

PSYCHOTERAPEUTICKÉ
——— SYSTÉMY ———
A JEJICH UPLATNĚNÍ
V ADIKTOLOGII

Kamil Kalina

PSYCHOTERAPEUTICKÉ
—— SYSTÉMY ——
A JEJICH UPLATNĚNÍ
V ADIKTOLOGII

Kamil Kalina

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

*Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována ani šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.*

doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

**PSYCHOTERAPEUTICKÉ SYSTÉMY
A JEJICH UPLATNĚNÍ V ADIKTOLOGII**

TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE:

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 5150. publikaci

Recenzovali:

prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.
PaedDr. Martina Richterová Těmínová
PhDr. Martin Hajný, Ph.D.
PhDr. Jiří Libra
PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc.

Odpovědná redaktorka PhDr. Dana Pokorná
Sazba a zlom Antonín Plicka
Počet stran 528
1. vydání, 2013

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.

© Grada Publishing, a.s., 2013

ISBN 978-80-247-4361-5

TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE:

ISBN 978-80-247-7945-4 (ve formátu PDF)
ISBN 978-80-247-7946-1 (ve formátu EPUB)

OBSAH

PŘEDMLUVA	17
-----------------	----

ČÁST 1 O PSYCHOTERAPII OBECNĚ

1. SEZNÁMENÍ S PSYCHOTERAPIÍ A PSYCHOTERAPIEMI	23
1.1 Co je psychoterapie?	23
1.2 Rozprava nad definicemi	24
1.3 Jaké psychoterapie existují?	28
1.4 Uspořádání psychoterapií v této knížce	30
1.5 Formáty psychoterapie	30
1.5.1 Individuální psychoterapie	30
1.5.2 Skupinová psychoterapie	31
1.5.3 Párová a rodinná psychoterapie	32
1.6 Časové parametry psychoterapie	32
1.6.1 Délka „sezení“ a časová frekvence	32
1.6.2 Délka psychotherapeutické kúry či programu	33
2. ÚČINNÉ FAKTORY PSYCHOTERAPIE	35
2.1 Pojetí účinných faktorů psychoterapie	35
2.1.1 Účinné faktory podle Kratochvíla	35
2.1.2 Účinné faktory podle Vymětala	36
2.1.3 Transteoretické účinné faktory podle Prochasky a Norcross	36
2.1.4 Východiska pro výklad úzdravných faktorů	37
2.2 Průzkum úzdravných činitelů psychoterapie	37
2.3 Existenciální faktory	44
2.4 Silná a slabá místa psychoterapií	45
3. OD REALISTICKÉHO OČEKÁVÁNÍ K REÁLNÉMU CHOVÁNÍ	47
4. TERAPEUTICKÝ VZTAH	57
4.1 Vztah je nositelem změny	57
4.2 Přenosy a protipřenosy	57
4.2.1 Přenos	58
4.2.2 Protipřenos	59
4.2.3 Přenos a protipřenos v terapeutické a poradenské praxi	59
4.3 Skutečný vztah	60
4.4 Pracovní společenství	61
5. ZMĚNA V PSYCHOTERAPII	67
5.1 Změna a individuální vývoj	67
5.1.1 Attachment (přimknutí)	68
5.1.2 Containment (obsahování/ohraničování)	69
5.1.3 Komunikace: Já a ti druzí, řád a čas	69
5.1.4 Zapojení	71
5.1.5 Jednání	71

5.2	Možnosti a meze změny	72
5.3	Změna a kontinuita	73
5.4	Kontinuita změny	74
6.	OSOBNOST A ETIKA PSYCHOTERAPEUTA	81
6.1	Terapeut – bytost, nebo věc?	81
6.2	Pomoc proti vyhoření	83
6.2.1	Odborné zdroje	83
6.2.2	Dobrá péče o sebe	84
6.3	Etika terapeutické práce	84
6.3.1	Odborné nasazení a rozvoj ve prospěch klienta	85
6.3.2	Kultivace vlastní osobnosti, prevence vyhoření	85
6.3.3	Nepoškozování klienta	85
6.3.4	Nezneužívání klientů, zdrženlivost od duálních vztahů s klienty	85
6.3.5	Důvěrnost osobních údajů o klientovi	86
6.3.6	Respektování práv pacienta či klienta	86
6.4	Etika terapeutů a práva klientů	86
7.	PSYCHOTERAPIE A PORADENSTVÍ	89
7.1	Struktura oblasti poradenství	89
7.1.1	Rady, informace a dialog o problému	89
7.1.2	Psychosociální poradenství	90
7.1.3	Poradenský proces	90
7.1.4	Vztah a osobnost v poradenství	91
7.2	Struktura oblasti psychoterapie	91
7.3	Poradenství a psychoterapie v adiktologii	93
7.3.1	Nejčastější poradenské přístupy	93
7.3.2	Poradenské kompetence	93
7.3.3	Psychoterapeutický rámec	94
 ČÁST 2 HLAVNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÉ SMĚRY A ŠKOLY		
8.	PSYCHOTERAPIE ZAMĚŘENÉ NA RŮST A ZRÁNÍ OSOBNOSTI	99
8.1	Vývoj psychoterapií ve 20. století	99
8.2	Společné charakteristiky	102
8.2.1	Fenomenologické paradigma	102
8.2.2	Celistvé pojetí člověka	103
8.2.3	Zaměření na osobní růst a zrání	104
8.2.4	Já a nevědomí	104
8.2.5	Význam terapeutického vztahu	104
8.2.6	Terapeutický rozhovor	105
8.2.7	Sebezkušenostní výcvik	105
8.2.8	Změna chování jako důsledek změny osobnosti	105
8.3	Vztah k vědě, kultuře a společnosti	105
9.	PSYCHOANALÝZA – ZÁKLADNÍ SMĚRY A KONCEPTY	107
9.1	Východiska	107
9.2	Sigmund Freud	107
9.2.1	Prepsychoanalytické období	108
9.2.2	Překladatelské období, období topografického modelu	108
9.2.3	Klasické období, období strukturálního modelu	108
9.3	Středoevropská škola	110
9.4	Londýnská (britská) škola	111

9.4.1	<i>Propracování strukturálního modelu</i>	112
9.4.2	<i>Teorie objektních vztahů</i>	112
9.4.3	<i>Základy teorie a praxe skupinových psychoterapií</i>	113
9.5	Psychoanalýza v USA	113
9.5.1	<i>Ego-psychologie</i>	114
9.5.2	<i>Psychologie Self</i>	115
9.5.3	<i>Interpersonální psychoanalýza</i>	116
9.6	Lacanova psychoanalýza jazyka	116
9.7	Základní koncepty	117
9.7.1	<i>Nevědomí</i>	117
9.7.2	<i>Vývojové teorie a jejich význam</i>	118
9.7.3	<i>Obranné mechanismy</i>	119
9.7.4	<i>Psychická determinovanost poruch duševního zdraví</i>	120
9.7.5	<i>Přenos a odpor</i>	120
10.	PSYCHOANALÝZA – METODY A ÚČINNÉ FAKTORY	123
10.1	Základní terapeutické postupy	123
10.1.1	<i>„Klasická“ psychoanalytická metoda a analytická situace</i>	123
10.1.2	<i>Psychoanalytická psychoterapie</i>	124
10.2	Klinické a jiné aplikace	125
10.3	Účinné faktory	125
10.4	Silná a slabá místa	127
10.5	Význam pro adiktologii	130
11.	SMĚRY JUNGA A ADLERA	131
11.1	Velcí zrádci psychoanalýzy	131
11.2	Analytická psychologie C. G. Junga	133
11.2.1	<i>Východiska</i>	133
11.2.2	<i>Psychoterapeutická metoda</i>	136
11.2.3	<i>Klinické a jiné aplikace</i>	137
11.2.4	<i>Účinné faktory</i>	138
11.2.5	<i>Silné a slabé stránky</i>	140
11.2.6	<i>Význam pro adiktologii</i>	141
11.3	Individuální psychologie Alfreda Adlera	141
11.3.1	<i>Východiska</i>	141
11.3.2	<i>Psychoterapeutická metoda</i>	142
11.3.3	<i>Klinické a jiné aplikace</i>	143
11.3.4	<i>Účinné faktory</i>	144
11.3.5	<i>Silné a slabé stránky</i>	144
11.3.6	<i>Význam pro adiktologii</i>	145
12.	EXISTENCIÁLNÍ SMĚRY	147
12.1	Východiska	147
12.2	Osobnosti a směry	148
12.2.1	<i>Švýcarská škola: Binswanger a Boss</i>	148
12.2.2	<i>Martin Buber</i>	149
12.2.3	<i>Viktor Emanuel Frankl</i>	150
12.2.4	<i>Ronald David Laing</i>	151
12.2.5	<i>Irvin Yalom</i>	152
12.3	Základní terapeutické postupy	153
12.3.1	<i>Psychoterapeutický rozhovor</i>	153
12.3.2	<i>Spolubytí jako terapeutická metoda</i>	154
12.3.3	<i>Paradoxní intence a dereflexe</i>	154
12.4	Klinické a jiné aplikace	155

12.4.1	<i>Léčba psychóz</i>	155
12.4.2	<i>Alternativní terapeutické komunity</i>	155
12.4.3	<i>Existenciální medicína</i>	156
12.4.4	<i>Existenciální rozměr psychoterapie</i>	156
12.5	Účinné faktory	156
12.6	Silná a slabá místa	159
12.7	Význam pro adiktologii	160
13.	DYNAMICKE A PSYCHODYNAMICKÉ PSYCHOTERAPIE	161
13.1	Východiska	161
13.1.1	<i>Dynamická psychoterapie v historii</i>	161
13.1.2	<i>Dynamická/psychodynamická psychoterapie v současnosti</i>	162
13.2	Základní terapeutické postupy	164
13.2.1	<i>Jak pracuji jako psychodynamický psychoterapeut?</i>	164
13.2.2	<i>Odkrývající a strukturující (podpůrný) rozměr psychodynamických terapií</i>	166
13.2.3	<i>Psychoterapeutický rozhovor v psychodynamické psychoterapii</i>	167
13.3	Klinické aplikace	170
13.3.1	<i>Psychoterapeutická léčba a výcvik</i>	170
13.3.2	<i>Referenční rámec léčebných přístupů</i>	171
13.3.3	<i>Krátkodobé psychodynamické psychoterapie</i>	171
13.4	Účinné faktory	174
13.5	Silná a slabá místa	175
13.6	Význam pro adiktologii	176
14.	ROGERSOVSKÁ PSYCHOTERAPIE ZAMĚŘENÁ NA ČLOVĚKA	177
14.1	Východiska	177
14.2	Základní terapeutické postupy	180
14.2.1	<i>Psychoterapeutický rozhovor</i>	180
14.2.2	<i>Skupina setkání</i>	183
14.2.3	<i>Facilitace překonání rozporů</i>	183
14.3	Klinické a poradenské aplikace	184
14.4	Účinné faktory	185
14.5	Silná a slabá místa	186
14.6	Význam pro adiktologii	188
15.	GESTALT TERAPIE	189
15.1	Východiska	189
15.1.1	<i>Gestalt psychologie a holismus</i>	189
15.1.2	<i>Další vlivy</i>	190
15.1.3	<i>Základní teze</i>	190
15.2	Základní terapeutické postupy	192
15.3	Klinické a jiné aplikace	195
15.4	Účinné faktory	195
15.5	Silná a slabá místa	198
15.6	Význam pro adiktologii	198
16.	INTERPERSONÁLNÍ PSYCHOTERAPIE, TRANSAKČNÍ ANALÝZA	199
16.1	Od intrapsychického k mezosobnímu	199
16.2	Transakční analýza	201
16.2.1	<i>Východiska</i>	201
16.2.2	<i>Strukturální model psychiky, ego-stavy</i>	201
16.2.3	<i>Transakce</i>	202
16.2.4	<i>Hry</i>	203
16.2.5	<i>Životní scénář</i>	206

16.3	Základní terapeutické postupy	207
16.3.1	<i>Transakčně analytická diagnostika</i>	207
16.3.2	<i>Kontrakt</i>	208
16.3.3	<i>Psychoedukace</i>	208
16.3.4	<i>Psychoterapeutická situace</i>	208
16.3.5	<i>Pomocné metody</i>	209
16.4	Klinické a poradenské aplikace	209
16.5	Účinné faktory transakční analýzy	209
16.6	Silná a slabá místa	211
16.7	Význam pro adiktologii	212
17.	PSYCHOTERAPIE ZAMĚŘENÉ NA ZMĚNU CHOVÁNÍ	213
17.1	Společné předpoklady	213
17.2	Odlišnosti od nebehaviorálních psychoterapií	215
17.3	Komparativní výhody	216
18.	BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE	219
18.1	Východiska	219
18.1.1	<i>Klasické podmiňování</i>	219
18.1.2	<i>Operantní (instrumentální) podmiňování</i>	220
18.2	Základní terapeutické postupy	221
18.2.1	<i>Podmiňování podnětu</i>	221
18.2.2	<i>Manipulace s následky</i>	222
18.3	Klinické aplikace	225
18.3.1	<i>Aplikace klasického podmiňování v léčbě úzkostných, fobických a jiných poruch</i>	225
18.3.2	<i>Partnerská terapie funkčních sexuálních poruch</i>	226
18.3.3	<i>Token economy v psychiatrické léčebně</i>	227
18.3.4	<i>Asertivní trénink</i>	227
18.3.5	<i>Interakční behaviorální analýza</i>	228
18.4	Účinné faktory	229
18.5	Silná a slabá místa	231
18.6	Význam pro adiktologii	232
19.	KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE	233
19.1	Východiska	233
19.1.1	<i>Kognitivní psychologie</i>	233
19.1.2	<i>Otcové zakladatelé: Ellis a Beck</i>	234
19.1.3	<i>Současná kognitivně-behaviorální terapie</i>	238
19.2	Základní terapeutické postupy	240
19.2.1	<i>Sokratovský dialog</i>	240
19.2.2	<i>Posilování kompetencí zvládání</i>	241
19.2.3	<i>Psychoedukace</i>	242
19.2.4	<i>Struktura jako terapeutická metoda</i>	242
19.3	Klinické a jiné aplikace	243
19.3.1	<i>KBT u depresí</i>	243
19.3.2	<i>Práce s relapsem u závislostí</i>	244
19.3.3	<i>Stop!technika</i>	244
19.3.4	<i>Svépomoc</i>	244
19.4	Účinné faktory	245
19.5	Silná a slabá místa	247
19.6	Význam pro adiktologii	249
20.	INTEGRATIVNÍ PŘÍSTUPY	251
20.1	Téma integrace v psychoterapii	251

20.1.1	<i>Integrace teorií</i>	251
20.1.2	<i>Pragmatický (technický) eklekticismus</i>	252
20.1.3	<i>Transtoeotická integrace</i>	253
20.1.4	<i>Začleňování jiných přístupů do určitého teoretického rámce</i>	254
20.1.5	<i>Organizační integrace</i>	254
20.2	<i>Integrace a integrita</i>	255
20.2.1	<i>Význam teorií</i>	255
20.2.2	<i>Párování potřeb a intervencí</i>	255
20.2.3	<i>Zkracování a „programování“ psychoterapeutické léčby</i>	256
20.2.4	<i>Vzdělávání psychoterapeutů</i>	256
20.3	<i>Dogma a otevřenost</i>	257

ČÁST 3 NEJDŮLEŽITĚJŠÍ APLIKACE PSYCHOTERAPIE V ADIKTOLOGII

21.	PSYCHOANALYTICKÉ TEORIE ZÁVISLOSTNÍCH PORUCH	261
21.1	<i>Klasické psychoanalytické teorie</i>	261
21.1.1	<i>Fixace v orálním stadiu</i>	261
21.1.2	<i>Koncepty vycházející ze strukturálního modelu</i>	263
21.2	<i>Teorie z ego-psychologického období</i>	264
21.3	<i>Jiné teorie</i>	267
21.3.1	<i>Teorie samoléčení</i>	267
21.3.2	<i>Teorie kodependence</i>	267
21.4	<i>Kritika a terapeutický význam psychoanalytických teorií závislostních poruch</i>	269
21.4.1	<i>Metoda vytváření teorií</i>	269
21.4.2	<i>Generalizovaný předpoklad skryté a hlouběji ležící patologie</i>	269
21.4.3	<i>Nerozlišování mezi různými typy užívání a stupni závislosti</i>	270
21.4.4	<i>Sporný význam teorií pro terapii</i>	271
22.	PSYCHOANALYTICKÉ TEORIE ZÁVISLOSTNÍCH PORUCH – PŘÍSPĚVKY SOUČASNÝCH ČESKÝCH AUTORŮ	273
22.1	<i>Václav Mikota: abstinenční léčba z hlediska psychologie Self</i>	273
22.1.1	<i>Ústřední problémy pacientů, terapeutů a léčby</i>	273
22.1.2	<i>Terapeutické závěry</i>	274
22.2	<i>M. Hajný: křehké Já v rodinném kontextu</i>	276
22.2.1	<i>Vývojové faktory</i>	276
22.2.2	<i>Rodinné faktory</i>	277
22.2.3	<i>Terapeutické závěry</i>	278
22.3	<i>Petr Jeřábek: fenomenologický a psychodynamický model</i>	278
22.3.1	<i>Sedm rozměrů disponované osobnosti</i>	279
22.3.2	<i>Shrnutí modelu</i>	279
22.3.3	<i>Terapeutické závěry</i>	280
23.	ARCHETYPY, EXISTENCIÁLY A SPIRITUALITA V PROBLEMATICE ZÁVISLOSTÍ	281
23.1	<i>Rozšiřování bio-psycho-sociálního modelu</i>	281
23.2	<i>Rituály a archetypy: závislost jako duchovní učitel?</i>	282
23.3	<i>Existenciální rozměr v léčbě</i>	288
24.	FOKÁLNÍ PSYCHODYNAMICKÁ PSYCHOTERAPIE U ZÁVISLÝCH	297
24.1	<i>Pojem ohniska (fokusu)</i>	297
24.2	<i>Suportivně expresivní psychoterapie podle Luborského</i>	299
24.2.1	<i>Jádrové konfliktní vztahové téma a jeho složky</i>	299
24.2.2	<i>Průběh léčby</i>	300
24.3	<i>Práce s ohnisky JKVT v krátkodobé psychoterapii</i>	302

25. BEHAVIORÁLNÍ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ	309
25.1 Behaviorální teorie závislosti	309
25.1.1 Klasické podmiňování	309
25.1.2 Operantní podmiňování	309
25.1.3 Sociální učení	310
25.2 Metody behaviorální terapie u závislosti	310
25.3 Averzivní léčba	311
25.4 Expozice podnětům (vystavování spouštěčům, technika vyhasínání)	312
25.5 Chemická senzibilizace	312
25.6 Psychologická senzibilizace	313
25.7 Pobídková (incentivní) terapie (<i>contingency management</i>)	315
25.7.1 Základy metody	315
25.7.2 Možnosti využití	316
25.7.3 Názory psychiatrů a studentů v ČR	316
25.8 Bodovací systémy	317
25.8.1 Původ a vývoj skálovského bodovacího systému	317
25.8.2 Bodovací systém versus pravidla v terapeutické komunitě	318
25.8.3 Bodovací systémy dnes	319
26. KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ	323
26.1 Kognitivně-behaviorální teorie závislosti	323
26.1.1 Východiska	323
26.1.2 Model závislosti	323
26.2 KBT v praxi léčby závislosti	325
26.2.1 Principy kognitivně-behaviorálního přístupu u závislosti	325
26.2.2 Struktura sezení, léčebný plán	325
26.2.3 Terapeutický vztah	327
26.2.4 Nevhodné přístupy	327
26.3 Práce s cravingem (bažením)	328
26.4 Kognitivní restrukturační	333
27. KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ PRÁCE S RELAPSEM	339
27.1 Model relapsu	339
27.2 Prevence relapsu v praxi	341
27.3 Práce s kognitivně-behaviorálním modelem relapsu	343
28. INTEGROVANÉ PSYCHODYNAMICKO/KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ PŘÍSTUPY	347
28.1 Postmoderně-konzervativní integrace	347
28.2 Odkrývající psychoterapie ve službách prevence relapsu	349
28.3 Možnosti a meze integrovaného modelu	350
28.3.1 Podpora metody a služba klientovi	350
28.3.2 Ohniskový přístup v integrovaném modelu	351
28.3.3 Psychodynamická práce s jednotlivými složkami modelu relapsu	351
28.3.4 Práce s přenosem	352
28.3.5 Praktické možnosti integrované léčby	352
28.3.6 Jsou kognitivně-behaviorální techniky nutné?	352
29. TERAPIE POSILUJÍCÍ MOTIVACI (MOTIVAČNÍ ROZHOVORY)	361
29.1 Východiska	361
29.1.1 Nové pohledy na motivaci, na klienta a na terapeutický přístup	361
29.1.2 Cyklický model změny	362
29.1.3 Percepce léčby a změny	365
29.2 Principy terapie posilující motivaci	366
29.2.1 Stanovení cílů	366

29.2.2	<i>Průměřenost intervence stavu motivace</i>	367
29.2.3	<i>Dělbá odpovědnosti za změnu</i>	370
29.3	Metoda motivačních rozhovorů	370
29.3.1	<i>Malé terapeutické dovednosti</i>	371
29.3.2	<i>Zásady praktického vedení</i>	372
29.3.3	<i>Strategie</i>	373
29.4	Použití metody motivačních rozhovorů	373
29.5	Krátké intervence	374

ČÁST 4 SKUPINOVÉ TERAPIE A JEJICH MÍSTO V ADIKTOLOGII

30.	SKUPINOVÁ DYNAMIKA A SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE	379
30.1	Definice a význam skupiny	379
30.2	Rozdělení skupin	380
30.2.1	<i>Podle vzniku: neformální/formální</i>	380
30.2.2	<i>Podle orientace: na prospěch skupiny / na výkon</i>	381
30.2.3	<i>Podle stability členů: skupiny otevřené/polootevřené/zavřené</i>	381
30.2.4	<i>Podle míry reálnosti: skupiny členské/referenční/virtuální</i>	382
30.3	Skupinová ideologie	383
30.4	Pozice a role ve skupině	385
30.5	Vůdcovství	388
30.6	Uspořádání, komunikace, výkonnost	390
30.7	Koheze a tenze	391
30.8	My a Oni	392
31.	VÝVOJ A SMĚRY SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPIE	393
31.1	Dav, skupina a Ego	393
31.2	Vývoj skupinové psychoterapie	394
31.3	Stíny skupinové psychoterapie – skupinová psychoterapie ve stínu?	395
31.4	Skupinově analytická psychoterapie (skupinová analýza)	396
31.4.1	<i>Pojetí skupiny: vědomí a nevědomí</i>	397
31.4.2	<i>Duševní porucha a skupinová komunikace</i>	398
31.4.3	<i>Způsob skupinové práce</i>	398
31.4.4	<i>Organizace skupiny</i>	399
31.4.5	<i>Velká skupina</i>	399
31.5	Psychodynamické přístupy	399
31.5.1	<i>Pojetí skupiny, skupinová oscilace</i>	400
31.5.2	<i>Přenosový rozměr</i>	401
31.5.3	<i>Fokální psychodynamické skupiny</i>	401
31.6	Interpersonální přístupy	402
31.7	Rogersovský přístup	402
31.8	Morenovo psychodrama	403
31.9	Skupinové přístupy dalších nebehaviorálních směrů	404
31.10	Skupinová behaviorální a kognitivně-behaviorální terapie	405
32.	LÉČEBNÉ PŮSOBNÍ SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPIE	407
32.1	Psychoterapie, ale skupinová	407
32.1.1	<i>Ohnisko: jednotlivec nebo skupina?</i>	407
32.1.2	<i>Interpersonální dostupnost problému</i>	407
32.1.3	<i>Terapeutický mikrokosmos</i>	408
32.1.4	<i>Skupinová sounděžitost a terapeutický vztah</i>	409
32.1.5	<i>Bezpečí skupiny</i>	409
32.2	Účinné faktory skupinových psychoterapií	410

32.2.1	<i>Základna procesu: skupinová soudržnost</i>	411
32.2.2	<i>Vstup do procesu: sebeprojevení</i>	412
32.2.3	<i>Jádro procesu: interpersonální učení</i>	413
32.2.4	<i>Směřování k výstupu „tam a potom“</i>	415
32.2.5	<i>Existenciální faktory</i>	416
33.	MOŽNOSTI SKUPINOVÉ PRÁCE V ADIKTOLOGII	417
33.1	Charakteristiky skupinové psychoterapie s uživateli drog	417
33.2	Původní metody skupinové psychoterapie se závislými	418
33.2.1	<i>„Synanonský“ encounter a bonding podle Casriela</i>	418
33.2.2	<i>Modifikovaná psychodynamická skupinová terapie podle Khantziana</i>	420
33.2.3	<i>Integrovaná skupinová psychoterapie</i>	420
33.3	Genderové skupiny	421
33.4	Jiné typy skupin ve strukturovaných programech	423
33.4.1	<i>Skupiny hodnotící</i>	423
33.4.2	<i>Skupiny nácvikové</i>	425
33.4.3	<i>Skupiny psychoedukační</i>	425
33.5	Motivační skupiny	425
33.6	Skupiny s blízkými	426
33.7	Skupiny pro kodependentní osoby	429
34.	FOKÁLNÍ SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE SE ZÁVISLÝMI	431
34.1	Skupinový fokus (ohnisko)	431
34.2	Příběh „subutexové“ skupiny	432
34.3	Rozbor klinické ilustrace z hlediska fokální psychoterapie	436
34.3.1	<i>JOD – jádrová odpověď od druhých (převládající očekávání, zkušenost, předpoklady či fantazie, jak důležité druzí reagují)</i>	437
34.3.2	<i>JOS – jádrová odpověď od sebe samého (souvislá soustava somatických prožitků, emocionalita, jednání, kognitivního stylu, sebehodnocení a self-reprezentací)</i>	437
34.3.3	<i>JAP – jádrová přání či touhy (často přání pokračovat v užívání drog bez nutnosti čelit jeho důsledkům, dosáhnout akceptování a ocenění z okolí a sebedůvěry bez nutnosti změny a opuštění drogy)</i>	438
34.4	Rozbor klinické ilustrace z hlediska vývoje skupinové dynamiky	439
34.5	Závěr: co z toho vyplývá pro substituční programy a pro psychoterapii?	440
34.5.1	<i>Podněty pro substituční léčbu</i>	440
34.5.2	<i>Podněty pro psychoterapii</i>	440
35.	TERAPEUTICKÁ KOMUNITA – OBECNÉ PRINCIPY	443
35.1	Společenství a terapie, systém a metoda	443
35.2	Původ a vývoj terapeutických komunit	444
35.2.1	<i>Demokratické TK</i>	444
35.2.2	<i>Hierarchické TK</i>	445
35.2.3	<i>Terapeutické komunity v ČR</i>	447
35.3	Principy a léčebná filozofie terapeutických komunit	449
35.3.1	<i>Jonesovy zásady: odchylky a návraty</i>	449
35.3.2	<i>TK a filozofie změny</i>	450
35.4	Pravidla, normy a metaprávidla	451
35.4.1	<i>Kardinální pravidla</i>	451
35.4.2	<i>Jiná pravidla a normy</i>	452
35.4.3	<i>Zacházení s pravidly</i>	454
35.4.4	<i>Metaprávidla</i>	454
35.5	Strukturovaný program	455
35.5.1	<i>Základní prvky programu TK</i>	455
35.5.2	<i>Strukturovaný program v současných TK</i>	456

35.6	Možnosti a meze modelu TK	457
35.6.1	<i>Terapeutický proces</i>	457
35.6.2	<i>Vliv organizačního rámce</i>	458
35.6.3	<i>Vliv cílové skupiny</i>	458
36.	TERAPEUTICKÉ KOMUNITY V ADIKTOLOGII	461
36.1	Pojetí metody a systému	461
36.1.1	<i>Transtoeoretický pohled</i>	461
36.1.2	<i>Základní charakteristiky</i>	462
36.1.3	<i>Struktury, které upevňují</i>	462
36.2	Pojetí závislosti, klienta a léčebného procesu	463
36.2.1	<i>Léčba celého člověka</i>	463
36.2.2	<i>Léčebný proces jako škola dospívání</i>	464
36.3	Fáze léčby a proces změny	464
36.3.1	<i>Význam strukturování léčebného pobytu</i>	464
36.3.2	<i>„Nultá“ fáze</i>	466
36.3.3	<i>První fáze</i>	466
36.3.4	<i>Druhá fáze</i>	467
36.3.5	<i>Třetí fáze</i>	467
36.3.6	<i>Povrchní adaptace versus hlubší změna</i>	467
36.4	Léčebné prvky v adiktologické terapeutické komunitě	468
36.4.1	<i>TK jako náhradní rodina</i>	469
36.4.2	<i>Sjednocující filozofie</i>	470
36.4.3	<i>Terapeutická struktura</i>	470
36.4.4	<i>Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií jednotlivce</i>	471
36.4.5	<i>Sociální učení prostřednictvím sociální interakce</i>	471
36.4.6	<i>Učení prostřednictvím krizí</i>	471
36.4.7	<i>Terapeutický dopad všech aktivit na komunitu</i>	472
36.4.8	<i>Zodpovědnost klientů za jejich chování</i>	472
36.4.9	<i>Zvyšování sebeúcty cestou vlastního přičinění</i>	472
36.4.10	<i>Zvnitřnění pozitivního žebříčku hodnot</i>	473
36.4.11	<i>Konfrontace</i>	473
36.4.12	<i>Pozitivní tlak vrstevníků</i>	474
36.4.13	<i>Učení porozumět svým emocím a vyjadřovat je</i>	474
36.4.14	<i>Změna negativních postojů k životu v postoje pozitivní</i>	475
36.4.15	<i>Zlepšení vztahů s původní rodinou</i>	475
36.5	Terapeutická komunita jako učebnice léčby závislosti	475
36.5.1	<i>Proč a jaká psychoterapie u závislosti</i>	475
36.5.2	<i>Abstinence a krize jako katalyzátory terapeutického procesu</i>	476
36.5.3	<i>Režim a vztah</i>	477

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA 1	PRŮZKUM ÚČINNÝCH FAKTORŮ PSYCHOTERAPIE	481
1.	Téma, cíl a zadání průzkumu	481
	<i>Dopis</i>	481
	<i>Výkladový text</i>	482
	<i>Tabulka</i>	482
2.	Respondenti	482
3.	Výstupy	483
	<i>Signifikantní rozdíl od průměru na hladině významnosti 95 %</i>	483
	<i>Směrodatná odchylka v horním a spodním kvartilu odchylek (významné shody a neshody)</i>	483
	<i>Trsy (metoda Rescaled Distance Cluster Combine)</i>	483

PŘÍLOHA 2 ZMĚNY PO PSYCHOTERAPII	485
1. Obtíže a nové léčby	485
2. Klientčino obecné hodnocení absolvované psychoterapie	486
3. Rodina a jiní blízcí	486
4. Zaměstnání (studium), vnější svět	487
5. Každodenní zátěž a volný čas	487
6. Závěrečné položky	488
PŘÍLOHA 3 PREVENCE VYHOŘENÍ U POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ	489
A. Prevence vyhoření v terapeutické komunitě	489
B. Každodenní prevence syndromu vyhoření	489
PŘÍLOHA 4 ETICKÝ KODEX ČESKÉ PSYCHOTERAPEUTICKÉ SPOLEČNOSTI	491
Preambule	491
1. Závaznost	491
2. Psychoterapeutické povolání	491
3. Profesionální kompetence a rozvoj	492
4. Mlčenlivost	492
5. Rámec psychoterapie	492
6. Objektivní a pravdivé informace	492
7. Profesionální vztahy s kolegy	493
8. Etické směrnice pro výcvik	493
9. Přínos pro zdravotnictví	493
10. Psychoterapeutický výzkum	493
11. Povinnosti odborné společnosti (ČPS)	493
PŘÍLOHA 5 ŠTRASBURSKÁ DEKLARACE O PSYCHOTERAPII Z ROKU 1990	495
PŘÍLOHA 6 AŽ PROMLUVÍ SCHIZOFRENÍK	497
PŘÍLOHA 7 PRŮZKUM BODOVACÍCH SYSTÉMŮ NA SPECIALIZOVANÝCH ODDĚLENÍCH PRO LÉČBU ZÁVISLOSTÍ V LÉČEBNÁCH A NEMOCNICÍCH V ČR	501
Výstupy	501
<i>Cíle bodovacího systému</i>	502
Závěry	503
PŘÍLOHA 8 ETUDA O DVEŘÍCH – PRVKY STRUKTUROVANÉHO PORADENSTVÍ	505
1. Zadání	505
2. Malé terapeutické dovednosti	505
3. Charakteristiky a příklady	506
1. Zpětné vazby	506
2. Varianty	506
3. Odpovědnost	506
4. Návrhy, rady, doporučení	506
5. Empatie	506
6. Kompetence	507
7. Otázky	507
8. Podpora	507
9. Reflektující naslouchání	507
10. Shrnutí	508
11. Konfrontace	508
12. Autonomní motivace klienta	508
4. Časování	508
<i>Kolo změny – cyklický model změny a motivace ke změně (Prochaska a DiClemente)</i>	508

PŘÍLOHA 9 SUBSTITUČNÍ LÉČBA V ČR	511
PŘÍLOHA 10 SUR	513
PŘÍLOHA 11 KOMUNITA JAKO METODA	515
A. Základní prvky generické bezdrogové terapeutické komunity	515
B. Složky programu generické bezdrogové terapeutické komunity	516
LITERATURA	517

PŘEDMLUVA

Adiktologii chápeme jako transdisciplinární obor, který se zaměřuje na prevenci, léčbu a výzkum užívání návykových látek a jiných forem potenciálně závislostního chování, jejich dopadů na jedince a na společnost a na sociální reintegraci osob, které v důsledku takových forem chování strádají. Obor vznikl v důsledku postupně narůstajícího propojování nových poznatků o příčinách a rozvoji závislého chování z oborů medicíny, psychologie, sociologie a sociální práce. Jeho jádrem je bio-psycho-sociální model závislosti a léčby podle Světové zdravotnické organizace (WHO),¹ současně však obor reflektuje i poznatky z dalších vědních oborů, jako jsou např. ekonomika, právo, kriminologie, pedagogika, politologie, religionistika či kulturní a sociální antropologie. Ke studiu specifických forem lidského chování s potenciálem vytvoření závislosti tedy adiktologie přistupuje v širším výkladovém rámci studia kulturních, historických, sociálních, ekonomických, environmentálních a strukturálních podmínek a faktorů, jež ovlivňují chování člověka.²

Toto pojetí adiktologie reprezentuje odborný časopis *Adiktologie*, který vychází od roku 2001. Je rovněž vyjádřeno ve studijním plánu studijního oboru „Adiktologie“ na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy (bakalářský stupeň od roku 2005, magisterský od roku 2010). Mezi knižními publikacemi, které přispěly k rozšíření a prohloubení mezioborového chápání adiktologie, můžeme jmenovat dvousvazkovou publikaci *Drogy a drogové závislosti* z roku 2003 a druhou kolektivní monografii *Základy klinické adiktologie* z roku 2008.³ Protože psychoterapie a z ní odvozené metody patří k hlavním přístupům odborné pomoci lidem ohroženým zdraví škodlivými návyky, snaží se předkládaná publikace doplnit základní knižní fond našeho oboru pro potřeby studentů, absolventů i všech, kteří v něm třeba již dlouhá léta působí.

Určitý průzkum potřeb a očekávání, který jsem v dialogu s řadou kolegů podnikl až po jisté době práce na knize, přinesl řadu doporučení, která výrazně ovlivnila její konečnou podobu. Rozhodně jsem neměl v úmyslu konkurovat významným dílům o psychoterapii, jaké představují knihy českých autorů Kratochvíla, Vymětala, nejnovější kompendium Vybírala, Roubala a spolupracovníků nebo stěžejní překlady publikací Prochasky a Nocrosse či Yaloma. Ukázalo se však potřebné, aby tato kniha obsáhla nejen to, co je v psychoterapii specifického pro oblast závislostí, ale také obecný výklad principů, škol a směrů, který by usnadnil porozumění tomu specifickému a nenutil zainteresované čtenáře brát si k jedné knize do ruky ještě několik dalších. Jiná doporučení, týkající se obsahu a zaměření, zvýraznila transteoretický pohled, účinné faktory psychoterapie, možnosti a meze integrace v psychoterapii a rovněž psychoterapeutické základy poradenství. Tato témata mají jistě význam všude, nejen v adiktologii.

Dalším výsledkem zmíněného dialogu je, že se tato kniha nezabývá rodinnou terapií. Rodinné a párové přístupy jsou v adiktologii natolik nepostradatelné, že si zasluhují samostatnou knižní publikaci. Někteří kolegové už na ní pracují. Velmi to vítám, protože podle mého názoru je tato oblast založena na jiných paradigmatech než psychoterapie a nejsem tím pravým, kdo by ji mohl erudovaně pojednat. Vize trans-

¹ Tento model je doplňován ještě o rozměr spirituální či existenciální; o to usilujeme i v naší zemi.

² Viz *Výroční zpráva za rok 2010*, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty UK v Praze.

³ Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. Praha: NMS/Úřad vlády ČR (40 autorů); Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing (22 autorů).

teoretického pohledu na systémové, strukturální a komunikační směry jako na další kontinent terapií je ale pro budoucnost lákavá.

Kniha prozrazuje i několik osobních postojů, které mohou být pokládány za problematické. Uvádím tři hlavní:

- Průzkum vývoje psychoterapie ve 20. století mě vedl k názoru, že v zásadě existují pouze dva autonomní psychoterapeutické směry, psychoanalýza a behaviorismus, a vše ostatní jsou jejich odnože, tvořivé inovace, integrace a integrace integrací. Domnívám se, že hledání kořenů může vyjasnit současné integrační směřování a ukázat, že i v postmoderní třísti je možné mít pevné zakotvení a vědět, co se s čím integruje a proč.
- Sám nezapírám svoje vlastní zakotvení v psychodynamické psychoterapii a dlouhodobou praxi skupinového terapeuta. Obojí je v této knize více než patrné. Mimo jiné se projevuje v tom, že v léčbě závislosti kladu důraz na porozumění hlubším problémům a na přístupy, které jsou schopny účinně rozšířit jednoduché behaviorální principy a zabývat se celým člověkem, nikoliv pouze symptomy závislosti.
- Čtenář možná rovněž postřehne, že mám poněkud odtažitý, až kritický postoj k absolutizaci vědecké průkaznosti účinků psychoterapie na pozitivní, objektivní bázi kvantitativního výzkumu, tj. k takzvanému *evidence-based* přístupu a postupu (EBP). Transteoretický pohled ukazuje, že mnoho účinných faktorů léčby a změny nejsou v rámci EBP postihnutele a mnoho metod je v rámci EBP z nejrůznějších důvodů znevýhodněno. To neznamená, že bychom se měli na půdě psychoterapie vzdát vědecké práce a na půdě adiktologie přestat zkoumat, jaká psychoterapie funguje, kdy a proč.

Přál bych si, aby tato i další témata byla chápána především jako námět k diskusi v odborné obci.

Co se týče práce s literaturou, snažil jsem se (ač ne se stoprocentní úspěšností) naplnit požadavek dobré citační praxe, aby citace a odkazy bylo možné v původních zdrojích snadno dohledat a ověřit. Zejména u publikací vydaných v češtině odkazuji pokud možno přímo na příslušnou kapitolu (u autorských kapitol v kolektivních monografiích na samostatnou položku v seznamu literatury) a u důležitých odkazů, především u přímých citací, i na příslušnou stránku. Jde nejen o vědecko-akademickou korektnost, ale i o službu čtenáři, který by se případně zajímal o další podrobnosti. Odkazů je velké množství – publikace tohoto typu přirozeně není ničím víc než kompilátem, kde autorská původnost spočívá ponejvíce v sešití literárních výpůjček do jakéhosi patchworku, který třeba dává smysl. Ale domnívám se, že si čtenář zaslouží pokud možno plynulý text, v němž ho v každém odstavci neruší tucet odkazů, takže jsem literární odkazy, kdekoliv to bylo možné, umístil do poznámek pod čarou.

Požadavky na dobrou citační praxi jsou ovšem v současnosti daleko přísnější než před dvaceti a více lety. Jsem rád, že mohu přímo citovat z mnoha téměř archivních knížek, které jsem nashromáždil od studijních let; o mnoho dalších jsem však přišel nebo nejsou dostupné, a tam, kde jsem je využíval ve svých publikacích v sedmdesátých a osmdesátých letech minulého století, jsem si věrností odkazů leckdy nejistý. Za to se čtenářům omlouvám.

Na seznamu adresátů upřímných poděkování stojí na prvním místě moji učitelé psychoterapie, kteří mě ovlivnili na celý život: MUDr. Milan Hausner, primář v Sadské, kde jsem po promoci pod jeho vedením absolvoval svůj psychoterapeutický křest, doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc., který vedl mou „mateřskou“ výcvikovou komunitu SUR v prvním desetiletí mé odborné dráhy, a MUDr. Zdeněk Mrázek, primář denního sanatoria Horní Palata v Praze, k němuž jsem již jako trochu zralejší docházel na individuální výcvik, předčasně ukončený jeho předčasnou smrtí. A vzdávám úctu i klasikovi české psychoterapie, prof. PhDr. Stanislavu Kratochvílovi, CSc., jehož odborné dílo bylo spolehlivým průvodcem pro mou generaci i generace následující.

Děkuji oběma svým šéfům, doc. PhDr. Michalu Miovskému, Ph.D.,⁴ a PaedDr. Martině Richterové Těmínové⁵ za odbornou i lidskou podporu, porozumění a toleranci. Děkuji rovněž týmům obou pracovišť za mnoho podnětů pro výuku i přímo pro tuto knihu. Je štěstím mít taková pracoviště a takové vedoucí.

Oba jmenovaní a dále kolegové PhDr. Martin Hajný, Ph.D., PhDr. Jiří Libra a PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc., se uvolili tuto práci recenzovat, což je důvodem ke zvláštnímu poděkování.

Děkuji mnoha dalším kolegům-spolupracovníkům na průzkumech, které v této knize uvádím. Co se týče průzkumu účinných faktorů psychoterapie, za zpracování jeho výstupů, které se objevují v prvních dvou částech knihy a v příloze 1, děkuji MUDr. Viktoru Mravčíkovi, vedoucímu Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti a jeho spolupracovníci Mgr. Michaela Horákové.

V neposlední řadě patří dík studentům i absolventům studijního oboru adiktologie na 1. LF UK a posluchačům programu teoretického vzdělávání v psychoterapii, tzv. Školičky SUR, za živý zájem o tuto oblast a mnoho užitečných podnětů i zpětných vazeb na pracovní verze některých kapitol.

Moje rodina mne vždy podporovala v práci, často na svůj úkor. Po třiceti let byla zdrojem této podpory především moje žena Jana († 2004), na kterou stále myslím s vděčností a láskou. Z našich skvělých dětí děkuji zejména nejmladšímu Adamovi, studentu medicíny, s nímž společně hospodaříme a dnes už oba trávíme noci u počítače; snad mu dávám určitý příklad zaujetí a pracovitosti, ale ne vždy mu dokážu být dobrým a na jeho potřeby odpovídajícím otcem.

Své přítelkyni, která zde nechce být jmenována, děkuji za podporu a toleranci, s níž brala psaní této knihy jako strategii, jak si nezevšednět.

Kniha byla původně určená pro jiný nakladatelský dům a nechci opominout pana PhDr. Zdeňka Jančaříka, šéfredaktora nakladatelství Portál, který mě s mimořádnou tolerancí a trpělivostí provázel nesnadnými peripetemií jejího vzniku. Můj závěrečný dík pak patří paní Mgr. Gabriele Plickové, šéfredaktorce nakladatelství Grada Publishing, za její zásluhu o to, že kniha mohla spatřit světlo světa.

Rok 2012, v jehož prvních měsících dokončuji rukopis, je předznamenán založením Kliniky adiktologie 1. LF a VFN v Praze, krokem, jímž nová generace odborníků naplňuje nerealizovanou vizi generací předchozích. Zároveň se nestor české psychoterapie, Stanislav Kratochvíl, dožívá osmdesáti let. Budiž tato kniha symbolickým dárkem nové kliniky do vínku a ctihodnému učiteli k životnímu jubileu.

Na poslední chvíli mě napadá mnoho témat, která zůstala neotevřená, mnoho souvislostí, které by zasluhovaly více propracovat, a mnoho příběhů, které by stálo za to vyprávět a vykládat na nich podivuhodné děje terapeutické práce a změny. Ale snad někdy jindy a někde jinde.

Nebo někdo jiný.

Lectoris salutem – čtenářům pozdrav a přání, aby jim – stejně jako mně – přinesla tato kniha dobrodružství poznávání a sloužila jim v práci.

Praha, 29. února 2012

doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

⁴ Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

⁵ Sdružení SANANIM a nestátní zdravotnické zařízení SANANIM, Praha.

ČÁST 1

O PSYCHOTERAPII OBECNĚ

1. SEZNÁMENÍ S PSYCHOTERAPIÍ A PSYCHOTERAPIEMI

1.1 CO JE PSYCHOTERAPIE?

Řecké slovo *psyché* znamená i neznamená duši. Označuje i motýla a v jiných odvozeninách a v latinském výrazu *anima* i v jiných jazycích se dostáváme k pojmům jako je „dech“, „vanutí“, „život“ a „zdroj života“. Podle Aristotela¹ je duše bytostným určením konkrétní živé bytosti, naplňující ničím nepodmíněný, svobodný účel. Snad je duše původní životní silou, mající zdroj v sobě samé, snad je silou a výlučnou vlastností člověka jako bytosti, pro niž jsou, jak říká Vymětal, „duše a vlastnosti s ní spojené a z ní plynoucí typické a nejpodstatnější“, možná je i silou a životem vdechnutým tím, co člověka přesahuje, duchem, který si vane, kudy chce, a na počátku se vznášel nad vodami... V každém případě můžeme duši pokládat za vzácný životní princip v nás, princip nejpodstatnější, ale také křehký či riskantní. Symbolem mocných sil v duši je oheň, který může ničit, ale také vést k novému zrození na vyšším stupni.²

Také slovo *therapeia* je řeckého původu. Ve staré řečtině byl *therapón* služebník, průvodce a opatrovník bohů, a nemůžeme si dnešního psychoterapeuta představit lépe než jako služebníka, průvodce a opatrovníka *duše* ve smyslu onoho podstatného životního principu, svým způsobem božského a svým lidským způsobem křehkého a poněkud nebezpečného.

Psychoterapie jako **péče o duši** – tento význam nacházíme v titulu knihy psychoterapeuta Viktora E. Frankla,³ který byl za druhé světové války vězněn v koncentračním táboře a dobře věděl o síle, křehkosti i ničivém potenciálu toho fenoménu, jemuž říkáme duše a kterému jako psychoterapeuti jsme služebníky, průvodci i opatrovníky.

Duše se ovšem obtížně převádí do pojmů moderní vědy. Nelze ji ztotožnit se žádnou z konkrétních psychických funkcí ani s jejich souhrnem. Většina psychoterapeutických směrů však vychází z fenomenologického paradigmatu: to, co je pro člověka podstatné a co je pro něj také jedinou přímo zjevnou skutečností, je jeho osobní zkušenost o sobě, druhých a světě. „Zkušenost je jediná zjevnost,“ píše R. D. Laing a dodává: „Zkušenost bývá nazývána duší.“⁴

¹ Viz Vymětal (2003), s. 12, odtud též přímá citace v tomto odstavci.

² Becker (2002).

³ Frankl (1996).

⁴ Laing (1967). Viz zde oddíly 6.2, 12.2. Jde však přirozeně vždy o duši vtělenou do konkrétního těla, a tudíž také o zkušenost konkrétní tělesnosti. Co se týče obsahu lidské zkušenosti, psychoterapie se může setkat a zabývat se i porodními a předporodními zážitky a reflektovat poznatky ze zkušenosti klinické smrti a zážitků umírání; její maximální prostor však pokládám za omezený jediným životem individua od početí do smrti. Více než jedním životem by se psychoterapie neměla zabývat; ve smyslu židovsko-křesťanském jeden život poskytuje dostatečné množství výzev i možností k nápravě.

1.2 ROZPRAVA NAD DEFINICEMI

Existuje mnoho definic psychoterapie. Obvykle si všimají aspoň částečně shodných charakteristik a pokoušejí se odpovědět na některé následující otázky.

- 1. Jakým typem činnosti je psychoterapie?** Zde se používají výrazy jako „lечение“, „ovlivňování“ (duševního stavu nebo duševního zdraví), „pomáhání“ (v dosahování normality či změny). Mnozí autoři definic zdůrazňují, že jde o činnost odbornou a kvalifikovanou.
- 2. Jaké prostředky psychoterapie využívá?** Nejčastěji čteme výraz „psychologické prostředky“, některé definice mluví o prostředcích informačních nebo komunikačních. Jiné definice uvádějí, že hlavním prostředkem je *vztah* nebo *mezilidská interakce*.
- 3. Na co se psychoterapie zaměřuje?** Odpovědi na tuto otázku se velmi různí. Lze shrnout, že psychoterapie se zaměřuje na *problém*, přičemž problémem může být duševní nemoc či porucha, případně její příznaky, narušení činnosti organismu v biologickém i psychosociálním smyslu, zábrany v růstu, zrání a rozvíjení potenciálu duševního zdraví, potíže ve vztazích, psychologická či vývojová krize, existenciální ohrožení apod. Některé definice hovoří o tom, že se psychoterapie zaměřuje především na *člověka*, na jeho bytí, na jeho příběh.
- 4. Jaké jsou cíle psychoterapie?** Definování problému odpovídá i definice cíle, kterým může být vyléčení, úzdrava, úleva od příznaků, obnova normálního fungování a psychosociální adaptace, podpora růstu a zrání, překonání krize apod.
- 5. Je psychoterapie „vědecká“?** Už v prvním bodu nacházíme charakteristiku psychoterapie jako činnosti profesionální a kvalifikované, což však s „vědeckostí“ podle některých vědců nemusí mít nic společného. Část definic klade velký důraz na vědecká teoretická východiska a výzkumem ověřené postupy (tzv. *evidence-based přístup*), část se tomuto tématu vyhýbá, část prohlašuje, že psychoterapie je vědeckými přístupy nepostizitelná. Jaroslav Skála říká: „Psychoterapie je delikátní směs vědy a umění.“⁵

Rámeček 1 Co je psychoterapie?

- Psychoterapie je odborná a kvalifikovaná činnost, jejímž obsahem je léčení či ovlivňování duševního stavu a pomoc při dosahování změny potřebné k rozvoji potenciálu duševního zdraví.
- Psychoterapie záměrně a nenáhodně využívá komunikační prostředky mezilidské interakce v rámci terapeutického vztahu nebo vztahů.
- Psychoterapie se zaměřuje především na člověka a jeho problémy se sebepojetím, vlastním životním příběhem, vztahy k druhým a ke světu. Užším zaměřením může být např. porucha duševního zdraví a její projevy, narušení činnosti organismu v biologickém i psychosociálním smyslu, zábrany v růstu a zrání, potíže ve vztazích, psychologická či vývojová krize, existenciální ohrožení apod.
- Konkrétnímu zaměření odpovídají cíle psychoterapie, které mohou být definovány např. jako úzdrava, úleva od příznaků, úprava chování a zlepšení psychosociální adaptace, podpora růstu a zrání, a v širším smyslu prospěch člověka ze zvládnutí, překonávání a řešení životních problémů a krizí.
- Psychoterapie je vědecká ve smyslu teoretických východisek, systematického prohlubování poznání a ověřitelné praxe. Praktické provádění psychoterapie je však částečně také uměním. Rovněž etické principy jsou od praktického provádění psychoterapie neodmyslitelné.

Zdroj: autor pro studijní účely, 2010.

⁵ Vymětal (2003), s. 15. Vymětal výstižně podotýká, že výraz „delikátní“ znamená „jemný“.

Různé definice psychoterapie odrážejí různé psychotherapeutické směry a školy a často také osobní zaměření psychoterapeuta, který k definování svého oboru přistupuje. Žádná definice nevyhovuje všem a triviální pokus sestavit z výše uvedených pěti bodů definici „obecnou“ (viz rámeček 1) nevyhovuje ani mně. Raději nabízím diskusi o několika definicích psychoterapie (částečně sestavených z jiných definic) s vírou, že tato diskuse může naši rozsáhlou a mnohorozměrnou oblast poněkud přiblížit a částečně propojit s tím, co říká klinická adiktologie o návykových poruchách.

■ **Definice 1: Psychoterapie je uzdravování či zlepšování zdraví psychologickými prostředky.**

Mnoho definic psychoterapie říká, že jde o *léčení*. Pokládám však za mimořádně důležité, aby tato vstupní definice obsahovala, jakkoliv neobratně, pojem „zdraví“. Slovo „léčení“ nás příliš jednoznačně směřuje k pojmu „nemoc“, což může být zavádějící. Mnozí psychoterapeuti různých směrů a škol se programově nebo intuitivně s pojmem „nemoc“ příliš neztotožňují a staví se k němu zdrženlivě. Neznamená to, že neuznávají existenci duševních poruch a diagnostické kategorie, jen je prostě nepokládají za zcela přiměřený rámec pro svou práci.⁶ V léčbě závislých se pohybujeme v rámci určitého diagnostického okruhu, jasně vymezeného Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN 10), a přitom se vyrovnáváme s obrovskými individuálními rozdíly mezi pacienty, kteří mají shodnou diagnózu. U psychóz či depresí to platí v nemenší míře.

Co je zdraví? Zde musíme mít na paměti definici zdraví podle WHO: „Zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“⁷ Rozprava k této slavné formulaci z konce šedesátých let 20. století upozorňuje, že mezi „zdravím“ a „nemocí“ vlastně není vzájemně se vylučující vztah: každý člověk – tedy i člověk trpící poruchou tělesných či duševních funkcí – má určitý potenciál zdraví, který může sám či s odbornou pomocí rozvíjet. Idea růstového, rozvojového, adaptivního potenciálu směřujícího k duševnímu zdraví a pomoc při odstraňování bariér, které brání, aby se tento potenciál uplatnil – tato idea je řadě psychoterapeutů blízka a dokáže je přes hranice směrů a škol spojit spíše než pojem nemoci.

Proč v případě psychoterapie hovoříme o zdraví obecně, a ne pouze o duševním zdraví? Jiná významná formulace WHO říká, že člověk je nedělitelná bio-psycho-sociální entita ve zdraví i nemoci a má být takto chápán i v léčbě.⁸ Z toho odvozujeme bio-psycho-sociální modely různých poruch duševního zdraví a jejich komplexní léčby, včetně modelu závislosti a léčby závislosti, který je dnes hlavním východiskem pro odborné zacházení s pacienty/klienty – uživateli návykových látek. V adiktologii se jeví jako významné zvažovat vedle biologického, psychologického a sociálního rozměru lidské bytosti ještě také její rozměr spirituální.⁹ I když je psychoterapie „psycho“, působí na celého člověka, nikoliv pouze na jakousi jeho izolovanou psychickou složku. Pokrok neurověd umožnil zobrazit řadu duševních nemocí jako poruch mozku, ale současně umožnil znázornit vliv psychoterapie na narušené neurobiologické procesy.¹⁰

Co jsou „psychologické prostředky“, jimiž psychoterapie uzdravuje či napomáhá zdraví? Jde především o **komunikaci** verbální i neverbální, k níž patří i tzv. paraverbální složka slovní komunikace, tj. to, co emoce či kontext přidávají ke slovníkovému význam slov, která používáme. V komunikaci se projevují vztahy a postoje, probíhají v ní různé formy učení, např. učení podmiňováním, učení nápodobou, interpersonální či sociální učení apod. Mezilidská komunikace je ovšem plná úskalí. Připomeneme-li si její složky, jak

⁶ Diagnostický okruh může být ovšem směrodatný pro výběr či modifikaci psychotherapeutického přístupu. Řada psychotherapeutických směrů je přesvědčena, že nelze pracovat se všemi diagnostickými okruhy stejným způsobem.

⁷ World Health Assembly Declaration, WHO, Geneva, 1967. Překládat *well-being* jako „pohoda“ je samozřejmě ošidné, stejně tak jako slova „dobro“, „blaho“ či „prosperita“, která se také používají.

⁸ World Health Assembly Declaration, WHO, Geneva, 1975.

⁹ Viz Kudrle, in Kalina a kol. (2003), kapitoly 2/1 a 2/10; Amodia et al. (2005). Více viz oddíl 23.5.

¹⁰ Fišerová (2003); Gardner (2005); Dvořáček (2008).

je popsal Paul Watzlawick¹¹ („já – sděluji – někomu – něco – v nějakém kontextu“), můžeme v každé této složce nalézt zdroj problémů a nedorozumění. Člověk, který se pohybuje v nejasném komunikačním prostředí a spoluvytváří je, nemusí mít vůbec reálnou představu, kdo je „já“, co je „kontext“ a zda vůbec něco sděluje, co a komu. Tento chaos v komunikačních prvcích a jeho důsledky jsou vlastní všem problémům s duševním zdravím. **Terapeutická komunikace** pak musí být především jasná, aby byla úzdravná: musí tyto komunikační složky ohraničit a naučit pacienta/klienta, aby se v nich vyznal a vědomě je používal.

■ **Definice 2: Psychoterapie je odborné použití mezilidských situací se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky.**

Klíčové slovo v této definici¹² je **změna**. Navodit změnu je smyslem psychoterapie, jejím *raison d'être*, důvodem její existence. Ohnisko změny však může být definováno různým způsobem. Je významné, na co se psychoterapie zaměřuje. Některé směry a metody upírají pozornost například na změnu chování, což neznámá, že se další aspekty klientovy osoby nemění a nemusí měnit. Jiné se zaměřují na změnu ve strukturách osobnosti, chápanou vysloveně intrapsychicky, což neznámá, že se v důsledku nemění i chování.

Druhý důležitý pojem je **mezilidská situace**. Člověk se od narození vyvíjí v mezilidských situacích. Psychologické prostředky, které psychoterapie využívá, nejsou a nemohou být zásadně odlišné od těch, které ovlivňují normální i problémový růst a vývoj člověka v mezilidských situacích od raného dětství do současnosti. Psychoterapie však používá mezilidských situací nenáhodně a lze říci, že je cíleně komponuje s ohledem na záměr změny.

Například britští zakladatelé významných proudů skupinové psychoterapie a terapeutické komunity¹³ vycházeli z toho, že utváření mezilidských situací a změna jsou kauzálně spojeny. Navrhli terapeuticky působící prostředí tak, aby síť vztahů, vzorce interakce, pravidla, role a hodnoty navodily pozitivní změny u jednotlivých účastníků. Jejich záměrem bylo „vrátit problém tam, odkud vyšel“, tj. do sítě interpersonálních vztahů. Problémy a obtíže, které „tam a tehdy“, v dřívějších mezilidských situacích, vznikly a udržovaly se, mohou se měnit „teď a tady“, v přítomnosti a v terapeuticky působící mezilidské situaci.

Musíme se zamyslet i nad výrazem „pomoci lidem...“. Psychoterapie pomáhá pouze tam, kde člověk pomoc potřebuje a chce. Nic nemůže udělat za pacienta/klienta, bez něj, místo něj; pouze s ním a s jeho souhlasem. Předpokládá dobrovolnou účast, svobodné rozhodnutí ke změně a osobní zaangażovanost. To neznámá, že se zříká pomáhat v motivačních konfliktech a krizích, které se zákonitě dostávají.

■ **Definice 3: Psychoterapie je oprava špatné zkušenosti se sebou a s druhými ve vztahu s člověkem, který není lepší, ale je vycvičen řešit si své problémy jinde.**

Tato definice, k jejímuž autorství se přiznávám, není pouze aforismem pro zpestření studia. Obsahuje tři témata, která si zasluhují poněkud rozvést.

Už teze „co se stalo *tam a tehdy*, může se měnit *tady a teď*“ nastiňuje představu jakési opravné, korigující funkce psychoterapeutických situací a psychoterapeutického procesu vůči klientovým minulým zážitkům. Mnoho psychoterapeutických konceptů si všímá, že člověk s problémy s duševním zdravím většinou sám sebe pokládá za nehodného, nedobrého, trpí pocity viny nebo se cítí jako oběť, od druhých lidí nic dobrého neočekává, ani lásku, ani pochopení, a leckdy je vnímá vysloveně jako nepřátele.¹⁴ Takové

¹¹ Watzlawick, P. et al. (1999).

¹² Jde o zjednodušení definice, kterou předkládají v úvodu své knihy Prochaska a Norcross (1999), s. 16.

¹³ Viz část 4 této knihy.

¹⁴ Viz např. kapitola 16 o transakční analýze nebo koncept jádrových očekávání podle Luborského, viz oddíl 24.2.

sebeпоjetí a pojetí druhých se vzájemně potvrzují ve fatálním životním scénáři či maladaptivní spirále.¹⁵ Psychoterapie nabízí přerušení tohoto nešťastného řetězce a získání **korektivní zkušenosti** o sobě a o druhých, zkušenosti, která je zralejší, méně generalizující, reálnější a tím zdravější než zkušenost dosavadní. Korektivní zkušenost může ovšem přinést i ztrátu nadneseného sebevědomí nebo deziluzi v přílišném idealizování druhých a bezvýhradně optimistickém očekávání, co mohou člověku přinést, ale i to je cesta ke zdraví a zralosti, nehledě k tomu, že za obojím se obvykle tají úzkostná malá dušička, která potřebuje korektivní zkušenosti získat přiměřené sebevědomí a reálnou míru důvěry v ostatní.

Další část definice upozorňuje, že dějištěm i účinným činitelem korektivní zkušenosti je **vztah**. Terapeutický vztah se může multiplikovat ve skupinových vztazích, jde-li o skupinovou psychoterapii. „Pamatuj, že vztah je nositelem změny,“ říká podle Davida Deitcha příkazání jedné české terapeutické komunity.¹⁶

V neposlední řadě si tato definice poněkud více než definice předchozí všímá osoby psychoterapeuta. Říká, že psychoterapeut není, nemusí být a stěží může být ideálním člověkem. Lze dokonce připustit, že může mít stejně špatnou, ne-li horší povahu než mnoho lidí, s nimiž se jeho pacient či klient v dosavadním životě setkával a střetával, pokud zároveň připustíme, že pokud s nimi pacient či klient učinil špatné zkušenosti, zdaleka to neznamená, že byli špatní jako lidé.

Vztah, který má být nositelem změny, je pro terapeuta vztahem pracovním. V něm má roli služebníka, průvodce a opatrovníka **duše**. Jedním ze základních požadavků je, že v těchto vztazích, v těchto mezilidských situacích, by měl terapeut být aspoň o něco více duševně zdravý (Carl Rogers říkal „více kongruentní“, tj. více v souladu sám se sebou) než jeho pacient či klient. Na konci úspěšného psychoterapeutického procesu by tento rozdíl měl být menší než na jeho začátku.¹⁷ Neznamená to ovšem, že by terapeut měl části svého duševního zdraví pozbýt ve prospěch svých klientů či pacientů, i když i to se někdy stává. Terapeut samozřejmě může mít osobní, leckdy nikoliv banální problémy, ale principem jeho povolání je, že je nepřenáší do terapeutického vztahu a řeší je jinde a jinak. K tomu mu v profesionální oblasti pomáhá především výcvik a supervize.

■ **Definice 4: Psychoterapie je interdisciplinární a transdisciplinární obor vycházející z psychologie a pomáhající člověku prostřednictvím psychologických prostředků v dosahování normality.**¹⁸

Psychoterapie je oborem kvalifikované lidské činnosti s vlastními teoriemi, metodami a normami pro výkon praxe, stejně jako je takovým oborem např. interní medicína, psychiatrie, pedagogika nebo antropologie. Z mnoha oborů čerpala poučení (z psychologie, teorie komunikace, kybernetiky...) a do mnoha oborů zasáhla (do pedagogiky, somatické medicíny, sociální práce...). Je samostatným oborem, kvalifikace v žádném jiném oboru (v psychiatrii, v psychologii, pedagogice, adiktologii...) automaticky nepřináší kvalifikaci v psychoterapii; k tomu je zapotřebí specifická kvalifikace, opírající se o tři pilíře: teoretické vzdělání, praktický výcvik a práce pod supervizí.

Co mne v této definici mého významného kolegy a souputníka poněkud znepokojuje, je tvrzení, že psychoterapie vychází z psychologie. V některých psychoterapeutických směrech ano, v jiných částečně, u dalších je to velmi sporné. Po více než sto letech dynamického vývoje psychoterapie se zdá, že vychází

¹⁵ „Scénář“ je pojem z transakční analýzy (viz kapitola 16); s yalomovským pojmem „maladaptivní/adaptivní spirála“ pracuje např. oddíl 31.2.

¹⁶ Viz kapitola 35, rámeček 45.

¹⁷ Viz P. Boš, in Vymětal (2003), s. 14. „Psychoterapie je netriviální komplementární interakční proces, na jehož konci (v případě úspěchu) je menší rozdíl kompetencí účastníků než na jeho začátku.“ MUDr. Petr Boš, předčasně zemřelý český psychoterapeut a rodinný terapeut, byl zakladatelskou osobností rodinné terapie v ČR.

¹⁸ Autorská definice J. Vymětala; viz Vymětal (2003), s. 17. Prof. PhDr. Jan Vymětal je představitelem rogersovského proudu v české psychoterapii a autorem mnoha významných publikací.

spíše sama ze sebe. A co se psychologie týče, většina zakladatelů a vůdčích osobností psychoterapeutických směrů a škol ve světě i u nás byli lékaři.¹⁹ Vnímat psychoterapii jako obor vycházející z psychologie, a tudíž náležející psychologům, jak se u nás bohužel stává zvykem, pokládám za významné ochuzení lékařského povolání a psychiatrické profese.²⁰

■ **Definice 5: Psychoterapie je samostatný obor, vědní disciplína, která se opírá o empirické poznatky, zobecňuje je do hypotéz a teorií a jako aplikovaná věda směřuje k využití těchto poznatků v praxi.**²¹

Při přečtení této definice se zjeví vlasy na hlavě mnoha psychoterapeutům, kteří s „vědou“ tak, jak si ji představují, nechťejí mít nic společného, a udělá se nevolno mnoha vědcům, kteří „psychoterapii“, tak jak si ji představují, pokládají za nevědeckou. Navzdory těmto možným psychosomatickým reakcím má autor definice pravdu, která je čím dále tím více obhajitelná. Vědou je každé propracované a obecné rozumové poznání vycházející z pozorování, rozvažování nebo experimentu, každá soustavná, kritická a metodická snaha o pravdivé a obecné poznání v určité vymezené oblasti skutečnosti.²² Více než století vývoje psychoterapie přináší o této soustavné, kritické a metodické snaze bezpočet důkazů. A co se týče empirických poznatků, o nichž definice hovoří: **empirie** (z řeckého *empeiros* = zkušený) je zkušenost získaná pozorováním, případně pokusem; pojem se používá tam, kde chceme zdůraznit cílený a řízený způsob získávání zkušeností.²³ Je pravdou, že mnoho z toho, čím je psychoterapie, se vymyká požadavkům tzv. vědeckého ověření (*evidence-based princip*), ale vzrůstající pozornost metodám kvalitativního výzkumu přináší nové pohledy na vědní metodologie, v nichž se empirie psychoterapie objevuje jako zcela legitimní. Duše je možná „nevědecký“ pojem, ale obor, v němž je kvalifikován její služebník, průvodce a opatrovník psychoterapeut, je vědou. Jeho praktické provádění však je do značné míry Skálovou „delikátní směsí vědy a umění“.

1.3 JAKÉ PSYCHOTERAPIE EXISTUJÍ?

Francouzský prezident Charles de Gaulle si kdysi povzdechl: „Je těžké vládnout zemi, kde existuje tři sta druhů sýrů.“ Stejně tak je těžké orientovat se na území psychoterapie, kde existuje možná stejný, možná větší počet psychoterapeutických směrů, odvětví a pododvětví směrů, škol a školiček, jakož i metod s vlastními názvy. V této knížce tudíž často budeme mluvit o „psychoterapiích“ v množném čísle, podobně jako francouzský básník Lautréamont hovoří o „poeziích“.²⁴

Z nepřehlednosti však vystávají hlavní a uznávané proudy. Uvádím zde několik výčtů od velmi směrodatných autorů (moje poznámky kurzivou se snaží je poněkud uvést do vzájemného vztahu).

¹⁹ Jednou z výjimek na světové scéně byl právě Carl Rogers, k jehož směru se kolega Vymětal, sám psycholog, hlásí.

²⁰ Ilustrací tohoto trendu může být skutečnost, že v sedmdesátých až osmdesátých letech 20. století tvořili lékaři nejméně třetinu účastníků psychoterapeutického výcviku v systému SUR, zatímco v současnosti jsou vzácnými úkazy.

²¹ Podle definice S. Kratochvíla; viz Kratochvíl (2006), s. 12.

²² Wikipedie, heslo věda.

²³ Wikipedie, heslo empirie.

²⁴ Comte de Lautréamont to měl ovšem lehčí; podle něj „jsou dvě poezie, tato však je jen jedna“. Zápolení s daleko větším množstvím psychoterapií při snaze zachovat pojem „psychoterapie“ v jednotném čísle je problém, který má v této knížce více řešení nezdařilých než zdařilých. Nakonec stejně dospíváme k lautréamontovskému pojetí dvou psychoterapií: psychoanalytické a behaviorální.

Kratochvíl²⁵ rozděluje psychoterapie takto:

- hlubinná psychoterapie (*psychoanalýza, škola Junga a Adlera*);
- dynamická psychoterapie (*především osobnosti šedesátých let 20. století: Fromm, Horneyová, Sullivan a další*);
- rogersovská psychoterapie;
- behaviorální psychoterapie;
- kognitivní psychoterapie;
- komunikační psychoterapie (*v podstatě jde o směry rodinné terapie*);
- gestalt terapie;
- existenciální a humanistická terapie;
- jiné přístupy (*např. transpersonální psychoterapie, na proces orientovaná psychoterapie, satiterapie, bio-energetika*);
- eklektická a integrativní pojetí.

Poněkud jiný výčet nabízejí **Prochaska a Norcross** v názvech kapitol svého díla *Psychoterapeutické systémy*:²⁶

- psychoanalytické terapie (*bez Junga*);
- adlerovská terapie;
- existenciální terapie;
- terapie zaměřená na člověka (*rogersovská psychoterapie*);
- interpersonální terapie (*zejména transakční analýza*);
- expozice a terapie zaplavením (*v Evropě a v ČR v současnosti spíše podružná a nepříliš relevantní oblast, do jisté míry lze zařadit k behaviorálním terapiím*);
- behaviorální terapie;
- kognitivní terapie;
- systemické terapie (*v podstatě jde o směry rodinné terapie*);
- rodově (*genderově*) a kulturně senzitivní terapie (*v Evropě a v ČR v současnosti spíše podružná a nepříliš relevantní oblast*);
- konstruktivistické terapie: na problém zaměřená a narativní terapie (*v Evropě a v ČR v současnosti spíše podružná a nepříliš relevantní oblast*);
- integrativní a eklektická terapie.

Vymětal²⁷ uvádí pouze čtyři důležité psychoterapeutické směry:

- rogersovská psychoterapie;
- kognitivně-behaviorální psychoterapie;
- psychoanalytická psychoterapie;
- systemická psychoterapie (*v podstatě jde o směry rodinné terapie*).

Ještě jednodušší pohled nalezneme u **Rogerse a Becka**.²⁸ Carl Rogers svou **terapii zaměřenou na člověka** pokládal za třetí směr vedle dvou velkých směrů již existujících v jeho době: psychoanalýzy

²⁵ Kratochvíl (2006), část II.

²⁶ Prochaska a Norcross (1999).

²⁷ Vymětal (2003), kapitola 2.

²⁸ Viz kapitoly 14 a 19.

a behaviorální terapie. Rovněž Aaron T. Beck, tvůrce **kognitivní terapie**, vnímal psychoterapeutický svět obdobným způsobem a svůj přístup do něj zasadil tak, aby z psychoanalýzy a behaviorální terapie převzal to nejlepší. V jednoduchosti je vždy inspirující síla; jde sice o pohledy z padesátých a šedesátých let minulého století, z doby, kdy košatění nových směrů a škol psychoterapie teprve začínalo, ale představa těchto dvou základních, zcela autonomních a vzájemně nezávislých proudů má i dnes svůj význam. Mohli bychom s jistou volností parafrázovat Lautréamonta: jsou dvě psychoterapie, tato však je jen jedna...

1.4 USPOŘÁDÁNÍ PSYCHOTERAPIÍ V TÉTO KNÍŽCE

Není cílem této studijní příručky probrat všechny směry a školy ani je kategorizovat na druhy a poddruhy a po botanickém způsobu určovat, co do které kategorie patří. Mělo by být však zahrnuto to, co je zásadně důležité pro orientaci v evropském a českém psychoterapeutickém prostoru.

V rozvětveném proudu psychoterapeutických směrů a škol, které vznikaly a dělily se v průběhu 20. století (můžeme mluvit o „psychoterapiích“ v množném čísle), jsou rozeznatelné dva široké okruhy:

- psychoterapie zaměřené na změnu osobnosti a vztahů, na podporu růstu a zrání osobnosti – např. psychoanalýza, psychodynamická a interpersonální psychoterapie, existenciální a humanistická psychoterapie;
- psychoterapie zaměřené na změnu (symptomového) chování – sem patří behaviorální a kognitivně-behaviorální terapie, ale také systémové, strukturální a komunikační terapie, známé zejména z práce s rodinnými jednotkami.

Tyto dva okruhy představují dvojí možné pojetí hlavních cílů psychoterapie²⁹ (viz Kratochvíl, 1997). Obě základní psychoterapeutické strategie se v oblasti návykových poruch uplatňují, mohou se doplňovat, ale často si i konkurují. V zájmu teorie i praxe, a především v zájmu klienta je proto třeba využívat možnosti tzv. **transteoretického přístupu**³⁰ (Prochaska a Norcross, 1999) a hledat pro ně společný rámec a řád.

1.5 FORMÁTY PSYCHOTERAPIE

Podle uspořádání psychoterapeutické situace (tzv. *setting*) rozpoznáváme několik formátů.

1.5.1 INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE

V tomto formátu se spolu setkávají jeden terapeut a jeden pacient/klient. Koterapie, tj. dva, případně více terapeutů je na rozdíl od všech dalších formátů extrémně neobvyklá; tzv. náslechy (přítomnost začínajícího terapeuta z výukových důvodů) rovněž nejsou běžné. Někdy je lze zaznamenat u behaviorálních přístupů nebo v poradenství. Jinak je prostor individuální psychoterapie je pokládán za výsostně intimní.

V klasické psychoanalýze leží analyzand na gauči a analytik sedí mimo jeho zorné pole v křesle v záhlaví. Všechny další psychoterapeutické přístupy (včetně psychoanalyticky orientovaných) dávají přednost rozhovoru vsedě, říká se také „tváří v tvář“, ale zcela doslova se to nedoporučuje. Terapeut a klient by měli mít jeden druhého v zorném poli jako volbu a přitom by neměli být nuceni se na sebe dívat neustále (to

²⁹ Viz Kratochvíl (2006).

³⁰ Prochaska a Norcross (1999). Transteoretický přístup je vysvětlen v další kapitole a průběžně uplatňován v celé knížce.

je výhodné zejména pro klienta, ale proč neříci, že to může být výhodou i pro terapeuta). Jejich sedadla by měla být k sobě pootočena a svírat tupý úhel. Je velmi nevhodné, pokud terapeut hovoří s klientem přes svůj psací stůl, natož pokud na něm má počítač a zapisuje si. Empatičtí terapeuti umísťují klientovi na dosah stůl s krabicí papírových kapesníků jako signál „zde je dovoleno plakat“. ³¹ Neempatičtí hovoří s klientem přes svůj psací stůl, nebo dokonce přes klávesnici počítače, kam si všechno hned zapisují. ³²

Individuální psychoterapie, tj. dyadické uspořádání v sestavě terapeut–klient, bylo historicky původní a je pokládáno za základní. Někteří autoři však v něm spatřují extrémní, ale ne zcela optimální případ vícečetného terapeutického uspořádání, jako je skupinová či rodinná terapie. ³³

1.5.2 SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE

Skupinu vede jeden až dva terapeuti. Terapeutická dvojice je běžná; má své výhody i nevýhody. Sehraný a vzájemně se podporující pár má více možností chápání skupinových procesů a účinné intervence. Jeden z dvojice se například může zaměřit na individuální příběh či výpověď a druhý na skupinovou dynamiku, jeden na verbální a druhý na neverbální komunikaci apod. V ideálním případě mohou skupině prezentovat různost pohledů, neshodu a hledání shody. Genderově odlišná dvojice přibližuje skupinu obrazu přirozeného světa a nabízí korektivní zkušenost s rodičovskými autoritami (korektivní rekapitulace primární rodiny). ³⁴ Avšak také platí, že dva terapeuti mohou natropit více škody než jeden. ³⁵

Koterapie ve skupině je často využívána jako vhodná příležitost pro začátečníka získat praktické zkušenosti. Být koterapeutem zkušeného skupinového terapeuta je jedinečnou příležitostí k živému učení, jaká je v individuální psychoterapii prakticky nedosažitelná.

Psychoterapeutickým hodinám se také říká „sezení“: obvykle se při nich opravdu sedí a není zanedbatelné, kdo a na čem. Symbolem psychoanalýzy je gauč a v jeho záhlaví křeslo. Symbolem většiny dalších individuálních psychoterapií jsou dvě křesla svírající spolu tupý úhel. Symbolem skupinové psychoterapie je kruh ze židlí.

Kruh je symbolem jednoty, dokonalosti a harmonie. ³⁶ V magickém myšlení představuje účinný symbol ochrany proti zlým duchům a démonům. C. G. Jung vidí v kruhu symbol bytostného Já, které je vrcholem individuace. Při skupinovém setkání mají všichni členové i terapeut/terapeuti sedět v kruhu tak,

³¹ V psychoterapeutickém zákampí si často kolegové sdělují: „Představ si, já pitomec/husa jsem včera/jednou na ty kapesníčky zapomněl/a a on/ona/oni byli divní/nejistí/vzteklí/zmatení, nevěděli, co se děje...“ – „Haha, to jako že jim zakazuješ brečet? To otřeše i chlapem, který nikdy nebrečí!“ – „Jasně, takhle se to nakonec provalilo a mluvili jsme o tom půl hodiny.“

³² Kolegové a kolegyně, kteří tuto bohužel ne zcela ojedinělou dokumentační praxi používají, argumentují, že zapisují na klávesnici automaticky, že to pacientovi/klientovi nevádí (zkusili si to prožít v jeho roli?) a že je to výhodné (proč a pro koho?). Zcela jistě v této situaci vystupuje počítač jako vymezený objekt a interakce člověk–stroj narušuje interakci člověk–člověk. Optimální je dělat zápis po sezení (a přemýšlet nad ním); během sezení si se souhlasem klienta nejvýš dělat stručné poznámky na papír.

³³ Boš, cit. in Vymětal (2003), s. 14; Foulkes a Anthony (1973), viz oddíly 31.4, 32.1.

³⁴ Yalom a Leszcz (2007). Zde viz oddíl 32.2. Viz též Millerová (2011), s. 139.

³⁵ Říkal to údajně Jay Halley, významný americký rodinný terapeut poslední třetiny 20. století. Vedl rodinnou terapii se svou životní partnerkou a možná z toho pochází jeho názor. Jde však o smysluplné upozornění i pro skupinové therapy. Mezi nejčastější problémy patří např. skýtá jednostranná nebo vzájemná ochrana před skupinou, přetahování o vliv nad skupinou či jednotlivcem nebo soupeření o to, kdo k danému problému položí lepší otázku nebo nabídne lepší výklad. Moje průzkumy skupinového dění ve výcvikových skupinách SUR (které snad budou publikované jinde) ukazují, že intervence terapeutické dvojice mohou zabírat 3–40 minut z 90 minut skupinového sezení.

³⁶ Becker, U. (2002): *Slovník symbolů*. Praha: Portál.

aby na sebe navzájem viděli a mohli se vnímat jako celé postavy; neměli by tedy být utopeni v křeslech či rozloženi na matracích a na rozdíl od kruhu rytířů krále Artuše by neměl být mezi nimi stůl.³⁷ Nízký stůl s papírovými kapesníčky může být uprostřed kruhu.

1.5.3 PÁROVÁ A RODINNÁ PSYCHOTERAPIE

Párová psychoterapie: setkávají se jeden nebo dva terapeuti a partnerská dvojice. Dvojice terapeutů (muž a žena) je vhodnější. Pro terapii dvojic s jinou než heterosexuální orientací není nezbytné, aby terapeuti byli též orientace. Sedadla jsou uspořádána do čtverce; není vhodné, aby se jakkoliv naznačovala situace „dva proti dvěma“.

Rodinná psychoterapie: přítomni jsou jeden nebo dva terapeuti a celá rodina nebo její část. Některé směry práce s rodinami používají tzv. reflexního týmu, který sedí opodál nebo je ukrytý za jednocestným zrcadlem.

Rodinný a párový formát ovšem přináší do ovlivňování duševního zdraví zcela nový fenomén: existenci vzájemných vztahů mezi klienty i mimo rámec terapie, před ní a po ní.

Vzhledem k obecné tezi, že lidské problémy mají interpersonální charakter (zcela nebo částečně), se zdá být výhodné napomáhat úpravě těch mezilidských vztahů, které jsou skutečné a zjevné, řešit evidentní konflikty a napravovat komunikační poruchy v reálných vztazích. Tento pohled na problém jako na „objektivní realitu“ je však v protikladu s tím, co je pro psychoterapii podstatné, tj. osobní zkušenost, *duše*, individuální a jedinečný životní příběh. Většina psychoterapeutických směrů a škol se pokouší nějakým způsobem tento rozpor překlenout a vedle individuálních a skupinových přístupů formulují také přístupy párové a rodinné. Jsou v tom tím úspěšnější, čím méně se drží fenomenologického paradigmatu, tj. čím méně se zaměřují na *duši* či zkušenost a více na chování. Zejména v práci s rodinou však dominují směry, které tento rozpor vůbec neřeší a od pojmu „psychoterapie“ se distancují: nepracují s individuálním lidským problémem a usilují o navození změny v nadosobní rodinné struktuře či systému.

Oblast párové a rodinné (psycho)terapie je rozsáhlá a pro adiktologii důležitá; vyžadovala by zvláštní publikaci a tato studijní příručka se o ní zmiňuje jen okrajově.³⁸

1.6 ČASOVÉ PARAMETRY PSYCHOTERAPIE

1.6.1 DÉLKA „SEZENÍ“ A ČASOVÁ FREKVENCE

Standardní psychoterapeutická hodina trvá 45–50 minut, standardní sezení skupinové psychoterapie dvojnásobek, tj. 90 minut. Začíná a končí se včas, doba nemá být prodlužována ani v případě, kdy pacient/klient na individuální sezení přijde pozdě nebo kdy skupina je zabraná do závažného dialogu. Zavedení těchto základních pravidel přináší klientům první terapeutickou zkušenost.³⁹ K mimořádným a krizovým situacím ovšem nelze nepřihlídnout. Jakkoliv jsou tyto standardy délky sezení osvědčené, nemusí vyhovovat každé klientele: například pro psychotické pacienty nebo pro děti může být 45 či 90 minut příliš dlouhá doba. V minulosti byly dosti oblíbené tzv. skupinové maratony, trvající bez přestávky den i více (obvykle v rámci psychoterapeutického výcviku), ale dnes tento formát vymizel.

³⁷ Pasivita skupiny a nízká dynamika často tkví v zanedbávání pravidla „kruhu ze židlí“ a uplatněním tohoto pravidla se může dramaticky zlepšit. O židlích viz též Millerová (2011), s. 137.

³⁸ Viz též oddíl 8.1. Obecně o rodinné terapii viz např. Gjuríčová a Kubička (2003). Jak uvádím v předmluvě, necítím se kompetentní tuto oblast seriózně zpracovat.

³⁹ Viz klinická ilustrace 16 v kapitole 28 (Kryštof).

V ambulantních podmínkách je obvyklá frekvence psychotherapeutických sezení jednou týdně, v klasické psychoanalýze však často až pětikrát týdně. Frekvence jednou za čtrnáct dní se pokládá za horní mez, ještě únosnou pro udržení kontinuity procesu, ale v jeho závěru jsou přijatelné i delší intervaly. V lůžkových zařízeních a denních stacionářích psychotherapie většinou probíhá každý pracovní den, ale minimálně třikrát týdně. Ve skupinové psychotherapii, a zejména ve výcviku v ní často nacházíme tzv. kumulovaný či frakcionovaný formát, kdy se účastníci sjíždějí několikrát do roka na intenzivní víkendové či celotýdenní setkání;⁴⁰ na rozdíl od skupinových maratonů se však zachovává struktura jednotlivých sezení s přestávkami.

1.6.2 DÉLKA PSYCHOTERAPEUTICKÉ KÚRY ČI PROGRAMU

Jak dlouho trvá psychotherapie? „Psychotherapie trvá tak dlouho, jak trvá,“ říkal S. H. Foulkes, zakladatel psychoanalytické skupinové psychotherapie. Přirovnával psychotherapeutický proces k točitému schodišti s východy v každém patře. Člověk si může vybrat kterýkoliv východ; pokud se rozhodne po schodišti pokračovat, dosáhne vyšší (či hlubší) úrovně změny, bude to však déle trvat.⁴¹

Poslední desetiletí ukazují stále zřetelnější trend ke zkracování psychotherapeutické kúry či programu,⁴² tudíž dosaženou úroveň změny můžeme ve Foulkesově smyslu pokládat za nižší, případně mčlčí. Neznamená to, že je nehodnotná. V souvislosti s omezováním délky přímého psychotherapeutického působení se psychotherapeuti naučili důvěřovat možnostem reálného života a schopnostem svých pacientů a klientů v něm přínos psychotherapie zhodnotit a prohloubit. Hovoří se o **nastartování změny**: tím se rozumí, že psychotherapií dosažená změna v jedné nebo více životních oblastech se stane ohniskem sebeúdravného procesu, který pokračuje i po skončení psychotherapeutického programu.⁴³

Často se setkáváme s pojmy „psychotherapie krátkodobá, střednědobá či dlouhodobá“. Ohraničení časových formátů je však nepřesné, intervaly nespojitě a různí autoři je podávají neshodně, pokud se vůbec o nich zmiňují.

Krátkodobá psychotherapie: „délka“ se většinou udává v počtu ambulantních sezení při předpokládané frekvenci jednou týdně. Počet 20–30 sezení (někde se udává interval 15–40 sezení) se pokládá za dostatečný pro nastartování změny a dlouhodobější udržení přínosu. Zhruba lze říci, že krátkodobá psychotherapie v ambulantních podmínkách trvá tři až šest měsíců.

Střednědobá psychotherapie: nejčastěji se za ní pokládá psychotherapeutický program trvající jeden rok až tři roky; pokud bereme v úvahu „prázdniny“, jde o 40–120 sezení.⁴⁴ Dosažené změny již mohou být velmi podstatné.

Dlouhodobá psychotherapie: trvá tři až pět let (120–200 sezení). Horní hranici překračuje obvykle pouze „ultradlouhá“ klasická psychoanalýza. Více než pět let systematické psychotherapeutické práce však není zcela neobvyklých u závažných poruch osobnosti nebo u psychóz. Intenzivní psychotherapeutický výcvik obvykle představuje 400–600 hodin, v systému SUR je to minimálně 500 hodin.⁴⁵

⁴⁰ Tento způsob používá např. český výcvikový systém SUR (viz příloha 9), ale je známý i z léčebných skupin (viz např. Behr a Hearstová, 2007).

⁴¹ Viz Behr a Hearstová (2007). K Foulkesově metafoře patří i to, že člověk se na psychotherapeutické schodiště může vrátit a pokračovat, nikoliv znovu začínat na původní vstupní úrovni. Tuto metaforu rozpracovává oddíl 5.4.

⁴² Souvisí to s fenoménem „demokratizace psychotherapie“. Psychotherapie se velmi rozšířila, stala se obecně dostupnou, ve většině vyspělých zemí ji aspoň částečně hradí veřejné zdravotnické systémy, které tlačí na úsporu finančních prostředků. Ale ani pacienti/klienti, kteří si psychotherapii platí sami, nejsou ochotni ji platit dlouho.

⁴³ Více o krátkodobých psychotherapeutických přístupech v oddíle 13.3. Příkladem může být krátkodobá ohnisková psychodynamická psychotherapie (Filip), viz kapitola 26 a klinická ilustrace 10.

⁴⁴ Příkladem může být střednědobá skupinová psychotherapie („subutexová skupina“) v klinické ilustraci 19 v kapitole 34.

⁴⁵ Viz příloha 9.

Psychoterapeuticky zaměřený pobyt v denním stacionáři nebo v lůžkovém zařízení frekvenci sezení zhušťuje a zintenzivňuje proces. Pobyt v délce 6–12 týdnů se sezením pětikrát týdně by formálně odpovídal krátkodobé psychoterapii, často je však více sezení během dne a/nebo psychoterapeutický přístup prolíná celodenním programem, takže můžeme realisticky uvažovat o střednědobém programu (při pobytu v terapeutické komunitě již nepochybně o programu dlouhodobém). Na druhé straně se však pro bezpečné ukotvení změny pokládá za důležité, aby část procesu ještě pokračovala v ambulantních podmínkách, tj. v situaci, kdy je pacient/klient vystaven každodennímu životu v nechráněném prostředí.

Stejně jako existuje psychoterapie „ultradlouhá“, existuje i „ultrakrátká“, tj. kratší než výše uvedený počet patnácti hodin. Tyto psychoterapeutické formáty v přibližném počtu 3–10 sezení mají obrovský praktický význam ve zvládání psychologických krizí či akutních problémů bez závažnější hloubky a jistě též v motivování klienta pokračovat jiným a časově náročnějším způsobem, pokud se závažnější problematika odhalí. Každý psychoterapeut, který se neuzavírá do věže ze slonoviny, zná ze své praxe, jaký význam může mít několik málo rozhovorů (a často jeden jediný) pro člověka, který má pocit, že je na dně a nepřežije zítřek, propadá beznaději, řítí se do rizika nebo jen potřebuje pojmenovat nejistoty, které mu zatěžují život. V adiktologii se používá pojem **krátká intervence** (což je něco zcela jiného než krátkodobá psychoterapie ve výše uvedeném významu). Také se těmto intervencím říká „časné“, protože jde obvykle o první prezentaci problému odborníkovi, může k nim však dojít v kterékoliv etapě přípravy, realizace či udržování změny. Jejich zařazení do oblasti psychoterapie je zcela legitimní. Podrobněji se jim věnuje oddíl 29.4.

Není bez zajímavosti, že bez ohledu na délku má průběh psychoterapie obdobnou dynamiku: lze rozlišit iniciační etapu, kdy se navazuje kontakt a prezentuje problém (což může trvat hodinu nebo rok), nejvýznamnější a nejdelší etapu střední, kdy se problém do větší či menší hloubky propracovává, a závěrečnou etapu uzavírání, uvolňování z kontaktu a ukotvování změny mimo psychoterapeutické prostředí. Pochopitelně, psychoterapeuti jsou zvyklí takto proces organizovat. Méně pochopitelně, nezávisle na nich si to intuitivně organizují sami klienti. Psychoterapie prostě trvá tak dlouho, jak trvá.⁴⁶

⁴⁶ Jeden z Parkinsonových zákonů říká: „Každá práce trvá tak dlouho, kolik je na ni k dispozici času.“ To je hluboká a nezpochybnitelná pravda, kterou každodenně ověřuji na svých studentech i sám na sobě, například při psaní této knížky. Foulkesovi, který svým výrokem autora možná předešel, by se to jistě velmi líbilo. O uvedeném autorovi viz Wikipedie, heslo Cyril Northcote Parkinson.

2. ÚČINNÉ FAKTORY PSYCHOTERAPIE

2.1 POJETÍ ÚČINNÝCH FAKTORŮ PSYCHOTERAPIE

Je výzkumně ověřeno, že psychoterapie účinkuje, je schopna navodit změnu. Vědecky fundované práce¹ se shodují v následujícím:

- psychoterapie je prokazatelně účinnější než placebo;
- účinky psychoterapie nelze vysvětlit tzv. spontánní remisí, tj. úpravou stavu nebo dosažením změny bez odborné intervence.

Na druhou stranu výzkumně zjišťované rozdíly v účinnosti různých směrů psychoterapie jsou menší, než by odpovídalo často značným rozdílům v teoriích a metodách. Zdá se, že psychoterapie je do jisté míry účinná „jako taková“. Tento závěr vede k úsilí hledat a pojmenovávat základní uzdravné činitele psychoterapie, účinné faktory, které mohou být společné více, či dokonce všem psychoterapeutickým směrům a školám.

2.1.1 ÚČINNÉ FAKTORY PODLE KRATOCHVÍLA

Kratochvíl uvádí pět účinných faktorů společných pro různé psychoterapie.²

1. **Vztah mezi pacientem a terapeutem:** pacient má k terapeutovi důvěru a očekává od něj pomoc, terapeut má rozvinutou schopnost empatie, pacienta akceptuje a je přesvědčený, že mu může pomoci.
2. **Výklad poruchy:** výklad umožňuje pacientovi, aby porozuměl svým symptomům, sám sobě a svým osobním problémům.
3. **Emoční uvolnění, abreakce, katarze:** pacient ventiluje minulé traumatizující zážitky i současné starosti a konflikty s příslušnými emocemi.
4. **Konfrontace s vlastními problémy:** pacient se vlivem terapie přestane vyhýbat problémům a situacím, které nezvládal, a naučí se jim realisticky čelit.
5. **Posilování žádoucího chování:** bez ohledu na teoretickou orientaci psychoterapeuti posilují svými slovy a jednáním žádoucí chování pacienta a pomáhají k odstranění chování nežádoucího.³

¹ Např. Prochaska a Norcross (1999); Vymětal (2003); Levenson et al. (2005); Kratochvíl (2007); Levy (2009), Vybíral a Timulák (2010).

² Kratochvíl (2007), s. 108 an.

³ Viz oddíl 18.2.

2.1.2 ÚČINNÉ FAKTORY PODLE VYMĚTALA

Vymětal rozlišuje obecné (nespecifické) a specifické účinné faktory psychoterapie.⁴

Obecnými (nespecifickými) účinnými faktory autor rozumí děje a postupy, jimiž se v psychoterapii navozují žádoucí změny; jsou v různé míře přítomné u všech či téměř u všech psychoterapeutických směrů a přístupů:

1. Důvěryhodnost a jasná struktura celkové situace terapie.
2. Akceptace, empatie, autenticita a kongruence terapeuta (osobní vlastnosti a chování, jež odpovídají rogersovskému pojetí psychoterapie).
3. Důvěra klienta v terapeuta, klientovo pozitivní vyladění a očekávání zlepšení.
4. Získávání porozumění, přehledu a kontroly, zvyšování klientovy vlastní kompetence a jeho motivace ke změně.
5. Sebeexplorace, schopnost introspekce.
6. Vzájemná náklonnost a respekt ve vztahu mezi terapeutem a klientem.
7. Dodávání informací, sugesce a učení.

Specifické účinné faktory se podle autora objevují jen u některých psychoterapeutických směrů. Patří k nim:

1. Faktory související s rozumovou stránkou člověka: náhled, kognitivní korektivní zkušenost, pravdivé sebepoznání.
2. Faktory související s emoční stránkou člověka: emoční abreakce, katarze, emocionální korektivní zkušenost. Vymětal sem dále řadí transcendentální fenomén⁵ a zážitek hlubokého lidského setkání.
3. Faktory související s akční stránkou člověka: změna chování dosahovaná různými formami učení.

2.1.3 TRANSTEORETICKÉ ÚČINNÉ FAKTORY PODLE PROCHASKY A NORCROSSE

Pojem „transteoretických faktorů“ objasňují autoři⁶ tak, že tvoří společné a rozpoznatelné jádro všech forem psychoterapie, i když jim třeba příslušné teorie jednotlivých směrů nepřikládají význam. Uvádějí tři nejobecnější a nespecifické faktory:

1. pozitivní očekávání;
2. terapeutický vztah;
3. hawthornský efekt (věnování pozornosti).

Další faktory představují podle autorů relativně specifické příspěvky jednotlivých psychoterapeutických směrů k procesu změny:

4. zvyšování vědomí;
5. katarze, korektivní emoční zkušenost;

⁴ Vymětal (2003), s. 115 an.

⁵ V Rogersových intencích můžeme vysvětlit tento fenomén jako zážitek sebepřekročení, setření osobních hranic ve vztahu a setkání s druhými lidmi.

⁶ Prochaska a Norcross (1999), s. 18 an.

6. vybírání (volba alternativ);
7. podmiňování podnětu a manipulace s následky (dva základní postupy ke změně chování v behaviorálních terapiích; první souvisí s klasickým, druhý s operantním podmiňováním).⁷

2.1.4 VÝCHODISKA PRO VÝKLAD ÚZDRAVNÝCH FAKTORŮ

Z výše uvedeného je zjevné, že se různí autoři ve výčtu společných účinných faktorů psychoterapií do značné míry shodují; bylo by takřka zbytečné mít ambice na další osobitou formulaci. Tato knížka se o nic podobného nepokouší. Vychází z transteoretického uvažování Prochasky a Norcross, jejichž pojetí je přitažlivé zejména proto, že umožňuje pojmenovat i takové společné faktory, které některé směry a školy ve svých teoriích nereflktují a nepočítají s nimi ve svých praktických postupech. Budeme zde (zejména v první a druhé části knihy) pracovat s následující sestavou:⁸

1. pozitivní očekávání, naděje;
2. věnování pozornosti;
3. zvyšování/rozšiřování vědomí;
4. emoční uvolnění, katarze;
5. konfrontace;
6. volba alternativ;
7. tvarování chování;
8. terapeutický vztah.

Průzkum mezi českými psychoterapeuty, který uvádí následující oddíl, do jisté míry potvrdil, že tyto společné úzdravné činitele lze skutečně nalézt aspoň ve většině hlavních psychoterapeutických směrů.

2.2 PRŮZKUM ÚZDRAVNÝCH ČINITELŮ PSYCHOTERAPIE

V průzkumu podniknutém pro účely této práce se dvacet osm českých psychoterapeutů vyjádřovalo k tomu, jak vnímají význam výše uvedených úzdravných činitelů psychoterapie v jednotlivých psychoterapeutických směrech. Podrobnější informace o tomto průzkumu uvádí příloha 1. Jeho výstupy jsou vše jiné než „tvrdá data“ a často nesplňují požadavky statistické významnosti. Mohou však být zajímavým podnětem pro uvažování, které zdaleka nekončí. Výstupy průzkumu u jednotlivých směrů reflektují příslušné oddíly kapitol 9–18 v druhé části této knihy, zde uvádím jen průřezová zjištění a některé úvahy nad nimi. Popis jednotlivých faktorů, který byl respondentům předložen, se víceméně shoduje s tím, co uvádějí následující dvě kapitoly (tj. 3 a 4), takže si čtenář může udělat představu, k čemu se respondenti vlastně měli vyjadřovat.⁹ Další text odkazuje na obrázky 1–10.

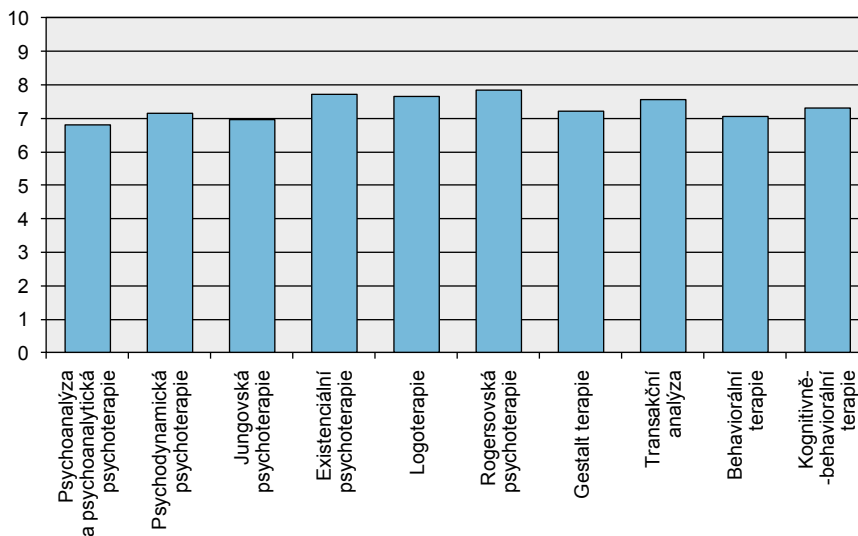
⁷ Viz oddíl 18.1.

⁸ Tento soubor účinných faktorů jsme opakovaně diskutovali s kolegy i se studenty; z těchto diskusí mj. vyplynulo i zařazení faktoru „konfrontace“. V psychoterapii přirozeně hrají roli i další činitele, např. typ, délka či struktura zvolené léčby, osobnost a styl používaný psychoterapeuty apod.

⁹ Není pochopitelně vůbec jisté, jak pozorně respondenti tento popis četli a zda se jím řídili. Některé výstupy vzbuzují pochybnosti.

1. Pozitivní očekávání, naděje

Rozdíly mezi jednotlivými psychoterapeutickými směry jsou takřka zanedbatelné. Na špatně položenou otázku ovšem nelze očekávat dobrou odpověď: dvě polohy tohoto činitele mohou mít zcela odlišný význam. Některé směry záměrně pěstují a budují pozitivní očekávání, jiné mají přitažlivou pověst, další otvírají naději a ještě dalším je to vcelku jedno. Chceme-li vůbec činit nějaké závěry z rozmezí jedné jednotky na škále 0–10, může být zajímavá úvaha, že na prvních místech se nacházejí směry, které spíše pojmenovávají pozitivní lidský potenciál. Poslední místo psychoanalýzy svědčí o jejím vnímání jako zcela neutrálního přístupu. Další asociace by byly při nevýznamných rozdílech čirou spekulací a lze mít za to, že tento faktor, který je více předpokladem působení než vlastním činitelem změny, obsazují různé směry vcelku podobně, mohou se však lišit tím, jak to dělají a zda jde o přímý záměr či vedlejší produkt.



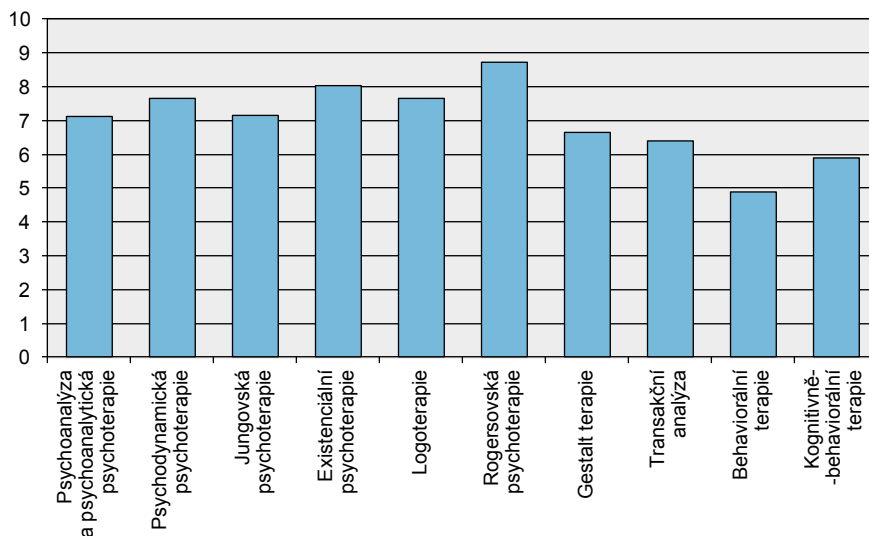
Obr. 1 Pozitivní očekávání, naděje

Zdroj: Výstupy z průzkumu účinných faktorů psychoterapie. Autor s pomocí NMS, 2010.

2. Věnování pozornosti

Zde již jsou přece jen patrné rozdíly, které lze brát v potaz. Podněcující otázku: co znamená v psychoterapii „věnovat pozornost“? Je to zaměření na člověka jako lidskou bytost, nebo na teorii dané filtry a schémata? Dáme-li stranou psychoanalýzu, pořadí tomu docela dobře odpovídá. Co se psychoanalýzy týče, objevovala se zde protikladná hodnocení s komentáři, která na jedné straně zdůrazňují dlouhodobé věnování pozornosti, na druhé straně evokují představu velmi neangažovaného a možná polospícího analytika v křesle za psychoanalytickou pohovkou.¹⁰

¹⁰ U nás se traduje výrok jednoho ze zakladatelů české psychoanalytické obce: „Pospávám, ale procitnu, když analyzand říká něco důležitého.“

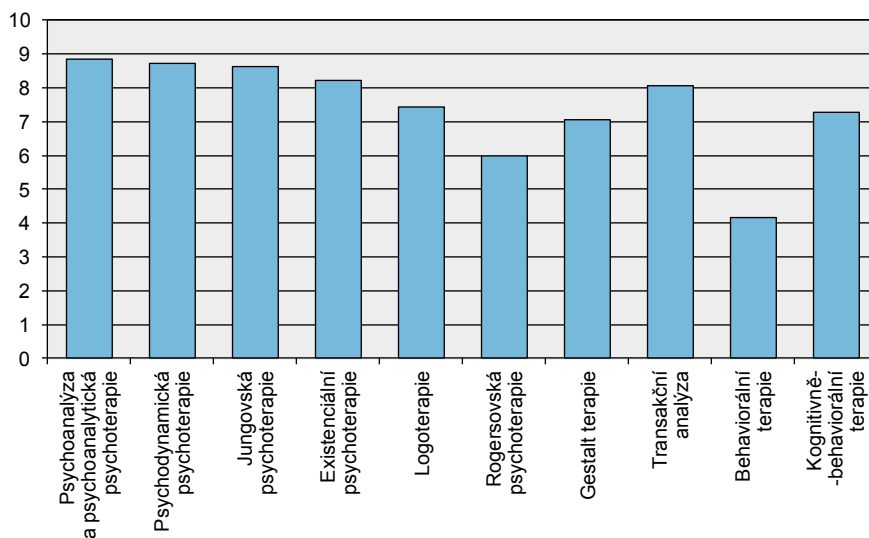


Obr. 2 Věnování pozornosti

Zdroj: Výstupy z průzkumu účinných faktorů psychoterapie. Autor s pomocí NMS, 2010.

3. Zvyšování/rozšiřování vědomí

Nepřekvapivě zde více bodují ty psychoterapeutické směry, pro něž je podstatné docílit v léčbě poznání dosud nevědomých obsahů lidské mysli a aspektů vztahování se k druhým lidem. Zvědomění nevědomého a jeho převedení do jazyka srozumitelného a přístupného druhým rozpoznávají respondenti jako dosti důležité také u kognitivně-behaviorální terapie na rozdíl od behaviorálních terapií v užším slova smyslu. Statistické zpracování ukazuje, že v hodnocení tohoto faktoru se respondenti shodovali více než u ostatních.



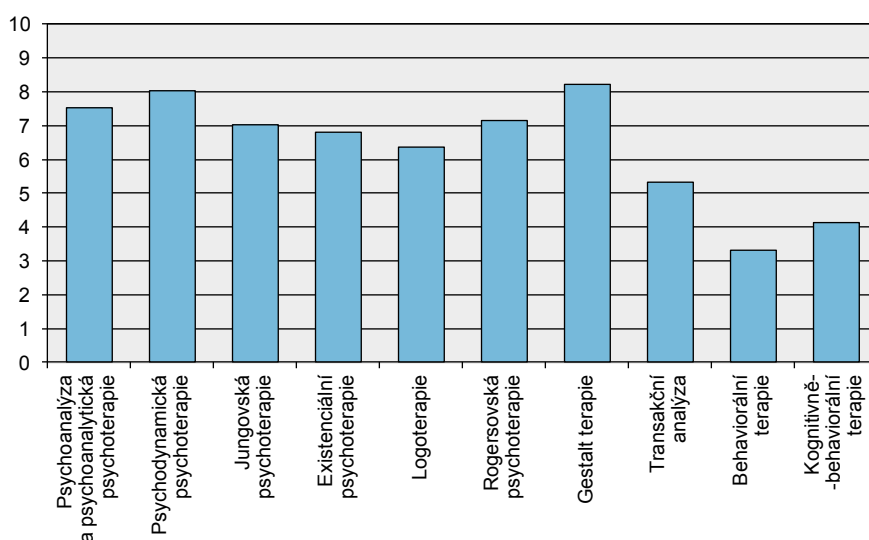
Obr. 3 Zvyšování/rozšiřování vědomí

Zdroj: Výstupy z průzkumu účinných faktorů psychoterapie. Autor s pomocí NMS, 2010.

4. Emoční uvolnění, katarze

Mnoho psychoterapeutů věří, že ani hluboké sebepoznání není příliš účinné, není-li zakotveno v emočním prožitku. Není ovšem jasné, zda respondenti chápali předchozí faktor pouze a výhradně jako kognitivní, rozumovou záležitost, zcela oddělenou od emocí, a emoční aspekt psychoterapeutických přístupů hodnotili pouze zde. Srozumitelné se zdá nízké skórování u behaviorálních a kognitivně-behaviorálních terapií, k nimž respondenti dosti přibližují transakční analýzu. Zajímavý je náznak komplementarity předchozího a tohoto faktoru u rogersovské psychoterapie a gestalt terapie, které v předchozím skórovaly méně a v tomto si to vynahrazují.

Statistické zpracování zjišťuje mezi tímto a předchozím faktorem vysokou odlišnost, což je inspirací pro další rozbor (které již nemohly vstoupit do obsahu této knížky): společně mohou tyto dva faktory vypovídat o intenzitě působení toho či onoho směru.



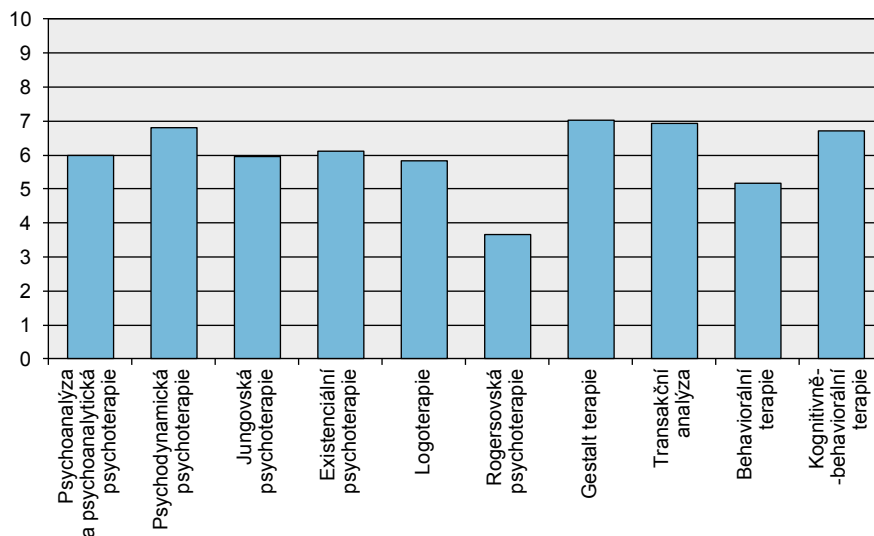
Obr. 4 *Emoční uvolnění, katarze*

Zdroj: Výstupy z průzkumu účinných faktorů psychoterapie. Autor s pomocí NMS, 2010.

5. Konfrontace

Výstupům lze porozumět pouze tak, že připustíme dvojí výklad: (1) přímou, terapeutem navozenou konfrontaci v terapeutické situaci, (2) konfrontaci vnitřní – čemu se musí pacient/klient v psychoterapii „postavit čelem“¹¹ při neobvyklém seznamování se s dosud neuvědomovanými složkami a perspektivami vlastního životního příběhu. Rogersovská psychoterapie podle respondentů zjevně není příliš „konfrontační“ či „konfrontující“ ani v jednom z těchto významů; napravo od ní přichází v úvahu spíše první, nalevo spíše druhý význam. Jistou opatrnost nalevo od rogersovské psychoterapie může přiblížit komentář jednoho respondenta, že česká psychoterapeutická obec přikládá pojmu „konfrontace“ spíše negativní význam.

¹¹ *Frons* = latinsky čelo.

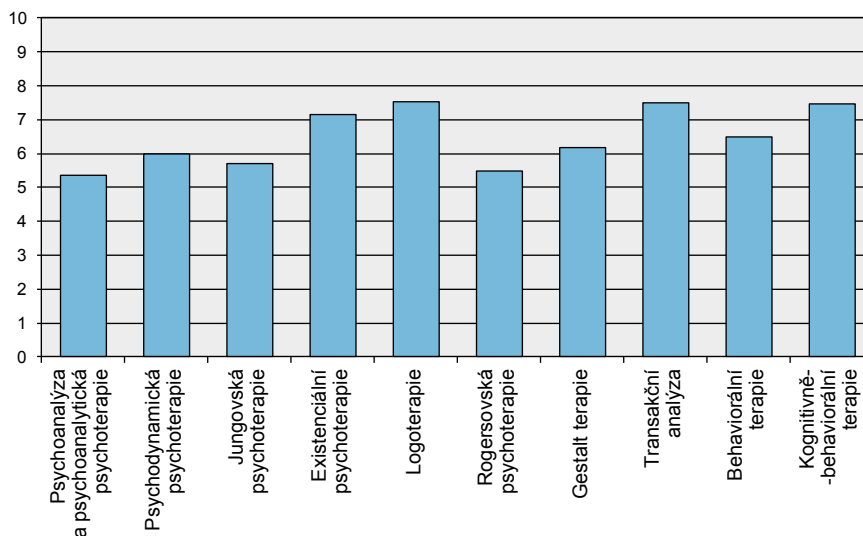


Obr. 5 Konfrontace

Zdroj: Výstupy z průzkumu účinných faktorů psychoterapie. Autor s pomocí NMS, 2010.

6. Volba alternativ

Výstupy je opět nutné poněkud dešifrovat (ještě více než u předchozího faktoru), protože zdánlivě neodpovídají tomu, co je jeho podstatou, tj. vědomému a svobodnému vybírání alternativ pro budoucnost, které vyplývá z náhledu a převzetí odpovědnosti. Zdá se, že část respondentů měla představu zcela odlišnou – volbu mezi alternativami, které ten či onen směr přímo nabízí. Statistické zpracování ukazuje, že v hodnocení tohoto faktoru se respondenti rozcházel daleko více než u všech ostatních. Je ale patrná určitá blízkost faktorů „konfrontace“, „volba alternativ“ a „tvarování chování“ (faktory s dopadem na vědomé jednání?), což si zaslouží pozornost při dalších analýzách.

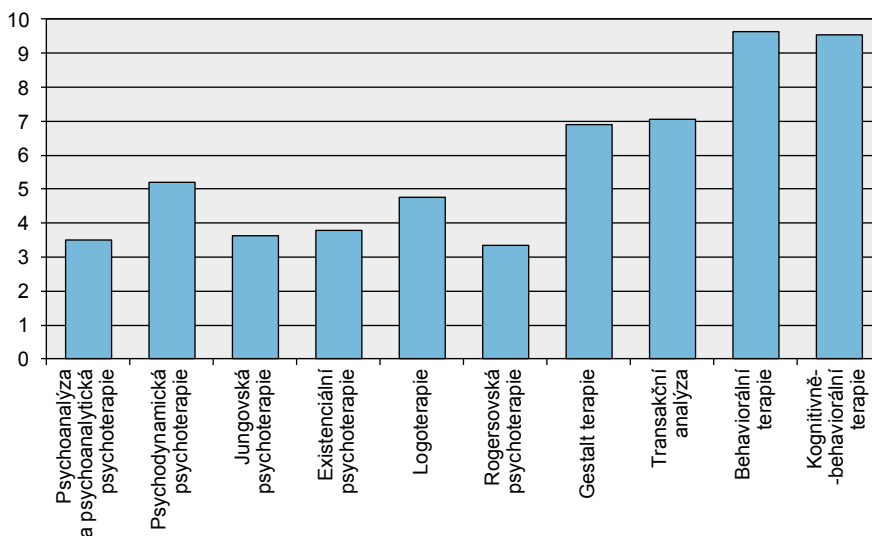


Obr. 6 Volba alternativ

Zdroj: Výstupy z průzkumu účinných faktorů psychoterapie. Autor s pomocí NMS, 2010.

7. Tvarování chování

Změna dosažená v jakékoliv psychoterapii se nakonec musí projevit v tom, že člověk vůči sobě i druhým jedná jinak než předtím. Hodnocení tohoto faktoru našimi respondenty je ale na rozdíl od předchozích zcela jednoznačné: jde o přímý vliv terapie na chování – nikoliv o to, zda a jak určitý psychotherapeutický přístup ovlivňuje chování nepřímě. Nepřekvapivě tudíž dominují behaviorální a kognitivně-behaviorální terapie a význam, přisuzovaný tomuto faktoru u gestalt terapie a transakční analýzy, má rovněž své opodstatnění. Nic to ovšem nemění na klinicky ověřených poznatcích, že změny chování navozené nepřímě, např. prostřednictvím většího sebepoznání či korektivní emoční zkušenosti, mohou mít dlouhodobější dopad než změny přímo vyvolané, např. nácvikem.

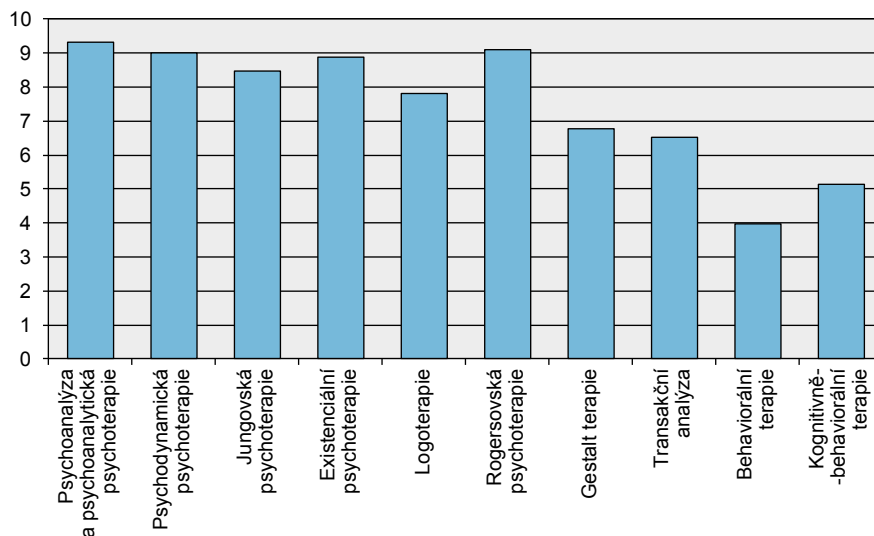


Obr. 7 Tvarování chování

Zdroj: Výstupy z průzkumu účinných faktorů psychoterapie. Autor s pomocí NMS, 2010.

8. Terapeutický vztah

Psychoterapeut s terapeutickým vztahem pracuje, i když s ním nepracuje, resp. i když s ním příliš nepracují jeho teoretická východiska. Terapie spíše či výslovně zaměřené na změnu chování jsou přece jen neodmyslitelné od určité platformy terapeutického spojení pro práci na klientových problémech, přičemž rozdíl přisuzovaný významu terapeutického vztahu u behaviorálních terapií v užším slova smyslu a terapií kognitivně-behaviorálních má jistou výpovědní hodnotu. Nepřekvapivě dominuje rogersovská psychoterapie, pro niž je autentický terapeutický vztah vším nebo téměř vším, a psychoanalýza a její psychodynamická aplikace, které umí využívat i neautentické (přenosové) podoby terapeutického vztahu. Za zmínku stojí nepřímá úměrnost mezi tímto a předchozím faktorem – „čím více důrazu na tvarování chování, tím méně důrazu na terapeutický vztah“, která se týká i gestalt terapie a transakční analýzy. V hodnocení tohoto faktoru byla shoda respondentů nejvyšší ze všech.

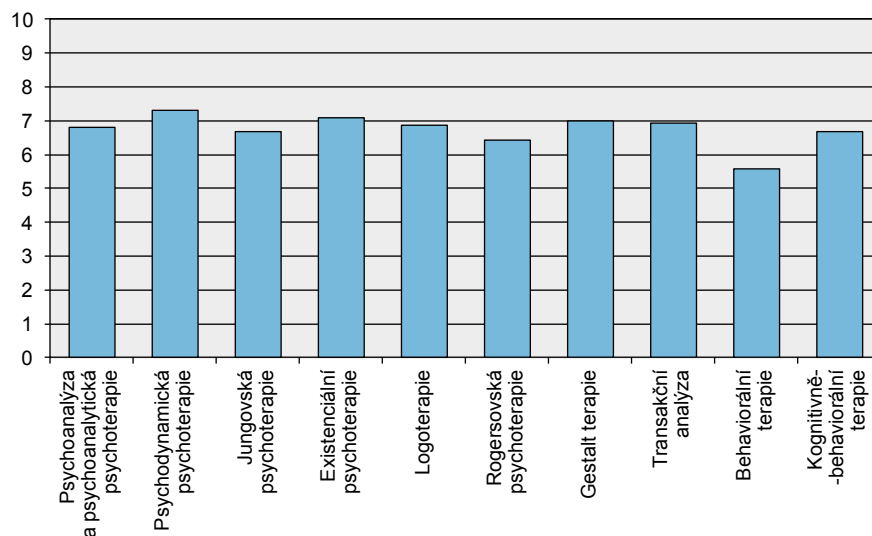


Obr. 8 *Terapeutický vztah*

Zdroj: Výstupy z průzkumu účinných faktorů psychoterapie. Autor s pomocí NMS, 2010.

9. Celkové hodnocení

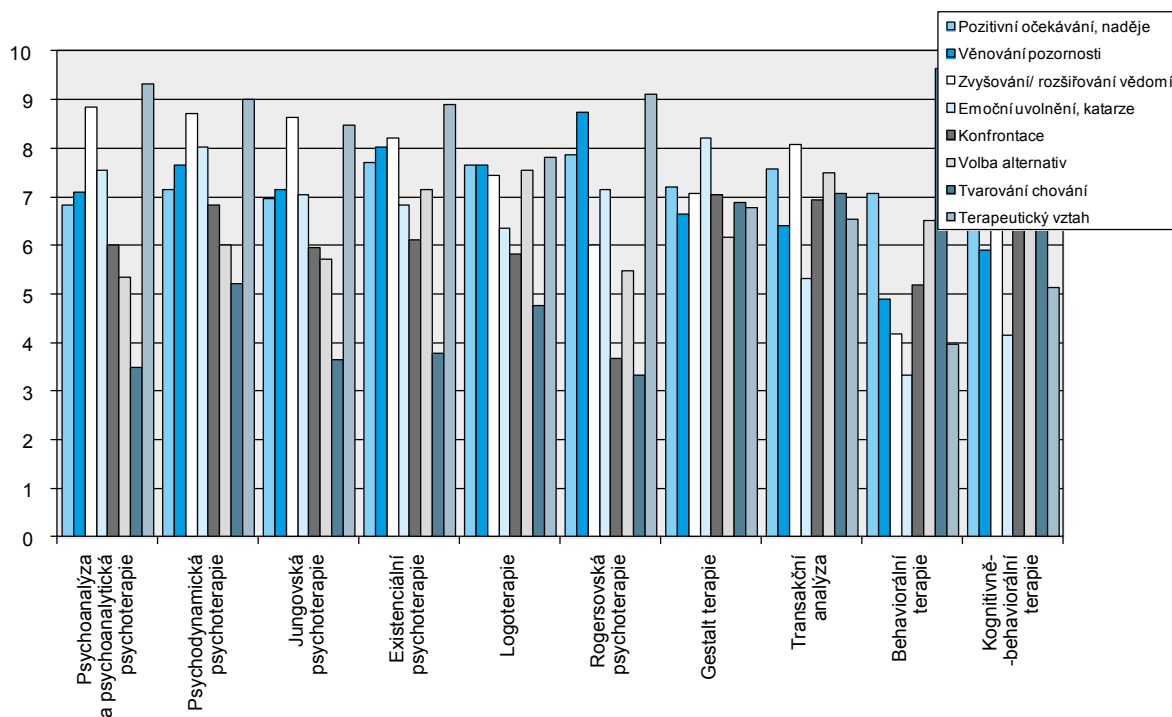
Vzhledem k metodologii průzkumu by bylo velmi pošetilé činit z celkového skóre závěry typu „tento směr je lepší/horší než...“. Zdá se, že většina zde sledovaných psychoterapeutických směrů disponuje určitou skladbou a intenzitou úzdravných činitelů, schopných jako celek navodit, či aspoň nastartovat žádoucí změnu. Nejnižší kapacitu z tohoto hlediska lze přisoudit behaviorálním terapiím v užším slova smyslu; rozdíl mezi nimi a terapiemi kognitivně-behaviorálními má přece jen jistou signifikanci. Druhé nejnižší místo rogersovské psychoterapie může být podnětem pro seriózní debatu o možnostech a mezích tohoto přístupu; další rozdíly už pro seriózní debatu nejsou příliš slibné.



Obr. 9 *Celková hodnota pro každou metodu*

Zdroj: Výstupy z průzkumu účinných faktorů psychoterapie. Autor s pomocí NMS, 2010.

Celkové výstupy spíše korespondují se svědectvím výzkumu, který účinnost psychoterapie prokazuje bez pochyb, zatímco rozdíly v účinnosti jednotlivých směrů se prokazují s většími pochybnostmi, pokud vůbec významuplně.¹²



Obr. 10 Souhrnný graf faktory/metody

Zdroj: Výstupy z průzkumu účinných faktorů psychoterapie. Autor s pomocí NMS, 2010.

2.3 EXISTENCIÁLNÍ FAKTORY

„Existenciální faktory“ tvoří specifickou kategorii terapeutických faktorů skupinové psychoterapie podle Irwina Yaloma.¹³ Charakterizují ji následující výroky:

- Zjistil jsem si, že život je někdy nespravedlivý a tvrdý.
- Uvědomil jsem si, že z lidské bolesti a smrti není úniku.
- Pochopil jsem, že i když mám k ostatním hodně blízko, musím čelit životu sám.
- Postavil jsem se tváří v tvář svému životu i smrti a začal jsem tak žít víc upřímně a méně spoután malichernostmi.
- Zjistil jsem, že musím převzít odpovědnost za to, jak žiji svůj život, bez ohledu na to, jak mnoho podpory a vedení dostávám od ostatních.

¹² Viz Levy (2009).

¹³ Yalom (1999); Yalom a Leszcz (2007). Viz též zde oddíly 12.1, 12.2, 31.2.

Yalomovy existenciální faktory ovšem prostupují veškerou psychoterapii, nejen skupinovou. Yalom svým výzkumem přivedl opět do středu pozornosti existenciální témata, která pokládá za psychodynamiku základních otázek lidského života: odpovědnost, základní osamocení, náhodnost, nevypočitatelnost existence, smíření s naší smrtelností a z toho vyplývající důsledky pro cestu životem.¹⁴ Tato témata nastolila v plné míře existenciální psychoterapie, ale již předtím je reflektoval G. G. Jung. Rovněž zakladatelé analytické skupinové psychoterapie, Foulkes a Anthony, upozorňují například na to, že v souvislosti s ukončením terapie se vynořují existenciální témata odloučení, samoty a smrti.

K existenciálním faktorům má blízko zejména dodávání naděje, altruismus (prosociální nastavení na toleranci, přijetí a pomoc druhým) a katarze ve smyslu vnitřní proměny a „obrácení“. V souvislosti s odpovědností lze sem zařadit i svobodnou volbu alternativ v postoji vůči vlastní minulosti a budoucím životním perspektivám. Nesporným adeptem na místo v okruhu existenciálních faktorů jsou i zážitky sebepřekročení (transcendentální fenomén) a zážitky skutečného lidského setkání, o nichž píše Vymětal.¹⁵

Skupina existenciálních faktorů v užším ani širším či nejširším pojetí nebyla zařazena jako zvláštní položka do našeho průzkumu úzdravných činitelů psychoterapie. Jistě není vyhrazena pouze existenciálním psychoterapiím a je obtížné vůbec o nich uvažovat jako o faktorech, které určitý psychoterapeutický směr využívá více či méně. Záleží na individuálním terapeutovi a individuálním klientovi, zda v jejich vztahu mohou být osloveny.¹⁶

2.4 SILNÁ A SLABÁ MÍSTA PSYCHOTERAPIÍ

Stejně jako skupina existenciálních faktorů byla „přidanou hodnotou“ Yalomova výzkumu, objevila se při našem průzkumu účinných faktorů či úzdravných činitelů „přidaná hodnota“ v podobě několika nepříliš sourodých kritérií, podle nichž by bylo možné určitý psychoterapeutický směr hodnotit.

Patří k nim:

- konkretizace, popsatelnost a opakovatelnost metod, jak se projevuje například ve způsobu získání kvalifikace pro praktikování psychoterapie v určitém směru (zda jím je trénink dovedností podle manuálů nebo sebezkušenostní výcvik v roli subjektu změny), s tím, že teoretické znalosti jsou předpokládány vždy;
- vztah k *evidence-based* přístupu, tj. k výzkumnému ověření východisek a postupů;
- komplexní pojetí člověka a lidských problémů v protikladu s redukcionismem v jakémkoliv smyslu;
- charakteristiky a porovnání spektra účinných faktorů;
- možnosti a meze skutečného uplatnění, rozšíření a význam v určitých sektorech, např. ve zdravotnických institucích, v soukromých praxích, v poradenství apod.;
- význam pro svépomoc: co dotýčný směr nabízí mimo vlastní rámec psychoterapeutického působení a/nebo pro pokračování změny;
- zacházení s mocí: jak dotýčný směr reflektuje a reguluje nerovnováhu vlivu a informační nerovnováhu v terapeutickém vztahu;
- kapacita pro integraci: tím rozumíme schopnost určitého směru propojovat se s jinými nebo do sebe zahrnout některé jejich prvky;
- význam pro adiktologii: přímé či nepřímé dopady, použití v léčbě poruch z užívání návykových látek a obdobných závislostních poruch.

¹⁴ Viz Yalom (2006).

¹⁵ Vymětal (2003).

¹⁶ Viz May (1967); Yalom (2006), zde oddíl 12.3.

Do této knížky bylo možné zařadit jen pokusy o nepříliš strukturovanou a nepříliš vzájemně konzistentní reflexi těchto parametrů v závěrečných oddílech kapitol v části 2. Jistě však jde o téma pro další transteoretický výzkum.

3. OD REALISTICKÉHO OČEKÁVÁNÍ K REÁLNÉMU CHOVÁNÍ

Zde podávaný výklad úzdravných faktorů společných různým psychoterapiím vychází volně nejen z Prochasky a Nocrrosse, ale též z dalších autorů uvedených v předchozí kapitole, z Irwina Yaloma¹ a z mých předchozích prací.² S ohledem na účel této studijní příručky se zde také uplatňuje hledisko psychoterapie u návykových poruch. Terapeutický vztah jako faktor hodný zvláštního zřetele je pojednán samostatně v další kapitole.

1. Pozitivní očekávání, naděje

Pozitivní očekávání patří mezi nejčastěji zkoumané, ale také nejčastěji diskutované společné faktory různých psychoterapií. Výsledek terapie je svým způsobem ovlivněn očekáváním pacienta, přičemž základní hypotéza předpokládá, že čím více klient od léčby očekává, tím bude léčba úspěšnější. Má se však za prokázané, že psychoterapie je účinnější než nespecifické metody, které pracují pouze s pozitivním očekáváním, což znamená, že účinek psychoterapie není možné redukovat na tento faktor. Lze říci, že pozitivní očekávání není součástí ústředního procesu změny, ale patří k základním předpokladům psychoterapeutické léčby.

Prochaska a Norcross zde uvádějí Thoreyovu metaforu „komplex budovy“, který obsahuje klientovu víru v instituci, dveře na konci jeho pouti, důvěru v terapeuta a léčbu.

Očekávání uživatelů drog od psychoterapeutické léčby je zejména na počátku různorodé. Klienti obvykle hledají východisko ze svízelné osobní situace či pomoc tam, kde předchozí pokusy selhaly, často ale také doufají v oddálení naléhavých problémů v rodině, v zaměstnání, s úřady apod., někdy ve vymizení nebo ústup obtíží i v možnost sami pro sebe něco udělat. Výše uvedená Thoreyova metafora je však pro většinu těchto očekávání použitelná. Psychoterapeutický program představuje dveře na konci jedné životní etapy, které by měly vést do etapy jiné, příznivější a snesitelnější. Léčba znamená pro většinu klientů nemalé investice co do času, peněz a energie, s níž čelí nepohodlí, nezvyku a stresu, a nepodstupovali by ji, kdyby si nemysleli, že jim pomůže, a kdyby nevěřili v určitou návratnost těchto svých investic.

Metafora domu a dveří se často objevuje ve snech klientů. Jedna naše klientka měla před nástupem léčby sen o bílém domku se zelenými dveřmi; toužila ke dveřím přijít a otevřít je a měla dojem, že jsou téměř na dosah. Ale když vyšla směrem k nim, zjistila, že mezi ní a bílým domkem je hluboký kaňon, do něhož cestička strmě a křivolace sestupuje a na druhé straně opět strmě šplhá do výšky. Dojít k vytouženým zeleným dveřím znamenalo vydat se na dlouhou, strastiplnou pouť. Váhala, ale vykročila na ni: nejprve ve snu, pak i ve skutečnosti.

Pozitivní očekávání souvisí s **motivací ke změně**. Stojí za to si zde připomenout „kolo změny“, cyklický model, jak ho popsali Prochaska a DiClemente (prekontemplace, kontemplace, rozhodování a odhodlání, jednání, udržování změny/relaps).³ Vstup do psychoterapeutické léčby je v jistém smyslu již akcí, jednáním a pokusem o změnu, jinak však klient zdaleka nemusí mít o své změně konkrétní představy ani k ní nemusí být odhodlán, může o ní teprve uvažovat a vyrovnávat se vnitřně s její možností a/nebo nutností.

¹ Viz oddíl 32.2 o účinných faktorech skupinové psychoterapie. Některé zde uváděné výklady a formulace se v uvedené kapitole znovu objevují.

² Kalina (2008), kapitola 13; Kalina a Miovský (2008).

³ Viz oddíl 29.1.

Očekávání změny, nastavení na změnu v určitém čase je však důležité. Často zjišťujeme, že klient hledá to, co vlastně už našel – objevil nebo vytušil v sobě aspoň jako možnost.

Jiná klientka říká o snu, který předjímal její odhodlání: „Viděla jsem v hluboké noci světlo na vzdáleném obzoru. Jako by tam někdo seděl u ohníčku. V tom snu jsem věděla, že ten ohníček tam byl už předtím, ale najednou tam byl pro mne, byla jsem to já, koho se to týkalo.“

V tomto smyslu můžeme pozitivní očekávání nazvat **nadějí**. Podle Eriksona naděje není filozofickým konstruktem, ale základní psychobiologickou podmínkou přežití.⁴ Irwin Yalom⁵ staví „dodávání naděje“ dokonce na první místo ve svém výčtu terapeutických faktorů. Poznání a vědomí, že cíl je dosažitelný a změna je možná, překonává demoralizaci a podporuje odhodlání zapojit se do procesů a pracovat na sobě. Některé psychoterapeutické směry vytvořily specifické techniky na posilování pozitivního očekávání, jiné na naději odpovídají nepřímě. Důležité je, aby konkrétní program psychoterapeutické léčby přesvědčoval vnitřní konzistencí, poctivostí (poskytuje to, co slibuje), důvěryhodností a čestností terapeuta, případně dalších členů týmu, a celkovou atmosférou.⁶

V souvislosti s pozitivním očekáváním a s nadějí je třeba zmínit **demoralizační hypotézu** J. B. Franka.⁷ Autor se domnívá, že účinné faktory psychoterapie (včetně navázání nosného vztahu k terapeutovi) se nejlépe uplatní v situaci debaklu. Pacient se cítí slabý a bezradný, chce pomoc a nedostává ji, ztrácí všechny jistoty, prožívá pocity viny a vztek. Demoralizace zintenzivňuje symptomy a naopak. Autor zdůrazňuje, že by se terapeut neměl zaleknout a pacienta konejšit. Pacient snad zkouší, zda bude i takto přijat. Dostává se do stavu emoční excitace, snadno naváže vztah, chce získat naději i pocit sebedůvěry a od tohoto nejnižšího bodu se to vše skutečně naplňuje. Demoralizační hypotéza upozorňuje na skutečnost, že debakly v závislostní kariéře mohou mít potenciál katarze a stát se „bodem obratu“,⁸ potvrzuje význam krizí v procesu léčby a uzdravy.⁹ Musíme se však ptát: je opravdu nezbytné čekat na pacientův/klientův debakl s mnoha často nenahraditelnými ztrátami jako na pravou motivaci ke změně a nejvhodnější začátek terapie, jak se na to často věří v léčbě závislostí?

Sen o zelených dveřích, k nimž vede cesta přes hluboký kaňon, zároveň vzbuzuje jinou otázku: opravdu platí, že čím více klient od léčby očekává, tím bude léčba úspěšnější? Nadměrná očekávání bývají brzy zklamána. Nepříznivá jsou taková přání léčby, která vyplývají z dětské touhy po bezpečí a ochraně nebo z představy magické moci terapeuta, který jako mocný rodič změnu zařídí. Do svých očekávání musí pacient zahrnout i vlastní práci na změně a postupně stále více mít pozitivní očekávání od sebe sama.

2. Věnování pozornosti (hawthornský efekt)

Tzv. hawthornský efekt spočívá v prosté psychologické zákonitosti, že lidé jsou schopni zlepšit své chování, pokud se jim dostává zvláštní pozornosti.¹⁰ Předpokládá se, že je způsoben nárůstem morálky a úcty k sobě samému, který lidé prožívají, když si jich ostatní všímají.

⁴ Erikson (2002).

⁵ Yalom a Leszcz (2007). Viz též oddíl 32.2 o účinných faktorech skupinové psychoterapie.

⁶ Viz De Leon, oddíl 29.2.

⁷ Frank a Frank (1991). Autoři formulují svoje pojetí účinných faktorů psychoterapie velmi podobně jako Prochaska a Norcross.

⁸ Viz oddíl 23.2 a klinická ilustrace 8 (Štěpán).

⁹ Mimo jiné se s důležitostí krizí pro terapeutický vývoj setkáváme v terapeutických komunitách – viz kapitoly 35 a 36.

¹⁰ Prochaska a Norcross (1999), s. 20 an., citují klasickou hawthornskou studii z roku 1939, při níž Roetschilberger a Dickson zkoumali vliv zlepšených světelných podmínek na produktivnost výroby a přitom zjistili, že účastníci studie zvýšili svůj pracovní výkon jednoduše proto, že byli zkoumáni – výzkumníci byli s nimi, všímali si jich a věnovali jim zvláštní pozornost.

Klienti s vážnějšími poruchami duševního zdraví – včetně klientů závislých na návykových látkách – si obvykle na nedostatek pozornosti nemohou stěžovat: jejich chování vyvolává pozornost rodiny a blízkých, zaměstnavatelů, lékařů, úřadů apod. „Zvláštní“ pozornost zde musíme chápat jako pozornost přijímající a nesoudící, která zvyšuje klientovu morálku a úctu k sobě samému. Souvisí s dodáváním naděje. Kooyman¹¹ píše, že v době vstupu do léčby zažívá klient často pocity beznaděje a bezcennosti, a je proto zásadně důležité, aby léčebném programu našel atmosféru, ve které není považován za beznadějný případ.

Akceptující, neodsuzující a rozumějící pozornost je nezbytnou součástí terapeutického vztahu. Míra pozornosti se specificky liší u individuální a skupinové terapie. Ve skupině je pozornost terapeuta (terapeutů) rozložena mezi všechny členy skupiny, čímž je sice limitována výlučnost jednotlivého klienta, na druhé straně vstupuje do hry pozornost ostatních členů skupiny jako multiplikace tohoto faktoru.

O jednom ze svých učitelů psychoterapie, předčasně zemřelém Zdeňku Mrázkovi, jsem slyšel krásný výrok od jeho bývalé pacientky: „Jeho citlivá pozornost byla jako vlídné světlo lampy, u které jsem mohla klidně sedět a číst v knize svého života.“

Tím je o hawthornském efektu v psychoterapii řečeno téměř vše: to, že terapeut věnuje klientovi pozornost, má klienta přivést k tomu, aby věnoval pozornost sám sobě.

3. Zvyšování/rozšiřování vědomí

Procházka a Norcross hovoří o **zvyšování vědomí** jako o jednom ze základních činitelů v procesu změny. Terapeuti různého zaměření jej využívají již více než sto let, počínaje Freudem, jehož základní psychoterapeutický záměr byl učinit nevědomé vědomým, „aby bylo Ego tam, kde je Id“.

Sebepoznávání a sebeexplorace jsou podporovány objasňováním dosud skrytých souvislostí a nevědomých psychologických obran, které klienti zhusta používají k zahnání ohrožujících emocí, impulzů nebo kognitivních podnětů.¹²

Velký význam má **verbalizace** – „překlad“ prožitků a chování do pojmového a syntaktického jazyka. Umožňuje klientovi pojmenovat posud nepojmenované a tím se dostávat do kontaktu s jeho tělem, emocemi a vlastním jednáním v interpersonálních vztazích a neuvědomovanými životními scénáři, které pak může lépe rozpoznávat, zpracovat, zvládat a měnit. V individuální i skupinové psychoterapii se zvyšování vědomí často odehrává na základě zpětných vazeb.

U kognitivně-behaviorálních přístupů má „zvyšování vědomí“ podobu popisu neuvědomovaných vzorců a strategií chování a/nebo myšlenkových pochodů, což vede k pochopení toho, co a jak má být v behaviorální rovině změněno.¹³

Nelze podceňovat ani **psychoedukativní aspekty** psychoterapie. Podle Kratochvíla výklad problému či poruchy umožňuje klientovi lépe porozumět jeho obtížím, sobě samému i svým osobním problémům. Rámec a filozofie výkladu poruchy (čili zvyšování vědomí psychoedukativní cestou) se značně liší mezi jednotlivými psychoterapeutickými přístupy, výsledný efekt však nezáleží na druhu podaného výkladu ani na jeho „správnosti“ či vědecké validitě, ale na tom, zda jej klient vnímá jako dostatečně smysluplný pro sebe samého. Pro klienta je zřejmě nejdůležitější se ujistit, že tomu, co prožívá, lze v nějakém obecnějším rámci vůbec porozumět a že terapeut tento obecný rámec zná a bezpečně se v něm pohybuje.

¹¹ Kooyman (2007).

¹² Mikota (1995); Leeds a Morgernstern (1999); SAMSHA (2006).

¹³ Viz kapitola 19.

Cenným plodem zvyšování vědomí je **náhled**, který se popisuje v několika stupních:¹⁴

1. **Náhled na psychogenní podstatu obtíží:** klient si uvědomuje souvislost mezi svými obtížemi a svými duševními stavy a pochody, což se nesnadno přijímá lidem s vážnými poruchami duševního zdraví (psychózy, hluboká narušení osobnosti), lidem s psychosomatickými problémy či s neurastenicko-hypochondrickými rysy, ale i drogově závislým. Tento typ náhledu je zásadní podmínkou pro to, aby klient na psychoterapii přistoupil a měl z ní prospěch.
2. **Interpersonální náhled:** klient si uvědomuje způsob, jak svým zkresleným sebepojetím a pojetím druhých i světa, svými projevy a svým chováním spoluvytváří neutěšené, konfliktní a úzkost vyvolávající mezilidské situace, zklamávající vztahy či osamělost – „co provádí druhým lidem i sám sobě“. Tento typ náhledu se postupně rozšiřuje i na poznání zralejších a zdařilejších alternativ.
3. **Genetický náhled:** klient si uvědomuje souvislost mezi současnými problémy a dosud nevědomými, potlačenými událostmi (frustrovaná přání, konflikty, traumata) ve vzdálenější osobní minulosti, zejména v dětství. Tento typ náhledu vede ke změně postoje k vlastní minulosti, k vyrovnání vztahů k důležitým osobám a k osvobození od svazujících představ a generalizací.

4. Emoční uvolnění, katarze

Procesy související se zvyšováním vědomí se téměř nikdy neomezují na kognitivní rovinu: jsou většinou velice osobní a snadno vyvolávají kromě kognitivní reakce i silnou reakci emocionální.

Mnoho klientů v psychoterapii má problémy s ohrožujícím potenciálem vlastních emocí, s jejich zvědoměním, přijetím a zpracováním. Týká se to rovněž lidí závislých na drogách.¹⁵ Psychoterapeutické přístupy v léčbě závislých se často odkazují na Casrielovu koncepci drogově závislého jako „člověka se zamrzlými emocemi“, který trpí úzkostí a bolestí, s níž nemůže ani bojovat, ani jí uniknout. Místo toho, aby maskoval a zkresloval svoje náhlá emoční hnutí, osobnost s narušeným charakterem potlačuje emoce vůbec. Umísťuje svoje pocity mimo dosah vědomí, uzavírá je do ulity nevědomí a nevědomě vytváří emoční izolaci.

V bezpečném rámci psychoterapie se mohou uvolnit emoce, které dosud nebylo možné projevit – například pro nutnost sebeovládání, kvůli studu, hrdosti, obavě z negativních následků nebo traumatizace druhého. Zápověď, potlačování či nedůstojnost emocí často patří k rodinným vzorcům, které si člověk přináší do dospělosti. Bezpečí terapeutického vztahu nebo skupinového prostředí umožňuje klientům se potlačených emocí znovu dotknout a projevit je. Objevuje se pláč, smutek, úzkost i vztek, často následují rozpaky a nakonec úleva.

Zásadním momentem emočního uvolnění je **zážitek přijetí** (terapeutem, skupinou, sebou samým) i s vlastními slabostmi a temnými stránkami. Přijetí a sebepřijetí umožňuje klientovi projevovat, vyslovovat a zpracovávat negativní emoce a postupně se dostávat k prožívání a vyjadřování emocí pozitivních, s čímž má mnoho lidí ještě větší problémy než s emocemi negativními.

Zážitek přijetí úzce souvisí s **korektivní emoční zkušeností** a je vlastně první zkušeností tohoto typu, kterou klient v psychoterapii získává. Korektivní zkušenost znamená, že se klient setkává s jinou odpovědí terapeuta či skupiny, než na jakou byl zvyklý ze svého předchozího života, jakou spoluvytvářel a jakou očekával na základě svých nesprávných generalizací, projekcí či přenosů. Tento klíčový fenomén psychoterapeutické změny má ovšem nejen rozměr emočního prožitku, ale také rozměr poznání: lze říci, že zvyšování vědomí a emoční uvolnění se zde setkávají a posilují navzájem.

¹⁴ Podle Vymětal (2003); Levenson et al. (2003); Kratochvíl (2006); Yalom a Leszcz (2007). Pojem „vhled“, používaný v psychoanalytické a psychodynamické literatuře, je spíše ekvivalentem genetického náhledu, zahrnujícím i náhled interpersonální.

¹⁵ Mikota (1995); Leeds a Morgernstern (1999); Casriel, cit. in Broekaert (2001); Khantzian et al. (2005).

5. Konfrontace

Důležitým předpokladem možnosti změny v psychoterapii je otevřená **konfrontace s vlastními problémy**.¹⁶ Klient se po vstupu do terapie zvýšeně zabývá sebou samým (věnuje se sebeexploraci), tudíž se zabývá i problémy a situacemi, kterým měl tendenci se vyhýbat, protože je nezvládal. Jindy jde o konfrontaci s tíživými a vytěsněnými zážitky z osobního příběhu nebo s možnostmi a mezemi vlastní existence. Klient se učí jim realisticky čelit a zjišťuje, že nemusí docházet ke katastrofickým následkům. Může pak zažít i pocit úspěchu (třeba vlivem svého změněného postoje).

Psychoterapeutické přístupy u drogově závislých věnují konfrontaci značnou pozornost.¹⁷ Jejím záměrem je, aby klient opustil svoje dosavadní psychologické obrany. „Konfrontace“ pak znamená vystavení se podnětům, které vedou ke zvyšování vědomí a k emočnímu uvolnění. V terapeutických komunitách pro drogově závislé se udržuje (zejména v zahraničí) kultura konfrontace ve smyslu nešetřících zpětných vazeb vůči klientovu chování a silného skupinového tlaku na náhled a změnu. Současně ovšem platí, že tento typ konfrontace má být zaměřen na chování, nikoliv na osobu, a má terapeutický účinek pouze v prostředí pevných, akceptujících vztahů a skupinové či komunitní sounáležitosti.

Podle Richterové Těmínové¹⁸ konfrontace není cílem, ale nezbytným prostředkem růstu, získání náhledu, uvědomění si hranic. Emoce doprovázející konfrontaci jsou úrodnou půdou pro proces učení, pomáhají na cestě od změny postoje ke změně chování. Konfrontace je však třeba kultivovat a dbát na to, aby nebyly zraňující.

6. Volba alternativ

Jako výsledek konfrontace ve všech výše uvedených významech dospívá klient k akceptování problémů, ke kognitivnímu i emočnímu náhledu a k převzetí odpovědnosti za svoje počínání: „jsem to já, kdo tohle dělá sobě samému a druhým lidem“. To je základem pro vědomé a svobodné vybírání alternativ pro budoucnost.

Otevřená konfrontace s vlastními problémy a svobodné a odpovědné rozhodování je v psychoterapii drogově závislých klíčovou záležitostí. Vědomí nových alternativ vede k zvýšené možnosti volby a k posunu k osobní svobodě, v duchu přesvědčení sdíleného analytickými i existenciálními směry, že setrvávání ve lži či nepravdě o sobě, o druhých a o světě je ne-mocí ve smyslu bezmoci a že pravda má osvobozující a uzdravující potenciál.¹⁹ Počítá se však i s úzkostí a obavami z přijetí odpovědnosti za vlastní budoucnost.

7. Tvarování chování

Psychoterapie ovlivňuje chování buď přímo, nebo nepřímo (tím, že ovlivňuje osobnost nebo některé její složky a psychické funkce), ale ovlivňuje je vždy.

Většina psychoterapeutických přístupů u drogově závislých se zabývá různými formami učení (učení podmiňováním, učení nápodobou, učení prostřednictvím krizí, sociální učení, interpersonální učení apod.), z nichž rezultují nové a adaptivnější vzorce chování. Klient se například může naučit, jak se vyhýbat spouštěčům nebo rizikovým situacím pro užití drogy, jak tyto situace zvládat, jak plánovat, řešit problémy a odkládat uspokojení a získávat je jiným způsobem než užitím drogy.

¹⁶ Kratochvíl (2006).

¹⁷ Viz Kooyman (1993); Kalina (2008).

¹⁸ Richterová Těmínová (2007a).

¹⁹ Výrok „pravda vás učiní svobodnými“, k němuž se hlásí řada psychoterapeutických směrů, je připisován sv. Augustinovi, církevnímu učiteli ze 4. století.

V psychoterapeutických programech se uplatňuje i přímý nácvik interpersonálních a sociálních dovedností, jako je hraní rolí, vyjadřování pozitivních i negativních emocí, sebeprosazení (nácvik asertivity, konstruktivní hádka), nácvik sebeovládání apod.

Možnost zkusit si v chráněném prostředí různé typy chování vede k rozšiřování repertoáru osobních kapacit a k překonání dodavadních nefunkčních stereotypů a rigidity v reakcích a postojích. Terapeut, případně skupina, změny v chování podporují, posilují žádoucí vzorce a upozorňují na přetrvávající vzorce nefunkční. Klient postupně uplatňuje nové vzorce chování mimo terapeutické prostředí, a setká-li se s pozitivní odezvou, dochází k rozvoji **adaptivní spirály**,²⁰ která přetrvává i po skončení terapie.

|| Klinická ilustrace 1

„Už dlouho jsem si nevšimla žádné květiny“

Alice (49 let), rozvedená, dvě děti, úspěšná podnikatelka, dvacet let trpí středně těžkými depresemi s maximem na podzim, má problémy s alkoholem. Nikdy se neléčila, užívání psychofarmak nelze v jejím případě považovat za systematickou léčbu. Klientka krátkodobé až střednědobé individuální psychoterapie. Z archivu autora.

Klinická ilustrace je ilustrací – příběh, který pokračuje ještě v kapitole 4 a 5, je podstatně zjednodušený pro výkladové účely. To platí i dalších klinických ilustrací v této knížce.

O rodině: otec hodně pil, ale neléčil se, zemřel na cirhózu jater asi v padesáti letech (klientce bylo dvacet pět let). Jeho matka a její bratr byli „smutní podivíni“, snad měli deprese, neví, zda se někdy léčili. Jeden starší bratr, zdravý, trochu pije jako každý mužský. Matka zdravá, vitální, optimistická, sedmdesát pět let, bydlí s přítelem, po ovdovění měla řadu známostí.

O Alici: nikdy vážněji nestonala, úrazy – zlomeniny v mládí při sportu (lyžování), operace – apendix. Učila se výborně, ale nebyla šprt, nadané dítě se spoustou zájmů, sport i kultura. Vystudovala VŠ – techniku, na humanitní obor se nemohla dostat, moc ji to nebavilo, ale školu udělala. Žila veselým studentským životem, pití, kouření, občas tráva na mejdanech, hodně promiskuitního sexu. Na konci studia se seznámila se svým budoucím mužem, o něco starším, byl zaměstnán ve státním podniku, který organizoval průmyslové výstavy. S ním se vztahově stabilizovala. Opatřil jí zaměstnání ve stejném podniku, pak odešel pracovat jinam. Brali se, když jí bylo dvacet osm, po její stáži v cizině, kdy se málem rozešli. Rychle po sobě měla dvě děti, vrátila se do práce, byla úspěšná, jejímu manželovi se moc nevedlo, byl nepraktický a neprůbojný, přestal jí imponovat. Nevěry v práci, na služebních cestách. Po roce 1990 se spolupracovníky zprivatizovala část podniku, stala se zástupkyní ředitele. To už měla deprese. Jednou na podzim v depresi manžela „odhodila“. Koncem devadesátých let byla dva roky ředitelkou, pak z podniku odešla a má soukromou firmu, ale s podnikem spolupracuje.

Vývoj psychických problémů: má dneska zpětně dojem, že v dětství i mládí při spoustě zájmů a takzvaném veselém studentském životě bývala často smutná, sklíčená, měla pocity prázdnoty života. Jej matka tvrdí, že to tak nebylo, že si to vymýšlí až teď. První zřetelná doba deprese asi dva měsíce po stáži v cizině, před svatbou, asi dva a půl roku po otcově smrti. Další brzy po návratu do zaměstnání po mateřské. Pak v době, kdy privatizovali podnik; práci přesto zvládala, byla na sebe tvrdá. Tehdy se začala léčit, brala během patnácti let nejrůznější antidepresiva u různých lékařů, většinou svých známých. Vlastně jí léky moc nepomáhaly, vždycky spíš čekala, až to přejde. Nejvíce jí pomáhal alkohol, pije víno a destiláty. Deprese se vlastně táhnou celý rok, jen na podzim je to horší. O sebevraždu se nikdy nepokusila, občas ji to napadne, ale ona není ten typ.

²⁰ Metaforou „spirála“ rozumíme sebezpotvrzující řetězec klientovy zkušenosti ve vztahu k druhým lidem. Rozlišujeme *maladaptivní spirálu*, patologický či dysfunkční řetězec, který si klient přináší do začátku terapie, a *adaptivní spirálu*, která je vyústěním v psychoterapii získané zkušenosti do běžného života.

Současnost: má výčitky svědomí, že opustila manžela, málo se starala o děti. Trápí ji existenční obavy, že se neuživí, nebude kvůli nemoci schopná pracovat. Je velmi úspěšná, ale neumí z toho mít radost. Právě se rozešla s přítelem, byli spolu tři roky, zase ho „odhodila“ v depresi jako manžela, z toho má také pocity viny. Bývalý přítel jí doporučil psychoterapii, tak když nemá jeho, bude mít aspoň psychoterapii.

Kontrakt: dohodnuta jedna hodina týdně, nejdřív dvacet hodin, pak se uvidí.

Farmakoterapie: směs různých léků od dvou či tří lékařů řešena převedením na velmi nízké dávky jediného šetrného antidepresiva.

Pozitivní očekávání, naděje

Při prvních sezeních mluví hlavně o starostech v práci a s dětmi, které jsou už dospělé. Takové „banální nářky“, s emočním odstupem, jako by si to nepřipouštěla. Přesto říká, že se tím velmi trápí. S léčbou není spokojená, ale rezignovaně ji bere, říká, že jí nic jiného nezbyvá. Poměrně dost pije, dvakrát přišla na sezení zjevně podnapilá, přijali jsme pravidlo, že bude chodit střízlivá.

Tuto dobu později rekapituluje:

„Strašně jsem se styděla za to, že ze sebe nemůžu nic dostat. Byla jsem úplně jako ze dřeva. Nic jsem neočekávala, to jsem si zakázala. Ale když jsem povídala o těch svých starostech, přišly mi pitomé a povrchní. Taková přece nejsem. A přece není možné, abych v takových věcech trávila život. Čí život vlastně žiju? O jakém cizím člověku tady povídám? No, povídám o sobě. Tak jsem to dopracovala, že se stydím za to, jaká jsem.“

Pak jsem si jednou všimla pozdní růže na keři v zahradě. Byl listopad, co tam dělá ta růže? Myslela jsem na to celý den. Už dlouho jsem si nevšimla žádné květiny. Teď mě provázela malá červená růžička jako znamení, že bude líp. A já jsem věděla, že už byla na tom keři dlouho předtím a byla i ve mně, jenom jsem ji neviděla.

Vzpomínala jsem si, jak to bylo, když mi můj bývalý přítel povídal, že chodí do psychoterapie. Nejdřív jsem se mu smála, měla jsem to za takový luxus rozmazleného chlapce, který už neví, co by, tak si chodí povídat s psychologem. Ale někde v hloubi duše to ve mně zůstalo, jako zadní vrátka. Jako někteří lidé myslí na to, že když bude nejhůř, tak třeba odjedou do Afriky pomáhat nemocným AIDS nebo skočí z okna, tak já jsem myslela na psychoterapii. Chystala jsem se k tomu půl roku. Čekala jsem, že s tím budou nějaké potíže, že mě nikdo nevezme, že budu marně shánět někoho, kdo by se chtěl zabývat starou depresivní bábou. Ale trochu mě držela na nohou ta samotná představa, že to můžu udělat, že to můžu zkusit. Jako když člověk ještě nevidí světlo na konci tunelu, zdaleka ne, ale dojde mu, že ten tunel může skončit.“

Jindy (vrací se k tomu, jak jí přišlo „pitomé a povrchní“, čím se zabývá): „Já už nejím deset let vím, že to takhle dál nejde. Víím, že chci být šťastná, chci mít radost, ale nevím, jak na to. Trápím se tím, že špatně dopadám a špatně dopadnu, ale jako by ten kousek mámina optimismu ve mně byl, že si říkám, holka, nezoufej, dopadne to dobře... Sice nevím, jak se to stane, ale je ve mně taková jiskřička naděje, že nějak to přijde. Kdybych tohle v sobě neměla, tak bych asi opravdu špatně dopadla. Upila bych se jako táta.“

Zvyšování/rozšiřování vědomí

V těchto rekapitulacích se již zároveň objevuje míra sebepoznání, sebeexplorace a zvyšování vědomí cestou verbalizace, překladu do jazyka, kterým je možné něco sdělovat a ve kterém je možné něco sdílet.

Ještě předtím začala a delší dobu pokračovala série sezení, kdy se klientka zabývala svým vztahem k mužům. Zjišťovala, že její bývalý manžel a bývalý přítel byli „podobné typy“, málo razantní, málo průbojní, ne moc úspěšní, o obou říkala, že jsou rozmazlení. Na druhou stranu byli hodně citově založení, až romantici. Její otec byl taky takový. Doplatil na svou citovost, vedla ho k pití a pití do hrobu.

V této době si uvědomila:

- Vyhledává obdobné typy mužů, jako byl její otec, ale nevyhovují jí.
- Otce měla moc ráda, velmi si s ním rozuměla. V tom byla na stejné lodi se svou matkou, která si otce idealizovala. Často však na matku žárlila. Vzpomíná si ale na otcovo pití, kdy rozhodně ideální nebyl.