

Článek vyjde v zářijovém čísle časopisu E-Psychologie.

## **Význam teoretického rámce ve výzkumu psychoterapie z „postmoderní“ perspektivy**

**Autor:** Mgr. Leoš Zatloukal

**Kontakt:** [leos.zatloukal@centrum.cz](mailto:leos.zatloukal@centrum.cz)

<http://www.dalet.cz>

**Abstrakt:**

Příspěvek se v první části věnuje utváření teorií a jejich významu pro poznávání a praxi. V druhé části se autor věnuje oblasti psychoterapie a popisuje dvě (meta)teorie – medicínský a kontextuální model – a jejich důsledky pro výzkum i praxi psychoterapie.

This article is concerned on development of theories and their impact on knowledge and practice. In the second part of it, author is concerned on psychotherapy and describes two (meta)theories – medical and contextual model – and their impact on research and practice in psychotherapy.

**Klíčová slova:** psychoterapie, výzkum, teorie  
psychotherapy, research, theory

**O autorovi:**

Mgr. Leoš Zatloukal je studentem doktorského studia klinické psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci a sociální práce na Ostravské Univerzitě v Ostravě, rovněž je absolventem komplexního výcviku v psychoterapii (ISZ Praha) a výcviku v hypnoterapii (prof. Kratochvíl). Vyučuje poradenské/terapeutické přístupy a manažerské dovednosti na Univerzitě Palackého v Olomouci, pracuje jako terapeut v manželské a rodinné poradně v Brně, dále jako sociální pracovník a poradce na azylovém domě pro bezdomovce, je spoluzakladatelem a vedoucím týmu terapeutů a lektorů přístupu zaměřeného na řešení Dalet ([www.dalet.cz](http://www.dalet.cz)) a působí jako krajský metodik komunitního plánování sociálních služeb.

# Význam teoretického rámce ve výzkumu psychoterapie z „postmoderní“ perspektivy

„Univerzum odpovídá podle toho, jak se ptáme.  
Ptá-li se materialista, odpovídají atomy a kvarky.  
Ptá-li se metafyzik, odpovídají bohové.“  
(Paul Feyrabend)

„Teorie určuje, co můžeme pozorovat.“ (Albert Einstein)

Tento příspěvek je rozdělen na dvě části. V první se zabývám teoriemi a mapuji jejich význam pro život člověka a pro jeho poznávání a jednání. V druhé části se zabývám již dvěma (meta)teoriemi v psychoterapii a důsledky, které každá z nich má pro terapeutickou praxi i výzkum.

## TEORIE O TEORIÍCH

V první části bych rád představil některé základní teze o vědeckých teoriích, které vycházejí z toho, co bychom mohli nazvat „postmoderní“ pojetí ve filosofii vědy (Fajkus, 2005; Granz, 1997; Lowenthal, Snell, 2003; Harrington et al., 2007).<sup>1</sup> O tyto teze se opírám při úvahách o vzniku a významu teorií při výzkumu psychoterapie v druhé části příspěvku.

Zmíněné teze o teoriích jsou tyto (Grenz, 1997; Neubauer, 1994; 2007a; Kuhn, 1997; Vybíral, 2006; Watzlawick, 1998):

- a) Lidé mají silnou potřebu smysluplného výkladu skutečnosti
- b) Vyšší důvěryhodnost často mívají složitější vysvětlení
- c) Stávající teorie bývají odolné vůči novým faktům, které jsou s nimi v rozporu
- d) Revoluce (ve vědě) není totéž, co evoluce
- e) Teorie je kontextuální (souvislost „vědění“ a „moci“)

### a) Lidé mají silnou potřebu smysluplného výkladu skutečnosti

Většinou se považuje za zcela samozřejmé, že člověk má potřebu dávat událostem ve svém životě nějaký význam či smysl.<sup>2</sup> Z hlediska celoživotního směřování člověka se otázkou smyslu zabývají především existenciální filosofové a psychoterapeuti. Frankl kupříkladu uvádí, že „úsilí nalézt smysl vlastního života, je ústřední motivační silou v člověku“ (Frankl, 1994, s. 65).<sup>3</sup> Yalom otázku životního smyslu shrnuje výstižně: „Jsme tvorové pátrající po smyslu, kteří se musí vyrovnat s obtížemi vzniklými z toho, že jsme byli vrženi do vesmíru, který vnitřně postrádá jakýkoli smysl. A potom, abychom se vyhnuli nihilismu, musíme se pouštět do dvojího úkolu. Zaprvé vynalézáme nebo objevujeme smysluplný životní projekt, dost pevný, aby unesl náš život. Za druhé musíme dokázat zapomenout na svůj akt vynalézání a

<sup>1</sup> Samotné označení „postmoderní“ je velmi problematické, protože postrádá jasné obrysy a zahrnuje široké spektrum různých proudů a myšlenek (navíc mnozí autoři, kteří bývají řazeni mezi „postmoderní“, tuto nálepku odmítají). V oblasti psychoterapie jsem se pokusil postmoderní myšlení vymezit ve článku, který mapoval možnosti integrace psychoterapeutických směrů na bázi postmoderního myšlení (Zatloukal, 2007), podrobněji k analýze postmoderního myšlení viz. např. Grenz (1997), Lowenthal, Snell (2003), Bačová, 2000; Bělohorský (1997), Bertens a Natolí (2005) nebo Neubauer (1994).

<sup>2</sup> Ačkoli „význam“ a „smysl“ se někdy odlišují jako dva různé pojmy, lze je chápat i jako synonyma. Yalom (2006, s. 428) například konstatuje: „Smysl“ se vztahuje k významu nebo logické soudržnosti... ‚význam‘ je blíže příbuzný pojem... na jedné straně má ‚význam‘ stejné implikace jako ‚smysl‘, na druhé straně je matoucí, protože rovněž označuje ‚důležitost‘ nebo ‚důsledek‘.“

<sup>3</sup> Zatímco Frankl předpokládá, že člověk smysl své existence „nevynalézá“, ale spíše „odhaluje“ (Frankl, 1994), jiní autoři (např. Yalom, 2006) takové stanovisko považují za „v zásadě náboženské“, tj. skrytě předpokládající existenci Boha a potažmo nějakého „objektivního“ smyslu a navrhuji odlišné pojetí: „vytváření“ či „vynalézání“ smyslu (Sartre In Yalom, 2006). Ve své slavné přednášce „Existencialismus je humanismus“ Sartre v podobném duchu říká, že „člověk je odsouzen, aby bez jakékoli opory a bez jakékoli pomoci **vynalézal v každém okamžiku člověka**“ (Sartre, 2004, s. 25). Podobný důraz na **vytváření smyslu** (ovšem se zohledněním sociálního kontextu) lze nalézt (možná překvapivě) i v úvahách systematických terapeutů, zejména když se v návaznosti na Luhmana hovoří o hranicích sociálních systémů tvořených smyslem (Ludewig, 1994).

přesvědčit sami sebe, že jsme onen smysluplný životní projekt nevynechali, ale objevili – že má svou nezávislou „vnější“ existenci.“ (Yalom, 2001, s. 13)

Tyto úvahy o smyslu lze vztáhnout nejen na lidské životy jako celky, ale i na dílčí životní události. Zajímavým a ilustrativním příkladem dílčí životní události, v níž je zjevné usilovné hledání smyslu, je využití amnézie a posthypnotické sugescie v hypnóze. Vzpomínám si, že jsem na jednom kroměřížském kurzu hypnózy vedeném prof. Kratochvílem hypnotizoval jednu mladou dívku a jako posthypnotickou sugesci jsem jí zadal, aby se hned po skončení hypnózy přesunula ze své židle na sedačku, kde seděli a přihlíželi dva další frekventanti kurzu, muž a žena. Na sedačce bylo navíc poměrně málo místa, takže by se tam dívka musela trochu zmáčknot. Poté jsem jí sugeroval amnézii a dívku vyvedl z hypnotického stavu. Dívka si na průběh hypnózy vůbec nedokázala vzpomenout, jen se po několika sekundách během rozhovoru z ničeho nic přesunula na sedačku. Když jsem se jí ptal, co ji k přesunu vedlo, řekla, že na ni táhlo od okna (ačkoli u něj již asi hodinu seděla a nestěžovala si). Lze se domnívat, že dotyčná dívka vyplnila „mezeru“ mezi svým nutkáním si předsednout a nesmyslností daného nutkání (nevěděla, proč ji to táhne na sedačku) tím, že si vytvořila vlastní vysvětlení.<sup>4</sup>

K silné potřebě smysluplného vysvětlení skutečnosti ukazují i některé experimenty zabývající se vnímáním (Hunt, 2000), Wrightův experiment s „vícerukým lupičem“ (In Watzlawick, 1998) či Bavelasův experiment popsany níže v rámečku.

#### **Experiment Alexe Bavelase**

Dvě pokusné osoby A a B sedí před promítacím plátnem, navzájem na sebe nevidí (je tam zástěna) a nemohou spolu mluvit. Dostávají instrukci od výzkumníka, že cílem pokusu je zjistit, s jakou přesností se coby laici naučí metodou pokus-omyl rozlišovat zdravé a nezdravé buňky, jejichž obrázky se jim budou promítat na plátno. Pokusné osoby mají před sebou dvě tlačítka („zdravá“ a „nemocná“) a vždy jedno z tlačítek zmáčkne podle toho, zda se domnívají, že je buňka zdravá či nikoli. Okamžitě po stisknutí tlačítka se jim rozsvítí kontrolka „správně“ nebo „špatně“.

Osoba A dostává vždy adekvátní odpověď na svou diagnózu, tj. kontrolka „správně“ se rozsvítí, když diagnostikuje dobře a kontrolka „špatně“ se rozsvítí, když se zmýlí. Pro osobu A tedy experiment spočívá v tom, aby se metodou pokus-omyl naučila rozlišovat něco, co dosud neuměla. Většinou jsou pokusné osoby A schopné se naučit rozlišovat zdravé a nemocné buňky na plátně s 80% spolehlivostí.

Osoba B dostává na svou diagnózu odpověď, která vůbec nesouvisí s tím, jak tipuje. Zobrazují se jí totiž kontrolky „správně“ a „špatně“ podle toho, jak tipovala osoba A. Osoba B ale netuší, že to, která kontrolka svítí, nezávisí na tom, jak ona tipuje. Snaží se tedy na základě zmatených informací kontrolky odhalit řád a pravidla pro rozlišování mezi zdravými a nezdravými buňkami.

Osoby A a B jsou poté požádány, aby si navzájem sdělili, podle čeho rozpoznávají rozdíl mezi zdravými a nezdravými buňkami. Vysvětlení (teorie) osoby A jsou většinou prostá a konkrétní, teorie osoby B jsou naopak velmi komplikované a subtilní (osoba B k nim také dospěla na základě velmi rozporuplných kritérií).

Zajímavý moment nastává ve chvíli, kdy osoba A nejen že většinou neodmítne vysvětlení osoby B jako zbytečně komplikované nebo přímo absurdní, ale naopak: na osobu A udělá dojem, jak komplikovaně a detailně má B svá vysvětlení promyšlená. Osoba A poté zapochybuje o svých příliš jednoduchých a banálních teoriích (neví, že teorie osoby B reagovaly na úplně jinou skutečnost) a teorie osoby B mu zní tím přesvědčivěji, čím jsou absurdnější.

Předtím, než následuje druhé kolo experimentu, mají se obě pokusné osoby vyjádřit, zda v druhé sérii téhož testu bude úspěšnější osoba A nebo B. Všechny osoby B a většina osob A je přesvědčena, že osoba B si povede lépe. To se také potvrdí, protože osoba A převezme některé z absurdních teorií osoby B a tím se její odhady stávají méně často správnými než v první sérii. (Watzlawick, 1998)

V jistém smyslu lze hledání smysluplného výkladu skutečnosti chápat jako přímo životně důležitou a možná i evolučně zachovanou záležitost, protože zjišťování, interpretace a vyhodnocení faktů (rozlíšení „dobré“ vs. „špatné“) jsou nezbytnou součástí seberegulujících procesů organismů a čím lepší je jejich úroveň, tím vyšší jsou šance na přežití (Stake, 2004).

#### **b) Vyšší důvěryhodnost často mívají složitější vysvětlení**

Jak ukazuje výše uvedený Bavelasův experiment, čím komplikovanější je výklad (tedy teorie), tím je pravděpodobnější, že bude přesvědčivý i pro ostatní. Watzlawick tento jev komentuje lapidárně: „Oba závěry, které si lze odnést z Bavelasova experimentu, platí tedy plně také pro praktické životní situace. Za

<sup>4</sup> Kratochvíl (1999) tento jev nazývá „racionalizací“ a uvádí ještě další možné – z našeho pohledu – „strategie vytváření (popř. obcházení) smyslu v nesmyslné situaci“ u subjektů, které vyplní posthypnotickou sugesci a mají amnézii. Tyto varianty v reakcích shromáždil na základě vlastních systematických pozorování 25 somnambulních osob hypnotizovaných v rámci didaktických demonstrací hypnotických fenoménů.

prvé jak tam, tak také zde vede seznámení se s fakty, které odporují vysvětlení, k němuž se člověk po dlouhém úsilí dobral, nikoliv ke zkorigování tohoto vysvětlení, ale k jeho dalšímu vylepšování. Za druhé se tato pseudovysvětlení zdají být tím přesvědčivější, čím jsou zmatenější a z objektivního hlediska nepravděpodobnější.“ (Watzlawick, 1998, s. 86)

Tyto úvahy nás přivádějí k otázce komplexity a jejím redukování. V různých vědeckých pracích a příspěvcích – zejména to platí ve společenských vědách – se často setkáváme s úslovím „komplexní pojetí“, které působí jaksi důvěryhodně. Naopak jako velmi nelichotivé je vnímáno označení „redukcionismus“. Domnívám se, že určitá míra redukce komplexity je při poznávání nevyhnutelná (Ludewig, 1994), proto fascinace komplexitou je patrně slepá ulička.

Ačkoli k redukci komplexity v procesu poznání dochází nevyhnutně, nelze ji provádět nahodile a nereflektovaně. Užitečným vodítkem mohou být teze Williama Ockhama, známé jako Ockhamova břitva (In Neubauer, 2007, s. 227):

1. „Pluralitas non est ponenda sine necessitate.“ (Neklást (nepostulovat, nezastávat) mnohost bez nutnosti).
2. „Principia non sunt multiplicanda praeter necessitatem.“ (Nemnožit principy (počátky, východiska, základy, zásady) bez nutnosti).
3. „Frustra fit per plura quod potest fieri per pauciora.“ (Je zbytečné činit skrze více, čeho lze učinit skrze méně.)

### c) Stávající teorie bývají odolné vůči novým faktům, které jsou s nimi v rozporu

V literatuře je popsáno několik mechanismů, které jsou do značné míry zodpovědné za to, že navzdory novým faktům, které jsou v rozporu s teorií, nedochází často ke korekci teorie, ale k podivně pokrouceným pokusům teorii navzdory faktům uhájit. Pokusím se některé krátce přiblížit.

Prvním mechanismem může být **selektivní výběr faktů**, tj. věnování zvýšené pozornosti a zdůraznění těch faktů, které jsou v souladu s teorií a naopak opomíjení faktů protikladných. V oblasti výzkumu psychoterapie provedl Luborsky et al. (In Reed, 2006) metaanalýzu 29 studií srovnávajících různé přístupy k léčbě deprese, u nichž byly uvedena i teoretická východiska výzkumníků a zjistil, že **výzkumníkova teoretická orientace<sup>5</sup> ovlivňuje ze 75% zprávy výzkumníků o rozdílech mezi jednotlivými přístupy** (KBT výzkumníci poukazují na výrazně lepší výsledky KBT, psychodynamičtí výzkumníci jsou více uchvázeni výsledky psychodynamických, biomedicínsky zaměřených výzkumníci zdůrazňují výsledky farmakoterapie apod.).

Feyerabend (2001) jde ještě dále když tvrdí, že žádná teorie v podstatě neodpovídá a ani nemůže odpovídat všem faktům.<sup>6</sup> Z tohoto pohledu je selektivní výběr faktů něco nevyhnutelného, s čím je třeba se při „dělání vědy“ smířit.

K otázce selektivního výběru faktů se vztahuje i **otázka volby metody**. Jak sugerují citáty v úvodu tohoto příspěvku, zvolená metoda zkoumání má zásadní význam pro vymezení, k jakým výsledkům je možné dojít. Podobně uvažuje i Bateson, když píše: „Ze způsobu bádání můžeme vyčíst, k jakému typu objevu může badatel dojít; a na základě toho se můžeme domnívat, že právě po takovém objevu badatel tajně a podvědomě touží.“ (Bateson, 2006, s. 81)

Kromě toho, že některá fakta jsou přehlížena a jiná zvýrazněna, lze se setkat i s dalším úzce souvisejícím mechanismem zajišťujícím odolnost teorií vůči faktům. Jedná se o **oblast interpretace faktů**. Pokud člověk má nějakou teorii, může nastat situace, kdy fakta sice jsou registrována, ale jsou zároveň vysvětlována tak, že **cokoli se děje, podporuje danou teorii** (ačkoli by to mohlo podporovat i pravý opak). Pěknou ukázkou tohoto jevu je komická historka, kterou uvádí Watzlawick (1990):

Ke konci srpna 1988 se v italských novinách „La Nazione“ objevila reportáž o jedné bizarní události. Psychotická žena, která byla dočasně hospitalizovaná ve všeobecné nemocnici ve městě Grosseto, měla být přepravena na psychiatrickou kliniku v jejím rodném městě. Když pro ni přišli zdravotníci, aby ji zavedli do

<sup>5</sup> V originále „allegiance“, tj. doslova loajalita k danému směru, věrnost, spřízněnost.

<sup>6</sup> Feyerabend (2001) v tomto vidí spíše příležitost k pokroku poznání než problém a postuluje tzv. „anarchistický“ přístup ve vědě.

přistavené sanitky, začala rychle dekompenzovat. Začala být vulgární a útočná, byla depersonalizovaná, prohlašovala, že je někdo jiný a musely na ni být použity donucovací prostředky. Asi o hodinu později byla na výpadovce z Říma sanitka zastavena policisty a poslána nazpět, protože se ukázalo, že dotyčná žena nebyla „ve skutečnosti“ pacientka, ale byla v nemocnici jen na návštěvě za kamarádem, který podstoupil operaci.

Stojí za povšimnutí, že chování dotyčné ženy, které nyní, když známe pointu příběhu, považujeme patrně za zcela normální, rovněž velmi dobře podporovalo teorii zdravotníků o její „schizofrenii“.

Na podobný jev ukazuje i známý experiment Davida Rosenhana:

David Rosenhan provedl spolu se sedmi výzkumnými asistenty v roce 1973 slavný experiment, při kterém se výzkumníci nechali přijmout do 12 psychiatrických léčeben v USA jako pacienti. Scénář byl vždy stejný: na kliniku dorazil člověk ve středních letech s tím, že slyší hlasy. Psychiatrovi na příjmu tvrdí, že jsou tyto hlasy nezřetelné a že „pokud se nemýlím, říkají ‚prázdný‘ a ‚dutý‘ nebo ‚žuch‘“. Od této chvíle již pacient-výzkumník o hlasech vůbec nemluví, naopak oznamuje, že je již neslyší a chová se na klinice naprosto normálně. Personál jej však stále považuje za duševně nemocného. Sestry do dokumentace zapisují jednu častou abnormální činnost: „Pacient se zabývá psaním“, v terapeutických skupinách a individuálních sezeních je rodinné zázemí a vztahy pacientů interpretováno v souladu s diagnózou (ačkoli kdyby se vyšlo z toho, že se nejedná o duševně nemocného, byly by interpretace radikálně jiné – Rosenhan, 1984). Někteří spolupacienti to však vidí jinak než personál a říkají: „Vy nejste blázen. Jste novinář nebo profesor. Kontrolujete kliniku.“ Experiment mimojiné ukázal, že jakmile personál jednou člověka identifikoval jako schizofrenika, byly každodenní důkazy o duševním zdraví přehlíženy nebo nesprávně vykládány tak, že podporovaly přesvědčení, že se jedná o projevy duševní poruchy (např. zmíněné psaní). Trvalo průměrně 19 dní naprosto normálního chování, než byli pseudopacienti konečně propuštěni.<sup>7</sup> (Rosenhan, 1984; Hunt, 2000; Slaterová, 2008).

S extrémními příklady interpretační virtuozity se lze setkat v kontextech, kde lidé na svou teorii hodně vsadili a hodně do ní investovali.<sup>8</sup> Známy je Festingerův „terénní výzkum“ chování sekty, která očekávala přilet UFO a zničení země (Hunt, 2000). Vůdkyně sekty na základě komunikace s mimozemšťany stanovila termín, kdy mělo ke katastrofě dojít a členové sekty společně očekávali, až je mimozemšťané přiletí zachránit a zbytek světa zničit. Výzkumníci, kteří se do sekty několik měsíců předem infiltrovali, se zaměřili na to, co se bude dít, až se proroctví nevyplní a očekávání „zelení mužiči“ nepřiletí. Ačkoli někteří členové sektu po onom osudném dni opustili, většina setrvala a jejich víra paradoxně ještě vzrostla! Vůdkyně jim vysvětlila (zde je ona interpretační virtuozita), že mimozemšťané zemi nakonec ušetřili, protože přihlédli k úsilí členů sekty a dali zemi ještě šanci. Mimochodem, mezi těmi, kteří setrvali byli především ti členové sekty, kteří odešli od rodin nebo ze zaměstnání – tedy investovali již do svého přesvědčení velmi mnoho.

#### **d) Revoluce (ve vědě) není totéž, co evoluce**

Vědecké poznání se často chápe jako postupné přibližování objektivní pravdě, tedy jako kumulace poznatků, které nás pomalu posunují směrem k (možná nedosažitelnému, ale přesto myslitelnému) cíli absolutního a objektivního poznání světa. Tento předpoklad však z postmoderního hlediska není příliš oprávněný. Známe jsou v tomto směru zejména úvahy Kuhnovy (1997) o vědeckých revolucích a změnách paradigmatu. Kuhn ukazuje na četných příkladech, že změna paradigmatu ve vědě není především záležitostí objevení nových poznatků, ale spíše jakýmsi „přepsáním příběhu“, při kterém hraje významnou roli i společenská poptávka (Kuhn, 1997; Neubauer, 2007a).<sup>9</sup>

Dobrym příkladem výše uvedeného může být tzv. „kopernikovská revoluce“<sup>10</sup>. Ve školních učebnicích a ve veřejném podvědomí se setkáme většinou s interpretací, že se dříve lidé naivně domnívali, že Země je nehybná a

<sup>7</sup> Minimum bylo 7 dní a maximum 52 dní.

<sup>8</sup> Festinger takovou situaci popsal jako jednu z variant „kognitivní disonance“ (In Hunt, 2000)

<sup>9</sup> Feyerabend (2004) nabízí v podobném duchu metaforu vědy jako umění. Tvrdí, že umění rozvinulo množství různých stylových forem, které nelze hodnotit jako „lepší“ či „horší“, protože takové hodnocení již vyžaduje zaujmout určité stanovisko, což ale není nic „objektivního“ či „daného“. Podobně to podle něj platí i pro vědy, které rovněž rozvinuly mnohost stylů (včetně stylů ověřování) a vytvářejí si vlastní definice toho, co je „pravda“ nebo „skutečnost“. Volba stylu (ve vědě stejně jako v umění) je pak podle Feyerbanda sociálním aktem, který závisí na historickém kontextu a není nijak dán „objektivní“ povahou skutečnosti.

<sup>10</sup> Kuhn napsal i stejnojmennou knihu, která vyšla ještě před slavnou „Strukturou vědeckých revolucí“ (Kuhn, 1997).

je středem vesmíru, dokud Koperník nepřišel na to, že je ve skutečnosti jednou z planet, která se otáčí kolem vlastní osy a obíhá s dalšími planetami kolem Slunce. Součástí těchto nepřesných interpretací je i dodatek o tom, jak byl tento pokrokový objev zpátečnický (např. katolickou církví) odmítnut a jak mnozí byli kvůli tomu odsouzeni k smrti nebo popoháněni k soudům (nejznámější postavy jsou Galileo Galilei a upálený Giordano Bruno). Potíž této interpretace je v tom, že Koperníkův systém byl z astronomického (vědeckého) hlediska prokazatelně horší než tehdejší podoba ptolemaiovského systému (Neubauer, 2007a). Kromě toho, že Koperník nedosáhl zjednodušení celého systému, které sliboval, neprošel ani testem falzifikace (Popper In Fajkus, 2005). Koperníkovy závěry byly zformulovány tak, že je bylo možné ověřit nebo vyvrátit (falzifikovat) pozorováním. Pokud by Koperník měl pravdu, muselo by být možné pozorovat tzv. „hvězdnou paralaxu“ (Neubauer, 2007a), což se ovšem nepotvrdilo ani s využitím na tu dobu dokonalých přístrojů Tychona Brahe.<sup>11</sup> Jak je ale možné, že Koperníkova teorie slavila takový úspěch, ačkoli byla v rozporu s tehdejšími pozorováními a tehdy známými „vědeckými fakty“? Kuhn (In Neubauer, 2007a) poukazuje na duchovní a společenskou atmosféru renesance spjatou s určitým „kultem Slunce a světla“. Je třeba připomenout, že mnozí, kteří Koperníkovy myšlenky s nadšením přijímali, jim po odborné stránce ani příliš nerozuměli, ale nechali se nadchnout první „programovou“ kapitolou zapadající do této renesanční duchovní atmosféry - což byl také případ upáleného Giordana Bruna. Neubauer (2007a, s. 178) shrnuje: „To, co rozhodlo o přijetí heliocentrického systému už v jeho první, Koperníkově verzi, jež byla po všech stránkách zcela nevyhovující a neúspěšná, nebyla tedy skutečnost, že Země opravdu obíhá kolem Slunce, nýbrž skutečnost daleko významnější: Koperníkova soustava vycházela vstříc sluncestředně orientovanému myšlení své doby... Zkrátka: heliocentrismus byl chtěný, vítaný a žádaný, neboť odpovídal „společenské poptávce“... Koperníkovský obraz světa se stal natolik modelový, určující („paradigmatický“), že jej dosud obýváme, aniž si uvědomujeme, že v Keplerově, a tím spíše v Newtonově či Einsteinově popisu se jedná o něco svou povahou a souvislostmi zcela jiného: Slunce již není ani „prvním hybatelem“ ani středem světa, planety kolem něho přísně vzato neobíhají, nýbrž všechna tělesa se co složky celé soustavy pohybují kolem společného těžiště.“

Výše uvedené úvahy o vědeckých revolucích naznačují důležitou skutečnost – to, že nějaká vědecká teorie se právě nyní těší uznání a (alespoň zdánlivě) překonala všechny předchozí pokusy o vysvětlení nějakého jevu, ještě neznamená, že se naše poznání nutně posunulo nějak dopředu nebo se prohloubilo. Jisté je jenom to, že existuje nějaký nový interpretační teoretický rámec, který odborníkům momentálně vyhovuje.

### e) Teorie je kontextuální (souvislost „vědění“ a „moci“)

Teorie nevznikají a nepůsobí v nějakém „vzduchoprázdnu“, ale v sociálních kontextech. Analýza „vědění“ a jeho sociálních souvislostí je nad rámec tohoto textu.<sup>12</sup> Přesto lze říci, že jednotlivé teorie pomyslně soupeří ve společenském prostoru o vliv. Důvody jsou velmi pragmatické – teorie, která si získá větší vliv má více stoupenců, je dále propracována, financována a respektována a tím také sama sebe utvrzuje.

O vědě se někdy mluví přímo jako o **novověkém náboženství** (Neubauer, 1994). Není jistě náhodou, že se v souvislosti s kritickými úvahami o vědě objevují pojmy jako „kasty“, „tabu“, „zasvěcení“ či „inkviziční praktiky“ (Vybíral, 2006). Neubauer (1994) podrobně a velmi výstižně ukazuje podobnosti mezi náboženstvím a vědou, včetně zprostředkovávání pravdy („objektivní realita“ má obdobnou funkci jako náboženské zjevení – v obou případech se jedná o něco, co je dané a nepochybné, pro všechny závazné a získané osvědčenými prostředky), praktik zasvěcování (vědci do jisté míry plnili podobnou roli jako kněží), vyprávění mýtů, v jejichž zrcadle může člověk chápat svůj vlastní příběh apod.

V úvahách o kontextu ve vztahu k vědeckým teoriím by měly být alespoň zmíněny i **ekonomické aspekty**. Staré přísloví říká: „Čí chléb jíš, toho píseň zpívej“. Teorie tvoří rovněž pozadí pro výzkumy, určují, co je zajímavé zkoumat a co nikoli (tedy také, co podpořit z grantů a co nikoli). Pro stoupence dominantních teorií mohou být proto i finanční prostředky určené na výzkum a na praxi podloženou tímto typem výzkumu dostupnější<sup>13</sup>, což pochopitelně zpětně petrifikuje dominantní teorii.

<sup>11</sup> Neubauer (2007a) upozorňuje, že zde má i původ Braheův hybridní model (sluncestředná soustava jako celek kroužící kolem Země), který se někdy připisuje jeho údajným „středověkým přesvědčením“, z nichž se prý nebyl schopen vymanit. Brahe však naopak podle Neubauera jako jeden z mála Koperníkovu dílu skutečně odborně rozuměl a i když s ním sympatizoval, věděl, že Koperníkův model neodpovídá pozorováním a proto se snažil vytvořit model, který by tento problém vyřešil.

<sup>12</sup> Podrobněji viz. např. Berger, Luckman (1999), Harrington et al. (2006), Grenz (1997), Loventhal, Snell (2003).

<sup>13</sup> Evans (2009) například zmiňuje mimořádnou dotaci tří milionů liber, které britská vláda uvolnila na základě doporučení NICE na podporu KBT terapeutů (žádný jiný přístup takto mimořádně dotován nebyl).

## MEDICÍNSKÝ A KONTEXTUÁLNÍ MODEL V PSYCHOTERAPII

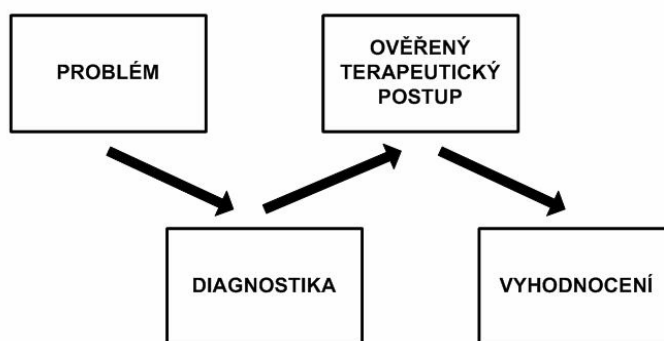
V druhé části příspěvku se již věnuji psychoterapii a výzkumu psychoterapie. Podle Wampolda (2001) lze popsat dva hlavní teoretické rámce (Wampold je označuje jako „metateorie“<sup>14</sup>) v psychoterapii – medicínský model a kontextuální model.

### a) Medicínský model v psychoterapii

Medicínský model je teoretický rámec pro praxi i výzkum psychoterapie, který byl převzat z lékařství. Wampold (2001) rozlišuje čtyři základní prvky medicínského modelu:

- **poruchu** – jde o diagnózu v rámci diagnostického manuálu (MKN 10, DSM IV) nebo popřípadě o diagnózu v rámci některého terapeutického přístupu (např. vytěsněná pudová přání, nedokončené záležitosti, noogenní neuroza, iracionální přesvědčení...)
- **psychologické vysvětlení poruchy** – interpretace vzniku poruchy a/nebo faktorů, které ji udržují
- **mechanismus změny** – model, který popisuje proces vedoucí k dosažení terapeutického efektu (např. učinit nevědomé vědomým (vhled), abreakce, narušení vzorce...)
- **specifické terapeutické ingredience** – konkrétní specifické terapeutické postupy (např. analýza přenosu, nácvik dovedností, paradoxní intence)

Schématicky lze postup terapie podle medicínského modelu znázornit následovně (obr. 1):



Obr. 1: Schéma medicínského modelu

Protože medicínský model vychází z medicíny, popíše jej nejdříve pomocí **příkladu** z této oblasti. Pokud nějaký člověk onemocní **cukrovkou** („diabetes“), projeví se u něj nějaké nežádoucí symptomy (slabost, únava, nadměrná žízeň, pomalé hojení ran apod.). Pokud tyto symptomy (ve schématu „problém“) pacient konzultuje s lékařem, lékař provede diagnostiku (v souladu s diagnostickým manuálem určí podle příznaků diagnózu, pokud lze příznaky kvantifikovat, provede příslušná měření – např. cukru v krvi – a porovná je s (kvantitativně) definovaným stavem „normy“ či „zdraví“) a navrhne terapeutický postup, který přímo vychází z diagnózy a z medicínského vysvětlení poruchy (protože cukrovka je interpretována v medicíně jako nedostatek hormonu inzulínu, je terapeutickou strategií především aplikace inzulínu a úprava životosprávy) a po nějaké době provádí kontrolní vyhodnocení (měření cukru v krvi). Protože ukazatel zdraví (či normy) a symptomy lze kvantifikovat a léčba je v tomto případě účinná (snižuje příznaky), je zde medicínský model relativně vyhovující.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> Výraz **metateorie** odkazuje podle Wampolda (2001) k tomu, že se jedná o rozlišení na vyšší úrovni abstrakce než jednotlivé teorie (např. psychoanalýza, KBT, apod.).

<sup>15</sup> Ani u onemocnění jako je cukrovka však není (bio)medicínský model zcela neproblematický, jak ukazuje kritika z řad „psychosomaticky“ zaměřených odborníků. Chvála a Trapková (2004, s. 39 – 40 a 33) například uvádějí: „Za pravé jsou pokládány ty nemoci, u kterých lze obtížně verifikovat (prověřit) objektivním nálezem na dané úrovni vědomostí lékaře. Ten má roli mocného soudce, ne nepodobného učenému inkvizitorovi, který člověk podrobuje zkoušce pravdy tělesným vyšetřováním. V krvi a výměšcích hledá důkazy toho, že nemoc je skutečná a ne jen vymyšlená... Nemoci s převahou objektivně neověřitelných příznaků bývají označovány jako psychické a v povědomí společnosti jsou vnímány jako nepatřičné, nepravé,



Pokud bychom aplikovali medicínský model na psychoterapii, například v **lčbě depresí**, pak jsme schopni opět popsat problém klienta (symptomy, např. smutek, únava, suicidální myšlenky...), proběhne diagnostika (podle diagnostického manuálu bude diagnostikována deprese) a vybere se terapeutický postup, který se osvědčil v laboratorních výzkumech pro danou poruchu (tyto přístupy se často označují zkratkami EST či EBP<sup>16</sup>) a ten se provede přesně podle (terapeutického) manuálu a nakonec proběhne vyhodnocení efektu pomocí „objektivního“ měření (např. Lambertův Dotazník výsledku (OQ45 – Lambert et al., 2003) nebo speciálně pro deprese Beckův dotazník deprese (BDI) nebo Hamiltonova škála deprese (Timulák, 2005)).

### Důsledky pro výzkum

Přijetí medicínského modelu jako (meta)teoretického rámce v psychoterapii, má zásadní důsledky pro praxi i pro výzkum psychoterapie. Důsledky tohoto spojení psychoterapie a medicínského modelu jsou natolik zásadní a určující, že jej někteří autoři kritizující medicínský model v psychoterapii přirovnávají k faustovské smlouvě s ďáblem (Albee In Duncan, Miller, 2005).

Z hlediska výzkumného vystupuje logicky do popředí **úsílí o nalezení té „správné“ specifické léčebné ingredience pro léčení dané poruchy**. Využívá se proto experimentální design převzatý z testování léčiv, tzv. **znáhodňované klinické zkoušky** („randomized clinical trials“ – RCT).

V tomto experimentálním designu vystupuje specifická terapeutická ingredience (tj. terapeutický přístup, např. psychoanalýza, KBT, apod.) jako nezávisle proměnná a změna stavu klienta, tedy efekt terapie měřený „objektivními“ škálami, jako závisle proměnná. Podobně jako v klasických experimentech (Disman, 1993) je vytvořena experimentální a kontrolní skupina, které se navzájem srovnávají. V RCT se většinou srovnává nějaký přístup s „placebem“ (lék bez účinné látky, popř. tzv. „podpurné intervence“ bez specifické terapeutické intervence či čekatelé na terapii) nebo s jiným přístupem. Jako v každém experimentu je nutné zajistit kontrolu ostatních proměnných.

V RCT se ostatní proměnné kontrolují následovně (Timulák, 2005; Hollon, 2006):

- **Standardizace specifických terapeutických ingrediencí** (aby je bylo možné srovnávat, je třeba je velmi přesně definovat a odlišit) se zajišťuje pomocí terapeutického manuálu, který definuje, jak má terapeut v rámci daného přístupu postupovat.
- **Homogenita vzorku** je zajištěna pomocí diagnózy – všichni klienti v RCT mají diagnostikovanou stejnou poruchu (např. depresi), aby se zajistilo, že zjištěné výsledky se vztahují na konkrétní diagnostikovanou poruchu a ne na jinou.
- **Standardizace měření efektu** je zajištěna využitím „objektivních“ škál (např. OQ-45 nebo dotazníky pro jednotlivé poruchy)
- Aby se vyloučila zkreslení způsobená známými i neznámými vlastnostmi zkoumaných osob, měl by proběhnout nejlépe **náhodný výběr**, při němž je zajištěno, že každý prvek populace definovaný diagnózou má stejnou šanci dostat se do vzorku (Disman, 1993), a rovněž náhodné rozdělení zkoumaných osob do experimentální a kontrolní skupiny; realizovat náhodný výběr je však ve výzkumné praxi RCT v podstatě nemožné (klienti se sami rozhodují pro terapii a pro zapojení do výzkumného projektu)
- Ve farmaceutickém výzkumu se ještě dbá na kontrolu efektu očekávání aktérů výzkumu na jeho výsledky tím, že je zajištěno tzv. **„dvojitě zaslepení“** („double-blind“), tedy že ani pacient ani medikující lékař neví, zda je v konkrétním případě podávána účinná látka nebo jen placebo; u psychoterapie lze z pochopitelných důvodů provést přinejlepším pouze „single-blind“ variantu (klient neví, zda dostává terapeutickou ingredienci či terapeutické „placebo“, ale terapeut to nutně ví).

V rámci medicínského modelu se RCT stávají privilegovaným způsobem zkoumání efektu terapie a terapie vůbec. Zájem o zkoumání procesu terapie je v tomto kontextu relativně malý, protože pokud

---

neskutečné. Třídění souvisí mnohem víc se samotnou metodologií lékařského výzkumu než s tím, jak nemoc vzniká... Je třeba říci, že všechny nemoci jsou biopsychosociální, a současně nepreferovat jen ono „bio“ na úkor ostatních, špatně zkoumatelných faktorů.“

<sup>16</sup> EST – „empirically supported treatment“ (empiricky podpořená terapie), EBP – „evidence based practice“ (praxe založená na důkazech) (Norcross, Levant, Beutler, 2006; Evans, 2009).

máme dobře etablované a popsané přístupy, které přinášejí „objektivní“ výsledky, ztrácí otázka „jak to funguje?“ na důležitosti, respektive je již implicitně zodpovězena (lze předložit terapeutický manuál empiricky ověřené terapie). Navíc, realizace RCT a dokazování efektu toho kterého terapeutického směru se stává i pro odborníky prioritou, protože jen „ověřené“ přístupy jsou zařazeny na seznamy „kvalitních“ či „ověřených“ terapií, a to má své důsledky pro financování, důvěru klientů, apod.<sup>17</sup> Kritéria pro posuzování terapeutických přístupů v USA (Chambless et al. In Castelnovo et al., 2005) jsou uvedena v rámečku, Evans (2009) popisuje podobné standardy, které platí ve Velké Británii.

**Dobře potvrzené terapie:**

1. Minimálně dvě RCT, které demonstrují efekt dané léčby v jedné nebo více z níže uvedených oblastí:

- a) je lepší než lékové nebo psychologické placebo nebo než jiná léčba
- b) je srovnatelná s již potvrzenou léčbou, a to v experimentech s přiměřenou statistickou silou, tj. 30 v každé skupině

NEBO:

2. Velká série experimentů zaměřených na jeden případ (min. 9 případů), které demonstrují efekt. Tyto experimenty musí:

- a) obsahovat dobrý experimentální design
- b) srovnávat intervenci s jinou léčbou podobně jako v 1a)

Další kritéria, která platí pro variantu 1 i 2:

3. Při experimentech se musí používat terapeutické manuály
4. Charakteristiky vzorku klientů musí být jasně specifikovány
5. Efekty musí být demonstrovány nejméně dvěma různými výzkumníky či výzkumnými týmy.

**Zdroj:** Chambless et al. In Castelnovo et al., 2005.

### Problematické oblasti RCT

V jednom příspěvku se Sternberg (2006) zamýšlí, zda celé hnutí „evidence based practice“ (EBP) a z něj vycházející výzkumný design (RCT) jsou „zlatý standard“, „pozlátko“ anebo „bláznovo zlato“. Ve svém textu přináší pětadvacet tezí, které ukazují spíše k poslední variantě (Sternberg, 2006). V jistém smyslu lze říci, že kam se v RCT podíváme, tam narazíme na kontroverzi nebo přímo metodologické problémy.

Shrňme v bodech nejdůležitější problematické oblasti RCT (Goodheart, Kazdin, Sternberg, 2006; Lambert et al., 2004; Norcross, Levant, Beutler, 2006; Kazdin et al., 2003; Hubble, Duncan, Miller, 1999; Wampold, 2001; Timulák, 2005; Duncan, Miller, Sparks, 2004; Evans, 2009):

- **Diagnóza** – při RCT zajišťuje homogenitu vzorku; ve výzkumu se využívá diagnóz podle diagnostického manuálu (MKN-10, DSM IV). Četní kritici (viz. výše citované zdroje) poukazují zejména na:
  - ⇒ **nízkou validitu** diagnóz – v psychoterapii neexistuje jasná definice zdraví, nelze tedy ani jasně určit patologii (je možné srovnat výše uvedené příklady cukrovky a deprese), psychopatie není jasně ohraničená od „normálních životních potíží“
  - ⇒ **nízkou reliabilitu** diagnóz – ukazuje se, že ani přední odborníci se v diagnostice často neshodují (a to nejen v konkrétním typu, ale ani v diagnostické skupině!) (Williams In Duncan, Miller, Sparks, 2004)
  - ⇒ diagnóza obvykle **neslouží k určení léčby** - v psychoterapeutické praxi se obvykle používají jiná kritéria pro volbu způsobu práce, než je diagnóza podle diagnostického manuálu (toto platí dokonce i o KBT, o existenciálních a humanistických nebo systemických přístupech to platí tím spíše)
  - ⇒ diagnóza má **nízkou prediktivní hodnotu** - podle diagnózy nelze usuzovat ani na úspěch léčby ani na počet sezení nutných k léčbě

<sup>17</sup> Čtenáře lze na tomto místě odkázat zpět na první kapitolu tohoto příspěvku, kde jsou tyto kontextuální souvislosti teorií diskutovány.

- ⇒ objevuje se **enormní nárůst diagnostických kategorií** a velké množství „smíšených“ nebo „neurčených“ diagnóz (nezapadají do diagnostických kategorií) – Yalom (2003) upozorňuje, že je snazší diagnostikovat nového klienta než klienta, s nímž už pracujeme delší dobu; jinými slovy: zdá se, že čím více člověka poznáváme, tím je těžší ho přiřadit do nějaké diagnostické kategorie; proto není divu, že dochází k takovému jemnému cizlování diagnostiky a celá diagnostika se stává čím dále složitější a v důsledku stále nepoužitelnější v klinické praxi
- ⇒ nelze opomenout i etický aspekt související se **stigmatizací klientů** – mít psychiatrickou diagnózu je opředeno velmi vážnými důsledky (které např. diagnóza cukrovky nepřináší), proto i kdyby diagnostika podle diagnostických manuálů byla efektivní (což podle kritiků není), stejně by bylo podle jejich názoru etickou povinností profesionálů hledat alternativní možnosti, jak se obejít v terapii bez ní a minimalizovat tak iatrogenní poškození klientů.
- **Terapeutické manuály** – terapeutické manuály mají zajistit jasné odlišení přístupů při výzkumu a pokud je daný přístup experimentálně potvrzen, měly by sloužit jako určitý předpis pro postup terapeuta při práci s klientem, ukazuje se ale, že terapeuti v praxi podle manuálů nepracují a většinou to odmítají (může to rovněž souviset s tím, že většina terapeutů se hlásí k eklektické či integrativní orientaci – Prochaska, Norcross, 1999); zůstává tedy otázka, jaká terapie se tedy vlastně v laboratořích měří? Někteří kritici upozorňují, že manuály omezují tvořivost terapeuta (Keeney, 1990; 2009) a mluví posměšně o „příručkových terapeutech“ (Yalom, 2003) a o tom, že lpění na manualizovaných postupech při poskytování nějaké služby obecně (a terapie specificky) vede nutně k „odzručnění“, tj. ztrátě schopností a dovedností poskytovatele dané služby (Ritzer, 1996).
  - **„Dvojitě zaslepení“** („double-blind“) – jeden z úhelných kamenů farmaceutických experimentů nelze v RCT zajistit, jak bylo uvedeno výše, vůbec: klient sice teoreticky nemusí poznat, že nedostává terapii (to platí u „psychologického placeba“, ale nikoli u seznamu čekatelů na terapii), ale terapeut vždycky ví, zda poskytuje nebo neposkytuje „lege artis“ terapii (a připomeňme, že podle metaanalýz hraje důvěra terapeuta v terapii, kterou dělá (tzv. „allegiance“) velmi významnou roli pro celkový výsledek terapie (Wampold, 2001)).
  - **Problematická reprezentativnost výzkumného vzorku** – v RCT zkouškách nelze realizovat náhodný výběr v pravém slova smyslu, výběr zkoumaných osob má v RCT spíše charakter anketního výběru, v němž se zkoumaná osoba zapojuje do výzkumu na základě svého rozhodnutí (klienti se sami rozhodují pro terapii a pro zapojení do výzkumného projektu), což je z hlediska reprezentativnosti vzorku velký problém (Disman, 1993; Chráska, 2005).
  - **„Objektivní“ měření efektu** – protože měřicí nástroje na měření efektu (např. zmiňované BDI apod.) vycházejí z diagnostických kritérií té které poruchy, je třeba reflektovat, že měříme, zda klient nevykazuje známky platné pro (podle kritiků velmi pochybnou) diagnózu, ale ne to, jestli se klient cítí lépe, jestli lépe funguje v běžném životě atd.; jinými slovy: při posuzování výsledku citelně chybí subjektivní posouzení klienta a na „objektivní“ měřicí nástroje samotné se zároveň nemůžeme příliš spoléhat.
  - **Nelze vyloučit mimoterapeutickou změnu** – další zásadní metodologický problém spočívá v tom, že nedokážeme v RCT dostatečně odfiltrout jiné (mimoterapeutické) proměnné, které mohou být zodpovědné za pozitivní změnu; tento problém zvláště citelně platí pro kontrolní skupinu (např. seznam čekatelů), protože tito lidé často hledají zároveň pomoc i jinde.<sup>18</sup>
  - **Neetičnost výzkumu** – zařadit vybrané klienty do kontrolní skupiny a hrát s nimi „divadélko“, že dostávají terapii, ačkoli dostávají pouze nějakou variantu předpokládaně neúčinného „placeba“, je něco, co se tváří v tvář utrpení těchto lidí jeví pro mnoho terapeutů z etického hlediska přinejmenším jako velmi pochybné, nemluvě o riziku iatrogenního poškození klientů.
  - **Diskvalifikace směrů**, které nejsou kompatibilní s medicínským modelem (což jsou kromě KBT skoro všechny), zejména se to týká těch, které jsou z podstaty dlouhodobé (dynamické směry) nebo které nevycházejí z diagnóz a/nebo je lze obtížně manualizovat (existenciální a humanistické, systemické...)
  - **Malá relevance pro praxi** – podle různých průzkumů se ukazuje, že v terapeutické praxi se výsledky RCT v podstatě neaplikují (Castelnuovo et al., 2005)

<sup>18</sup> O významu mimoterapeutické změny svědčí i to, že je považována za vůbec nejvýznamnější faktor v rámci výzkumu a konceptualizace tzv. „společných faktorů“ (viz. níže).

- **Přecenění významu specifických ingrediencí** – navzdory četným výzkumům nebyl prokázán významný vliv specifických ingrediencí, naopak data ukazují spíše na kruciólní význam společných faktorů (Wampold, 2001; Evans, 2009); zdá se však, že společenská poptávka manažerů péče, kteří kladou důraz na měřitelné výsledky, nad fakty převažuje<sup>19</sup>.
- **Nebere se v potaz negativní výsledek** – někteří kritikové RCT (Castelnuovo et al., 2005) připomínají, že pokud bychom věřili v metodologickou čistotu RCT, pak bychom měli brát její výsledky opravdu vážně, což mimojiné znamená, že pokud nějaká (byť jediná) RCT neprokáže efekt daného přístupu, měl by být takový přístup ze seznamu okamžitě vyškrtnutý, což se neděje.
- **Podpora soupeření jednotlivých směrů** – terapeutické přístupy v jistém ohledu vykazují známky sekt, v níž se ostré vyhranění proti „těm ostatním“ snoubí s nekritickým akceptováním vlastního teoretického rámce (Evans, 2007); navíc vstup do „sekt“ znamená závažné rozhodnutí, které nese vysoké náklady (nákladný výcvik, náklady spojené s dalším vzděláváním, reklamou...) a tudíž může tvořit vhodný kontext pro výše popsanou kognitivní disonanci a sní spojenou „interpretační virtuositu“ – sektářské myšlení podpořené vysokými vstupními náklady a související tendencí udržet svou pravdu za každou cenu však brání dialogu, integraci a prohlubování poznání o psychoterapii bez nutkavého dokazování si, že jsme lepší než ostatní.

## b) Kontextuální model

Kontextuální model, který prezentuje Wampold (2001) navazuje na různá pojetí „společných faktorů“ („common factors“) a integrace v psychoterapii. Významným se z jeho pohledu ukázalo zjištění z četných výzkumů a metaanalýz, že neexistuje signifikantní rozdíl co do efektu mezi jednotlivými přístupy jako takovými (např. mezi KBT, psychodynamickým přístupem, gestalt terapií, systemickým přístupem apod.). Tento výsledek bývá pregnančně shrnut ve slavném výroku ptáka Doda z Alenky v říši divů: „Všichni vyhráli a všichni musí dostat cenu!“. Tento závěr působí na první pohled velmi podivně, jako by se tím chtělo říci, že každá terapie je stejně dobrá, což odporuje zdravému rozumu i zkušenosti. Dodův verdikt pro psychoterapii ale znamená, že **kterákoli terapie může být (a v souhrnu bývá) stejně účinná nezávisle na tom, k jakému se hlásí směru** (mezi jednotlivými terapeuty samozřejmě rozdíly existují!). Jinak řečeno – to, co v terapii funguje, je především to, co mají různé přístupy společné (proto „společné faktory“).

Ačkoli existují četné výzkumy a metaanalýzy, které opakovaně potvrzují Dodův verdikt (Wampold, 2001; Lambert et al, 2004; Norcross, Levant, Beutler, 2006; Evans, 2009), setkává se pojetí společných faktorů s častým nepochopením a kritikou. Objevují se názory, že a) metaanalýzy jsou špatně provedené, b) když se bude hlouběji zkoumat, podaří se nalézt specifické rozdíly mezi přístupy odpovědné za efekt terapie, c) terapeutický manuál stírá rozdíly mezi přístupy nebo d) že měření bylo příliš standardizované, což zabránilo specifickým faktorům se projevit (podrobněji ke kritice společných faktorů viz. Wampold, 2001). Z mého pohledu se spíše jedná o názorné ukázky toho, že teorie „medicínského modelu“ dokáže být velmi odolná vůči faktům a že i zde se uplatňují udržující mechanismy popsané v první kapitole včetně někdy obdivuhodné interpretační virtuozity, s kterou lze zdůvodnit opravdu skoro cokoli.

Kontextuální model postulovaný Wampoldem (2001) klade důraz na **společné faktory** zasazené v **kontextu** terapie. Tyto dva aspekty je potřeba zdůraznit se stejnou závažností.

### Společné faktory

Existuje celá řada rozdělení společných faktorů v terapii (Wampold, 2001; Sprenkle et al., 2009; Hubble, Duncan, Miller, 1999).

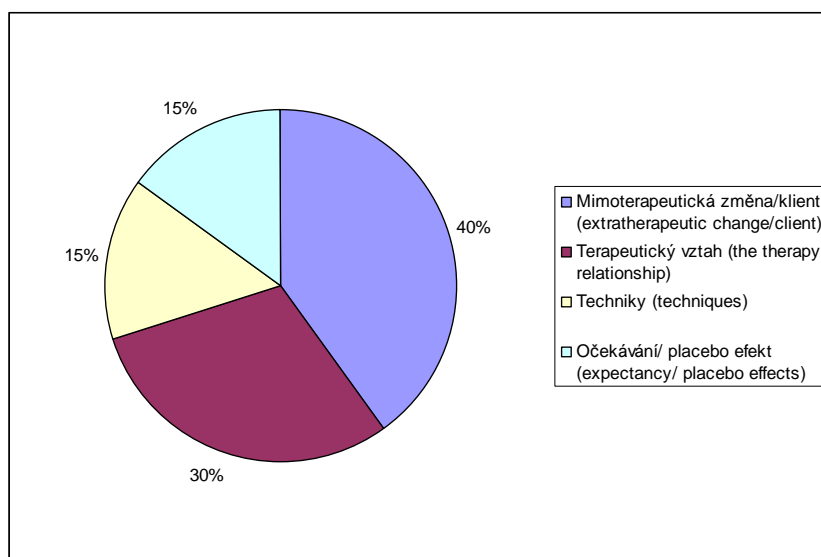
Asi nejznámější je typologie společných faktorů podle **Lamberta** (In Hubble, Duncan, Miller, 1999; Sprenkle et al., 2009)<sup>20</sup>:

- **Mimoterapeutická změna/klient** – změny, které se dějí nezávisle na terapii (40%)
- **Terapeutický vztah** – jde o spolupracující a respektující vztah terapeuta a klienta (30%)

<sup>19</sup> Zde je z mého pohledu analogie s kopernikovským modelem a jeho úspěchem navzdory faktům (viz. výše)

<sup>20</sup> Procenta v závorce a v obrázku ukazují, jaký význam má daný faktor pro efekt psychoterapie.

- **Očekávání/ placebo** – jde o faktor spojený s nadějí a očekáváními změny na straně klienta (15%)
- **Techniky** – specifické terapeutické ingredience, např. nácvik dovedností nebo interpretace (15%)

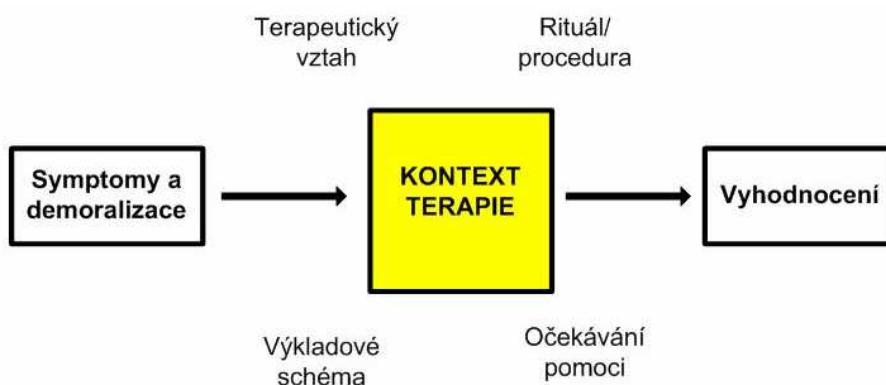


Obr. 2: „Společné faktory“ podle Lamberta.

Ačkoli se jedná o nejznámější model společných faktorů, je třeba zohlednit, že procentuální hodnocení není odvozeno matematicky z metaanalýz, ale jedná se spíše o určitý odhad na základě přehledu výzkumné literatury (Sprenkle, 2009; Wampold, 2001).<sup>21</sup> Navíc lze tomuto modelu vytknout, že jednotlivé faktory od sebe nelze jasně odlišit, protože se navzájem ovlivňují (Zatloukal, 2007).

Jiný model, který významně inspiroval Wampolda (2001), je model Franka a Frankové (1991), kteří uvádějí následující faktory bez ambice je kvantifikovat:

- emočně nabitý a důvěrný **vztah** s terapeutem
- terapeutický **kontext**, který zahrnuje i **klientovo očekávání**, že mu může terapeut pomoci
- **výkladové schéma** - zdůvodnění či konceptuální schéma či mýtus, které poskytuje věrohodné (nikoli však nutně pravdivé) vysvětlení klientových symptomů a možností, jak překonat jeho demoralizaci
- **rituál nebo procedura**, která zahrnuje aktivní účast klienta i terapeuta a je založena na zdůvodnění toho kterého přístupu



Obr. 3: „Společné faktory“ podle Franka

Kontextuální model sice vychází ze společných faktorů, ale liší se od nich v **důrazu na kontext**. Wampold (2001) tím má především na mysli nutnost zkoumat a v praxi pojímat jednotlivé faktory

<sup>21</sup> Wampold (2001) na základě svých metaanalýz a pomocí výpočtů dochází k dramatičtějším výsledkům – specifické ingredience (techniky) jsou podle nich zodpovědné za efekt terapie pouze z 1%.

v kontextu terapie a nikoli izolovaně. Pokušení vytrhávat jednotlivé faktory z kontextu je totiž velmi časté - ve snaze poukázat na významnost toho kterého faktoru výzkumníci často uměle izolují daný faktor a měří jej. Z mého pohledu je tato tendence problematická. Je třeba uvážit, že medicínský model byl sice zpochybněn na základě svých vlastních metod (a v tom lze spatřovat snad vůbec největší přínos zmiňovaných metaanalýz), ale přitom stále platí, že tyto metody jsou samy o sobě problematické. Jakékoli pokusy o kvantifikaci významu jednotlivých faktorů na základě metaanalýz jsou totiž poznamenány tím, že metaanalýzy vycházejí z jednotlivých RCT, které mají své metodologické problémy naznačené výše a jejich výsledky je třeba přijímat s velkou obezřetností a kritickou reflexí.

### Důsledky pro výzkum

Přijetí kontextuálního modelu má podobně zásadní význam pro výzkum psychoterapie jako dříve diskutované přijetí modelu medicínského. Naznačím zde alespoň některé důsledky (Wampold, 2001; Sprenkle et al., 2009; Goodheart, Kazdin, Sternberg, 2006; Norcross, Levant, Beutler, 2006):

- **využití kvantitativních i kvalitativních metod** – zejména by šlo o intenzivnější využití stále opomíjených kvalitativních metod, které pomáhají revidovat teorie a hlouběji porozumět různým aspektům toho, co se v terapii děje (a jak upozorňují mnozí prominentní výzkumníci, o tom, co se v terapii děje zatím víme stále málo – Hill, 2006; Greenberg, Watson, 2006)
- zapojit při výzkumu **více pohledů** spíše než usilovat o nějaký „jediný správný“ či „objektivní“ – nejde v principu o to, aby RCT byly zcela opuštěny (mohou mít také svou užitečnost (Evans, 2009)), ale aby ztratily své nezasloužené privilegované postavení a sloužily jen jako jeden z mnoha různých pohledů na terapii jak při snahách terapii hodnotit, tak při snahách porozumět tomu, jak probíhá; více pohledů nás sice nepřibližuje „objektivitě“, ale – jak naznačuje přirovnání s binokulárním viděním (Bateson, 2006) – nabízí pro naše pozorování důležitou přidanou hodnotu, takže i ve výzkumu terapie platí známá zásada, že „více pohledů je lepší než jeden“ (Bateson, 2006, s. 32).
- **zrušit seznamy empiricky podložených terapií** (EST), protože jsou sestaveny na základě pochybných výzkumných procedur a v rámci modelu, který nemá empirické opodstatnění
- zaměřit se na **společné faktory** při výzkumu i vzdělávání terapeutů (aniž by byly brány izolovaně), zejména položit důraz na:
  - ⇒ zdroje klienta a jejich aktivizaci (místo důrazu na diagnózu)
  - ⇒ dovednosti a zkušenost terapeuta (místo důrazu na terapeutický přístup)
  - ⇒ konzistenci terapie s teoretickým modelem a na důvěru terapeuta v to, co dělá a v přístup, z něž vychází (tzv. „allegiance“) (místo důrazu na dodržování manualizovaných postupů (tzv. „adherence“))
  - ⇒ klientovo vidění světa a individuální a tvořivý přístup ke klientovi (místo důrazu na manuály a striktně předepsané terapeutické procedury)
  - ⇒ smysluplnou a konzistentní integraci v psychoterapii, protože čím víc toho terapeut umí v souladu se svým teoretickým rámcem konzistentně využívat, tím více může individualizovaně pomoci
  - ⇒ očekávání klienta a možnosti dodávání naděje
  - ⇒ terapeutickou alianci jako pravděpodobně velmi významný prediktor úspěšnosti terapie
  - ⇒ procesy změny (místo důrazu pouze na výsledky bez zkoumání onoho „jak“ se k nim došlo)
  - ⇒ lokální hodnocení terapeutů v reálných podmínkách (místo paušálního hodnocení podle toho, jaký přístup terapeut provozuje)<sup>22</sup>

## **ZÁVĚREM**

Řečeno s Einsteinem v úvodním citátu, volba teorie určuje, co můžeme pozorovat. Tento předpoklad jsem se pokusil dokumentovat v první části článku v pěti tezích. Volba teoretického rámce má závažné

---

<sup>22</sup> Někdy se hovoří o PBE („practice based evidence“ – důkazy podložené praxí), které se staví do protikladu k „evidence based practice“ (EBP - praxe založená na důkazech) (Evans, 2009) nebo o důrazu na „effectiveness research“ (sleduje efekt terapie ve skutečných podmínkách) místo na „efficacy reseach“ (výzkum sledující efekt terapie v laboratorních podmínkách) (Norcross, Levant, Beutler, 2006)

důsledky. Lze říci, že v psychoterapii stále převládá medicínský model. Domnívám se, že zvolit si jako teoretický rámec pro výzkum i uvažování o terapii alternativní kontextuální model postulovaný Wampoldem (2001) je velká výzva. Oč jednodušší by bylo žít ve světě, v němž určitá terapeutická modalita jednoduše, měřitelně a paušálně funguje a jiná ne (stačí se přece jen podívat do seznamu a dělat „tu správnou“!), ve světě, v němž lze spoluprací s klientem a pracně společné hledání řešení jeho trápení vyčíst z empiricky ověřeného terapeutického manuálu. Jak snadné by to bylo, když tento pohled navíc podporuje mnoho různých vlivných institucí a ti, co jej akceptují mají snazší přístup ke zdrojům i odborné prestiži (Evans, 2009). Na druhou stranu – ačkoli jednodušší, byla by taková terapeutická cesta i estetičtější a hodnotnější? Vznikala by tak umělecká díla jedinečných a neopakovatelných životních příběhů, na jejichž spoluvytváření má terapeut tu výsadu se podílet, anebo jen kýčovitě odlitky sjíždějící z pásu medicínského „průmyslu“? Osobně se obávám druhé možnosti.

Ve výzkumu psychoterapie má toto dilema analogickou podobu – zkoumání jako vyprávění příběhů nebo výzkumy jako kvantifikace dat, navíc problematické důvěryhodnosti. Domnívám se, že výzkumu psychoterapie by mohly prospět dvě věci: 1. kritičtější pohled na výsledky výzkumů založených na medicínském modelu a 2. širší aplikace kontextuálního modelu ve výzkumu psychoterapie, která by mohla vést k tomu, že výzkum psychoterapie vzbudí mezi praktikujícími terapeuty širší zájem, protože bude klást otázky, kterými se zabývají ve své každodenní praxi a bude nabízet pohledy, které budou inspirativní a osvěžující.

## LITERATURA

- BAČOVÁ, V. (2000) *Súčasné smery v psychológii: Hľadanie alternatív pozitivizmu*. Prešov: Prešovská univerzita.
- BATESON, G. (2006) *Mysl a příroda: nezbytná jednota*. Praha: Malvern.
- BĚLOHRADSKÝ, V. (1997) *Mezi světy & mezisvěty: Filosofické dialogy*. Praha: Votobia.
- BERGER, P. L., LUCKMANN, T. (1999) *Sociální konstrukce reality*. Brno: CDK.
- BERTENS, H., NATOLI, J. (2005) *Encyklopedie postmodernismu*. Brno: Barrister & Principal.
- CASTELNUOVO, G., FACCIO, E., MOLINARI, E., NARDONE, G., SALVINI, A. (2005) *Evidence based approach in psychotherapy: The limitations of current Empirically Supported Treatments paradigms and of similar theoretical approaches as regards establishing efficient and effective treatments in psychotherapy*. Brief strategic and systemic therapy European review 2, s. 229 – 248.
- DISMAN, M. (1993) *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
- DUNCAN, B. L., MILLER, S. D., SPARKS, J. A. (2004) *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- EVANS, K. (2009) *Praxe založená na důkazech nebo důkazy podložené praxí: Integrativní pohled na výzkum psychoterapie*. Psychoterapie 3, s. 95 – 107.
- EVANS, K. (2007) *Život v 21. století: Gestalt terapeuti hledají nové paradigma*. Psychoterapie 1, s. 172 – 182.
- FAJKUS, B. (2005) *Filosofie a metodologie vědy: Vývoj, současnost a perspektivy*. Praha: Academia.
- FEYERABEND, P. K. (2001) *Rozprava proti metodě*. Praha: Aurora.
- FEYERABEND, P. (2004) *Věda jako umění*. Rychnov nad Kněžnou: Ježek.
- FRANK, J. D., FRANK, J. B. (1991) *Persuasion and healing*. 3rd ed. Baltimore: The Johns Hopkins university press.
- GOODHEART, C. D., KAZDIN, A. E., STERNBERG, R. J. (eds.) (2006) *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research met*. Washington, DC: American Psychological Association.
- GREENBERG, L. S., WATSON, J. C. (2006) *Change process research*. In NORCROSS, J. C., LEVANT, R., BEUTLER, L. (eds.) *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D. C.: American psychological association press, s. 81 – 88.
- GRENZ, S. J. (1997) *Úvod do postmodernismu*. Praha: Návrat domů.
- HARRINGTON, A. et al. (2006) *Moderní sociální teorie: Základní témata a myšlenkové proudy*. Praha: Portál.
- HILL, C. E. (2006) *Qualitative research*. In NORCROSS, J. C., LEVANT, R., BEUTLER, L. (eds.) *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D. C.: American psychological association press, s. 74 – 80.
- HOLLON, S. D. (2006) *Randomized clinical trials*. In NORCROSS, J. C., LEVANT, R., BEUTLER, L. (eds.) *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D. C.: American psychological association press, s. 96 – 104.
- HUNT, M. (2000) *Dějiny psychologie*. Praha: Portál.
- CHRÁSKA, M. (2007) *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Portál.
- KAZDIN, A. E. (ed.) (2003) *Methodological issues and strategies in clinical research*. 3rd ed. Washington, DC: American psychological association.
- KEENEY, B. (1990) *Improvisational therapy: A practical guide for creative clinical strategies*. New York: The Guilford press, 1990.
- KEENEY, B. (2009) *The creative therapist: The art of awakening a session*. New York: Routledge, 2009.

- KIHLSTROM, J. F. (2006) *Scientific research*. In NORCROSS, J. C., LEVANT, R., BEUTLER, L. (eds.) *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D. C.: American psychological association press, s. 23 – 30.
- KRATOCHVÍL, S. (2002) *Základy psychoterapie*. 4. vyd. Praha: Portál.
- KRIZ, J. (1988) *Facts and artefacts in social science: An epistemological and methodological analysis of empirical social science research techniques*. Hamburg: McGraw-Hill book comp.
- KUHN, T. S. (1997) *Struktura vědeckých revolucí*. Praha: Oikoymenh.
- LAMBERT, M. J. (ed.) (2004) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. New York: John Wiley and sons.
- LAMBERT, M. J., OKIISHI, J. C., FINCH, A. E., JOHNSON, L. D. (2003) *Outcome assesment: From conceptualization to implementation*. In KAZDIN, A. E. (ed.) *Methodological issues and strategies in clinical research*. 3rd ed. Washington, DC: American psychological association, s. 619 – 634.
- LOEWENTHAL, D., SNELL, R. (2003) *Post-modernism for psychotherapists: A critical leader*. New York: Brunner-Routledge.
- NEUBAUER, Z. (2007a) *O počátku, cestě a znamení časů: Úvahy o vědě a věděni*. Praha: Malvern.
- NEUBAUER, Z. (1994) *Přímluvce postmoderny*. Praha: Hrnčířství a nakladatelství Jůza a Jůzová.
- NEUBAUER, Z. (2007b) *T. S. Kuhn (1923 – 1996) in memotiam*. In NEUBAUER, Z. *O počátku, cestě a znamení časů: Úvahy o vědě a věděni*. Praha: Malvern, s. 171 – 188.
- NEUBAUER, Z. (2007c) *Věda proti pavědám*. In NEUBAUER, Z. *O počátku, cestě a znamení časů: Úvahy o vědě a věděni*. Praha: Malvern, s. 225 – 242.
- NEUBAUER, Z. (2007d) *Zachraňte jevy aneb Chvála bláznovství*. In NEUBAUER, Z. *O počátku, cestě a znamení časů: Úvahy o vědě a věděni*. Praha: Malvern, 2007, s. 69 – 108.
- NORCROSS, J. C., LEVANT, R., BEUTLER, L. (eds.) (2006) *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D. C.: American psychological association press.
- PERSONS, J. B., SILBERSCHATZ, G. (2003) *Are results of randomized controlled trials useful to psychotherapists?* In KAZDIN, A. E. (ed.) *Methodological issues and strategies in clinical research*. 3rd ed. Washington, DC: American psychological association, s. 547 – 568.
- PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. (1999) *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada.
- REED, G. M. (2006) *Clinical expertise*. In NORCROSS, J. C., LEVANT, R., BEUTLER, L. (eds.) *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D. C.: American psychological association press, s. 13 – 22.
- RITZER, G. (1996) *Mcdonaldizace společnosti*. Praha: Academia.
- ROSENHAN, D. L. (1984) *On being sane in insane places*. In WATZLAWICK, P. (ed.) *The invented reality*. New York: W. W. Norton and comp., s. 117 – 144.
- SLATEROVÁ, L. (2008) *Pandořina skříňka: Nejvýznamnější psychologické experimenty dvacátého století*. Praha: Dokořán + Argo.
- SPRENKLE, D. H., DAVIS, S. D., LEBOW, J. L. (2009) *Common factors in couple and family therapy: The overlooked foundation for effective practice*. New York: The Guilford press, 2009.
- STAKE, R. E. (2004) *Standards-based and responsive evaluation*. Thousand Oaks: Sage publ..
- STERNBERG, R. J. (2006) *Evidence-based practice: Gold standard, gold plated, or fool's gold?* In GOODHEART, C. D., KAZDIN, A. E., STERNBERG, R. J. (eds.) *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research met*. Washington, DC: American Psychological Assotiation, s. 261 – 272.
- TIMULÁK, L. (2005) *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton.
- VYBÍRAL, Z. (2006) *Psychologie jinak: Současná kritická psychologie*. Praha: Academia.
- WAMPOLD, B. E. (2006) *Not a scintilla of evidence to support empirically supported treatments as more effective than other treatments*. In NORCROSS, J. C., LEVANT, R., BEUTLER, L. (eds.) *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D. C.: American psychological association press, s. 299 – 307.
- WAMPOLD, B. E. (2001) *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah: Lawrence Elbraum Associates.
- WAMPOLD, B. E. (2006) *The psychotherapist*. In NORCROSS, J. C., LEVANT, R., BEUTLER, L. (eds.) *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D. C.: American psychological association press, s. 200 – 207.
- WATZLAWICK, P. (1998) *Jak skutečná je skutečnost?* Hradec Králové: Konfrontace.
- WATZLAWICK, P. (1990) *Therapy is what you say it is*. In ZEIG, J. K., GILLIGAN, S. G. (eds.) *Brief therapy: Myths, methods, and metaphors*. New York: Brunner/Mazel, s. 55 – 61.
- YALOM, I. D. (2003) *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál.
- ZATLOUKAL, L. (2007) *Postmoderní myšlení jako možné východisko pro integraci různých terapeutických přístupů*. Psychoterapie 1, s. 183 – 203.