, že porovnávání s placebovým působením je v případě výzkumů účinků psychoterapie sporná věc, vzali tento konvenční požadavek v potaz. Důležité je, že míry účinnosti psychoterapie, k nimž došli Smith a Glass v roce 1977, „přežily“ selektivní reanalýzu provedenou o pět let později. Závěry se potvrdily.

Dnešní metaanalýzy a přehledové studie

Od doby metaanalýzy Smithové a Glasse byly uskutečněny desítky metaanalýz odpovídajících na různé otázky (např. Jaká je míra účinnosti KBT při depresi?

²¹ Jev regrese k průměru popisuje, že ze statistických důvodů je při opakovaném měření jedinců pravděpodobné, že ti, jejichž skóry byly při prvním měření vysoce nadprůměrné nebo podprůměrné, budou při druhém měření dosahovat méně extrémních skóre.

Existují rozdíly mezi psychoterapiemi X a Y? Existují rozdíly mezi dvěma verzemi KBT, tj. verzemi, při nichž se vynechá určitá komponenta léčby? Je psychotherapie účinnější než pouze medikace při depresi, panické poruše, generalizované poruše?) Jelikož se metaanalýzy obvykle snaží vyslovit verdikt o dané oblasti účinků psychoterapie, nepřekvapuje, že některé metaanalýzy vyvolaly silné kontroverze.

Kupříkladu Wampold et al. (1997) se pokusili odpovědět na otázku, zda existuje rozdíl ve velikosti efektu různých terapeutických postupů, pokud jsou srovnávány přímo mezi sebou a provádějí se v dobré víře (*bona fide*), že budou pomáhající. Tito autoři shromáždili 277 přímých srovnání různých terapeutických postupů a zjistili, že komparativní míra účinnosti se statisticky nelišila signifikantně od nuly. Svou práci zakončili tím, že „empiricky všichni zvítězili“, tedy že mezi jednotlivými terapeutickými postupy nejsou rozdíly. I tato studie pochopitelně vzbudila mnoho kontroverzí. Ocitla se dokonce v protikladu k některým jiným zjištěním. Jsou známy metaanalytické studie, které dokážou odhalit rozdíly mezi vybranými srovnávanými postupy (např. Grawe, Donati, Bernauer, 1994), jakkoli tyto rozdíly mohou být funkcí intervenujících proměnných, často např. způsobené teoretickou orientací výzkumníků v primárních studiích (Elliott, 2002).

Obdobně kontroverzním příkladem metaanalýzy je práce Westena a Morrisonové (2001). Tito autoři se rozhodli kriticky zhodnotit tzv. „vysoce kvalitní“ znáhodňované klinické kontrolované zkoušky (*randomised controlled trials*) z nejvýznamnějších periodik, které byly uveřejněny mezi roky 1990–1999. Kriticky zhodnotit znamenalo vyhodnotit nejen jejich výsledky, ale rovněž externí validitu. Zaměřili se na depresi, generalizovanou úzkostnou poruchu (GAD) a panickou poruchu, protože tyto poruchy byly nejčastěji zkoumány. Westen a Morrison poukázali na fakt, že mnohé zkoumané terapie (zejména KBT) jsou sice prokazatelně účinné, ale výsledky u deprese a GAD nemůžeme považovat za uspokojivé, protože vykazují limitovanou účinnost i reprezentativnost z hlediska toho, jaké jsou běžné podmínky klinické praxe (např. ne všichni pacienti jsou zahrnuti do výzkumů) (viz Timulák, 2005).

Metaanalytická zhodnocení účinnosti psychoterapie se dnes vhodně doplňují systematickými přehledovými studiemi, které se často o metaanalýzu opírají. Charakteristickým rysem těchto studií je rigoróznost a přesný, opakovatelný postup, na jehož základě byly jednotlivé studie měřící efekt psychoterapie recenzovány. Systematické přehledové studie je možno najít v knižních publikacích (např. Nathan a Gorman, 2007), časopisech (zmíněné *Cochrane Reviews*), zprávách institutů nebo společností (např. ve Spojených státech seznam empiricky podložených psy-

choterapií Sekce klinické psychologie APA nebo ve Velké Británii seznam Národního ústavu pro klinickou excelenci při Národním zdravotnickém systému).

Consumer Reports – rok 1994

Atypický způsob zkoumání účinků psychoterapie představil na přelomu 20. a 21. století článek, který publikovala americká revue *Consumer Reports* v listopadu roku 1995. Zmiňujeme se o něm už proto, že se na výsledcích výzkumu podílela veřejnost – „zákazníci“ psychoterapie. Tím se práce stala příkladem nezávislého pohledu na účinnost psychoterapie. Šestistránkový popularizační článek se jmenoval „Mentální zdraví: pomáhá terapie?“ a mohlo si ho přečíst odhadem 200 tisíc čtenářů.²² Ze 180 tisíc odběratelů *Consumer Reports* (ročník 1994) vyplnilo na sedm tisíc lidí do časopisu vložený dotazník, týkající se psychotherapeutické péče či pomoci. Dotazník vyplnili a poslali redakci nazpět většinou lidé s vyšším vzděláním, středostavovští Američané. Rozdíl v počtu mužů a žen nebyl. Věkový průměr respondentů byl 46 let. Z těchto sedmi tisíc jedinců uvedly tři tisíce, že v případech emočních problémů a trápení se obrátili na přátele, příbuzné nebo členy náboženské obce. Ze 4 100 osob, které uvedly, že vyhledaly profesionální pomoc, se tisícovka obrátila na rodinného lékaře a 1 300 osob si našlo kontakt na příslušnou svépomocnou skupinu. Od 2 900 Američanů byla získána data týkající se psychoterapie nabízené psychology (ti byli nejvíce vyhledávanou skupinou, a to v 37 % případů), psychiatry (22 %), sociálními pracovníky (14 %) a manželskými poradci (9 %). Zbýlých 18 % tvořili další odborníci na duševní zdraví.²³ Jedinci, kteří vrátili dotazníky, vyplnili mimo jiné šestistupňovou škálu zjišťující spokojenost

²² Nielsen a jeho spolupracovníci zjistili, že mezi lety 1995–2003 byly jak zpráva *Consumer Reports*, tak především následný Seligmanův článek v *American Psychologist* (viz níže) citovány více než čtyřikrát. Samotný článek M. Seligmana „nasbíral“ mezi lety 1996–2002 každoročně od 37 do 68 citací.

²³ Jistě zajímavé je porovnat zjištění o profesích s průzkumem z roku 1956. Americký prezident Eisenhower ustavil v roce 1955 Společný výbor pro duševní nemoci a duševní zdraví, který v následujícím roce realizoval celonárodní průzkum toho, na koho se lidé obracejí v případech psychických a vztahových problémů. Průzkum zjistil, že každý sedmý člověk vyhledal pomoc kvůli psychickým problémům, převažovali mladší jedinci, ženy a lidé s vyšším vzděláním. 42 % z nich se obrátilo na duchovního, 29 % na všeobecného lékaře, 18 % na psychiatra nebo psychologa a 13 % na někoho ze sociálních služeb či manželských poradců. (Rice, Greenberg, 1992, s. 201)

s psychoterapií a obdobnou škálu, pomocí níž posoudili míru, v jaké jim psychoterapie prospěla. Na pětistupňových škálách vyznačili také emoční stav, v jakém se cítili před psychoterapií a po ní.

Ze 426 osob, které svůj stav před terapií označily za „velmi bídný“, jich 87 % uvedlo zlepšení minimálně do stavu „ujde to“ (v orig. *so-so*) nebo do polohy „je mi dobře“ či „je mi velmi dobře“. Ze 786 osob, kterým bylo pouze „bídne“, se po psychoterapii zlepšilo 92 %. Ve srovnání profesí se ukázali velmi účinní Anonymní alkoholici. Rodinní lékaři poskytovali úlevu spíše jen krátkodobou. Terapie delší než šest měsíců přinesla lidem více zlepšení v práci, v mezilidských vztazích, v radosti ze života i v osobním růstu.

Pro psychology a psychoterapeuty bylo jistě důležité to, že o průzkumu pozitivně referoval bezprostředně poté Martin Seligman, a to v prosincovém vydání měsíčníku *American Psychologist* (1995), v článku „Účinnost psychoterapie“. Seligman se zde zastal toho, co se zjistilo z jednoduchých a jednoduše sesbíraných dotazníků.²⁴ Jeho závěry zněly:

1. Psychoterapie má na většinu lidí pozitivní vliv.
2. Delší psychoterapie je účinnější než kratší.
3. Není podstatných rozdílů v tom, zda člověk podstoupí samotnou psychoterapii, nebo kombinaci terapie s medikací.

Zastání čelného amerického psychologa, představitele vědecké psychologie a reprezentanta seriózních výzkumů, člověka, který se brzy poté stal prezidentem APA,²⁵ bylo velkou podporou průzkumu. Na oba články z konce roku 1995 se téměř vzápětí valila lavina kritického zpochybňování. Oponenti se dodnes strefují především do použitých metod (opravdu jednoduchých a málo spolehlivých), ale i do oprávněnosti zobecňovat *takovýmto způsobem* sesbíraná data.

Shrňme nejzávažnější námitky:

Lidé, kteří vyplnili dotazníky, si na terapii vzpomínali *zpětně*. Do hry tedy mohla vstupovat smířlivost a shovívavost. Jejich hodnocení psychoterapie mohlo být zkresleno časovým odstupem. Pravděpodobně také nedokázali odlišit to, jestli se jim život zlepšil jen vlivem psychoterapie, nebo také vlivem osobnostního zrání a jiných okolností.

²⁴ M. Seligman byl konzultantem průzkumu pro *Consumer Reports*.

²⁵ Seligman byl zvolen do čela APA v roce 1996 na období roku 1998.

Mnozí psychoterapeuti ovšem zprávu z *Consumer Reports* dodnes berou vážně a zastávají se jí. Platí to i o člancích v nejprestižnějších periodikách (Hilsenroth, 2007). Studie předvedla jinou a spíše málo využívanou možnost, jak zkoumat účinnost psychoterapie. Dnes se zdá očividné, že vedle přísně kontrolovaných experimentálních výzkumů, prováděných na pečlivě vybraných a znáhodněných vzorcích pacientů, mají své oprávnění i výzkumy s jiným „designem“: výzkumy toho, jaký dopad má psychoterapie na širší populaci. Na jedné straně tedy stojí výzkumy speciálních účinků speciální psychoterapie, její účinnosti (*efficacy*); na druhé straně stojí „výzkumy terénní“, při kterých se sledují dopady a účinnost psychoterapie v širším slova smyslu (*effectiveness*). Důkazy o účinnosti psychoterapie máme dnes jak z „laboratorně“ sledovaných psychoterapií, tak z vyhodnocování psychoterapií v praxi (*naturalistic treatment*).

Seligman (1995) zdůraznil, že průzkum kromě jiného ukázal, že z psychoterapie mají větší užitek aktivnější lidé. Dotazník se totiž ptal také na to, zda se při výběru terapeuta zajímali o terapeutovu kvalifikovanost, o jeho zkušenost, o trvání a frekvenci sezení, o platbu, jestli pátrali po referenci od někoho, kdo byl u terapeuta v léčbě apod. Právě *aktivní jedinci* uváděli výraznější zlepšení svého stavu. Z průzkumu nevyplynulo, že by jakákoli forma, modalita terapie či psychoterapeutická škola byla lepší než jiná. I v tomto směru se potvrdilo to, co publikovali a dodnes publikují odborníci (např. Luborsky, Singer, Luborsky, 1975; Wampold et al., 1997). Dalším zjištěním bylo, že kombinace léků a psychoterapie není vždy účinnější než samotná psychoterapie. Je ovšem nutné připomenout, že ve vzorku respondentů nebyly dostatečně zastoupeny schizofrenie ani bipolární porucha.

Ve veřejnosti stále zůstává často probíranou otázkou, zda má člověk dát – např. v případě velmi rozšířených depresivních a úzkostných stavů a potíží – přednost spíše lékům, nebo psychoterapii. Deset let po výše zmíněné studii připravila a v říjnu 2004 publikovala *Consumer Reports* novou anketu, pro kterou získala informace od 3 079 čtenářů (Davis, 2004).

Otázka, která stála tentokrát jako první, zněla: „Je v případě léčby deprese a úzkostných stavů lepší farmakoterapie, nebo psychoterapie založená na rozhovorech?“ Cílem ankety bylo shromáždit zkušenosti se dvěma způsoby léčby, doposud často stojícími proti sobě (*drug therapy versus talk therapy*).

Výsledky ukázaly, že lidé oceňují jako nejlepší kombinaci léků a psychoterapie. Ti pacienti, kteří podstoupili pouze psychoterapii (aniž by brali léky), se ovšem také zlepšili, pokud absolvovali alespoň 13 sezení. Pacienti, kteří se s depresí či úzkostí léčili pouze léky, se zlepšili rovněž. Uvedli rychlejší ústup symptomů při

aplikaci vhodných léků. Rizikem je to, že vhodný lék, který by v jejich případě měl co nejméně vedlejších účinků, se často hledá způsobem „pokus–omyl“.²⁶

Výzkumy v kontrolovaných podmínkách versus průzkum v praxi

Seligman (1995) sám zdůraznil to, v čem se populární průzkum liší od vědeckého výzkumu. V přísném vědeckém výzkumu je potřeba náhodně rozdělit osoby do skupiny léčené a do skupiny kontrolní. Od účinků psychoterapie je třeba oddělit placebo efekt, efekt očekávání a další nespecifické faktory. Terapie musí být podrobně popsána a rozčleněná do kroků – a nejlépe když se provádí podle manuálu (srov. např. Jonesová, Asen, 2004; Timulák, 2005). Kontrolovat je třeba i to, jací terapeuti se výzkumu účastní (např. velmi zkušení, či málo zkušení). Výsledky by měly být následně analyzovány těmi, kdo s výzkumem neměli nic společného. Tito vnější posuzovatelé mohou být „slepí“ v tom smyslu, že nevědí, zda šlo o skupinu léčenou, nebo kontrolní. Zkoumanými osobami jsou většinou pacienti jen s jednou diagnózou. Teprve pak se odborníci obvykle shodnou na tom, že jde o vědecky získaná a interpretovaná data.

Přísně validizovaným vědeckým výzkumům se však vytýká, že neberou v potaz to, že *reálná* psychoterapie trvá nestejně dlouho (všem lidem nelze předepsat shodný počet sezení), že v životě si často pacient svého psychoterapeuta sám vybere (zatímco ve sledovaných studiích je mu nahodile přidělen) – a že už to samo limituje platnost výzkumů. Relativizujících faktorů a námitek vůči výzkumně monitorované psychoterapii lze snést více. Mnoho autorů již upozornilo na to, že konkrétní technika použitá ve výzkumném léčebném kontextu se může výrazně odlišovat od techniky, jak se používá v praxi. Ve skutečnosti se v klinické praxi často pracuje a postupuje jinak než ve výzkumné studii (Kazdin, 1986). Ti, kdo pozorovali terapeuty při práci, si všimli také rozdílů mezi tím, jak jsou techniky popsány v teorii a jak je (slavní) psychoterapeuti používají (Garfield, 2000).

Shrme-li rozdíly, můžeme říci, že specifické experimentální podmínky, navozené na výzkumném klinickém pracovišti, se často liší od podmínek v rutinní

²⁶ Lidé uváděli v mnohem větší míře vedlejší účinky léků, než kolik jich zpravidla uvádějí příbalové letáky. 40 % jich uvedlo, že ztratili sexuální apetenci, 20 % jich přibralo. Dalším zjištěním z průzkumu je, že v případech depresí a úzkostí dokážou obdobně pomoci terapeuti – psychiatři, psychologové i sociální pracovníci.

praxi natolik, že samy tyto podmínky terapie mohou vést k odlišným výsledkům, zejména co do účinnosti. Dnes se už proto někdy používá označení *výzkumná terapie* (*research therapy*), když chce autor podtrhnout fakt, že nehovoří o výsledcích získaných ze sledování psychoterapie v běžné klinické praxi (*clinical therapy*; *routine care*) (srov. Shadish et al., 1997). Rozdíly mezi „výzkumnou“ psychoterapií, zkoumanou ve znáhodňovaných kontrolovaných studiích (RCT), a psychoterapií v běžné praxi můžeme shrnout takto:

1. Pro výzkumy jsou pacienti v některých případech získávání, zatímco v praxi se na terapeuta obracejí sami nebo na doporučení někoho ze svého okolí, aniž by je kdokoli získával k účasti ve výzkumu.
2. Ve výzkumech bývají pacienti homogennější co do osobnostních charakteristik, a to proto, aby se zvýšila interní validita výzkumu. To znamená, že jsou vybíráni tak, aby se odstranily intervenující proměnné: např. se ze studie psychoterapie deprese vyloučí pacienti s komorbidní diagnózou závislosti na alkoholu. Léčba ve výzkumu se tak často zaměří na jeden primární problém. Ve srovnání s tím se v praxi klinik potýká se spektrem někdy stejně důležitých problémů.
3. Terapeuti zapojení do výzkumu absolvují často speciální výcvik – pro potřeby výzkumu.
4. Terapeuti ve výzkumných terapiích jsou instruováni, aby dodržovali protokol nebo postupovali podle manuálu.
5. Zobecnitelnost toho, na co výzkumníci přijdou v laboratorních podmínkách, je sporná: výzkumy mají vysokou interní validitu, ale malou validitu externí (srov. např. kritiku in Westen a Morrison, 2001). (Viz též Shadish et al., 1997; Timulák, 2005.)

Zastavme se u jedné námitky, kterou považujeme za vážnou: Málokterý klient docházející na psychoterapii má jen jednu diagnózu (jak to vyžadují nejprísnejší vědecké studie), většina lidí má v danou chvíli více problémů. Jde-li o pacienta, pak má pacient i diagnostikovaných poruch *najednou* více. Symptomy a další okolnosti spojené s klíčovou nemocí, problémem či „zakázkou“, se u každého jedince liší. Řada psychoterapeutů proto zdůrazňuje nutnost individuálního posouzení a přístupu (Gergen, Hoffman, Anderson, 1996; Anderson, 2009; Norcross et al., 2001; Norcross, Beutler, Levant, 2006).

Průzkum uskutečněný revue *Consumer Reports* – podobně jako jiné „naturalistické“ výzkumy, např. Kächele et al. (2001) – měl nakonec větší dopad na diskuse odborníků o účinnosti psychoterapie než většina z přísně kontrolovaných studií

na klinikách a univerzitách (Nielsen et al., 2004). Seligman mohl vystoupit s jasnými důkazy o tom, že psychoterapie je v praxi účinná – s důkazy získanými mimo rigidní procedury výzkumů, s argumentací z „reálného světa“ (Hilsenroth, 2007). Souhlasit lze se Seligmanem v tom, že průzkum sice nemohl zaručit vědeckou validitu, ale nabídl „empirickou validitu“ výsledků. Zpochybnit nelze přinejmenším jedno: 87 % lidí léčených psychoterapeutem, kteří v průzkumu poskytli své odpovědi, dosvědčilo, že psychoterapie účinná je. Má pozitivní účinek jak na duševní zdraví lidí, tak na jejich sociální vztahy.

Závěr: Psychoterapie je účinná

Michael Lambert (2001), přední výzkumník psychoterapie, shrnul odpověď na otázku, zda je psychoterapie účinná, do šesti bodů. Sto let psychoterapeutického výzkumu podle něj ukázalo toto:

1. **Psychoterapie je účinná.** Lambert shrnuje poznatky různých přehledů a metaanalýz (viz Lambert a Ogles, 2004) a uvádí, že asi 75 % lidí (v jednotlivých studiích výsledky varíují), kteří byli v terapii, mělo z této zkušenosti alespoň částečný užitek. Toto zjištění se týká různých problémů, ve kterých je psychoterapie indikována. Lambert též zdůrazňuje, že ve většině psychoterapeutických problémů s výjimkou vážných obtíží a biologicky podmíněných obtíží by měla být psychoterapie zvažována jako primární léčba a nabízena spíše než léčba medikací.
2. **Efekt psychoterapie je více než pouhé placebo či neformální podpora.** Efekt psychoterapie je v průměru dvakrát větší než efekt placebo a čtyřikrát větší než žádná léčba (Lambert, 2001).
3. **Výsledky psychoterapie jsou relevantní.** Metodologie výzkumu psychoterapie je rigorózní. Účinek je měřen nejen sebesposuzovacími metodami, ale i nezávislými posuzovateli, signifikantními druhými, institucemi (viz např. počet odsouzení u delikventních adolescentů), fyziologickými nástroji (např. prostřednictvím odběru moči u závislosti) atd. Zjišťoval se též široký okruh symptomů a problémů, které je možno ovlivnit psychoterapií, jako jsou psychopatologické symptomy, interpersonální problémy, sociální fungování (např. v zaměstnání), životní pohoda (*well-being*) apod.
4. **Výsledky psychoterapie přetrvávají.** Jednotlivé studie zkoumající efekt psychoterapie sledují i katamnestické výsledky (od několika měsíců až po něko-

lik let, přičemž standardem jsou alespoň dva roky). Celkově lze konstatovat, že efekt psychoterapie lze vidět i s odstupem času navzdory tomu, že s délkou katamnézy přibývají relapsy (viz např. Westen a Morrison, 2001).

- 5. Psychoterapie je relativně (v závislosti na délce trvání) efektivní.** Účinnost psychoterapie je závislá na délce terapie. Michael Lambert (2001) shrnuje výzkumy vztahu mezi trváním psychoterapie a jejím výsledkem následovně (viz kap. 35 o výzkumu; viz též Timulák, 2005, a Lambert, Hansen a Finch, 2001): po 10 setkáních se vyléčí asi třetina pacientů, kteří zůstanou v terapii (obvykle s poruchami nálady a úzkostnými poruchami), po 20 setkáních asi polovina a po 55 setkáních asi 75 %. 25 % nebude z psychoterapie mít užitek.
- 6. Psychoterapie vede nejen ke zlepšení, ale i ke zhoršení.** Lambert a Ogles (2004) uvádějí, že asi 5–10 % pacientů se v terapii zhorší a dalších 15–25 % nezazije žádné zlepšení. Tento stav je možné o něco zlepšit průběžným monitorováním efektu terapie (Whipple et al., 2003).²⁷

Lambert (2001) uzavírá svůj přehled konstatováním, že psychologové (psychotherapeuti) mohou být na psychoterapii hrdí, a připomíná další fakt: že psychoterapie redukuje náklady na jinou medicínskou péči u pacientů.

K čtenbě doporučujeme:

- Cooper, M. (2008). *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley.
- Nathan, P. E., Gorman, J. M. (eds.). (2007). *A Guide to Treatments That Work*. New York: Oxford University Press.
- Timulák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton.

²⁷ Čas od času publikují přední výzkumníci i skeptičtější odhady účinnosti a pomoci. Jak jsme uvedli v předchozí kapitole (viz pozn. 12), například Lambert (2007) uvedl, že někdy až 35 či 40 % pacientů v přísně sledovaných studiích z psychoterapie neprofituje. V tomto směru ovšem nejsou rozdíly mezi rutinní praxí a „výzkumnou terapií“.

Etické aspekty psychoterapeutické práce

Michal Miovský, Ester Danelová

Etické normy a pravidla tvoří v kontextu psychoterapeutické práce soubor náročných témat. Důvodem přitom není pouze fakt, že psychoterapie je poměrně mladou disciplínou, ale také to, že psychoterapeutické metody jsou nesmírně rozmanité a relativně rychle se vyvíjejí. Zatímco tedy u prvního z uvedených důvodů lze shovívavě podotknout, že těmito „dětskými nemocemi“ musí projít každé odvětví, druhý z důvodů je závažnější a úzce souvisí s povahou psychoterapie jako takové, resp. způsobem její aplikace v praxi. Těžko si lze totiž představit, že bychom jednoduše vytyčili hranice norem pro tak široké spektrum činností – kde např. pracujeme s tělem a přicházíme při terapii s klientem do velmi intimního tělesného kontaktu, případně kde plnou autoritou klientovi direktivně zasahujeme do jeho způsobů chování a přemýšlení, nebo dokonce cíleně využíváme jeho sugestibilitu ať již v rámci hypnotické terapie, nebo mimo ni.

Etické normy a pravidla se vyvíjejí kontinuálně. Jejich část je kodifikována v podobách, které jsou více či méně závazné, kontrolovatelné a do jisté míry též vymahatelné. To je již závislé na více faktorech, z nichž některým se věnujeme dále. Některé z norem však psané nejsou a nemá ani smysl, aby byly. Není možné kodifikovat vše a do detailu. Vývoj etických norem je úzce spojen s kultivací oboru psychoterapie a vývoje vztahu mezi terapeutem a klientem/pacientem. Jedná se o několik paralelních procesů. Čím je terapeut lépe odborně vybaven a čím je vnímavější, tím opatrnější je a tím lépe je schopen intuitivně ve velkém předstihu rozeznat potenciálně nebezpečné či minimálně sporné situace a adekvátně na ně reagovat. Fungující supervize a postupná kultivace výcviků jsou dalšími nástroji zlepšení. Dobré legislativní zakotvení a funkčnost odborné společnosti a jejích kontrolních orgánů pak dotvářejí zbývající části mozaiky, která musí být srozumitelná jak pro širší veřejnost, tak především pro samotné klienty.

Profesní postavení psychoterapeuta v České republice

Skupinu faktorů, které výrazně ztěžují formulaci jednotných etických zásad a pravidel, tvoří právní postavení psychoterapie a psychoterapeutů. Každá země se pohybuje v trochu jiném legislativním rámci z hlediska ukotvení psychoterapie. Česká republika patří bohužel mezi ty země, které se doposud z legislativního hlediska s psychoterapií nevyrovnaly příliš zdařile. To komplikuje formulaci etických zásad, ale také, což je zásadní, jejich aplikaci do praxe, např. včetně vyvozování důsledků z jejich porušení. Stále u nás převládá pohled na psychoterapii pouze jako na specializaci pro jiné, již zavedené a legislativně ukotvené profese.

Nejrozšířenějším modelem toho, jak se stát psychoterapeutem, je kombinace kvalifikačního studia např. v psychologii a následného doplnění psychologického vzdělání formou specializace pro psychoterapii prostřednictvím výcvikového programu a praxe. Pregnantně je tento model artikulován ve zdravotnictví. Po ukončení studia psychologie a po splnění všech povinností je možné složit zkoušku způsobilosti pro práci ve zdravotnických zařízeních a člověk se stává klinickým psychologem (ve smyslu zákona č. 96/2004 Sb., v aktuálním znění). Následně pak vstupuje do specializační přípravy pro psychoterapii a po splnění všech povinností získává osvědčení pro výkon systematické psychoterapie ve zdravotnictví. Analogický postup existuje u lékařů. Zdravotnictví v ČR neuznává jiný způsob získání odbornosti v psychoterapii, tedy naplnění preambule Etického kodexu České psychoterapeutické společnosti (dále též ČPS) (Kalina, Kocourková, Šimek, 1998). Zajímavý je v tomto kontextu fakt, že česká zdravotnická legislativa je tak v určitém rozporu se Štrasburskou deklarací pro psychoterapii z roku 1990,²⁸ kterou

²⁸ Text deklarace uvádíme v originálním znění. Od roku 1990 se stal předmětem nesčetných diskusí (překlad do češtiny si čtenář může najít např. v časopise *Konfrontace*, 1998, č. 2, s. 4–10):

In accordance with the aims of the World Health Organization (WHO), the non-discrimination accord valid within the framework of the European Union (EU) and intended for the European Economic Area (EEA), and the principle of freedom of movement of persons and services, the undersigned agree on the following points:

1. *Psychotherapy is an independent scientific discipline, the practice of which represents an independent and free profession.*
2. *Training in psychotherapy takes place at an advanced, qualified and scientific level.*
3. *The multiplicity of psychotherapeutic methods is assured and guaranteed.*
4. *A full psychotherapeutic training covers theory, self-experience, and practice under supervision. Adequate knowledge of various psychotherapeutic processes is acquired.*
5. *Access to training is through various preliminary qualifications, in particular human and social sciences (Strasbourg Declaration on Psychotherapy, 1990).*

naopak vyústily mnohaleté snahy emancipovat psychoterapii jako samostatný obor s různými modely kvalifikačního studia – nikoli pojímat ji jen jako specializaci, jak ji chápe naše zdravotnictví.

Psychoterapie ve zdravotnictví

Přetrvávající rozpory v ukotvení psychoterapie v českém právním rámci a v jejím postavení vůči jiným profesím vyvolávají problémy v interpretaci klíčových dokumentů týkajících se etických aspektů psychoterapeutické práce. Jde především o vymahatelnost a legitimitu vykonávání dozoru, řešení etických prohrěšků a vyvozování zodpovědnosti za ně, to vše jak vůči právníkům, tak fyzickým osobám. Jinými slovy, otázka zní: Kdo a na základě čeho má právo kontrolovat a vyvozovat důsledky z porušení etických norem a jakou právní závaznost takové počínání vůbec má?

V českém zdravotnictví se pohybujeme na relativně pevnější půdě. Etické principy, jimiž se zabývá Světová zdravotnická organizace a které jsou ukotvené v Ottawa Charter for Health Promotion (1986), vycházejí z materiálů Universal Declaration of Human Rights (UN, 1948), European Convention of Human Rights (Council of Europe, 1959) a Social Charter of the Council of Europe (Council of Europe, 1961). Dokument ukotvuje normy týkající se lidských práv, svobody a ochrany zdraví jedince i veřejného zdraví. V české literatuře se širšími aspekty a východisky etických norem ve zdravotnictví (neboli lékařské etiky) zabývají autoři Šimek se Špalkem (2003). Z praktického hlediska je však zásadní práce Heleny Haškovcové (2002), detailně mapující situaci v naší zemi s velmi zdařilým zasažením do mezinárodního kontextu. Autorka se dotkla mnoha dokumentů a etických kodexů závazných pro zdravotnictví (sama jich popisuje a vysvětluje více než dvanáct). Reflektuje situaci, kdy se dnes ve zdravotnictví pohybují vysokoškolsky vzdělaní příslušníci lékařských i nelékařských profesí s vlastními stavovskými etickými normami.

Ve vztahu k psychoterapii jsou tedy lékaři a kliničtí psychologové (zdravotníci-nelékaři) vázáni svými profesními etickými kodexy a nad rámec toho, pokud získají specializaci pro systematickou psychoterapii, jsou vázáni také jejími etickými kodexy. V tomto smyslu jsou dnes jistě zajímavé dokumenty jako např. Dokument pro koordinaci etických norem (2007). Ani tento dokument neuvádí všechny základní existující etické normy, neboť psychoterapie samozřejmě neexistuje pouze

na půdě zdravotnictví. Dokud nebude uspokojivě vyřešen vztah psychoterapeutické kvalifikace a specializace, a tedy také návazný vztah profesních (stavovských) etických norem oborů, pro které je psychoterapie pouze možnou specializací, do té doby nebude možné jasněji ukotvit etické normy do naší legislativy.²⁹ Fakt, že zdravotnická legislativa je v tomto směru dál, nijak nepomáhá řešit situaci, v níž psychoterapie není a nebude pouze otázkou zdravotnictví. Současný stav, legislativně opřený pouze o výkony systematické psychoterapie a vyhovující jen klinickým psychologům či lékařům, není dlouhodobě udržitelný. V duchu zmíněné Štrasburské deklarace z roku 1990 musí být vedena diskuse o tom, co má být obsahem kurikula psychoterapie a jakými různými scénáři lze toto kurikulum naplnit – a ne se věnovat tomu, jakými praktikami zablokovat možnost získat odbornost také v jiných než předem vybraných profesích. Nejde o to, že by nemohly existovat různé normy a požadavky na odbornost v různých oblastech. To je jistě jeden z možných kompromisů. Není ale možné, aby existovaly požadavky pouze pro jednu oblast a zbytek se ocitl v legislativním vakuu s následnými, spíše nešťastnými pokusy řešit situaci uměle přes jiné normy (jako je např. pro psychoterapii nepříliš vyhovující stav daný zákonem č. 108/2006 Sb., v aktuálním znění, týkajícím se sociální péče).

Etický kodex Evropské asociace pro psychoterapii a české normy

Evropská asociace pro psychoterapii (EAP) vytvořila nástroj umožňující jednotné posuzování kvalifikačních kritérií pro psychoterapii (Evropský certifikát pro psychoterapii). Zřizuje také vlastní Výbor pro etiku a formulovala Etický kodex (viz European Association of Psychotherapy, sine data; český překlad *Návrh etických zásad EAP*, 1999). Jde o dokument, který překonává různé stavovské zájmy a lobbying profesních sdružení a asociací a nabízí poměrně průhledný a jednotný systém uznávání kvalifikace s propracovanými dalšími návaznostmi. Etický kodex EAP je závazný pro všechny členy na jakékoli úrovni členství jak z hlediska osob právnických (např. národní sdružení či asociace), tak fyzických (samotných psychoterapeutů). ČPS se tak svým kodexem (Kalina, Kocourková, Šimek, 1998) a dalšími zveřejněnými dokumenty, jako je např. Dokument pro koordinaci etických norem

²⁹ Bez zákona o psychoterapii (ať již samostatného, nebo v rámci existujících zákonů) nebude otázka kontroly a vymahatelnosti etických norem obecně vyřešena.

(2007), i informacemi na svých oficiálních internetových stránkách <www.psychoterapeuti.org> hlásí k Etickému kodexu EAP.

Kodex EAP se kromě preambule skládá z devíti částí, popisujících základní etické principy (1. odpovědnost; 2. kompetence; 3. etické a právní normy; 4. důvěrnost; 5. prospěch klienta; 6. profesní vztahy; 7. veřejná prohlášení; 8. diagnostické techniky; 9. výzkum). V případě nejasností v našich národních dokumentech doporučujeme porovnat se zněním originálu. Ten ve většině případů obsahuje vyvážené a dobře volené formulace, které se se spornými tématy vypořádávají uspokojivě. Zmíněný Dokument pro koordinaci etických norem (2007) se snaží o určité přemostění či sladění našich národních dokumentů s dokumenty (zejména s Etickým kodexem) EAP.

Preambule Etického kodexu EAP je pojata zešíroka. Popisuje výchozí předpoklady a stanoviska – např.: „Psychoterapeuti respektují důstojnost a hodnotu jednotlivce a usilují o zachování a ochranu základních lidských práv. Průběžně rozvíjejí své poznatky o lidském chování, o tom, jak lidé rozumějí sami sobě a ostatním, a využívají tyto poznatky pro dobro lidí...“ Takto pojatá část v našem národním kodexu v preambuli není. Český kodex začíná charakterizováním odpovědnosti psychoterapeuta vůči sobě a následně vůči klientovi. V tomto smyslu je již český kodex kontaminován obsahem článku 1 kodexu EAP. V různé formě se od sebe oba kodexy odlišují i v dalších částech. Tento fakt činí srovnávání dokumentů náročnějším o to více, že pro náš národní kodex často chybějí odpovídající opory.³⁰

Odpovědnost a kompetence terapeuta

Etický kodex EAP v bodu 1 a 2 rozpracovává pojmy *odpovědnost* a *kompetence*. Příkladem může být zásada 1c: „Psychoterapeuti jsou povinni pokusit se zabránit zkresení, zneužití nebo zamlčení svých zjištění institucí nebo agenturou, která je zaměstnává.“ Takto je mimo jiné reflektován fakt, že v průběhu psychoterapie

³⁰ Například klíčovou částí úvodu obou kodexů (tedy preambule a článků 1 a 2) je ukotvení profese psychoterapeuta. EAP má svůj dokument opřený o Evropský certifikát v psychoterapii (a tedy jasné podmínky pro kvalifikaci psychoterapeuta a popis procesu umožňujícího různými scénáři naplňování předepsaného kurikula dospět až k získání certifikátu). Náš kodex je zdánlivě rigorózní, leč jeho interpretace tak jednoznačná není. Výklad této části kodexu se bude např. zřetelně lišit pro oblast zdravotnictví, oblast školství nebo oblast sociální. Uvedený rozpor totiž v našich národních normách ústí v tezi obsaženou ve článku 2, která hovoří o psychoterapeutickém povolání v kontextu „národní zdravotnické legislativy“. V tomto smyslu se český kodex odchyluje nejen od kodexu EAP, ale také od zmíněné Štrasburské deklarace a zužuje výkon psychoterapie pouze pro zdravotnictví.

dochází k vytvoření tak specifického, tak důvěrného vztahu s klientem, že je nutné explicitně psychoterapeuta zavázat povinností jednat např. i proti zájmům svého zaměstnavatele, pokud tento jakýmkoli způsobem zneužívá informace či vztah s kterýmkoli klientem daného zařízení. Prostřednictvím dílčích zásad (1a–1f) jsou k bodu 1 dobře vztaženy zbývající body kodexu (jednotlivé zásady k nim odkazují právě prostřednictvím naplňování obsahu pojmu odpovědnosti psychoterapeuta).

V bodu 2 („Kvalifikace“) je především zdůrazněna filozofie přístupu založeného na důkazech (*evidence-based*) a jasného ukotvení psychoterapie jako součásti vědy bez ohledu na to, že její výkon je posuzován jako svého druhu umění. Důraz na vědecký ráz psychoterapie, popsatelnost a poznatelnost způsobu její aplikace, jejích výsledků a vztahu k etiologii poruch a onemocnění zaznívá jako mantra napříč kodexem EAP i jeho českou paralelou (viz přímo např. formulace zásady 3.1 v bodu 3 českého kodexu). Navíc s povinností každého psychoterapeuta průběžně se vzdělávat a sledovat vývoj vědeckého poznání a stavu výzkumu v psychoterapii.³¹

Z hlediska norem pro vzdělávání je v bodu 2 Etického kodexu EAP důležitá poznámka týkající se vzdělávacích institucí. EAP vytvořila svým Evropským certifikátem pro psychoterapii požadavek, aby se získávání klíčových částí vzdělání psychoterapeuta realizovalo prostřednictvím tzv. „obecně uznávaných vzdělávacích institucí nebo těch, které jsou uznány EAP“. Podstatou požadavku je důraz na udržování standardu kvality vlastní psychoterapeutické práce, tak aby odpovídala profesionálním požadavkům EAP, příslušným národním či evropským normám. Za zmínku stojí zásada 2f: „Psychoterapeuti reflektují fakt, že osobní problémy a konflikty mohou bránit efektivitě jejich pracovního výkonu. Z toho důvodu se zdrží jakékoli aktivity, ve které by jejich osobní problémy mohly způsobit nekvalitní a/nebo nedostatečný výkon a/nebo poškodit klienta, kolegu, studenta nebo účastníka výzkumu. Pokud se dostanou do situace, ve které hrají roli jejich osobní problémy či konflikty, vyhledají kompetentní odbornou pomoc, aby zjistili, zda mají svoji odbornou aktivitu přerušit, ukončit anebo jinak omezit její rozsah.“³²

³¹ V českém překladu těchto standardů se objevují terminologické posuny. V anglickém originále se v bodu 2 neobjevují termíny jako „zdravotnictví“ nebo „kliničtí pracovníci“ a jejich výskyt v českém překladu podtrhuje již dříve diskutovaný mírný odklon od „nadoborové“ perspektivy kodexu EAP a jeho celkové filozofie a naopak snahy české adaptace o zřetelnou afiliaci ke zdravotnické perspektivě.

³² Dodejme, že odbornou pomocí je např. supervize.

Morální a právní normy

Třetí bod Etického kodexu EAP tvoří „Morální a právní normy“ a obsahuje obecná doporučení pro chování terapeutů s apelem na respektování společenských norem a informace o dopadu jejich porušování na výkon profese psychoterapeuta. Kromě toho pak kodex zmiňuje též rovinu různých veřejných vystoupení, např. výroků směřem k médiím s odkazem na možné riziko poškození dobrého jména psychoterapie. Zajímavým momentem tohoto bodu je apel na vyhýbání se jakýmkoli aktivitám, které mohou vyústit v nelegální či neobhajitelné činy, případně nějakým způsobem porušovat či omezovat právo na ochranu osobnosti apod. Obecně lze s těmito zásadami souhlasit a jejich artikulace je srozumitelná. Na druhé straně je vhodné podotknout, že se z určitého úhlu pohledu jedná o jistý druh alibismu či v lepším případě umělosti a nereálnosti. V psychoterapii běžně pracujeme s cílovými skupinami, které v souvislosti se svým duševním stavem, poruchou či onemocněním páchaly, páchají a budou páchat skutky, jež takto formulovaný požadavek nějakým způsobem porušují.³³ V tomto smyslu tedy samozřejmě může docházet ke střetu s etickými požadavky. Nicméně zásadním omezením je zde nakonec až zákon. Pokud nedojde k naplnění skutkové podstaty takového trestného činu, který by podléhal např. oznamovací povinnosti, pak by podle našeho výkladu vždy měla být jakékoli terapeutické situaci nadřazena povinnost jednat ve prospěch klienta (samozřejmě za předpokladu, že nebudou omezena či porušena práva terapeuta a jeho právo omezit, přerušit nebo ukončit terapii).

Důvěrnost a mlčenlivost

Soubor zásad v bodu 4 Etického kodexu EAP se zabývá důvěrností. Český kodex tuto část zužuje pouze na problém mlčenlivosti. Normy EAP specifikují okruh těchto témat jednak z hlediska aktivity (kterou může být např. ochrana dokumentace, sdílení informací s kolegy či porada s kolegy nad postupem, prezentace materiálu na konferencích), jednak z hlediska omezení daných specifickou cílovou

³³ Jako terapeut mohu těžko schvalovat a skrývat se za současný právní alibismus zakazující přechovávání omamných a psychotropních látek a zacházení s nimi a současně nepostihující jejich užívání, neboť samozřejmě na to, aby můj klient mohl látku užít, si ji musí někde opatřit nebo ji vyrobit, následně ji mít v držení a teprve pak požit. Pokud tedy psychoterapeuticky pracuji s aktivním uživatelem, automaticky si musím být vědom tohoto faktu. Analogická je situace např. v oblasti psychoterapeutické práce se ženami pracujícími jako komerční sexuální pracovnice nebo s příslušníky různých extremistických skupin (pozn. M. M.).

skupinou (např. děti, lidé s mentálním postižením nebo jinak změněnými poznávacími či rozhodovacími schopnostmi).

Průběh terapie a výběr terapeuta

Bod 5 („Zájmy klienta“) a bod 6 („Profesní vztahy“) Etického kodexu EAP mají paralelu v bodu 5 českých norem („Rámec psychoterapie“). Ten oproti evropské normě obsahuje v podstatě soubor jednoduchých pravidel pro zahájení, průběh a ukončení terapie a základní organizační pravidla nezávislá na původním vzdělání terapeuta (tedy jeho teoretické orientaci a konkrétním výcviku). Obsahuje též odkaz na agendu stížností a právo klienta vybrat si, kdy a s kým vstoupí do určitého druhu psychoterapeutické práce. Tato etická zásada může být těžko splnitelná v případě psychoterapeutické práce s klienty se soudem nařízenou ochrannou léčbou (např. v oblasti sexuálních deviací nebo závislostí), kde je naplnění tohoto požadavku zredukováno.³⁴ Z teoretického hlediska stojí za zmínku i *matching* („spárování“ obtíží/problémů a osobnostního profilu klienta s nejvhodnějším terapeutem), ke kterému zmíněná zásada odkazuje. Na jedné straně nesmí být dotčeno právo klienta vybrat si a rozhodnout se pro určitý směr a terapeuta, na stranu druhou to však neznamená, že zde z hlediska výsledného efektu/úspěšnosti terapie hrají roli pouze tyto dva faktory. Interferuje zde množství dalších faktorů (ať již na straně klienta a terapeuta, nebo v podobě vnějších faktorů), z nichž některé mohou mít za určitých okolností na výsledný efekt práce dokonce větší vliv než možnost výběru terapeuta a časování terapie.

Informace o terapii a výcviku

Etický kodex EAP věnuje velkou péči bodu týkajícímu se informací pro klienty, pacienty a zájemce o výcvik. Rozpracovává je do dvanácti samostatných zásad. Detailně popisuje, co je přiměřené, správné a korektní informování a kudy vede hranice, za níž dochází k porušení těchto zásad. Český kodex se bohužel spoléhá na vágní konstatování bez srozumitelné definice toho, co je chápáno jako norma.

³⁴ Nezpochybňujeme formulaci zásad v bodu 5 Etického kodexu EAP. Na druhou stranu je však odborně i eticky obhajitelné použití psychoterapie při výkonu soudem nařízené ochranné léčby – i zde má psychoterapie nezastupitelné místo. V tomto kontextu se pak některá pravidla takto specifického léčebného programu ocitají v rozporu s některými zásadami bodu 5, zejména protože účast na programu je povinná a je vynucována přiměřenými prostředky, nebo je naopak nestandardně odměňována oproti zvyklostem běžné terapie (např. v kontextu nového léčebného přístupu zvaného *contingency management*).

Přitom v této oblasti bývají zásady v naší zemi porušovány někdy i velmi frapantním způsobem. Opakovaně se objevují situace okolo nekorektního informování klientů, a dokonce i okolo nekorektního informování o některých výcvikových programech.³⁵ Autoři této kapitoly si nejsou vědomi, že by byla kdekoli dostupná informace o tom, že byl kdokoli z původců těchto porušení v minulosti adekvátně postižen nebo vůči němu bylo vedeno alespoň odpovídající disciplinární řízení. Je zřejmé, že jistá míra lhostejnosti a podceňování sehrává významnou roli v tom, že tento soubor etických zásad je opakovaně českou odbornou veřejností víceméně přehlížen. Za citování stojí např. zásada číslo 7b v kodexu EAP, v níž se praví, že při inzerci a propagaci služeb by psychoterapeut neměl popisovat takové vztahy s dalšími institucemi či organizacemi (ale i jednotlivci), které by mohly vyvolat zkreslený dojem, že jde o poskytnutí patronátu nebo nějakého druhu osvědčení či certifikace. Pozornost si zaslouží i zásada, o níž by se jistě dalo dlouze diskutovat a která říká, že by při nabízení služeb nemělo dojít k vyvolání dojmu, že schopnosti a možnosti terapeuta jsou neobvyklé, jedinečné nebo je nelze nikde jinde nalézt.³⁶

Diagnostika

Etický kodex EAP obsahuje v osmém bodu soubor zásad týkajících se diagnostického procesu a nástrojů. Česká norma se tomuto tématu téměř vyhnula a nevěnuje mu samostatně pozornost. Kodex EAP je zde inspirován pravidly psychologické diagnostiky. Jedná se o témata, jako je adekvátnost postupu při diagnostice, způsob informování klienta o významu a procedurální stránce vyšetření, jeho výsledcích a jejich interpretaci a způsobu využití. Kladně hodnotíme jak způsob formulace zásad (vystavěných pro potřeby komplexního diagnostického zhodnocení – tedy jak slabých stránek či patologie, ale též silných stránek a zdrojů klienta), tak také to, že zásady myslí rovněž na ochranu před zneužitím a apelují na nutnost ovládat diagnostiku a diagnostické nástroje, a tedy mít v této oblasti potřebné vzdělání.

³⁵ V českém odborném tisku se tématu věnovala opakovaně pozornost; viz některé články v časopisech *Konfrontace* (dnes *Psychoterapie*) i *Psychologie dnes* (viz např. Vybíral, 2005b; Vybíral, 2006c).

³⁶ Zajímavé je např. inzerování rodinných konstelací, ale samozřejmě nejen jich.

Spolupráce mezi obory

Sedmý bod českých norem obsahuje bod o profesionálních vztazích s kolegy (oproti normě EAP, v níž je řešen podrobně v předchozích bodech kodexu; viz zejména bod 6). Obsahuje však jen velmi obecné doporučení ke spolupráci mezi různými profesemi a zdůraznění mezioborové povahy psychoterapie. Jednotlivé aspekty již dále rozpracovány nejsou. Podobně je tomu s bodem 8 českých norem, který se týká směrnic pro výcvik. I tento bod je obecný a říká, že směrnice mají být vhodným způsobem aplikovány též pro výcvikové programy. Etický kodex EAP výcvikovým aktivitám a jejich etickým normám věnuje pozornost napříč všemi body kodexu a obvykle u každého z nich formuluje samostatnou zásadu či zásady (v prvním bodě je to zásada 1e, ve druhém bodě zásada 2a atd.).

Bod 9 české normy („Přínos pro zdravotnictví“) nemá v Etickém kodexu EAP paralelu. V tomto směru jde spíše o mírný nesoulad s obsahem „evropského“ bodu 7, kde se explicitně hovoří o interdisciplinaritě, nikoli však pouze o zdravotnické perspektivě.

Výzkum v psychoterapii

Bod 9 kodexu EAP obsahuje zásady vztahující se k výzkumu v psychoterapii. Sympatická je úvodní obecná zásada, která vysvětluje, jaké přínosy od výzkumu očekáváme pro praxi psychoterapeutů. Podrobněji jsme se vysvětlení etických zásad pro výzkum včetně zásad pro výzkum v psychoterapii věnovali jinde (Miovský, 2006). EAP zdůrazňuje zejména ochranu údajů, přiměřenost a odůvodněnost zátěže pro participující jednotlivce či skupiny (tato zátěž může být např. způsobena právě počtem diagnostických či jiných metod zařazených pro výzkumné účely) atd. Jistým omezením je fakt, že se uvedená norma staví relativně ostře např. proti výzkumným plánům na bázi utajeného experimentu. I tomuto omezení a jeho možnému způsobu řešení jsme se již věnovali jinde – a považujeme ho za řešitelný v případě, kdy je skutečně odůvodněné jeho použití (Miovský, 2006). Příkladem projektu na bázi utajeného experimentu byl neobvyklý pokus zkoumat samotné terapeuty (Hulík, Šefránek, 2008). Autoři vycházeli z toho, že pro další zlepšení systému léčby v terapeutických komunitách je nutné otevřít citlivé téma přijímání klientů. Domnívali se, že v této oblasti se každodenní praxe odlišuje od oficiálních hodnocení a informací. Utajený experiment spočíval v tom, že vytvořili modelový případ, který odpovídal profilu náročného klienta, jenž představuje zvýšenou zátěž pro program komunity, ale současně reprezentuje poměrně frekventovanou

skupinu uživatelů drog. Výzkumník v roli „modelového klienta“ si nacvičil „autentický projev“ a následně začal kontaktovat jednotlivé komunity s cílem vstoupit do léčebného programu, stejně jako to dělají běžní klienti. Přestože se v tomto projektu objektem zájmu namísto klientů stali terapeuti, výzkum vyžadoval zvláštní pozornost v rovině etiky. Ukázal nicméně, že rozdíl mezi proklamovanou a reálnou praxí přijímání klientů existuje a že má smysl se tématem nadále zabývat. Je pravděpodobné, že jiný výzkumný plán by v tak krátkém čase a s takovou přesvědčivostí srovnatelné výsledky nepřinesl.

Norma EAP se podrobně věnuje také zvláštní ochraně osob se sníženými či jinak změněnými poznávacími a rozhodovacími schopnostmi, jako jsou děti, lidé s mentálním postižením nebo někteří staří lidé. Zvláštní zásada je formulována pro ochranu výzkumných dat: ta jsou odlišná např. od záznamů z psychoterapie určených pro běžnou léčebnou potřebu.

Česká norma navíc oproti normě EAP obsahuje bod 11, týkající se povinností odborné společnosti ČPS, které jsou shrnuty do dvou bodů. První obsahuje odkaz na soulad české normy s normou EAP, a tedy povinnost oba kodexy dodržovat. Druhý bod zavazuje ČPS k vytvoření systému stížností a způsobu jejich projednání včetně odvolacího procesu.

K četbě doporučujeme:

Haškovcová, H. (2002). *Lékařská etika*. Praha: Galén.

European Association of Psychotherapy (EAP) (sine data). *Statement of Ethical Principles* [online]. Etický kodex EAP v aktuální verzi, zveřejněný na internetových stránkách European Association for Psychotherapy. [citováno 11. 3. 2010]. Dostupné na <www.europsyche.org>. Český překlad: *Návrh etických zásad EAP* (1999) [online]. Česká psychoterapeutická společnost České lékařské společnosti JEP [citováno 11. 3. 2010]. Dostupné na <psychoterapeuti.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=76>.

Psychoterapie v Evropě

Zbyněk Vybíral

Kontroverzním tématem v psychoterapii ve většině evropských zemí je spor o to, kdo se může označovat jako psychoterapeut a na základě jakého vzdělání a výcviku (včetně toho, v jaké „modalitě“) tak může činit. Někteří představitelé (často jde o představitele psychiatrických a psychologických společností) se pokoušejí omezit „právo nazývat se psychoterapeutem“ jen pro psychiatry a klinické psychology. Někdy to zdůvodňují umístováním psychoterapeutické činnosti pouze do zdravotnictví. Naopak ti, kdo patří k liberálním proudům (dnes početnějším) v evropské komunitě psychoterapeutů, přiznávají status psychoterapeuta v podstatě každému, kdo absolvoval předepsaný výcvik (včetně praxe na klinickém pracovišti, nutné supervize a teoretického vzdělávání), ať původně vystudoval třebaologii, teologii nebo učitelství (buď preferováno, nebo vyžadováno je vysokoškolské vzdělání humanitního, medicínského, sociálního, pedagogického, eventuálně teologického směru).

Je pravdou, že naprostá většina psychoterapeutů s nelékařským a nep psychologickým vzděláním se nedostane k práci ve zdravotnictví. A s ohledem k legislativě musí svou činnost nazývat oficiálně poradenstvím – přestože v praxi provádějí psychoterapii.

Podívejme se nejprve na rozdíly mezi psychoterapií a poradenstvím.

Psychoterapie a poradenství

Představy o psychoterapii a poradenství spolu někdy splývají. Pro odlišování obou činností si dnes pomáháme následujícími kritérii:

- poradenství bývá krátké, jednorázové či předem časově vymezené;

- zaměřuje se na (vy)řešení dané situace nebo životní události, zatímco většina psychoterapií zachází „hlouběji“;
- výcvik v psychoterapii bývá delší a extenzivnější;
- označení *poradenství* nevyvolává konotace medicínské a toto označení práce nemusí být bráno jako „stigmatizující“ nebo asociující nemoc, patologii, potřebu léčit se apod., jako to může být spojeno s označením *psychoterapie* (volně podle: McLeod, 2007).

Poradce člověka nediagnostikuje. Na rozdíl od terapeuta pracujícího ve zdravotnictví diagnózu nepotřebuje. Soustředí se na zakázku. Vychází z toho, co klient prezentuje jako svůj problém, a také z toho, co s problémem klient sám chce dělat. Na počátku je vyjasnění, k čemu klient potřebuje poradce. Většinou již při první návštěvě následuje dohoda o tom, jak se spolu pokusí problém řešit. Většině lidí postačí jedno až šest setkání s poradcem, aby na tom byli podstatně lépe než na začátku (McLeod, 2003).

Rovněž Corsini (in Corsini, Wedding, 2008) uvádí, že často dojde jen k jednomu setkání, a málokdy jich je více než pět. Tento autor odlišuje *poradenství* od *psychoterapie* následujícími kritérii:

Psychoterapie

Je zaměřená na člověka.

Pomáhá lidem objevit, proč myslí, cítí se a jednají tak, že jsou s tím nespokojeni.

Většinou je dnes otevřená různým teoriím, postupům a jejich kombinacím.

Psychoterapeut je detektiv.

Poradenství

Je zaměřené na problém.

Poskytuje informace, rady a návody.

Je speciálně zaměřené (např. na manželskou problematiku)

Poradce je (vnímán jako) expert.

Zdroj: Corsini, Wedding, 2008

Odborníci by se patrně neshodli na „typické“ situaci vhodné pro *poradenství*. Poněkud překvapivě uvádí McLeod (2007) jako modelovou situaci pro poradenskou práci úmrtí blízkého člověka.

Rozlišování toho, co je *poradenství* a co *psychoterapie*, je někdy sporné už proto, že oba termíny mají v různých jazycích a také tradicích jiné konotace. Ve Spojených státech, Kanadě či Velké Británii se mnohé z toho, co se ve velké části Evropy nazývá psychoterapií, označí za *poradenství* (McLeod, 2007). Mnozí se přiklání k tomu, že se jedná o kontinuum.

Prostupování *psychoterapie* a *poradenství* dokládá existence společných asociací, jakou je ve Velké Británii British Association of Counselling and Psychothe-

rapy (BACP).³⁷ Prolínání poradenství a terapie také vede k ustanovování nových profesních statusů („psychoterapeutický poradce“ ve Velké Británii).

Kdo je v Evropě psychoterapeutem?

Přestože se v Evropě v roce 1990 ustavila celoevropská organizace psychoterapeutů (European Association for Psychotherapy; EAP – viz <www.europsyche.org>)³⁸, nemůže měnit pravidla daná zákony v jednotlivých zemích. EAP prosazuje od roku 1990 respektování psychoterapie jako samostatné profese (např. vedle psychologie nebo psychiatrie). Pro povolání psychoterapeuta vyžaduje jak všeobecné vzdělání, tak speciální vzdělávání a výcvik. Svou politikou napomohla EAP významně k progresu v psychoterapeutických komunitách v řadě zemí. Zpřesnila se pravidla výcviků. Posílila se interdisciplinární tolerance a spolupráce. Liberálnější představitelé psychoterapeutické komunity začali uznávat i ty psychoterapeuty, jejichž pregraduální vzdělání je jiné než psychologie či medicína. EAP však vyvolala také silný odpor, zejména v komunitách psychiatrů a klinických psychologů, ale i psychoanalytiků a kognitivně behaviorálních terapeutů, třebaže jen v některých zemích.³⁹

Jak shrnují Pope a Wedding, je obtížné rozhodnout, kdo by měl mít právo provádět psychoterapii. Diplomy a certifikáty dokážou ochránit praktikování určité profese nebo používání titulu – ale právě tyto mechanismy se ukazují restriktivní tváří v tvář reálnému praktikování psychoterapie. Rozhodnutí o právu nazývat se psychoterapeutem komplikují i teoretické odlišnosti, např. mezi psychoanalýzou a behaviorální terapií (Pope a Wedding in Corsini a Wedding, 2008). Představme

³⁷ Ve Velké Británii jde v případě poradenství o zaměstnání desítek tisíc lidí. The British Association for Counselling and Psychotherapy má např. přes 32 tisíc členů (stav ze září 2009).

³⁸ Kromě EAP se sídlem ve Vídni existuje v Evropě od roku 1991 ještě International Federation for Psychotherapy (IFP) se sídlem v Curychu. Kořeny IFP sahají do roku 1934, kdy vznikla International General Medical Society for Psychotherapy (jejímž prvním prezidentem byl C. G. Jung). Ta se v roce 1958 změnila na International Federation for Medical Psychotherapy (kde byl prvním prezidentem Medard Boss).

³⁹ Autor kapitoly byl členem rady EAP v letech 1997–2002. EAP ovlivnila vývoj v psychoterapii např. v Rakousku, v ČR, na Slovensku, ve Velké Británii, v Itálii, na Ukrajině, v Rusku. S velkým odporem se setkala ve Španělsku a ve Francii, velké kontroverze vyvolala v Nizozemsku a velmi zdráhavé bylo dlouho členství německých reprezentantů a organizací v EAP.

si třeba rozdíl mezi psychiatrem v léčebně, praktikujícím KBT, a mezi soukromým body terapeutem, původně učitelem ze základní školy, nabízejícím hlavně kurzy sebezpoznání.

Není sporu o tom, že psychoterapie je obor. Avšak ve většině zemí jí pro status samostatného povolání schází opora v legislativě. Mnoho autorů se proto shoduje na tom, že psychoterapie je *jednou z hlavních funkcí (činností)* v řadě profesí (Garfield, 1995), nebo že je podstatné, jaké původní vzdělání psychoterapeut má (Tantam, 2006).

Řada textů z posledních let zrcadlí velké diskuse a kontroverze, které doprovázejí vyjasňování v této oblasti (Wilkinson, 2006; Grande et al., 2006; Grosbois, 2007; *A Scientific approach to psychotherapy*, 2007; Van Broeck a Lietaer, 2008; Schildt, 2007; Orlinsky et al., 2008; Evans, 2009). Tato kapitola nabízí informace o situaci v Dánsku, Německu, Norsku, Polsku, Portugalsku, Rakousku, Švýcarsku a Velké Británii. Zčásti jsme čerpali informace z příspěvků na konferenci pořádané v roce 2008 společností Society for Psychotherapy Research.⁴⁰

Ve většině zemí Evropy dnes výcvik v psychoterapii zajišťují soukromé tréninkové instituty. Zdravotnická zařízení, státní postgraduální instituty nebo univerzity se na výcvicích podílejí jen malou částí, hlavně praxemi, stážemi, semináři.

Situace ve vybraných zemích

Německo

V Německu se tradičně rozlišuje mezi psychoterapií lékařskou a psychologickou. Kromě lékařů a psychologů mohou psychoterapii pro děti a dospívající vykonávat také pedagogové a sociální pracovníci – mohou se stát dětskými psychoterapeuty. V tomto směru je Německo výjimečné. Termín *psychoterapie* je již deset let chrá-

⁴⁰ Část údajů vychází z textů připravených ke dvěma panelům, které uspořádal David Orlinsky na 39. mezinárodní konferenci SPR v Barceloně v červnu 2008 (Orlinsky et al., 2008). Údaje o Rakousku vycházejí z podkladů autorů M. Springer-Kremser, E. Jandl-Jager a A. Pritze; údaje o Německu z podkladů B. Strausse, doplněné díky článku Grande et al. (2006). Zprávu o Švýcarsku vypracovali U. Schnyder a P. Schulthess, údaje o Norsku vycházejí ze zprávy M. Helge Rønneasta, informace o Portugalsku se opírají o zprávu F. Silvy. Současnou situaci ve Velké Británii představil v Barceloně tým šesti autorů vedený C. Macem; další údaje jsme čerpali z textů D. Tantama (2006) a K. Evanse (2009). Údaje o situaci v Polsku pocházejí od členky psychoterapeutického výboru EFPA Z. Milske-Wrzosinske (2009).

něn zákonem (*Psychotherapeutengesetz*), přijatým v roce 1998. Zákon mimo jiné umožnil pacientům, aby se obraceli rovnou na psychologa-psychoterapeuta. Poměr psychologů k psychiatrům je dnes mezi psychoterapeuty v Německu zhruba 4:1.

Z tohoto zákona, který platí od 1. 1. 1999, poskytují psychoterapii lékař-psychoterapeut, psycholog-psychoterapeut a/nebo psychoterapeut pro děti a dospívající. Z přístupů byly uznány jen tři: psychoanalýza, psychodynamická psychoterapie a KBT.

Pro lékaře je „psychiatrie a psychoterapie“ jednou ze specializací, která vyžaduje minimálně čtyři roky práce na psychiatrickém oddělení a jeden rok na neurologickém. Německým specifikem je stabilizované postavení psychosomatické medicíny a psychoterapie. V zemi jsou tisíce „psychosomatických lůžek“ ve specializovaných psychoterapeutických a psychosomatických nemocnicích. Odborníkem na tuto oblast se lékař stane po pěti letech práce v psychosomatické nemocnici (vyžadován je i jeden rok na interních odděleních). Postgraduální vzdělávání psychologů v psychoterapii trvá buď tři roky (při plném úvazku), nebo pět let (není-li zaměstnán na plný úvazek) a postgraduální frekventanti mají předepsáno 4200 hodin teorie, praxe a také práce na psychiatrickém oddělení. Výsledkem je licence psycholog-psychoterapeut.

Jednotlivé spolkové země mají vlastní předpisy a úpravy i vlastní psychoterapeutické „komory“, které celý proces udělování licencí kontrolují. V Německu existuje několik desítek profesních společností a asociací, které sdružují psychoterapeuty.

Při splnění dvou základních podmínek je psychoterapie hrazena pojišťovnou. Podmínky jsou: 1. Terapeut má licenci a vzdělání buď v KBT, psychodynamické psychoterapii, nebo psychoanalýze. 2. Terapeut podá pojišťovně návrh na psychoterapii a ta posoudí, zda a jak dlouhou psychoterapii uhradí. Psychoterapii jinak orientovanou (gestalt, systemickou, rogersovskou) pojišťovny nehradí. V již zmíněných psychosomatických nemocnicích se ovšem pracuje i jinými metodami a přístupy (např. na tělo zaměřenými nebo pomocí arteterapie). Na rozdíl od mnoha jiných zemí, kde je dnes průměrný počet psychoterapeutických sezení jednociferný, zůstávají psychoterapie v Německu velmi dlouhé (odhadem 50–60 sezení). Až 65 % psychoterapií hrazených pojišťovnami zde tvoří terapie psychodynamické a psychoanalýzy (z toho v 15 % jde o několikaleté psychoanalýzy), přičemž pojišťovny jsou často ochotny hradit až 300 sezení psychoanalýzy nebo až 100 sezení psychodynamické psychoterapie. V obou případech může jít o psychoterapii rozloženou do dvou let. Psychoanalýza je praktikována zpravidla v průměru třikrát

týdně, psychodynamicky se pracuje jednou až dvakrát týdně (viz Grande et al., 2006).

Na německém příkladu si lze také uvědomit, jak obtížně se prosazují novější přístupy. Zatímco odborná komunita psychoterapeutů se v září roku 2002 (více v 35. kap.) usnesla, že pro řadu duševních poruch je vhodná „na klienta/osobu zaměřená psychoterapie“ a že tento přístup je vědecky dostatečně ověřený, pojišťovny se až dosud zdráhají tento druh psychoterapie hradit.

Norsko

Výcvik v psychoterapii je v Norsku minimálně pětiletý a zahrnuje nejméně tři roky klinické supervize. Z ní jsou povinné dva roky supervize orientované psychodynamicky. Vybrané výcvikové instituty, které nabízejí vzdělání pouze pro psychology, psychiatry, psychiatrické sestry a sociální pracovníky, jsou dotovány státem. Nejsou dotovány instituty, které do svých výcviků a kurzů přijímají kohokoli. V hrazení psychoterapie pojišťovnou nejsou v zásadě rozdíly mezi psychology a psychiatry, v obou případech musí mít psychoterapeutický výcvik; ovšem psychiatři si vyjednali lepší podmínky.

Výcviky otevřené „komukoli“ podporu nemají. Absolventi takových výcviků (např. vycvičení v gestalt terapii nebo v psychodramatu) nemohou pracovat „přes pojišťovnu“. Součástí výcviků většinou nemusí být absolvovaná osobní psychoterapie. V případě psychoterapie dětí a dospívajících a rovněž v případě rodinné terapie jsou psychoterapeuty i sociální pracovníci a psychiatrické sestry.

Počet psychoterapeutů v Norsku se odhaduje těžko. Například psychiatrů je zde přibližně 1100 a psychologů okolo čtyř a půl tisíce (odhad z roku 2008), ale přesný počet psychoterapeutů mezi nimi není znám. Může za to v podstatě chybějící definice psychoterapie. Přestože většina psychoterapeutů pracuje přes pojišťovnu, nabídka různých alternativních a netradičních léčeb stoupá.

Polsko

Tradice polské psychoterapie je v mnohém podobná naší. V obou zemích byla první organizací sdružující psychoterapeuty Psychoterapeutická sekce Psychiatrické společnosti. V obou zemích byly tyto sekce zformovány v šedesátých letech minulého století. Zatímco v České republice se v devadesátých letech sekce odtrhla od psychiatrické společnosti a utvořila Českou psychoterapeutickou společnost, v Polsku zůstali kliničtí psychoterapeuti (psychologové a psychiatři) součástí

společnosti psychiatrů. Ta má dnes rovněž Sekci rodinné terapie. V obou těchto sekcích je dnes sdruženo asi 1500 členů.

Od roku 1998 funguje v Polsku také Psychoterapeutická sekce v rámci Polské asociace psychologů. Všechny tři sekce spolupracují, mimo jiné na zabezpečení výcviků a supervize. Pojišťovna (Narodowy Fundusz Zdrowia) uznává psychoterapeuty certifikované jak psychiatrickou, tak psychologickou asociací.

Kromě těchto dvou společností a jejich psychoterapeutických sekcí má režim „zvláštního zacházení“ psychoterapie se závislými jedinci. Terapeuti trénovaní pro tuto oblast mají své vlastní výcviky, své diplomy – a také jejich práci hradí pojišťovna.

Kromě psychologů a psychiatrů jsou mezi psychoterapeuty také sociální pracovníci, zdravotní sestry, pedagogové, kněží nebo terapeuti s původně sociologickým vzděláním.

V roce 2004 vznikla Polská federace psychoterapeutů. Důvodem byla nespokojenost řady psychoterapeutů s tím, že polskou psychoterapii řídí pouze či hlavně psychiatrická společnost.

Pojišťovna v Polsku hradí 24 hodin ambulantní psychoterapie a dvanáct týdnů hospitalizace. Ve zvláštních případech může být léčba ještě v témž roce opakována nebo prodloužena.

Portugalsko

Psychoterapeuty jsou lékaři a kliničtí psychologové. Do výcviků jsou přijímáni i sociální pracovníci a zdravotní sestry. Nejvlivnějšími soudobými přístupy v Portugalsku jsou kognitivní terapie, psychoanalýza a systemická terapie. Výcviky zajišťují soukromé instituty. Mezi vycvičenými psychoterapeuty převažují ženy. Nejrozšířenějším základním vzděláním psychoterapeutů je psychologie; mezi studenty medicíny naopak výběr specializace v psychiatrii spíše poklesl.

Rakousko

V Rakousku se díky zákonu č. 361/1990 stala psychoterapie samostatnou profesí. Nedlouho po jeho zavedení (v roce 1993) vyhovovalo zákonu 3297 psychoterapeutů, o 15 let později (v dubnu 2008) bylo v Rakousku evidováno 6498 psychoterapeutů. Přibližně 40 % z nich praktikuje ve Vídni. Co se týče jejich vytížení, zhruba polovina rakouských psychoterapeutů odpracuje za týden méně než deset sezení. Psychoterapeutem se může stát člověk s předchozím medicínským, psychologickým

a pedagogickým vzděláním, sociální pracovník, zdravotní sestra, teolog, ale i člověk s jiným původním vzděláním. Ve zdravotnictví může kromě psychiatrů získat lékařský diplom pro psychotherapeutickou medicínu také všeobecný lékař, internista, gynekolog nebo (vzácněji) lékař jiné specializace, a to po čtyřech letech výcviku. V rámci specializace v psychiatrii byl lékařům v roce 2007 zaveden výcvik v psychotherapii jako povinný, a to v jedné ze čtyř modalit (psychoanalýza nebo psychodynamická terapie, KBT, systemický přístup, humanistický přístup).

Většina rakouských psychotherapeutů pracuje v soukromých praxích. Pacienti všech registrovaných psychotherapeutů mají nárok na částečnou refundaci svých plateb od zdravotní pojišťovny. Záleží ovšem na předchozím vzdělání psychotherapeuta. Nerovnosti v platbách jsou nezanedbatelné. Psychiatrii-psychotherapeuti jsou např. ze strany pojišťoven honorováni až trojnásobně oproti terapeutům s jiným vzděláním.

Pacient psychotherapeutovi zaplatí účet a od své zdravotní pojišťovny dostane proplacenou určitou sumu, liší se podle pojišťovny i lokality. Největší vídeňská zdravotní pojišťovna (Wiener Gebietskrankenkasse) hraří šedesát tisíc psychotherapeutických sezení ročně.

Výcviky v Rakousku nabízejí soukromé instituty a soukromá Univerzita Sigmunda Freuda.

Švýcarsko

Jestliže na federální úrovni není psychotherapie upravena zákonem jako nezávislá profese, většina švýcarských kantonů takové zákony má. Psychotherapeuti se podobně jako v Německu dělí na psychiatry a na psychotherapeuty nelékařské, mezi něž patří psychologové (nemusí jít jen o klinické psychology), sociální pracovníci, zdravotní sestry, duchovní a učitelé.

Švýcarsko je pravděpodobně zemí s největší hustotou psychotherapeutů na jednoho obyvatele. V curyšském kantonu s počtem obyvatel okolo jednoho milionu působí zhruba 500 psychiatrů-psychotherapeutů a ještě více nelékařských psychotherapeutů.

Psychiatr je ve švýcarské tradici zároveň psychotherapeutem. Po šesti letech medicíny mají absolventi předepsáno absolvovat dalších šest let praxe, která zahrnuje i dva roky práce s hospitalizovanými pacienty, dva roky práce s ambulantními pacienty a rok práce na jiném lékařském oddělení. Do šesti let po vystudování medicíny také psychiatři absolvují minimálně tříletý psychotherapeutický výcvik, přičemž mají na výběr ze tří možností: psychodynamický, KBT nebo systemický.