

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta



Katedra psychologie a sociologie

Diplomová práce

# POHLEDY NA SOUČASNOU ČESKOU PSYCHOTERAPII

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.

Autor práce: Bc. Michaela Andrlová

Studijní obor: Učitelství náboženství a etiky

Forma studia: Kombinovaná

Ročník: 6.

2007

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Na tomto místě bych ze srdce chtěla poděkovat

všem patnácti psychoterapeutům z Čech, Moravy a Slezska, kteří byli tak laskaví, že mi věnovali svůj čas a přátelsky se mnou hovořili o svém profesním i osobním životě. Rozhovory s nimi mi přinesly nejen mnoho nových poznatků, ale znamenaly i neobyčejné citové obohacení z osobního kontaktu s tak vzácnými lidmi. Jsem jim za to velmi vděčná.

prof. Stanislavu Kratochvílovi, vedoucímu mé diplomové práce, za jeho podněty, připomínky a především cennou a nezištnou podporu.

# OBSAH

1. ÚVOD .....	6
2. TEORETICKÁ ČÁST .....	8
2.1 Přehled vývoje jednotlivých psychoterapeutických směrů v ČR po roce 1945.....	8
2.1.1 Vývoj psychoanalýzy .....	9
2.1.2 Vývoj Jungovského přístupu .....	11
2.1.3 Vývoj katalymně-imaginativní psychoterapie .....	11
2.1.4 Vývoj dynamické psychoterapie.....	12
2.1.5 Vývoj rodinné psychoterapie u nás.....	14
2.1.6 Vývoj rodinné terapie dle Virginie Satirové.....	15
2.1.7 Vývoj rogersovské psychoterapie .....	16
2.1.8 Vývoj daseinsanalýzy .....	17
2.1.9 Vývoj gestalt terapie .....	18
2.1.10 Vývoj kognitivně-behaviorální terapie .....	19
2.1.11 Vývoj transakční analýzy.....	20
2.1.12 Vývoj eklektické a integrativní psychoterapie.....	20
2.1.13 Mezi proudy psychoterapie.....	21
2.2 Stručné teoretické uvedení do problematiky výzkumu v sociálních vědách .....	22
2.2.1 Kvalitativní a kvantitativní výzkum .....	22
2.2.2 Možné přístupy v kvalitativním výzkumu .....	25
2.2.3 Získávání dat a metody jejich zpracování.....	26
3. PRAKTICKÁ ČÁST .....	30
3.1 Cíl práce, metoda zkoumání a konkrétní uvedení k rozhovorům .....	30
3.2 Medailóny terapeutů .....	33
3.3 Získávání kvalitativních dat v rozhovorech a jejich analýza .....	41
3.4 Shodné a odlišné názory psychoterapeutů .....	52
3.4.1 Potřebné vzdělání a zkušenosti .....	52
3.4.2 Společné účinné faktory a efektivita psychoterapie .....	60
3.4.3 Integrace v psychoterapii .....	65
3.4.4 Kritické pohledy na psychoterapii .....	73
3.5 Shrnutí analýzy rozhovorů.....	80
4. ZÁVĚR .....	83
5. POUŽITÁ LITERATURA .....	86
6. SEZNAM TABULEK .....	90

7. SEZNAM PŘÍLOH.....	93
8. PŘÍLOHY .....	94
9. ABSTRAKT .....	115

# 1. ÚVOD

Na volbu tématu mé magisterské práce, která se jmenuje „Pohledy na současnou českou psychoterapii“ měl rozhodující vliv můj, již dlouholetý, zájem o psychologii a psychoterapii především. Je zajímavé podívat se na dění na scéně české psychoterapie i prostřednictvím setkání a rozhovorů s jejími reprezentanty a hledat společné i specifické rysy v názorech o jednotlivých psychoterapeutických přístupech, jakož i o konkrétní každodenní práci těchto psychoterapeutů.

Cílem předkládané práce bylo zmapovat, jak terapeuti zastávající různé psychoterapeutické školy, směry a přístupy vnímají psychoterapii, jak se k této práci a životnímu směřování dostali, jak nahlízejí na vývoj a především současný stav psychoterapie v České republice, jaký je jejich pohled na integraci v psychoterapii a podobně. To vše v kontextu se směrem, ke kterému se hlásí.

Primární literaturou, o kterou se práce opírá, je kniha Stanislava Kratochvíla Základy psychoterapie, která vyšla již v několika vydáních. V této knize se mimo jiné nachází ucelená kapitola o psychoterapii v českých zemích, která je v každém dalším vydání aktualizována. Dále jsem čerpala z knih, které se blíže věnují jednotlivým terapeutickým přístupům a jsou uvedeny v seznamu literatury. Při zpracování teoretické části jsem pracovala především s publikacemi M. Miovskeho Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu a J. Hendla Kvalitativní výzkum.

Práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a praktické.

Teoretická část blíže představuje dvanáct z mnoha psychoterapeutických směrů, které jsou v České republice zastoupeny, a to z pohledu jejich vývoje a působení u nás (je to psychoanalýza, Jungiánský přístup, katatymně-imaginativní psychoterapie, dynamická psychoterapie, rodinná terapie, rodinná terapie dle V. Satirové, rogersovská psychoterapie, daseinsanalýza, gestalt terapie, transakční analýza, kognitivně-behaviorální terapie a eklektická a integrativní psychoterapie), dále teoretické uvedení do problematiky výzkumu v sociálních vědách.

V praktické části byly informace získány metodou interview, které bylo posléze převedeno do psané podoby a daným terapeutem autorizováno. Tento oddíl obsahuje mimo jiné uvedení k rozhovorům, bližší představení jednotlivých terapeutů, s nimiž byly vedeny rozhovory (těmi jsou Doc. PhDr. Jana Kocourková, PhDr. Ludvík Běťák, Doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc., MUDr. Olga Kulísková, PhD., PhDr. Šárka Gjuričová, PhDr. Ilona Koťátková, Prof. PhDr. Jan Vymětal, PhDr. Jiří Růžička, PhD., MUDr. Helena Fišerová, MUDr. Petr Možný, Prim. MUDr. Juraj Rektor, Doc. PhDr. Marcela Bendová, PhD., PhDr. Blanka Čepická, Prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc., Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.) a v kapitole „Získávání kvalitativních dat v rozhovorech a jejich analýze“ pak popis průběhu a činnosti během rozhovorů a následné práce při jejich zpracování ilustrovanými na ukázkách z prezentovaných interview. Stěžejní částí celé práce je pohled na shodné a rozdílné postoje a názory zaznívající v rozhovorech s uvedenými psychoterapeuty. Interview byla zpracována způsobem rozdělením dle jejich informativní vypovídající hodnoty do tématických okruhů či celků. Těmi jsou tato čtyři témata:

- Potřebné vzdělání a zkušenosti
- Společné účinné faktory a efektivita v psychoterapie
- Integrace v psychoterapii
- Kritické pohledy na psychoterapii.

Hlavní důraz ve své práci nekladu na výčet dat a událostí, nýbrž na osobní pohled a svědectví lidí, kteří zasvětili svůj život psychoterapii a velkou měrou se na vývoji psychoterapie u nás podíleli. Rozhovory, které jsou nosným bodem celé mé práce, jsou v okamžiku vzniku autentickým zachycením pohledu patnácti českých psychoterapeutů na vývoj a situaci v psychoterapii u nás.

## 2. TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Přehled vývoje jednotlivých psychoterapeutických směrů v ČR po roce 1945

Stručný přehled dění a rozvoje na poli psychoterapie v českých zemích je na tomto místě uváděn jako teoretické východisko, pozadí a zakotvení uvedených interview, a to jako rámec ke vzniku i k práci s těmito rozhovory. Proto jsou také uvedeny jen ty terapeutické směry s jejich představiteli byla interview vedena, i když je zřejmé, že vývoj na naší terapeutické scéně byl ovlivněn i dalšími psychoterapeutickými směry a školami. Mezi ně pak patří Franklova logoterapie, Ericksonovská psychoterapie, Adlerovská psychoterapie, interpersonální sullivanovská psychoterapie, klasická hypnotherapie, satiterapie, autogenní trénink a další.

Historická fakta (jdoucí až do současnosti) dávají pak rozhovorům jasnější kontext a naopak i dotazování se sami k těmto skutečnostem vracejí a na ně odkazují<sup>1</sup>.

Tab. 1.	PhDr. Jiří Růžička <sup>2</sup>
---------	---------------------------------

*Autorka: Jak vypadala psychoterapie u nás po roce 1945? Jaké u nás existovaly terapie nebo terapeutické výcviky? Mohl byste něco říci o lidech, kteří v té době působili?*

**PhDr. Růžička:** Protože jsem se narodil po II. světové válce, osobně si pamatuji až přelom šedesátých a sedmdesátých let. Vysokoškolská studia jsem ukončil po roce 1970, ještě na VŠ jsem nastoupil do výcviku k Dr. Dosužkovovi a Dr. Žižkové. Již tehdy ale u nás psychoterapie představovala poměrně etablovanou léčebnou disciplínu. Prováděla se na řadě pracovišť nejen v Čechách, ale i na Moravě, a také na Slovensku. Existoval Psychoanalytický kroužek, sanatorium v Lobči a na Palatě, PO Sadská, na Moravě Kroměříž, Šternberk a na Slovensku se rozvíjela psychoterapie v Bratislavě a v Trenčíně, a tak dále. V osmdesátých letech již byla psychoterapie provozována prakticky ve všech psychiatrických léčebnách, protože systém SUR, ale i psychoanalytici, rogeriáni, daseinsanalytici a lidé, zabývající se sugestivními a hypnotickými metodami, vycvičili desítky odborníků. Po roce 1989 již nic nebránilo tomu, aby sem přišly prakticky všechny významné i méně významné psychoterapeutické školy a začaly cvičit a vyučovat.

Jak už jsem řekl, znám jen malý výsek psychoterapeutické historie. Vzpomínám na psychoanalytiku, doktory Dosužkova, Kučeru, Žižkovou, to byli nestoři. Do zahraničí odešel Dr. Haas, ale toho již nepamatuji. Mezi významné psychoterapeuty patřil bezesporu Dr. Příhoda a pak primář Dr. Zdeněk Mrázek. Psychoanalytici byli malá, ale silná a významná skupina lidí, která určovala směr a stavěla laťku nároků na vzdělání. Pak samozřejmě pánové doc. Skála, Dr. Urban, primář Dr. Rubeš, tedy SUR. Jim se podařilo založit tradici komunitní a skupinové psychoterapie. Prof. Dr. Vymětal vyučoval, avšak necvičil rogeriány, doc. Dr. Balcar zase gestaltisty. Prof. Dr. Kratochvíl se zabýval hypnózou.

<sup>1</sup> Další nové informace je pak možné získat nejen v literatuře, ale také na uvedených webových stránkách jednotlivých psychoterapeutických směrů a škol, které jsou stále dále upravovány a aktualizovány a jsou uvedeny na konci informačního přehledu k danému směru.

<sup>2</sup> Andrllová, Současné směry v české psychoterapii, 2005, str.124



Bylo tu pár nadšenců pro Junga, například kolega J. Ženatý. Nějaké měsíce pobyl ve Švýcarsku, kde navštěvoval jungiánské kurzy. Přešel však k freudiánům.

Koncem 80. let se objevil doc. Dr. Hlavenka. Podařilo se mu navázat kontakt s přímými následníky C. R. Rogerse a také spustit mezinárodní výcvik.

A pár jednotlivců jako byl V. Strnad. Ti začali jezdit do Německa a tam se učili systemickou terapií. Přivedli ji k nám. Velkou postavu na tomto poli představoval primář Dr. Špitz. Rovněž je třeba připomenout snahy primáře Dr. Rubeše, osobního přítele slavného zakladatele psychodramatu Morena. Jeho psychodramatické semináře byly hojně navštěvovány. Gestalt začal doc. Dr. Balcar, ale později přišli Dánové a pozvedli jej na evropskou úroveň. Franklovci se zabydleli hlavně na Moravě, kde bezesporu vévodí prof. Kratochvíl se svojí integrativní psychoterapií. Nesmíme zapomenout na behaviorální a kognitivně behaviorální terapii. Její mohutný nástup se začal na počátku roku 1991. Jitka Vodňanská vyučuje neverbální techniky, kombinace západních a východních zkušeností. Objevila se chvíle pro holotropní techniky Stanislava Grofa, rodinná terapie je stále systemičtější. Psychoanalytici už mohou klidně mluvit o čemkoli, což vede ke ztrátě puncu zakázaného a tajemného. Tajemný je Jung a kdekdo mluví o archetypech. Stali jsme se členy Evropské psychoterapeutické asociace. Také se objevují podvodníci, prodavači deště a šarlatáni. Psychoterapie se musí vypořádávat s šamanismem a magií. Není však vyhráno. Roste obecná klasická nevzdělanost, učení a výuka nabývají na klipovitosti, „velké plochy“ už se nenosí takřka nikde. Cílem není poznat, ale zaujmout. Smysl není v budoucnosti, ale v „here and now“. To vše a mnohem více se stalo a děje náhle a překotně po roce 1989. Kořeny však vedou k šedesátým, sedmdesátým a osmdesátým rokům.

---

### 2.1.1 Vývoj psychoanalýzy

Prvním průkopníkem byl psychiatr prof. J. Stuchlík, který již během 1. světové války navštěvoval Freudovy semináře ve Vídni. Jeho žáky byli E. Windholz a J. Frank. Ti posléze působili v Praze. N. J. Ossipov ve 20. letech minulého století vedl první skupinu zájemců o psychoanalýzu. Ve 30. letech pak další skupinu založil O. Fenichel. V roce 1936 se uskutečnil v Mariánských Lázních 14. Psychoanalytický kongres. Touto dobou byli již psychoanalytici u nás zaregistrováni v Mezinárodní psychoanalytické asociaci. Krátce před 2. světovou válkou však většina psychoanalytiků pražské skupiny emigrovala. Po roce 1945 u nás byla již „třetí generace“ psychoanalytiků. V tomto období byli vůdčími osobnostmi především Bohodár Dosužkov a Otakar Kučera, dále Ladislav Haas, Zbyněk Havlíček a Marie Bénová.

Po válce se podařilo psychoanalýzu u nás oživit, ale po roce 1948 opět „zmizela“, 40 let oficiálně nesměla neexistovat. „V padesátých letech se stala psychoanalýza předmětem ostré kritiky a administrativních zásahů.“<sup>3</sup> Výcvik probíhal ilegálně v Pražském psychoanalytickém kroužku a vycvičení psychoanalytikové se většinou prezentovali jen jako psychoterapeuti. Konec šedesátých a počátek sedmdesátých let znamenal určitý průlom, který vedl k tomu, že se psychoanalýze u nás začalo věnovat více lidí. Tito lidé prošli tréninkovou analýzou především u Kučery a Dosužkova a

---

<sup>3</sup> Kratochvíl, Psychoterapie, 1970, str. 209

později i u dalších psychoanalytiků. V roce 1989 se na 36. Mezinárodním psychoanalytickém kongresu stává pět českých psychoanalytiků členy Mezinárodní psychoanalytické asociace, to znamená celosvětově akceptovanými psychoanalytiky. Při příležitosti 50. výročí úmrtí S. Freuda, koncem roku 1989, proběhl mezinárodní seminář v Příboře na Moravě, Freudově rodišti.

Česká psychoanalytická společnost byla ustanovena v roce 1990 a v současné době je jejím prezidentem V. Mikota. Ve stejném roce vznikl i Psychoanalytický institut. V roce 2003 se Česká psychoanalytická společnost, která má dnes 27 členů, stala plnohodnotnou součástí Mezinárodní psychoanalytické asociace. K psychoanalytikům, kteří mají právo provádět nejen terapii, ale i psychoanalytický výcvik, patří M. Borecký, K. Černý, V. Fischelová, J. Kocourek, J. Kocourková, M. Mahler, V. Mikota, M. Šebek, Z. Šikl a B. Vacková.

Výcvik v psychoanalytické psychoterapii probíhá od roku 1994 v České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii, která je členem Evropské federace psychoanalytické psychoterapie ve veřejném sektoru. Společnost nabízí tři typy výcviku, a to výcvik pro práci s dětmi, dospělými (individuální) nebo se skupinou. Tato společnost také vydává odborný časopis *Revue psychoanalytická psychoterapie*. Dále existuje Institut aplikované psychoanalýzy (založený v 90. letech J. Kocourkem), který se mj. zabývá také výcvikem skupinové psychoanalyticky orientované psychoterapie.

V Psychoanalytickém nakladatelství, které vzniklo v roce 1991 a které vede J. Kocourek, jsou systematicky vydávány Freudovy sebrané spisy a další psychoterapeutická literatura, nejen psychoanalytická.

V roce 2006, při příležitosti 150 výročí narození Sigmunda Freuda, proběhla řada oslav a konferencí, a to nejen ve Freudově rodném městě Příbor. K této události byl rekonstruován a zpřístupněn veřejnosti i Freudův rodný dům.

[www.psychoanalyza.cz](http://www.psychoanalyza.cz) – Česká psychoanalytická společnost

[www.cspap.cz](http://www.cspap.cz) – Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii

[www.iapsa.cz](http://www.iapsa.cz) – Institut aplikované psychoanalýzy

[www.pribor.cz](http://www.pribor.cz) – Freudovo rodiště

### 2.1.2 Vývoj Jungovského přístupu

Jungovská terapie k nám byla systematicky přinášena již v 60. letech minulého století, a to Hugem Širokým. Překlady Jungových děl vycházely v samizdatu. V roce 1989 byla díky L. Běťákovi navázána spolupráce s Jungovým institutem v Curychu. S K. Plockem pak v roce 1990 založili občanské sdružení Collegium Jungianum Brunense.

V roce 1991 byla založena Česká společnost pro analytickou psychologii a jungovskou psychoterapii (ČSAP). Je občanským sdružením, jehož cílem je podporovat další vzdělávání v oblasti analytické psychologie a jungovské psychoterapie, jakož i vědecký výzkum v těchto oblastech. Společnost je součástí mezinárodní organizace International Association for Analytical Psychology (IAAP) jako „developing group“. Jejím dlouhodobým cílem je založení institutu analytické psychologie se samostatnými výcvikovými a výukovými právy v České republice. Předsedou a spoluzakladatelem společnosti je L. Běťák. K dalším spolupracovníkům patří J. Vašková, E. Široký, J. Škodová a další.

Výcvikový program byl rozšířen z dvouletého na čtyřletý. Program je v ČR akreditovaný pro práci ve zdravotnictví. Absolventi mají příležitost dále pokračovat ve výcviku u IAAP a dosáhnout tak možnosti stát se mezinárodně uznávaným jungovským analytikem. ČSAP má momentálně 8 mezinárodně akreditovaných psychoterapeutů.

V současné době vychází celá řada jungovsky orientovaných publikací a od roku 1996 se stále pracuje na Jungových sebraných spisech. Spisy jsou plánovány do devíti svazků.

[www.sweb.cz/cgjung](http://www.sweb.cz/cgjung) - Česká společnost pro analytickou psychologii a jungovskou psychoterapii

### 2.1.3 Vývoj katatymně-imaginativní psychoterapie

Katatymně-imaginativní psychoterapie (KIP) vznikla v Brně z iniciativy skupiny klinických psychologů a lékařů, kteří se začali v KIP vzdělávat a cvičit koncem 80. let pod vedením zahraničních lektorů. Hlavní propagátorkou byla O. Skalková. V roce 1991 byla

založena Česká společnost pro katatymně-imaginativní psychoterapii. Společnost naplňuje funkci vzdělávacího institutu. Pracuje ve třech regionálních sdruženích (Brno, Praha, Plzeň). V současné době výcvikem prochází přes sto frekventantů, deset osob výcvik ukončilo kolokviem, 4 čeští psychoterapeuti splnili podmínky pro jmenování docenty KIP, další 4 psychoterapeuti působí jako výcvikovní terapeuti.

Česká společnost pro katatymně imaginativní psychoterapii (ČSKIP) je od roku 1996 řádným členem IGKB (Internationale Arbeitsgemeinschaft für Katathymes Bilderleben und Imaginative Verfahren in der psychoterapie), které sídlí v Göttingu. ČSKIP úzce spolupracuje se zahraničními národními společnostmi KIP, a to především německou, švýcarskou, rakouskou a slovenskou. Mezi prvními terapeuty a školiteli byli L. Běťák, D. Dufková, M. Petržela, O. Skalková, A. Havlicová.

V červnu letošního roku se konal v Praze mezinárodní kongres KIPu.

<http://web.quick.cz/kip> - Česká společnost pro katatymně imaginativní psychoterapii

#### 2.1.4 Vývoj dynamické psychoterapie

„Dynamická psychoterapie je jedním z nejvíce u nás přijímaných směrů, ať už samostatně nebo jako základna pro pojetí eklektická a integrativní. Zřetel k současným interpersonálním problémům člověka, pomoc při náhledu na jeho vlastní podíl na jejich udržování i při náhledu na jejich kořeny v minulosti se snahou o emoční korektivní zkušenost tvoří teoretické východisko mnoha terapeutických i výcvikových postupů ve formě individuální i skupinové.“<sup>4</sup> Nejvíce se rozšířila ve formě skupinové. Ve skupině lze využít skutečnosti, že jedinec přenáší do vztahů ke členům skupiny způsoby chování ze svého běžného života. To umožňuje pomocí pozitivních i kritických komentářů od ostatních získávat náhled na chování, které je sebepodrávající a přispívá k neurotizaci. Vzájemné zkoumání životních osudů pak pomáhá zjistit, v jakých vztazích a situacích v minulosti takové chování vzniklo a proč a jak je nevhodně přenášeno do vztahů nových. Tak se vytvoří předpoklady pro jeho vědomou účelnou změnu. Účinnost této formy terapie se zvyšuje, probíhají-li skupinová sezení v rámci několikátýdenního pobytu v systému terapeutické komunity, kdy dochází k interakcím mezi pacienty

---

<sup>4</sup> Kratochvíl, Základy psychoterapie, 2000, str. 275

i během celodenního soužití na oddělení a kdy se do programu zařazují techniky jako je psychodrama, psychogymnastika, projektivní kreslení aj., přispívající k hlubšímu vhledu i k potřebné korektivní zkušenosti.

Průkopnickou práci s touto formou psychoterapie u nás zahájila pražská skupina psychiatrů, k níž patřili F. Knobloch, J. Knoblochová, E. Wolf, Z. Dytrych, L. Šváb a další. Knobloch se spolupracovníky (zejména nadšenými rehabilitačními sestrami) vybudoval v roce 1954 rehabilitační odbočku pro neurózy v zámečku v Lobči, kde mohly být tyto principy prakticky uplatňovány. Po jeho emigraci v roce 1968 ji až do roku 1991, kdy byla po restituci zámečku zrušena, úspěšně řídili Z. Mrázek, H. Junová, O. Matoušek a další.

Na stejném principu pracovala v letech 1965-1976 pod vedením M. Hausnera komunita na psychiatrickém oddělení v Salské, která včleňovala k urychlení sebepoznávacích procesů také zážitky z intoxikace LSD. M. Bouchal vytvořil v roce 1966 převážně dynamicky pracující komunitu na Psychiatrické klinice v Brně, jejíž činnost nyní dále pokračuje pod vedením D. Valentové. V Kroměříži vzniklo na principu terapeutické komunity v roce 1971 pod vedením S. Kratochvíla psychoterapeutické oddělení pro léčbu neuróz (18b), na kterém se uskutečnila i řada výzkumů efektu a procesu takto probíhající psychoterapie.

Kromě terapeutických komunit v lůžkových zařízeních s celodenním programem, zpravidla šestitýdenním, se rozvíjela dynamická psychoterapie v zařízeních s pobytem pouze denním (denních sanatoriích), jejichž prototypem je Denní sanatorium pro neurózy na Horní Palatě, založené rovněž Knoblochem, které po jeho emigraci řídil mnoho let Z. Mrázek a po jeho smrti postupně M. Vimr, O. Matoušek a J. Šavlík. V současnosti je řídí H. Forman. Na psychiatrické klinice v Brně vedla od roku 1981 více než 20 let dynamicky orientované Denní sanatorium pro neurózy O. Kulísková, která v tomto přístupu systematicky školí i mediky.

Systém dynamicky orientované terapeutické skupiny a terapeutické komunity začal být od let 1967-1968 aplikován i na výcvik psychoterapeutů. Jednu výcvikovou skupinu zahájil Knobloch se spolupracovníky, ale po jeho emigraci se již jeho organizace výcviků dále nerozšiřovala. Druhou, se třemi uzavřenými skupinami v rámci výcvikové sebezkušenostní komunity, zahájili J. Skála, E. Urban a J. Rubeš. Tato forma organizace výcviku v trvání pěti let s týdenními soustředěními celé komunity a samostatnými víkendovými soustředěními jednotlivých skupin v celkovém počtu více než pěti set výcvikových hodin, nazvaná podle iniciál autorů jako systém SUR, se

postupně rozrostla a stala se po celé období totalitního režimu základní formou systematického výcviku v psychoterapii. Skála, Urban i Rubeš si zakládali každý svoje vlastní komunity a v nich vyškolili také své pokračovatele, kteří dnes vedou další komunity. Patří k nim například J. Krombholz, J. Heller, P. Hellerová, M. Vyhnálek, K. Kalina, J. Kožnar, J. Vodňanská a další.

Dynamická psychoterapie se – jak v oblasti terapeutické, tak výcvikové – u nás nevyvinula jako dogmatická škola či směr, ale obohacuje se prvky z jiných škol, mj. ze školy kognitivně-behaviorální, z níž využívá především techniky nácviku chybějících sociálních dovedností a nácviku relaxace.

[www.sur.cz](http://www.sur.cz) – Občanské sdružení SUR

### 2.1.5 Vývoj rodinné psychoterapie u nás

Rodinná psychoterapie se u nás rozvíjela od 70. let 20. století díky obětavosti a nadšení Petra Boše a Jana Špitze, kteří se později přiklonili k systemickému pojetí rodinné terapie. P. Boš založil už v roce 1973 v dětské psychiatrické léčebně v Dubí u Teplic metodické středisko rodinné terapie, kam se zájemci o rodinnou terapii jezdili školit. Spolupracoval s Janem Špitzem z Dětské psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Motole. Společně uspořádali v roce 1987 v Praze Světový kongres rodinné terapie, na němž byla prezentována většina škol rodinné terapie. V roce 1990 Jan Špitz s Petrem Bošem a Zdeňkem Kučerou vytvořili Institut rodinné terapie a systemických studií, který představoval první program vzdělávání v rodinné psychoterapii v Československu. Dnes Institut rodinné terapie a systemických studií nese název Institut rodinné terapie a od roku 1996 ho řídí Š. Gjuričová. Ta společně s J. Kubičkou a L. Brodovou tvoří základní lektorský tým, který pořádá výcvik v rodinné psychoterapii. Mezi významné lektory ze zahraničí patřil I. Eisler a E. Jonesová.

Petr Boš také spoluzaložil s Olgou Holubovou Institut Virginie Satirové. Dnes Institut řídí A. Beránková a I. Kořátková (viz. 3.6).

V. Chvála a L. Trapková organizují výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch. Pracují ve Středisku komplexní terapie v Liberci.

Institut pro systemickou zkušenost (ISZ) je občanské sdružení působící od roku 1991 v oblasti systemické psychoterapie a poradenství. Členy institutu jsou V. Strnad, Z. Macek, I. Úlehla a další.

V Brně existuje Institut systemické rodinné terapie, který vedou J. Zeman a A. Zemanová.

V současné době u nás existuje asi pět vzdělávacích institucí, které mají komplexní programy vzdělávání v oblasti rodinné a systemické terapie akreditované Českou psychoterapeutickou společností. K dalším významným osobnostem rodinné terapie patří M. Vyhnálek, H. Vyhnálková a Z. Rieger, který je autorem metafory „ostrov rodiny“.

Rodinní terapeuti u nás byli sdruženi pod Psychiatrickou společností ČLS JEP jako její sekce, později ve Společnosti pro psychoterapii a rodinnou terapii, jako sekce České psychoterapeutické společnosti pak od roku 2000. V roce 2000 vznikl také SOFT, což je Společenství rodinných a systemických terapeutů, které bylo přijato do Komory národních organizací rodinné terapie Evropské organizace rodinné terapie EFTA.

[www.rodinnaterapie.cz](http://www.rodinnaterapie.cz) – Institut rodinné terapie

[www.lirtaps.cz](http://www.lirtaps.cz) – Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny

[www.isz.cz](http://www.isz.cz) – Institut pro systematickou zkušenost

### 2.1.6 Vývoj rodinné terapie dle Virginie Satirové

V roce 1979 proběhl v Dobronicích týdenní výcvik vedený Virginíí Satirovou, který uspořádal P. Boš. Satirová zde demonstrovala svůj přístup – modelovala pomocí lan a živých sousoší rodinné vztahy, ukazovala cestu k tomu, jak vidět svět a sebe, a jak je důležitá sebeúcta. V roce 1987 byla čestnou prezidentkou Prvního mezinárodního kongresu rodinné terapie v Praze.

Institut Virginie Satirové byl u nás založen v roce 1991 Olgou Holubovou a Petrem Bošem. O. Holubová ho pak vedla až do své smrti v roce 2002, dále pak Milada Radosová, v současnosti jej řídí Alexandra Beránková pod názvem Institut Virginie Satirové Česká republika.

Za dobu svého trvání Institut organizoval řadu růstových programů, na kterých se podíleli čeští i zahraniční lektoři. Ze zahraničních lektorů se nejvíce na šíření učení

V. Satirové u nás podíleli její přímí žáci Walter Zahnd a John a Kathlyne Banmenovi, a blízká spolupracovnice Maria Gomori. Každoročně probíhají programy pro profesionály i programy růstové, na kterých se podílí právě W. Zahnd s K. a J. Banmenovými. Institut Virginie Satirové má síť lektorů, supervizorů a asistentů, kteří vedou jak profesionální programy, tak růstové programy určené pro širokou veřejnost (např. programy Sebeúcta, Rodinná rekonstrukce, Sebepoznání a komunikace, Matky a dcery). Výcvikový program pro profesionály MOVISA organizují Ilona Kořátková, Milada Radosová, Alexandra Beránková, Lubica Lichorobiecová a Hana Ščibranyová spolu s Renatou Koláčkovou, Hanou Čamlíkovou, Rebekou Trepáčovou a Vladimírem Strakou. Institut V. Satirové Česká republika spolupracuje s Institutem V. Satirové na Slovensku, který vede Hana Ščibranyová, a od roku 2004 je součástí mezinárodní organizace Avanta. Avanta mimo jiné podporuje výcviky českých lektorů v Kanadě.

V květnu 2007 proběhla Světová konference o rodině, a to u příležitosti nedožitých 90. narozenin V. Satirové.

[www.satirova.cz](http://www.satirova.cz) – Institut Virginie Satirové

### 2.1.7 Vývoj rogersovské psychoterapie

Počátky rogersovské terapie v naší zemi lze najít už u první poválečné generace klinických psychologů, a to u R. Bursíka a L. Kubičky. Ti byli v písemném kontaktu s C. R. Rogersem a dostávali od něho tiskové i zvukové materiály. R. Bursík přednášel rogersovský přístup na Katedře psychologie FF UK v Praze.

J. Vymětal se více seznámil s rogersovskou psychoterapií během ročního studia na Institutu psychologie filozofické fakulty univerzity v Hamburku u R. Tausche. Po návratu do Československa s tímto přístupem seznamoval odbornou veřejnost. První „výcvik“ v rogersovské terapii se uskutečnil s podporou S. Kratochvíla, a to v roce 1984. Na začátku 90. let minulého století proběhly dva dvouleté vzdělávací cykly v tomto přístupu, posléze i víceletý výcvik pro pracovníky Diakonie.



V roce 1992 J. Vymětal založil pražský Institut pro psychoterapii a poradenství zaměřené na klienta, v jehož čele dále stály V. Junková a V. Rezková. Tento institut nebyl komerční a posléze utlumil činnost, protože neodpovídal duchu doby.

O rok později vznikl v Brně Český institut pro přístup zaměřený na člověka, v jehož čele stojí O. Tegze, a v roce 1994 Institut PCA Praha, který řídí J. Holeyšovský. Institut PCA Praha patří mezi zakládající členy Evropské sítě PCA asociací. Oba instituty jsou od roku 1994 sdruženy v Asociaci pro psychoterapii, poradenství a přístup zaměřený na člověka. Předsedou Asociace je V. Lepičovský. Úkolem Asociace je rozvíjet rogersovský přístup u nás a spolupracovat se zahraničím. Jak pražský, tak brněnský institut nabízejí akreditovaný výcvik v terapii zaměřené na člověka. Mezi oběma výcviky jsou v základních oblastech jen drobné nuance.

[www.spsbrno.cz/rogers](http://www.spsbrno.cz/rogers) - Český institut PCA

[www.pca-institut.cz](http://www.pca-institut.cz) – Institut pro psychoterapii a poradenství zaměřené na člověka

### 2.1.8 Vývoj daseinsanalýzy

Daseinsanalýzu k nám v 60. a 70. letech 20. století nepřímo přinesl profesor Jan Patočka, který byl fenomenologem a heideggeriánem, a také podporoval dílo Binswagera a Bosse.

Vedle toho byla daseinsanalýza pěstována koncem 70. let lidmi kolem dnes už zesnulého J. Němce, a to K. Zemanem, P. Rezkem, L. Horákem, O. Čálkem, V. Boreckým a J. Růžičkou. Na počátku 90. let minulého století pak byl u nás zorganizován první komunitní a skupinový daseinsanalytický výcvik.

V současné době je u nás Daseinsanalytická společnost jako sekce České psychoterapeutické společnosti. Ta má několik desítek členů a je napojena na daseinsanalytické společnosti v Rakousku a Švýcarsku a mezinárodní IFDA. Daseinsanalytická společnost, která je tvořena psychoterapeuty, spolupracuje s Fenomenologicko-daseinsanalytickou společností, která se zabývá problémy „daseins“ v kontextu filosofickém.

Výcvik je poskytován nejen individuálně, ale především skupinově. Pracují u nás tři výcviková centra. Pražská vysoká škola psychosociálních studií nabízí komunitní,

skupinový a individuální výcvik v daseinsanalýze, ve kterém bylo vycvičeno asi třicet lidí a dalších třicet frekventantů je v současnosti ve výcviku. „Tato škola je jedinou vysokou školou s denním programem v Evropě, kde fenomenologie tvoří ideovou páteř oboru.“<sup>5</sup> Výcvik profesionálů probíhá ve třech výcvikových komunitách i na Pražské psychoterapeutické fakultě. Institut psychoterapeutického vzdělávání Epoché v Plzni, vedený L. Horákem, nabízí vzdělávací program, který je koncipován tak, aby odpovídal standardům evropského certifikátu pro psychoterapii.

Na publikování informací o daseinsanalýze se podílí vedle J. Růžičky i O. Čálek, který přeložil do češtiny řadu knih týkajících se tohoto přístupu.

[www.klinikaeset.cz](http://www.klinikaeset.cz)

### 2.1.9 Vývoj gestalt terapie

V 70. a 80. letech 20. století gestalt terapii názorně prezentoval K. Balcar. Rozvoj gestalt terapie však nastal až v letech devadesátých. V současné době má u nás gestalt terapie svou sekci a dva výcvikové instituty.

DIALOG neboli Český institut pro výcvik v gestalt terapii, byl založen v roce 1996. Tento Institut vychází z výcvikové skupiny, kterou vedli lektoři z Velké Británie a z Los Angeles od roku 1991. Představiteli Českého institutu pro výcvik v gestalt terapii jsou H. Fišerová, společně s J. Rektorem a A. Polákem. Všichni jsou výcvikovými trenéry a supervizory. V roce 1999 získal tento výcvikový program akreditaci České psychoterapeutické společnosti pro zdravotnictví a od roku 2002 je DIALOG členem Evropské asociace pro gestalt terapii. V roce 2007 je otevřen již čtvrtý výcvikový běh.

V roce 1994 vzniká Institut pro gestalt terapii a psychosyntézu, který je druhým výcvikovým institutem u nás. Zakladateli jsou M. Jára, S. Dudová a J. Drahota. Už od roku 1993 probíhal výcvik v gestalt terapii vedený pouze zahraničními lektory z belgicko-norského institutu. Tento výcvik skončil v roce 1997 a od následujícího roku se trenérská činnost začíná postupně přenášet na českou stranu. V roce 2001, po úplném odchodu zahraničních lektorů, vzniká nezávislý český institut, který se přejmenovává na Institut pro gestalt terapii. V Institutu pro gestalt terapii například působil M. Jára,

---

<sup>5</sup> Růžička, Daseinsanalýza, Čes. a slov. Psychiat. 99, 2003, Supl. 2, 63-68, str. 85

J. Knop, E. Neumanová a K. Humhal. Ve stejném roce se tento Institut stává členem Evropské asociace pro gestalt terapii. V roce 2006 se tento institut dělí na dvě samostatné jednotky, vedené E. Neumanovou a M. Čevelovou.

[www.gestalt-dialog.cz](http://www.gestalt-dialog.cz) – DIALOG – Český institut pro výcvik v gestalt terapii

[www.gestalt.cz](http://www.gestalt.cz) – Institut pro gestalt terapii Praha

### 2.1.10 Vývoj kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie se u nás začala prosazovat jako samostatný směr po „sametové“ revoluci v roce 1989, kdy byla postupně navázána spolupráce se zahraničními lektory, a to především s Krishem Nathem z Anglie. Výcvik v KBT začal v roce 1991 pod vedením lektorů z Anglie, Německa a Rakouska. V roce 1992 vznikla sekce KBT, posléze pak i samostatná Česká společnost kognitivně-behaviorální terapie. Prvním prezidentem této společnosti byl P. Možný, druhým a současným prezidentem je J. Praško. Později, pro potřeby výcviku a díky rozšiřování počtu členů, vznikly dva výcvikové instituty. A to Institut KBT, který vedou J. Zbytovský a J. Kaněrová, a KB centrum pod vedením K. Durecové, J. Veselého a F. Hroníka.

V roce 2003 prezidentem Evropské asociace kognitivních a behaviorálních terapií (EABCT) byl J. Praško. Prezidentem Evropské asociace je vždy prezident té organizace, která organizuje Kongres KBT. V roce 2003 se tento Kongres EABCT uskutečnil v Praze a zúčastnilo se jej přes 850 účastníků ze 41 států.

Představitelé kognitivně-behaviorální terapie u nás (například J. Praško, P. Možný, I. Málková, D. Krch a další) jsou velmi aktivní v oblasti publikování knih o KBT, a to jak překladů, tak i původních českých prací, mimo jiné i svépomocných publikací pro pacienty. J. Praško se spolupracovníky vydal publikaci Poruchy osobnosti /2003/, která byla oceněna významnou Kuffnerovou cenou.

<http://eskbt.kbtinstitut.cz> – Česká společnost KBT

[www.kbtinstitut.cz](http://www.kbtinstitut.cz) – Česká společnost KBT

### 2.1.11 Vývoj transakční analýzy

Transakční analýzu představil v Československu se sympatiemi již v prvním vydání své učebnice „Psychoterapie“ v roce 1970 Stanislav Kratochvíl. Ten se v roce 1969, během svého pracovního pobytu v USA, zúčastňoval v San Franciscu inspirativních domácích středečních seminářů Erika Berna. Věnoval se jí poměrně podrobně i v dalších vydáních a popularizoval její myšlenky i ve zdravotně výchovné příručce „Jak žít s neurózou“ (1981, 1988). Transakční analýza zaujala také Radkina Honzáka, který se o ní podrobně referoval i s vlastními příklady v populárních publikacích „Jak se dobře cítit mezi lidmi“ (spolu s V. Novotnou, 1987) a „I v nemoci si buď přítelem“ (1989).

V roce 1992 přijíždí do České republiky Servaas van Beekum, tehdejší prezident Evropské asociace transakční analýzy (EATA), vést základní kurz transakční analýzy. Kurz absolvovalo asi 30 zájemců, kterým bylo nabídnuto další vzdělání garantované EATAou.

Roku 1994 byla založena národní organizace Česká asociace transakční analýzy (ČATA), o dva roky později byla přijata do EATA. Prvním prezidentem ČATA byl R. Honzák, od roku 2000 je prezidentkou B. Čepická, která je zatím jedinou certifikovanou transakční analytičkou u nás. V současné době probíhá systematický výcvik vedený zahraničními lektory. V roce 2006 byla otevřena druhá tzv. „Tříletka“ – výcvik pro absolventy základního kurzu, kteří uvažují o mezinárodní certifikaci.

Do češtiny byly přeloženy Bernovy knihy „Jak si lidé hrají“ (1992) a „Co řeknete, až pozdravíte“ (1997).

[www.ta-cata.cz](http://www.ta-cata.cz) – Česká asociace transakční analýzy

### 2.1.12 Vývoj eklektické a integrativní psychoterapie

V roce 1966 byl u nás poprvé formulován eklektický přístup M. Bouchalem a S. Kratochvílem, a to pod názvem „syntetický a diferencovaný přístup“. Autoři navazovali na práce brněnského psychologa prof. R. Konečného. Tento přístup se dnes plně včlenil do světové eklektické a integrativní psychoterapie.

Institut pro integrativní psychoterapii a psychologické poradenství (IPIPAPP) vznikl v roce 1992 v Olomouci. Institut provádí systematický zážitkový výcvik, a to sebezkušenostní formou výcvikových komunit, ve kterých je integrována řada psychoterapeutických teorií, metod a přístupů. Mezi vedoucí skupin patřili např. S. Morávek, Z. Rieger, I. Kořátková, P. Weiss a P. Macek. Těmito komunitami prošla už asi stovka frekventantů, především z řad psychologů a lékařů. Mezi současné představitele IPIPAPPu patří R. Honzák, I. Plaňava, V. Řehan, J. Řehanová, Z. Rieger, S. Morávek a S. Kratochvíl, který je předsedou Odborné rady, garantující úroveň programů, které IPIPAPP nabízí.

Od roku 1991 u nás také probíhá v Kroměříži výcvik v Knoblochově integrované psychoterapii. V roce 1993 bylo v Kroměříži založeno Mezinárodní středisko pro integrovanou psychoterapii a zdravý životní styl (INCIP), ve kterém je organizován sebezkušenostní výcvik.

[www.ipipapp.cz](http://www.ipipapp.cz) - Institut pro integrativní psychoterapii a psychologické poradenství

### 2.1.13 Mezi proudy psychoterapie

Existují také odborníci, kteří se nehlásí k žádné škole, ani se nepovažují za eklektiky či integracionisty. Snaží se být o všech hodnotných teoriích či účinných metodách co nejdůkladněji informováni, pracují s nimi a pak o nich věcně i kriticky informují své kolegy a žáky, případně o nich přednášejí a školí v nich další střízlivě smýšlející odborníky. Je to také jedna vhodná cesta, jak se vyvarovat jednostrannosti jednotlivých směrů.

## 2.2 Stručné teoretické uvedení do problematiky výzkumu v sociálních vědách<sup>6</sup>

V sociálně vědním výzkumu se uplatňují dvě základní formy výzkumu, jsou jimi kvantitativní a kvalitativní.

### 2.2.1 Kvalitativní a kvantitativní výzkum

Kvantitativní výzkum probíhá více strukturovaně a používá spíše deduktivní postupy. Vzorem v sociálních vědách jsou metody věd přírodních. Soustřeďuje se na popis variability předem definovaných proměnných, které vymezují, co budeme pozorovat a zachycovat. Vychází se z předpokladu, že lidské chování můžeme do jisté míry měřit a předvídat. Výstupem výzkumu je ověření neboli testování určité teorie či hypotézy. Takto provedený výzkum umožňuje zobecnění získaných výsledků a formulování obecně platných pravidel. Výzkum s použitím kvantitativní metodologie se soustřeďuje hlavně na ověření vztahů mezi proměnnými nebo na zjištění, jakým způsobem se k sobě proměnné vztahují. Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování.

Petrusek<sup>7</sup> však uvádí, že „kvantitativním výzkumem nelze vlastně zjistit nic víc než to, co jsme ´kvalitativně´ předem věděli, ale o čem jsme pouze nevěděli, jak je ´to´ ve společnosti rozloženo a distribuováno.“

Kvalitativní výzkum používá induktivní formy vědeckých metod, hloubkové studium jednotlivých případů, nejrůznější formy rozhovorů a kvalitativní pozorování. Záměrem je získat popis zvláštností případů, generovat hypotézy a rozvíjet teorie o fenoménech světa. Je to proces dotazování směřující k porozumění. Nejsou stanoveny předem hypotézy a výzkumný projekt není závislý na teorii, kterou již před tím někdo vybudoval. Kvalitativní výzkum probíhá nejčastěji v přirozených podmínkách sociálního prostředí. Výzkum má pružný charakter. To znamená, že plán výzkumu se z daného základu rozvíjí, proměňuje a přizpůsobuje podle okolností a dosud získaných výsledků. V typickém případě kvalitativní výzkumník stanoví na počátku výzkumu

---

<sup>6</sup> Podle Hendla, Kvalitativní výzkum, 2005

<sup>7</sup> Petrusek, M. Teorie a metoda v moderní sociologii, 1993, str. 120

téma a určí výzkumné otázky. Otázky může modifikovat nebo doplňovat v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat. Proto je kvalitativní výzkum označován za pružný typ výzkumu. V jeho průběhu nevznikají pouze výzkumné otázky, ale také hypotézy a nová rozhodnutí, jak dále zpracovat zvolený výzkumný plán a pokračovat při získávání dat i jejich analýze. Analýza dat a jejich sběr probíhají současně – výzkumník sbírá data, provede jejich analýzu a podle výsledků se rozhodne, která data potřebuje, a začne znovu se sběrem dat a jejich analýzou. Během těchto cyklů výzkumník své domněnky a závěry přezkoumává. Logika kvalitativního výzkumu je induktivní, teprve po nasbírání dostatečného množství dat začíná výzkumník pátrat po pravidelnostech, formuluje předběžné závěry a hledá pro ně další oporu v datech. Hypotézy či teorie vzniklé na základě kvalitativního výzkumu není možné příliš zobecňovat. Jsou platná pro vzorek, na kterém byla data získána. „Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založených na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“<sup>8</sup>

Kvalitativnímu výzkumu se vytýká, že jeho výsledky představují sbírku subjektivních dojmů. Pro jeho pružný a nestrukturovaný charakter ho lze špatně replikovat, na rozdíl od výzkumu kvantitativního. Vznikají obtíže i se zobecňováním výsledků. U kvalitativního výzkumu je také zdůrazňována jeho neprůhlednost či malá transparentnost. Nevýhody kvalitativního výzkumu mohou být však právě naopak jeho hlavními devizami a přednostmi. Výzkumný proces je vždy kompromisem a vyvažováním nedostatků a výhod. Kladem kvalitativního přístupu je získání podrobného popisu případu, nezůstává se na jeho povrchu, provádí se podrobná komparace případů, sleduje se jejich vývoj a zkoumají se příslušné procesy. Kvalitativní výzkum poskytuje podrobné informace proč se daný fenomén objevil. Používá však celou škálu postupů, aby zajistil hodnověrnost svých výsledků.

Například během rozhovoru lze užít obou metod výzkumu, záleží však na podobě a účelu zkoumaného:

---

<sup>8</sup> Švaříček, Šedřová, Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách, 2007, str. 17

- kvantitativní přístup – účelem standardizovaného strukturovaného rozhovoru je položit všem respondentům několik identických otázek ve stejném pořadí,
- kvalitativní přístup – cílem hloubkového a polostrukturovaného či nestrukturovaného rozhovoru je získat od respondenta detailní a komplexní informace o studovaném jevu nebo objektu.

S odstupem času lze sledovat v sociálních vědách jistý vývoj v nadhledu na kvalitativní a kvantitativní metodologický přístup. Zpočátku se tyto výzkumné metody vzájemně vyhraňovaly, později byl tento pohled opuštěn a obě metodologie jsou nahlíženy jako odlišné strategie, nikoli však soupeřící. V poslední době se věnuje pozornost využití kombinace přístupů kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Snahou je využít silných stránek obou metodologií. Mluvíme o smíšených plánech výzkumu a smíšených výzkumných metodách.



## 2.2.2 Možné přístupy v kvalitativním výzkumu<sup>9</sup>

Základními přístupy kvalitativního výzkumu jsou případová studie, etnografický výzkum, zakotvené teorie, fenomenologický a narativní výzkum.

Výzkum pomocí případové studie se zaměřuje na detailní popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů. Jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti. Existuje domněnka, že důkladným prozkoumáním jednoho případu se snadněji porozumí i jiným podobným událostem a situacím. Vytváří se celek širších souvislostí.

V etnografickém přístupu jde o popis kultury určité skupiny lidí ve vlastní společnosti. Kulturou zde rozumíme společné sdílení postoje, hodnoty, normy a jazyk. Výzkumník předem nestanovuje jasné hypotézy, snaží se však porozumět dění ve skupině a sledovat jednotlivé aktivity jejích členů.

Při výzkumu pomocí zakotvené teorie se směřuje k návrhu teorie skrze data, které výzkumník shromažďuje pomocí různých metod. Jeho pozornost je zaměřena především na jednání a interakce sledovaných jedinců a procesů ve stanoveném prostředí.

Fenomenologický výzkum klade důraz na porozumění, jak jedinec vnímá určitou zkušenost. Cílem je tedy popsat a analyzovat prožitou zkušenost. Výzkumník se snaží vstoupit do vnitřního světa jedince, aby porozuměl významům, jež fenoménu přikládá.

Stále většího významu v kvalitativním výzkumu nabývá narativní výzkum. „Narativní analýza patří mezi přístupy mající jedny z nejhlubších kořenů, neboť lidské příběhy byly odedávna prostředkem k předávání kulturní tradice, společenských hodnot, popisu a interpretace motivů lidských aktérů atd. Každý posluchač těchto příběhů více či méně známých hrdinů (ale také pohádek, bájí atd.) byl a je de facto intuitivním interpretem a každý jim svým způsobem dle svých možností rozumí.“<sup>10</sup>

Může být využito i dalších metod, kterými jsou biografický výzkum (sledování historie života jedince), zkoumání dokumentů, historický výzkum (věnuje se popisu a zkoumání fenoménů, které se udály v minulosti), akční výzkum (snaha o co největší přenesení výsledků zpět do praxe) a kritický výzkum (klade důraz na hodnotově orientovaný výzkum a akci, která má vést ke změně).

---

<sup>9</sup> Jelikož v předkládané práci se jedná o kvalitativní složku výzkumu, dále se zaměříme již jen na tuto oblast.

<sup>10</sup> Miovský, str. 241

### 2.2.3 Získávání dat a metody jejich zpracování

„Metody sběru dat jsou specifické postupy poznávání určitých jevů, které badatel používá s cílem rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé interpretují a vytvářejí sociální realitu.“<sup>11</sup> Existuje řada způsobů a metod získávání těchto dat. Jsou jimi:

- zúčastněné pozorování – jedna z nejnáročnějších metod sběru dat, je to dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo v terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces,
- hloubkový rozhovor – jedná se o nejčastěji používanou metodu sběru dat, lze definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek<sup>12</sup>,
- skupinový rozhovor – interview se provádí s více než třemi osobami najednou, nepracuje se ale se skupinovou interakcí, ale dodržuje se postup otázka odpověď,
- ohniskové skupiny – i zde se rozhovor odehrává ve skupině, avšak s využitím skupinové dynamiky, která volně vzniká, probíhá v debatě na předem dané téma a
- pořizování videozáznamu (tedy jako metoda sběru dat) – jde o audiovizuálně zachycená data zakotvená v situačním kontextu.

Hloubkový rozhovor umožňuje zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě. Pomocí otevřených otázek může tazatel porozumět pohledu jiných lidí, aniž by jejich pohled omezoval pomocí výběru položek např. jako v dotazníku. Hlavní dva typy hloubkového rozhovoru jsou polostrukturovaný rozhovor (vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek) a nestrukturovaný, neboli narativní rozhovor (může být založený na jediné předem připravené otázce, a dále se badatel dotazuje na základě informací a podnětů poskytnutých zkoumaným účastníkem). Zkušený tazatel je také schopen vnímat i neverbální sdělení a získávat poznatky ze vztahu s účastníkem rozhovoru. Hloubkový rozhovor se však neskládá jen z rozhovoru a jeho přepisu. Celý proces získání dat prostřednictvím této metody sestává z výběru metody, přípravy

---

<sup>11</sup> Švaříček, Šedřová, Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách, 2007, str. 142

<sup>12</sup> více viz. níže

rozhovoru, průběhu vlastního dotazování, přepisu rozhovoru, reflexe interview, analýzy dat a z psaní a prezentace výzkumné zprávy.

Existují dvě základní skutečnosti, jak přistupovat k interview. První způsob shledává rozhovor jako zdroj dat o určité skutečnosti, což znamená, že cílem interview je získat informace a fakta, která stojí mimo osobnost dotazovaného. Druhým typem je rozhovor jako spolupráce tazatele a respondenta. Spolupráce obou stran vede k tomu, že jsou jinak kladeny otázky a tazatel se zapojuje svými názory do rozhovoru. Rozhovor je do určité míry strukturovaná konverzace, kterou tazatel řídí pomocí hlavních, navazujících a pátrajících otázek. Hlubkový rozhovor je výsledkem spolupráce obou stran, i když se samozřejmě nejedná o rovnocenný vztah. Charakteristikou hloubkového rozhovoru je nesouměrnost moci. Tazatel má do značné míry odlišnou roli od role dotazovaného – vede rozhovor, vybírá otázky a také, v ideálním případě, rozhovor ukončuje.

Získaná data je třeba jistým způsobem fixovat, tedy uchovat. Lze je zaznamenat několika způsoby, od klasického zapsání tužkou na papír až po využití moderních technologií (např. videozáznam). Zvukový záznam fáze pořizování dat je pro tazatele velkou pomocí. Zachycuje vše autenticky, výzkumník se nemůže odchýlit a subjektivně a mylně interpretovat řečené. Dále jsou zaznamenány veškeré kvality mluveného slova – síla hlasu, intonace, délka pomlky a různé doprovodné zvuky. Záznam je tedy zcela nestranný a je na něm uchováno vše, co a jakým způsobem bylo řečeno. Takto lze také zachytit celkovou atmosféru setkání, případně ji lépe navodit a připomenout. Rozhovor není rušen zapisováním a zpětným vrácením se k řečenému. Na začátku rozhovoru má však tazatel povinnost o skutečnosti nahrávání rozhovoru podat vysvětlující informace a dotazovaný musí s pořizováním audio záznamu souhlasit. Dotazovaný se vesměs velice rychle oprostí od pocitu, že je rozhovor nahráván, přestane se na záznamové zařízení soustředit a rozhovor plyne zcela nerušeně jako interview v běžném prostředí.

Způsob zacházení a práce s daty se nazývá data management. Jedná se tedy o proces přechodu od získání dat k momentu zpracování, jejich analýze. V této fázi se data technicky upravují a připravují k analýze. Získaný záznam je nutné přepsat např. do počítače, protože konečnými zdroji dat pro analýzu a interpretaci jsou přepisy.

Přepis nebo-li transkripce je časově velice náročná činnost.<sup>13</sup> Data v textové podobě jsou však pro další práci a analyzování rozhovoru nezbytná. Kvalitativní materiál ve formě audio materiálu, případně pak transkripce, čili přepis rozhovorů, se transformuje a interpretuje s cílem zachytit smysluplně zkoumaný jev jako celek. Míra smysluplnosti je pak stanovena účelem studie a výzkumnou otázkou, která pak dále směřuje cíle zpracování dat. Kvalitativní data nemají strukturovanou podobu dat jako při kvantitativním výzkumu, což komplikuje jejich vyhodnocování. Vyznačují se ale svojí kontextuálností a odporují redukcím. Interpretace textu je často doplňována plnými citacemi (např. částí interview). „Kvalitativní analýza je uměním zpracovat data smysluplným a užitečným způsobem a nalézt odpověď na položenou výzkumnou otázku. Pouze výjimečně používáme ve větší míře mechanické operace, jež jsou tak typické pro statistické metody.“<sup>14</sup> Při kvalitativní analýze jde o systematické nenumerické organizování dat s cílem nalézt nosná témata, formy, vztahy a pravidelnosti.

Organizace dat a jejich analýza vesměs začíná již ve fázi sběru dat. V tomto bodě se také kvalitativní výzkum odlišuje od výzkumu kvantitativního. Kvantitativní výzkum nejprve nabude informací a materiálu a pak jen dané analyzuje. Oproti tomu v kvalitativním výzkumu začíná analýza běžet souběžně, její míra se však v závislosti na čase navyšuje.

Data, která jsou k dispozici, jsou obvykle ve formě textu – např. přepis rozhovorů. Výzkumník by se měl systematicky věnovat v analýze rozhovoru tomu, co a jak bylo řečeno. Existují dva rámcové způsoby jak přistupovat k těmto datům, a to realistický přístup a narativní přístup. Realistický přístup považuje výpovědi respondentů či záznamy jejich aktivit za určité vnější skutečnosti nebo vnitřní zkušenosti. Je nutné dbát na věrohodnost výpovědí zúčastněných stejně jako na zkreslení dat pozorovatelem. V takto pojatém výzkumu čelí badatel nebezpečí, že bude nekriticky přijímat tvrzení respondentů. Narativistický přístup – zde se tazatel vzdává snahy získat „pravdivý“ popis reality a namísto toho analyzuje rozhovor jako společenskou interakci.

Data lze zpracovat a systematizovat různým způsobem. Tento způsob lze v průběhu studie měnit a znovu přepracovávat v návaznosti na nově zjištěné poznatky.

---

<sup>13</sup> zhruba 10 minut rozhovoru zabere 50-60 minut přepisování

<sup>14</sup> Hendl, Kvalitativní, 2005, str. 223

Obecně se vnímá pod označením analýza kvalitativních data struktura těchto sedmi bodů<sup>15</sup>:

- Kódování – přiřazování klíčových slov či symbolů k částem textu tak, aby byla umožněna snadnější a rychlejší práce s těmito částmi a bylo možné prostřednictvím kódů lehce pracovat s většími celky. Jedná se tedy o identifikaci a systematické označování významových celků dle vytvořených kritérií.
- Archivace kódovaných dat – uchování zakódovaného i původního textu,
- Propojování dat – hledání spojitostí v datech a vzájemné propojování částí ve větší celky, vytváření a identifikace kategorií.
- Komentování a doplňování dat – psaní komentářů a doplňků, které vhodným způsobem rozšiřují existující data, či je uvádí do vztahů, aby se usnadnila a upřesnila jejich analýza.
- Vyvozování závěrů – interpretace údajů a ověřování jejich platnosti.
- Budování teorie – vývoj a vytvoření systematických, konceptuálních vysvětlení nálezů, tzv. vytvoření rámce, ve kterém se nálezy popisují a vysvětlují.
- Grafické mapování – vytváření schémat, diagramů a modelů a podobně, které graficky zobrazují nálezy nebo graficky znázorňují výslednou podobu teorie.

Existují dále i jiné formy analýzy textu, a to obsahová analýza a narativní analýza. Obsahovou analýzu je možné vnímat jako široké spektrum dílčích metod a postupů sloužících k analýze jakéhokoliv textového dokumentu s cílem objasnit jeho význam, identifikovat jeho stylistické a skladbové zvláštnosti, případně určit jeho strukturu. Obsahová analýza lze kombinovat prakticky s jakoukoli jinou metodou získávání a analýzy dat, například v kombinaci s interview, zúčastněným pozorováním atd.

Narativní analýza patří mezi přístupy vycházející z hlubokých kořenů. Lidské příběhy byly vždy prostředkem k předávání kulturní tradice, společenských hodnot, popisu a interpretace lidské motivace. Předmětem narativní analýzy může být jakýkoliv lidský výtvar zachycující určitý příběh nebo jeho části. Narativním materiálem může být interview, deníky, běžná konverzace atd.

---

<sup>15</sup> podle Miovský, Kvalitativní přístup, str. 219-220

## 3. PRAKTICKÁ ČÁST

### 3.1 Cíl práce, metoda zkoumání a konkrétní uvedení k rozhovorům

Cílem předkládané práce bylo zmapovat, jak terapeuti zastávající různé psychoterapeutické školy, směry a přístupy vnímají psychoterapii, jak se k této práci a životnímu směřování dostali, jak nahlíží na vývoj a především současný stav psychoterapie v České republice, jaký je jejich pohled na integraci v psychoterapii a podobně. To vše v kontextu se směrem, ke kterému se hlásí.

Informace byly získány metodou interview (část otázek byly předem připravených, část vyplynulo z dané situace vzhledem k průběhu dotazování), které bylo posléze převedeno do psané podoby a daným terapeutem autorizováno. Rozhovory však nebyly strukturovány a tedy v rozhovorech je patrná celková atmosféra jednotlivých setkání a především pak osobnost daného psychoterapeuta či psychoterapeutky. Interview byla posléze zpracována způsobem rozdělením dle jejich informativní vypovídající hodnoty do tématických okruhů či celků. Těmi jsou tato čtyři témata:

- Potřebné vzdělání a zkušenosti
- Společné účinné faktory a efektivita v psychoterapie
- Integrace v psychoterapii
- Pohledy na psychoterapii.

V uvedených okruzích pak byla zaměřena pozornost na hledáním společných a rozdílných znaků v názorech a postojích dotazovaných.

Použité rozhovory vznikly v průběhu několika let – od roku 2002 až do roku 2007, a to ve třech etapách. První etapa byla vztažena k psaní bakalářské práce, druhá etapa pak k přípravě vydání publikace „Současné směry v české psychoterapii“. Ve třetím období zpracování magisterské práce se jednalo o doplňování a ucelování pohledu na psychoterapii v České republice. Domnívám se, že časové rozmezí uskutečňování rozhovorů nebylo nikterak ke škodě.

Úplně prvním rozhovorem bylo interview s PhDr. Hanou Junovou, který se nikdy do textu nedostal, protože jeho struktura se odlišovala od zamýšleného. Nicméně doktorka Junová poskytla autorce řadu podnětných informací a kontaktů. Na tento rozhovor pak navázalo interview s PhDr. Jiřím Růžičkou a doc. Jaroslavem Skálou. V první fázi ještě následovaly rozhovory s doc. Janou Kocourkovou, prof. Stanislavem Kratochvílem, MUDr. Petrem Možným, prof. Janem Vymětalem, MUDr. Helenou Fišerovou a PhDr. Šárkou Gjuričovou. V druhé etapě se text rozšířil o čtyři další rozhovory. Dotazovanými byli doc. Karel Balcar, PhDr. Ilona Koťátková, MUDr. Olga Kulísková a PhDr. Blanka Čepická. Třetí blok rozhovorů se uskutečnil na jaře roku 2007 s MUDr. Jurajem Rektorem, doc. Marcelou Bendovou a PhDr. Ludvíkem Běťákem. Celkový počet rozhovorů se tedy rovná patnácti. Interview nejčastěji probíhala na pracovištích jednotlivých dotazovaných, případně u nich doma.

Všichni dotazovaní patří k čelným představitelům psychoterapeutických směrů a přístupů, které prezentují. Často je sami do České republiky pomáhali přinášet a uvádět. V současné době se stále aktivně podílejí na dění psychoterapeutické obce u nás a často jsou zapojeni i do mezinárodních organizací.

V těchto 15 rozhovorech bylo při výběru respondentů dbáno na vyváženost mezi pohlavími (7 žen : 8 mužům), poměr v původních profesích (10 klinických psychologů : 5 psychiatrům) a geografickým zastoupením (8 z Čech : 7 z Moravy a Slezska).

Všechna setkání byla (pro mne) velice zajímavá a podnětná. Byl to čas strávený s lidmi, kteří toho často mnoho prožili a mají co předávat. Ušli dalekou cestu a jejich vyprávění, vzpomínky, vysvětlování a uvádění do dané problematiky je velice přínosné a obohacující.

Rozhovory samy o sobě jsou autentickým a neopakovatelným zachycením pohledu nejen na osobní či pracovní život, ale i na vývoj a současnou situaci v české psychoterapii. Interview jsou vztažena také k teoriím, technikám a výcvikům směrů, jejichž jsou dotazovaní terapeuti představiteli. Tento pohled je samozřejmě více či méně objektivní nebo subjektivní – podle nahlížení jednotlivých vyprávěčů.

Je jistě důležité nejen zmínit, ale hlavně zdůraznit, že v centru interview stojí člověk. Jednotlivé uváděné psychoterapeutické směry pak spíše zarámovávají tato

setkání. Cílem interview bylo právě ono „setkání“ s daným psychoterapeutem jako člověkem. A to člověkem, který má co říct, je možné načerpat od něj nejen „poučení“ ve směru získání technický informací, ale i osobního pohledu na danou věc či problematiku a celkového nahlížení o vlastním životě.

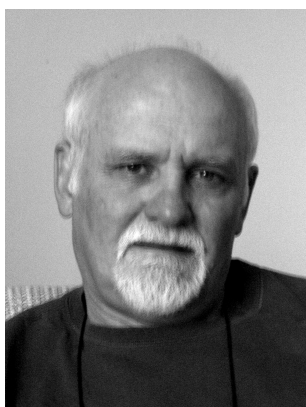


### 3.2 Medailóny terapeutů



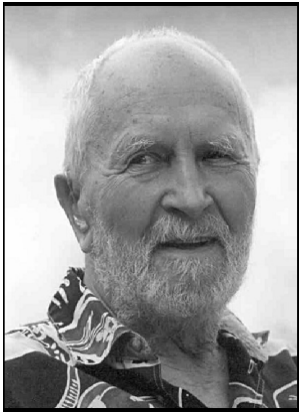
Doc. PhDr. JANA KOCOURKOVÁ (\*1948)

Vystudovala psychologii na FF UJEP v Brně. V letech 1972 – 1976 pracovala v Psychiatrické léčebně v Třebíči, poté na Dětské psychiatrické klinice FN Motol, kde působí dodnes. Od roku 1996 je docentkou psychologie na 2. LF UK v Praze, kde vyučuje lékařskou psychologii a psychoterapii. Pracuje také na subkatedře psychoterapie Institutu pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví. Byla předsedkyní České psychoanalytické společnosti. Kromě českých odborných společností je členkou Mezinárodní psychoanalytické asociace. Napsala se spolupracovnicí monografii *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání /1997/* a s J. Koutkem *Sebevražedné chování /2003/* a do učebnice *Dětská a adolescentní psychiatrie* přispěla kapitolou *Psychoterapie dětí a adolescentů /2000/*.



PhDr. LUDVÍK BĚŤÁK (\*1947)

Vystudoval psychologii na UJEP v Brně. Je klinický psycholog a psychoterapeut. Prošel řadou pracovišť. V současné době má soukromou praxi v Brně. Je spoluzakladatel České společnosti pro katatymně imaginativní psychoterapii a České společnosti pro analytickou psychologii a jungovskou psychoterapii (jejímž je také předsedou). V obou společnostech působí jako lektor a supervizor. Podílí se na vydávání jungiánsky orientované literatury. Přednáší a vede psychoterapeutické výcviky v uvedených směrech.



Doc. MUDr. JAROSLAV SKÁLA, CSc. (\*1916)

Vystudoval medicínu a současně Institut tělesné výchovy a sportu na UK v Praze. Od roku 1946 pracoval na pražské Psychiatrické klinice Apolinář v Praze. Podílel se na vzniku a rozvoji české alkoholologie. Je zakladatelem první záchytné stanice se zdravotním zaměřením na světě, a to v roce 1951.

Spolu s J. Rubešem a E. Urbanem založil v roce 1967 psychoterapeutický výcvik SUR, kterým prošla většina českých psychoterapeutů. Podílel se na vzniku Pražské psychoterapeutické fakulty a soukromé Pražské vysoké školy psychosociálních studií, dále pak na vydávání Psychoterapeutických sešitů a sborníků Psychoterapie. Od roku 2001 je supervizorem a členem Evropské asociace pro supervizi. V roce 2002 dostal státní vyznamenání – Medaili za Zásluhy.



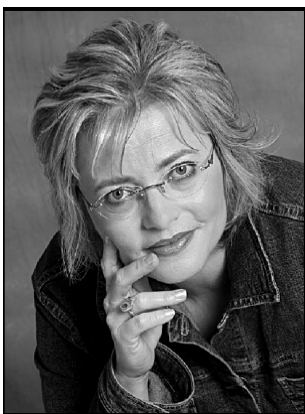
MUDr. OLGA KULÍSKOVÁ, PhD. (\*1946)

Vystudovala lékařskou fakultu MU v Brně, pracovala jako sekundární lékařka v psychiatrické léčebně Brno Černovice a pak na psychiatrické klinice LF MU v Brně Bohunicích, kde se v roce 1981 stala vedoucí lékařkou denního sanatoria a v roce 1992 byla pověřena vedením oddělení lékařské psychologie. Od roku 2003 přešla do privátní psychoterapeutické praxe. Je předsedkyní výcvikového Brněnského institutu psychoterapie. Spolu s J. Dufkem vydala publikaci Komunikace v ordinaci lékaře (2003).



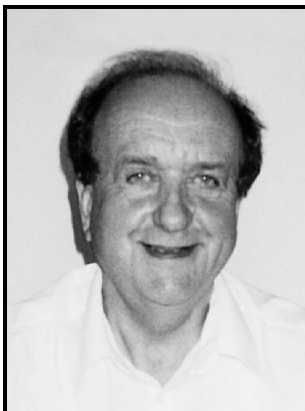
PhDr. ŠÁRKA GJURIČOVÁ (\*1946)

Vystudovala jednooborovou psychologii na FF UK. Začínala na lůžkovém oddělení Dětské psychiatrické kliniky v Motole. Již řadu let pracuje v Centru rodinné terapie. Vede projekt vzdělávání v rodinné terapii v Institutu rodinné terapie Praha. Věnuje se studiu genderu ve vztahu k rodinné terapii i ve vztahu k psychologii. O tomto tématu přednáší na Fakultě sociální práce na FF UK. Je českou zástupkyní rodinné terapie v rámci Komory evropských národních organizací EFTA (Evropská asociace rodinné terapie). S J. Kubičkou napsala monografii *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy /2003/*.



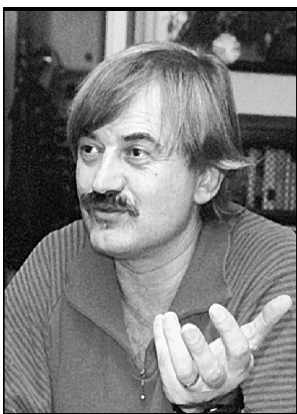
PhDr. ILONA KOŘÁTKOVÁ (\*1955)

Vystudovala klinickou psychologii na FF UK v Praze. Pracovala jako psycholožka ve zdravotnických zařízeních, a to na dětském a gynekologickém oddělení nemocnic v Ostravě. V současné době má soukromou psychologickou praxi v Ostravě. Deset let je lektorkou a supervizorkou v Institutu Virginie Satirové Česká republika a v Institutu pro integrativní psychoterapii. Od roku 1994 se věnuje Modelu růstu Virginie Satirové. Je ředitelkou výcviku MOVISA a věnuje se růstovému programu Rodinná rekonstrukce.



Prof. PhDr. JAN VYMĚTAL (\*1945)

Vystudoval jednooborovou psychologii na FF UK v Praze. Během studia absolvoval roční studium psychoterapie a nedirektivní pedagogiky v Hamburku, kde se setkal s rogersovskou psychoterapií. Pracoval jako klinický psycholog na psychiatrických odděleních v Sadské, Kosmonosích a v Praze. Je vysokoškolským profesorem. Od roku 1998 je přednostou Ústavu pro humanitní studia v lékařství na 1. LF UK v Praze. Napsal monografii Rogersovská psychoterapie /1996/, kterou pak společně s V. Rezkovou aktualizoval a rozšířil pod názvem Rogersovský přístup k dospělým a dětem /2001/. Se spolupracovníky vydal knihu Obecná psychoterapie /1997, 2004/. Dále publikoval Úvod do psychoterapie /2002/ a vysokoškolskou učebnici Lékařská psychologie /2003/.



PhDr. JIŘÍ RŮŽIČKA, PhD. (\*1946)

Vystudoval psychologii, studoval však také filozofii umění a kulturní antropologii. Prošel řadou výcviků, v současné době se zabývá daseinsanalytickým přístupem. Od roku 1996 psychologicky vede Psychoterapeutickou a psychosomatickou kliniku ESET. Spolu s docentem J. Skálou založil Pražskou psychoterapeutickou fakultu a Pražskou vysokou školu psychosociálních studií, jejímž je rektorem. Podílel se na vzniku Asociace klinických psychologů Čech, Moravy a Slezska a byl jejím prvním prezidentem, v současnosti je jejím viceprezidentem a místopředsedou České psychoterapeutické společnosti. Je členem několika zahraničních a domácích vědeckých či odborných společností. S J. Skálou a dalšími spolupracoval na vydávání Psychoterapeutických sešitů a sborníků Psychoterapie. Napsal monografii Péče o duši v perspektivách psychoterapie /2003/.



MUDr. HELENA FIŠEROVÁ

Vystudovala medicínu na UK v Praze. Prošla výcvikem v psychoanalýze a dynamické skupinové terapii. Zde pak působila i jako výcviková lektorka. V 90. letech absolvovala výcvik v gestalt terapii a získala certifikát gestalt terapeutky. Dnes je trenérkou a supervizorkou gestalt terapie ve výcvikovém institutu DIALOG. Je členkou výboru České psychoterapeutické společnosti. V současné době má soukromou psychiatrickou a psychoterapeutickou praxi v Praze.



MUDr. PETR MOŽNÝ (\*1957)

Vystudoval všeobecné lékařství na LF UJEP v Brně. Od roku 1983 pracuje v Psychiatrické léčebně Kroměříž. V současnosti vede koedukovaný psychoterapeuticky zaměřený primariát, který zahrnuje jak oddělení pro psychózy, tak pro neurotické poruchy. Byl prvním prezidentem Společnosti pro kognitivně-behaviorální terapii. Je spoluautorem původní učebnice Kognitivně-behaviorální terapie /1999/ s Jánem Praškem a překladatelem pěti knih, které se zabývají touto problematikou.



Prim. MUDr. JURAJ REKTOR

Vystudoval medicínu na Univerzitě J. E. Purkyně v Brně, jako psychiatr působil v Psychiatrické léčebně v Kroměříži. V současnosti žije v Přerově, kde vede soukromé psychiatricko-psychologické zařízení – Psychosociální centrum. Po výcvicích v dynamické skupinové terapii a individuální psychoanalýze absolvoval výcvik v Gestalt terapii s GATLA a GPTI. Je certifikován oběma instituty a kromě trenérské činnosti v DIALOGu se jako trenér účastní i letních rezidentních výcviků, které v Evropě pořádá GATLA. Aktivně se podílí na práci výborů České psychoterapeutické společnosti a Psychiatrické společnosti ČLS JEP.



Doc. PhDr. MARCELA BENDOVIÁ, Ph.D.

Vystudovala psychologii na FF UJEP v Olomouci. Po skončení nastoupila na Psychiatrickou kliniku v Brně. V roce 1968 pak na Gynekologicko-porodnickou kliniku také v Brně, tam je zaměstnána doposud. Pracuje v oblasti gynekologie, porodnictví, ale také s onkologickými pacientkami. Při LF MU pomáhala zřídit Ústav psychologie, který zajišťuje výuku psychologie a komunikace a posléze v roce 2005 se stala jeho přednostkou. Pracovala také jako psycholožka našich vrcholových sportovců – družstva veslařek.



PhDr. BLANKA ČEPICKÁ (\*1950)

Vystudovala psychologii na FF UK v Praze. Prošla několika psychiatrickými ambulancemi, kde působila jako klinický psycholog, později pracovala jako klinický psycholog na interní klinice. V současné době vyučuje lékařskou psychologii na 1. LF UK a má privátní psychologickou praxi. Prošla rozsáhlým výcvikem a je jedinou certifikovanou transakční analytičkou v ČR. Prezентuje ČATA (Českou asociaci transakční analýzy) jako její prezidentka a podílí se na organizaci výcviku.



Prof. PhDr. STANISLAV KRATOCHVÍL, CSc. (\*1932)

Vystudoval psychologii na FF UJEP v Brně. Od roku 1958 pracuje jako klinický psycholog v Psychiatrické léčebně Kroměříž, kde je dnes vedoucím psychologem. V letech 1964 – 1978 pracoval jako odborný asistent na Katedře psychologie FF UJEP v Brně, z politických důvodů však dostal výpověď. V roce 1978 začal externě přednášet na FF UP v Olomouci a v současné době zde působí jako řádný profesor klinické psychologie. Je čestným členem českých i zahraničních společností v oblasti psychiatrie, psychoterapie a sexuologie. Je autorem celé řady knih, které opakovaně vycházejí, a to i v polských překladech. Nejznámější publikací jsou Základy psychoterapie /2002/, které dříve vycházely pod názvem Psychoterapie (od roku 1970). K další významným odborným monografiím patří Experimentální hypnóza“ /1999/, Manželská terapie /2000/, Klinická hypnóza /2001/ a Skupinová psychoterapie v praxi /2001/. V roce 2002 mu byla olomouckou univerzitou udělena Cena Františka Palackého za celoživotní dílo.



Doc. PhDr. KAREL BALCAR, CSc. (\*1939)

Vystudoval psychologii na FF UK v Praze. Byl zaměstnán v Psychologickém ústavu ČSAV, v Kabinetě psychologie Institutu pro další vzdělávání lékařů v Praze a vyučoval na Katedře psychologie Filozofické fakulty UK. Od roku 1994 pracuje na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy na Oddělení lékařské psychologie. Učí lékařskou psychologii, psychoterapii a psychosomatiku pro lékaře. V roce 2003 se stal supervizorem v rodinné a systemické terapii. Je autorem oblíbené učebnice Úvod do studia psychologie osobnosti /1991/ a hlavním spoluautorem učebnice Dětská psychoterapie /2000/, vydané spolu s J. Langmeierem a J. Špitem. Mimo vlastní tvůrčí činnost překládá i odborné texty.



### 3.3 Získávání kvalitativních dat v rozhovorech a jejich analýza

Při získávání dat jsem zvolila formu „kvalitativního dotazování“, tedy metodu empirického výzkumu, kterou je sběr dat pomocí naslouchání vyprávění, kladení otázek lidem a nabývání jejich odpovědí – konkrétně pak „neformální rozhovor“ doplněný částečně „narativním rozhovorem“.

*Neformální rozhovor* spoléhá na spontánní generování otázek v přirozené interakci. Svými vnějšími znaky je podobný běžnému rozhovoru. Nejsou zde přesně definované otázky, které se během interview nutně musí probrat. Snahou je držet se především hlavního tématu, které nás zajímá a sledovat, jak se interview rozvíjí. Tazatel i dotazovaný mají široké pole záběru, kterým mohou rozhovor vést a tazateli je dána možnost určený čas k interview co nejvhodněji a nejplněji využít. Na začátku neformálního rozhovoru je jen ne zcela určitá představa o tom, jak bude celé interview probíhat, současně je velká otevřenost k tomu přizpůsobit rozhovor člověku a situaci. Měla by však být jasná představa o tom, na jakou otázku či téma se hledá odpověď a čeho se má dosáhnout.

Nashromážděná data se rozhovor od rozhovoru liší. Partneři rozhovoru zpracovávají a nahlížejí na dané téma případně témata svým vlastním způsobem. (Ukázky z rozhovorů jsou ilustrativním příkladem jednotlivých uváděných momentů a situací, které nastaly během vedených rozhovorů – tyto příklady jsou buď v celém rozsahu, tak jak byly řečeny nebo jen jejich část, a to dle jevu, na který bylo poukazováno. Tato skutečnost je protkána celou prací. (Například pokud je poukazováno na stručnost či rozvláčnost hovoru – objevuje se toto i v dané ukázce.) Pramen či odkaz na demonstrativní vzorek je uveden v odkazu u daného mluvčího.)

Není-li uvedeno jinak, ilustrativní úryvky a ukázky z rozhovorů pocházejí z publikace Andrlová, *Současné směry v české psychoterapii*, Triton, 2005.

Tab. 2	Rozhovor J. Kocourková a K. Balcar
--------	------------------------------------

*Autorka: Asi se neřadíte ke „skalním“ zastáncům psychoanalýzy? Mluvila jste o integraci v psychoterapii.*

Doc. Kocourková: To záleží na lidech. Jsou lidé, kteří mají dogmatické tendence a budou tvrdit, že jediná a nejlepší metoda je tahle, a nebo zase jiná.

Myslím si, že většina psychologů a psychiatrů nemá takový dogmatický pohled. Úvaha o indikaci k té nebo oné psychoterapeutické technice musí vycházet z rozvahy, co pacientovi chybí, co je pro něho užitečné, což je podmínkou, aby terapie mohla být účinná.

Psychoanalýza může tvořit teoretický základ přinejmenším pro hlubinné a dynamicky orientované terapie nebo pro terapie, které kladou důraz na psychotherapeutický vztah mezi terapeutem a pacientem. Myslím si, že v takovém případě je psychoanalytický základ potřebný. Psychoanalýza dneska představuje řadu odlišně koncipovaných teoretických modelů. Otázkou je, jestli by se dnes dalo říci, že existuje jen jedna psychoanalýza. Možná ani ne. Myslím si, že pro kolegy, kteří pracují hlubinným nebo dynamickým způsobem, jsou teoretické poznatky, které vyšly z psychoanalýzy, prospěšné, řekla bych skoro nezbytné. Ve většině psychotherapeutických vzdělávacích programů se psychoanalytická teorie vyučuje.

\*\*\*

*Autorka: Čekala jsem od vás původně větší zaujetí pro psychotherapii alespoň některého směru ...*

Doc. Balcar: Je pravda, že jsem i vůči psychotherapii v jejích různých podobách spíš zdrženlivý. Je to vždy jen pokus omezenými lidskými schopnostmi pomoci člověku k obnově tělesného a duševního zdraví, dobrých vztahů vůči sobě a světu a dalších kvalit, které ke zdravému lidskému životu počítáme. Většinou se přitom dobře shodneme, co komu v životě škodí. Hůře však, k čemu má therapeutická změna směřovat, a jakým způsobem může nejlépe k tomu přispět. A o to jde přece víc, než o pouhé odstraňování obtíží. V některých psychotherapeutických přístupech to je na obecné úrovni jasně a přitažlivě vyjádřeno. Třeba podle psychoanalýzy je cílem dovést člověka k takovému způsobu vyrovnávání pudového napětí, které je přijatelné pro něj a zároveň pro jeho okolí; Freud však také prohlásil, že znakem duševního zdraví je, když člověk dokáže pracovat a milovat. Logoterapie vidí cíl ve schopnosti objevovat a uskutečňovat v životě smysluplné zážitky, činy a postoje. Další přístupy spatřují podstatu duševního zdraví v sebezpřijetí a přijetí druhých, v plném uskutečňování vlastních možností, v účelném přizpůsobení vlastního chování podmínkám prostředí, v uchovávaní optimální úrovně aktivity, v úspěšném řešení problémů a konfliktů. To vše je jistě velmi dobré. Čemu však dát v konkrétní situaci konkrétního člověka či společnosti přednost? Je u lidí s neuroticky či psychopaticky narušenou osobností na místě poskytnout jim úlevu oslabením „krutého“ superego či rozložením nestrávených introjektů, jak učí tradiční psychoanalýza a tvarová terapie, nebo naopak posílit příliš slabé svědomí, či „zatížit“ člověka odpovědností, jak učili Mowrer nebo Frankl? Je potřeba dopomoci člověku především k osvobození od nesprávných „přenosů“ z minulých vztahů do současných, jak se o to pokouší vzhledová terapie, nebo spíš k objevování nových vlastností nových vztahů, jak zdůrazňuje tvarová terapie? A pomůže mu k tomu spíš therapeutická interpretace a pochopení, nebo korektivní citová zkušenost, dramatické sebevyjádření či odreagování, nebo výcvik v sebeovládání a sebeřízení, nácvik sociálně účinného jednání, nebo porozumění vlastním utvářejícím zkušenostem z dětství ...? Odpověď podle mě není spíš to, nebo spíš ono, nýbrž poněkud rozpačitější „jak kdy“. Popřípadě „jestli vůbec“ – tedy zda v daném případě svým psychotherapeutickým snažením navzdory dobrým úmyslům a teoretickému porozumění nesledujeme životně nesprávnou stopu.

Různé psychotherapeutické směry i jakási, můžeme-li to tak nazvat, obecná psychotherapeutická ideologie předpokládají, že psychotherapie člověku jaksi samozřejmě vždycky prospěje. Sám pokládám psychotherapii, stejně jako každé léčení, spíš za pomoc nouzovou, která má v soustředěnějších a zvýšených dávkách poskytnout člověku ty výživné, ochranné a léčivé duševní „látky, energie a inforance“, které v čistší a „přírodnější“ podobě jinak získává ve svém vývoji a vztazích se svými přirozenými protějšky v běžném životě. Tedy co může čerpat příznivého z podpory a konfrontace výchovné, partnerské, rodinné, přátelské, anebo z osobní angažovanosti ve smysluplné činnosti a vztazích. Někdy je psychotherapie nesporně tím nejlepším z toho co je dostupné. Zároveň však při úvaze o ní vždy zvažuji i výrok 'Ne, psychotherapii nepotřebujete, můžete mít, či můžete udělat, něco lepšího.' Ona i psychotherapie mívá (jak by asi mělo stát v jejím „přibalovém letáku“) také své „vedlejší účinky“ v podobě přece jen určitého zbavení pacienta iniciativy, aktivity, moci, sebeřízení a odpovědnosti a někdy i společenského statusu plně svéprávného člověka, popřípadě realističtějších životních cílů namísto touhy po pouhé úlevě. Stejně jako nežádoucí vedlejší účinky různých jiných léčebných postupů, ani tyto většinou (doufejme) nenastávají, ale při rozhodování o poskytnutí psychotherapie, i při jejím provádění, je dobré mít je na mysli, což v zaujetí svým řemeslem často leckdy opomíjíme.

Je možné již získaná data použít v dalších rozhovorech k rozšíření, navázání a hledání nových směrů k již probíraným tématům.

Tab. 3	Rozhovor P. Možný a J. Skála
--------	------------------------------

*Autorka: S profesorem Kratochvílem jsme hodně mluvili o integraci v psychoterapii. Jak se na ni díváte?*

MUDr. Možný: O tom se Standou taky bavíme. Takže za prvé – úspěšná integrace je věc, která posunuje psychoterapii kupředu. A takovým typickým příkladem je pro mě integrace kognitivní a behaviorální terapie. To byly původně dva zcela odlišné směry. Kognitivní terapie vyšla z psychoanalýzy a z psychodynamických směrů, a, abych tak řekl, odštěpila se od nich a vydala se vlastním směrem. Behaviorální terapie měla úplně jiné základy. Měla základy ve Skinnerovi a v experimentální psychologii a v práci se zvířaty. A na konci 60. let a v 70. letech se tyto dva směry propojili a výrazně se navzájem obohatily. KBT je podle mě excelentním příkladem úspěšné integrované psychoterapie. ...

\*\*\*

*Autorka: My jsme o Psychoterapeutických sešitech hodně mluvili s panem Růžičkou a on říkal, že neví, jestli bude ještě pokračovat tato spolupráce ...*

Doc. Skála: Bude ještě pátý sešit a potom nevíme jak dál, protože nemáme peníze. Jsme jedna z institucí, která si musí vydělat sama na sebe. Například ten Skálův institut umí najít mezinárodní sponzorství a dostane třeba od Holanďanů na rok milion korun. Musí vysvětlit, jak je použil a podobně. Kdežto Psychoterapeutický institut, ten je takový čistý, amatérský, zatím. Brání se, aby od někoho bral peníze. Chce být naprosto nezávislý. Jsme chudí, máme starosti, ale nikdo nám neporoučí, nikdo od nás nechce žádné výkazy a podobně. V tomto ohledu jsme amatéři. To je asi natrvalo nemožné, ale zatím dokud žiji já, nechci od nikoho brát peníze. On by mi do toho začal mluvit. Takže jsem svobodný člověk. Relativně.

---

Síla neformálního rozhovoru spočívá v jeho flexibilitě. Zohledňuje individuální rozdíly intervenovaných a tazatel může vhodně reagovat na vývoj a změny situace a konkrétního partnera. Je zde prostor pro improvizaci a kreativitu. Otázky mohou být individualizovány, aby se dosáhlo hluboké a opravdové komunikace, využilo se prostředí a neopakovatelné situace a aby se posílila konkrétnost a bezprostřednost rozhovoru.

Tab. 4	Rozhovor O. Kulísková a J. Vymětal
--------	------------------------------------

*Autorka: Mohly bychom se také zastavit u osobnosti profesora Konečného, vašeho otce? Váš pohled je jistě obohacen blízkým vztahem k němu.*

MUDr. Kulísková: Nejsem si tak úplně jista, není-li pohled z blízka svým způsobem jednostranný.

*Autorka: To na druhou stranu může být o to zajímavější ...*

\*\*\*

*Autorka: Takže jste začal učit.*

Prof. Vymětal: Ano, stal jsem se vysokoškolským pedagogem.

*Autorka: Baví vás to? Už neděláte žádnou psychoterapii, že?*

Prof. Vymětal: Málo. V ústavu jsme založili psychologickou a psychoterapeutickou poradnu, ale přenechávám zde práci již těm mladším. Časové možnosti, povinnosti i zájmy mne již přivádějí jinam. Učiteluji, trochu bádám, píšu a vedu Ústav pro humanitní studia v lékařství. Přejít z praxe k vyučování byl pozvolný, neboť jsem měl v prvních letech učitelování pacienty z dřívější doby. S těmi se nemůžete rozloučit ze dne na den. Ještě rok dva jsem pár lidí vedl, či jak se říká „dotáhl“. V současné době jsem plně vytížen prací v Ústavu, neboť zde dělám přednostu a občas musím „úřadovat“. A co je důležité – pořád je třeba vymýšlet něco nového. Není totiž možné, když někde pracujete, aby vznikl stereotyp a žilo se z podstaty. Kde není progresu nastává regrese.

---

Slabinou neformálního rozhovoru je to, že získávání požadovaných informací trvá delší dobu. Také kvalita a relativita informací je ovlivněna danou situací, a to jak na straně tazatele tak dotazovaného. Projevuje se zde schopnost tazatele vhodně klást otázky a vůbec vést rozhovor, jeho důslednost jít za požadovaným cílem nebo ochotu přizpůsobit se dotazovanému a nechat se nést na vlnách jeho myšlenek, a to ať záměrně a ku prospěchu věci či nezáměrně z neschopnosti či nemožnosti vyvázat se.

Tab. 5	Rozhovor J. Růžička a S. Kratochvíl
--------	-------------------------------------

*Autorka: Jak vypadá v praxi antropologická hermeneutika?*

PhDr. Růžička: V praxi to vypadá tak ... Ta psychoterapie ...?

*Autorka: Ano. Konkrétně váš přístup.*

PhDr. Růžička: To jádro pudla je v tom, že se velmi důsledně a programově zabýváme významy a smyslem chování a jednání konkrétních lidí, aniž bychom cokoli převáděli na něco jiného. Vypadá to jednoduše, že? Je to vždy nakonec prosté, nikoli však snadné a jednoduché. ... Takže takhle s tím pracujeme. Žádná velká, předem daná doktrína. Vychází se od člověka, od životní situace. Ten sen je jeho, a tak nemůže být o ničem jiném, než o jeho životě, ne o nějakých strukturách, systémech, silách, energiích či čemkoli neosobním a ne lidském. Asi tak vypadá daseinsanalytická práce.

\*\*\*

*Autorka: Chtěla bych se vás zeptat na vaši zahraniční stáž a na konferenci, kterých jste se zúčastnil v zahraničí.*

Prof. Kratochvíl: Nebyla to stáž, ale práce. Byl jsem v USA více než rok zaměstnán. Pokoušel jsem se dostat na pracoviště, která byla renomovaná a známá, a která se zabývala hlavně hypnózou. V té době jsem se zajímal o hypnózu nejen jako o léčebnou metodu, ale také o to, co hypnóza je, co hypnóza může, a u koho se dá navodit. Ze světové literatury jsem věděl, že významné pracoviště je u profesora Hilgarda na Stanfordské univerzitě v Kalifornii. ... Podobných odborných návštěv byla celá řada, nepočítám-li návštěvy zeměpisné jako Grand Canyon, pobřeží Pacifiku a některé přírodní rezervace. Užil jsem si i velmi pěkné kalifornské krajiny. U jiného odborníka, profesora Martina Orna, jsem pak strávil poslední tři měsíce. To bylo zase na východním pobřeží, ve Filadelfii.

---

Obdobně i odpovídající může úmyslně či neúmyslně odbočovat od kladené otázky nebo se jí snaží vyhnout. I zde je více důvodů od neochoty na daný dotaz odpovědět až po pocit, že téma je již vyčerpáno a jsou zde podstatnější skutečnosti, o kterých by bylo vhodné pohovořit nebo je zdůraznit či vysvětlit.<sup>16</sup>

Tab. 6	Rozhovor B. Čepická
--------	---------------------

*Autorka: Jak se liší práce, když se pracuje s jednotlivcem, párem, s malou či velkou skupinou?*

PhDr. Čepická: Transakční analýza má čtyři aplikační oblasti, ve kterých se certifikuje – psychoterapie, poradenství, organizace a pedagogická oblast. V každé oblasti musíte ukázat, že umíte pracovat jak s jednotlivcem, s párem, s malou i velkou skupinou. Jeden z pásků u zkoušek je práce se skupinou – tím se míní i pár.

Vychází se z teorie, že jak člověk tak skupina fungují jako celek. I ve skupině nacházíme různé egostavy – to jsou lidé, kteří fungují převážně v tom určitém egostavu, a skupina navenek funguje podle vnitřní skladby. Když její velkou část tvoří jedinci, kteří se hádají a neumějí ustoupit – skupina nic neprodukuje. Tedy produkuje, ale není to použitelné, skupinové cíle zůstávají osiřelé. Když máte někoho, kdo je konstruktivní, kdo přináší nápady, někoho, kdo ví jak ty nápady realizovat ... tak to už je jiné. Takto funguje člověk taky. V teorii se říká, že každý máme tendenci se usazovat v některém z těch třech egostavů, a podle toho máme tendenci fungovat. Někdo je zvyklý hodně přebírat zodpovědnost, jiný se bojí zodpovědnosti, odhání ji od sebe a dělá vše pro to, aby ji nemusel nést; někdo je schopen ji vzít a nést za ní následky. I ve skupině jsou takové individuality, a tak z toho máte buď fungující nebo nefungující celek.

Podstatný problém však nastává při zpracovávání rozhovoru. Získaný materiál je mnohdy nesourodý, odlišuje se technikou kladení a zněním otázek, jejich pořadím, různými komunikačními vzorci a slovníkem, různou délkou, bohatostí a povrchností výpovědi. Při větším počtu se pak může stát, že se přes množství a různost materiálu ztrácí schopnost najít vhodný způsob, jak vše zpracovat a vyhodnotit. Obtížně se hledají obecnější kategorie.

Zvláštní formou nestrukturovaného interview je tzv. *narativní rozhovor*. Narativního rozhovoru se využívá v okamžiku, kdy se výzkumník snaží docílit volného popisu událostí. Jedná se tedy o vyprávění k vyprávění, a to ve chvílích, kdy schéma otázka-odpověď není plně dostačující. Je tedy charakteristický tím, že úkolem tazatele je u dotazovaného podněcovat spíše vyprávění než klasickou konverzační výměnu. Dotazovanému se má pomoci vhodnými otázkami, narážkami a komentáři, aby se pokusil vyprávět o jevu případně o okolnostech, které tazatele zajímají. Během

<sup>16</sup> Tento příspěvek je jen nedokonalou ukázkou k výše uvedenému. Během autorizace se většinou problematická otázka vyškrtne, upraví nebo přeformuluje. Může jít však i o subjektivní pocit tazatele, že nedostává odpověď na vyslovenou otázku.

vyprávění je pak důležité ho dále podněcovat příznačnými otázkami, žádat upřesnění nebo vysvětlení. Ne zbytečně přerušovat, zasahovat do popisu událostí a jinak nevhodně měnit tok vyprávění. „Cílem je získat co nejvíce autentický materiál, u kterého předpokládáme, že způsob, jakým jej vypravěč strukturoval, dělil a časoval jednotlivé části, zdůraznil, či naopak upozadil určité pasáže atd., je důležitý a nese v sobě velmi cenné informace o vypravěči samotném, o jeho životě, zkušenostech, prožitcích a podobně.“<sup>17</sup> Narativní rozhovor se používá především v biografickém zjišťování.

Tab. 7	Rozhovor O. Kulísková a I. Kořátková
--------	--------------------------------------

*Autorka: Jaká byla vaše cesta k psychologii a k psychoterapii?*

MUDr. Kulísková: Moje cesta k psychologii, resp. k psychoterapii, má své počátky v prostředí, ve kterém jsem vyrůstala. Otec i matka byli psychologové. Matka působila v poradenství, otec v dobách rozvolnění minulého režimu přednášel na katedře psychologie Masarykovy univerzity v Brně, před tímto obdobím působil jako klinický psycholog. Strýc z matčiny strany byl rovněž klinický psycholog. Domácí debaty, historiky napínavé i komické, návštěvy na otcově i strýcově pracovišti v léčebně v Brně-Černovicích probouzely mou zvědavost i zvědavost, povzbuzovaly fantazii. Ráda jsem také zkoumala testy, které užívala má matka v pedagogicko-psychologické poradně.

Po maturitě jsem se rozhodovala mezi studiem psychologie a jazyků. Vzhledem k otcově kádrovému profilu však nakonec došlo ke kompromisnímu studiu lékařské fakulty. Sice kompromisnímu, avšak s jednoznačným cílem věnovat se psychiatrii. Skutečnost, že jsme díky tehdejšímu školskému systému začínali studovat medicínu již jako sedmnáctiletí nehotoví dorostenci, mi asi paradoxně pomohla překonat krušné doby studia fyziky, chemie, anatomie. Měla jsem možnost číst v samizdatu překlady z Jungova díla, které zajišťoval přítel naší rodiny doktor Karel Plocek. Z domácí knihovny jsem četla především vydání Freudova Výkladu snů, Adlera, Fromma.

Po promoci v roce 1969 nebylo problémem nalézt místo psychiatra, řada kolegů emigrovala. Nastoupila jsem v psychiatrické léčebně v Brně-Černovicích, kde jsem pracovala 4 roky, až do první atestace. Léčebna byla tehdy jakýsi stát ve státě a svět sám pro sebe. Můj první „případ“ během mé první noční služby byl mládenec, který v noci vylezl na vysoký „tovární“ komín od léčebenské prádelny. Sestry, které ho zahlédly na komíně z okna oddělení, mne zavolaly, ať ho jdu sundat. Na štěstí slezl sám, než jsem se ke komínu (s malou dušičkou) přiloudala. Vsadil se, že vyvěsí nad léčebnou americkou vlajku a sázku vyhrál. Cáry této vlajky povlávaly nad komínem léčebny ještě drahnou dobu normalizačního období.

Vystřídala jsem během těch čtyř let řadu oddělení, a seznámila se s celým spektrem psychiatrických poruch. Zajímalo mne, jak osobnostní rysy pacientů modifikují průběh nemoci samotné. Byla to pro mne také škola přístupu k pacientovi a respektu k jeho individualitě. Vryl se mi do paměti pohled na zcela stuporoslího pacienta, kterému se maskovitý, netečný obličej rozzářil při spatření malého kloučka, syna jedné ze sester.

Po první atestaci jsem v roce 1973 využila možnosti nastoupit na Psychiatrické klinice v Brně – Bohunicích. Chtěla jsem se už systematicky věnovat tzv. „malé psychiatrii“, tj. léčbě neurotických poruch a psychoterapii. Musela jsem však ještě pět let počkat. Do roku 1978 jsem se v týmu prof. Náhunka a prof. Švestky věnovala výzkumu psychofarmak, zejména jejich testování u zdravých dobrovolníků. Toto období vneslo do mé práce systematickost a také vhlad do badatelské komunity.

Psychiatrická klinika v Bohunicích byla vybudována profesorem Hádlíkem. Dříve byla vměstnána do malých prostor v nemocnici U Svaté Anny. Byla to první moderní psychiatrickou kliniku u nás, svým způsobem zcela unikátní.

\*\*\*

<sup>17</sup> Miovský, Kvalitativní přístup, 2006, str. 158

*Autorka: Zeptám se ještě jednou na to, o čem jste už trochu mluvila. Jakými pracovišti jste prošla?*

PhDr. Kořátková: Dnes vidím jako svoje štěstí, že jsem vždycky musela jít nějakou nestandardní cestou. Když jsem vyšla ze školy, nezačala jsem tak, jak je to běžné, pracovat v klinické psychologii na psychiatrickém oddělení. Měla jsem i štěstí, v tehdejší době výjimečné, na lékaře, kteří do somatické medicíny začleňovali psychologický přístup a vybojovali si na svá oddělení psychology. Prvním z nich byl primář Březina, který již v těch letech na dětském oddělení městské nemocnice chtěl, aby psycholog přispíval k pohledu na zdroj nemoci u dítěte a zapojil se do léčby tělesného onemocnění dítěte a celé rodiny. Byl nadšeným propagátorem raného spojení matky a dítěte, nezapomenu na jeho větu, kterou pronášel při vizitách na oddělení nedonošených dětí, které již tehdy byly hospitalizovány společně s matkami: „Kojící žena je jak madona krásná“. Dělal takové novátorské činy, protože byl muzikant, a hrával na housle v zasedací místnosti oddělení (na klavír ho doprovázel pozdější vynikající genetik doktor Všeticka), tak vedl hospitalizované matky s dětmi na oddělení novorozenců k intimním kontaktům s dítětem včetně doteků, masáží a zpívání. Tak jsem se scházela s maminkami po porodu a zpívaly jsme společně ukolébavky. Podpořil vydání zpěvníku s docela obyčejnými ukolébavkami, které už mámy málem začaly zapomínat. A zajímavé bylo, když začaly zpívat ukolébavky cikánské nebo vietnamské mámy.

Prošlapávání nové cesty bylo ale zpočátku dost trnité, protože jsem byla ze školy málo připravená na tuto speciální práci. Pamatuji na svůj první den, kdy mi sestřička přivedla pět dětí, které seděly před dveřmi mé pracovny (tak jak je to ostatně u lékaře běžné). Pracovna byla jen psací stůl a nic jiného, žádná testová metoda, nic. Takže jsem si zpočátku připadala jako věšticí Sibyla. Ale postupně jsem se tam zabydlela a začala si užívat práci s dětmi a rodinami. Tak jak má mít psycholog zkušenost s dětmi i s dospělými, začala mne postupně lákat terapie dospělých, takže když se uvolnilo místo ve fakultní nemocnici, rozhodla jsem se přejít na gynekologicko-porodnické oddělení.

Tam byl další nevšední primář, doktor Šráček, který do té doby spolupracoval s vynikající psycholožkou, doktorkou Fukalovou. Ta byla, s docentkou Bendovou z brněnské kliniky první průkopnicí v gynekologické psychosomatice. Tady jsem se již věnovala nejvíce psychoterapii, diagnóza nebyla tak důležitá jako rychlá pomoc. Práce tam byla hodně pestrá, pracovala jsem s psychosomatickými klientkami v porodnictví, s ženami s onkologickými onemocněními. V porevolučním období jsem spolu s gynekology a sestrami pomáhala vytvořit podmínky pro humánnější porody a péči o rodiny po porodu. Mnoho z toho, co se tehdy tak těžce rodilo, je dnes již naprostou samozřejmostí. Vzpomínám si, jak jsem po porodu své dcery musela vylézt na topení ve třetím patře porodnice (protože okna byla do půli zamalovaná bílou barvou), abych jako tečku dole na zemi viděla svého muže. Vzpomínám si, jak na provozní schůzi, kde se připravovalo otevření porodnic otcům a dalším blízkým, řekla do hrobového ticha jedna nesouhlasící sestra: „...a to jsem zvědavá, co budeme dělat, až nám někdo ukradne dítě ...“. A jaká to byla změna – to otevření porodnic! Nejen že byly rodiny, které si nadšeně přály strávit porod společně, ale také výrazně ustoupilo poporodní blues u maminek, když měly ihned po porodu podporu rodiny. Tady bych chtěla vzpomenout na MUDr. Ladislava Vlčka, se kterým jsme ještě v hluboké totalitě byly na studijní cestě v porodnicích ve Švédsku. On měl velké nadšení pro jemné a šetrné vedení porodů s ohledem na dítě a rodiče a mnohé se mu podařilo zavést ještě v době totality, i díky podpoře vedoucích lékařů oddělení. Ke konci své práce ve fakultní nemocnici jsem vedle gynekologie docházela i na oddělení popálenin, na traumatologii, na ARO ke klientům zotavujícím se z traumatických tělesných událostí, kterým jsem pomáhala vyrovnat se s prvním nárazem nové skutečnosti, která zpravidla od základu změnila jejich život – popáleného těla a tváře, návratu z hranice smrti do života, skutečností, že jediní z auta přežili nehodu. To byla emergentní psychoterapie v hraničních životních situacích, která mě naučila pohotovosti, rychlosti a zacílení intervencí a tvořivosti, protože se odehrávala v podmínkách improvizovaných hranic pro bezpečí ve vztahu s člověkem – mezi přístroji, dalšími pacienty, v ruchu provozu lékařského pracoviště. I teď, když mám svou praxi a psychoterapie a psychologie v medicíně je již samozřejmostí, jsem ráda, že jsem mohla být přítomna toho, jak se u nás vyvíjela navzdory totalitě.

---

„Vychází se z předpokladu, že existují subjektivní významové struktury o určitých událostech, které se vyjeví při volném vyprávění, a naopak neprojeví při cíleném dotazování. Rosenthalová však tvrdí, že z teoretického hlediska je důležité vyprávění

o celém životě – bez ohledu na výzkumnou otázku. Významy, které lidé přikládají svým zkušenostem, je totiž možné interpretovat jen na pozadí celé biografie.“<sup>18</sup>

Narativní rozhovor má čtyři části – stimulace, vyprávění, kladení doplňujících otázek k upřesnění nejasností a zobecňující otázky. V rozhovorech uvedených v této práci je narativního způsobu použito jen v některých částech rozhovoru a to v situacích, které k tomu vybízely. Tedy nejedná se o klasický narativní rozhovor v celé jeho šíři. V některých rozhovorech jsou použity všechny jeho části; v jiných především pak vyprávění, případně kladení doplňujících otázek.

V uvedeném textu se o stimulaci<sup>19</sup> v pravém slova smyslu nedá hovořit – ta vesměs proběhla ještě před samotným zaznamenáním rozhovoru ve formě úvodního představení se a popsání záměru a obsahu diplomové práce. Jednalo se tedy spíše o neformální rozhovor. Pro názornost je zde uvedena jedna z prezentací celé práce a uvedení do rozhovoru.

Tab. 8	M. Andrlová v rozhovoru s J. Rektorem <sup>20</sup>
--------	---

*Autorka: Na začátku bych ráda představila záměr diplomové práce, pro kterou je náš rozhovor zaznamenáván a ve které bude i uveden. Ve své práci, Pohledy na současnou psychoterapii, bych chtěla přiblížit stav současné psychoterapie v České republice pomocí rozhovorů s významnými představiteli jednotlivých psychoterapeutických škol, metod a přístupů. Tyto nabyté informace a poznatky dále vzájemně provázat, roztrždit dle určitého klíče a interpretovat je. Vzhledem k úplnosti a nezkrácení řečeného bych Vás chtěla poprosit o možnost celý rozhovor nahrávat na diktafon. Toto interview bych prosím přepsala a zaslala bych Vám transkripci k autorizaci. Autorizovaný text by byl dále použit k výše uvedenému.*

Dotazovaný je požádán, aby začal vyprávět. Můžeme se zajímat o celý život poskytovatele interview nebo jen o určitý tématický nebo časový úsek. Otázky musí být na jedné straně dostatečně široké na druhé straně však přitom specifické, aby dotazovaný určité téma kvalifikoval jako úsek svého života.

Tab. 9	Rozhovor H. Fišerová a K. Balcar
--------	----------------------------------

*Autorka: Jaká byla vaše cesta k psychoterapii?*

MUDr. Fišerová: Jako psychiatr jsem byla vždy přitahována psychoterapeutickým směrem, nikoli biologickým. Brzy po první atestaci jsem vstoupila do psychoanalýzy, o málo později do skupinového výcviku SUR, ukončila jsem je oba jen s malým odstupem. Přes 10 let jsem pracovala jako

<sup>18</sup> Hendl, Kvalitativní výzkum, 2005, str. 176

<sup>19</sup> Vzhledem k dotazovaným se nedomnívám, že je vůbec vhodné mluvit o „stimulaci subjektu“, tak jak je to uváděno v odborné literatuře.

<sup>20</sup> magnetofonový záznam ze dne 26.3.2007



psychoanalytik, sedící za hlavou pacienta, klasicky ležícího na pohovce. Práce mi šla dobře, až později jsem zjistila, že mi něco chybělo.

\*\*\*

*Autorka: V současnosti jste spojován hlavně s logoterapií. Patří také ke směrům, které jste k nám uváděl? Setkal jste se někdy s jejím zakladatelem? A jak na vás zapůsobil?*

Doc. Balcar: S logoterapií a existenciální analýzou jako směrem jsem se setkal nejprve na již vzpomenu praxi u dr. Kratochvíla v šedesátých letech, kdy jsem od něj dostal k prozkoumání a k vyjádření některé zahraniční články. Tehdy se logoterapií intenzivněji zabýval, a také dvě či tři studie o ní publikoval. Její světové autority Frankl i Lukasová ve svých knihách odkazují na jeho osobní příspěvek k logoterapeutické teorii. Konkrétně ji obohatil rozlišením „paralelního“ a „pyramidového“ uspořádání hodnotové orientace člověka a jejich významu pro nacházení a naplňování svého životního smyslu. Na jeho pozvání jsem pak také byl na oné první pražské Franklově přednášce v šedesátém sedmém roce.

S Viktorem Franklem osobně jsem se pak setkal až zas v roce 1994, kdy navštívil Karlovu univerzitu při přebírání čestného doktorátu. Tehdy jsem tlumočil jeho přednášku na Filozofické fakultě. Jinak jsem se s ním blíže neznal, vím jen, že za ním do Vídně jezdívali na návštěvu někteří kolegové z pražské katedry psychologie.

Bylo na něm znát, že je to člověk statečný a tvořivý, obětavý a velice nadšený svým dílem. Dokázal být i vůči psychoterapii velice kritický, vždy však inteligentně. Z jeho přednášek z posledních let, které jsem zažil v Brně, v Praze a v zahraničí stále výrazněji zazníval protest proti různým druhům „redukcionismu“ v psychologii a psychoterapii – tedy proti vykládání jevů v některé „dimenzi“ života jako pouhých odvozených projevů dění v dimenzi jiné. Protestoval proti redukcionismu somatologickému, psychologickému, sociologickému a varoval i před redukcionismem noologickým, který může hrozit zvláště zaníceným logoterapeutům. Také se ve svých projevech čím dál tím bojovněji vyrovnával především s těmi autoritami a psychoterapeutickými směry, se kterými měl ve svém mládí něco společného – s Adlerem a s Freudem. To po něm přešla i Lukasová; Längle v tomto ohledu působí smířlivěji. Je pravda, že v mnoha případech to, k čemu člověka terapeuticky vede logoterapie, je protichůdné tomu, k čemu ho vede psychoanalýza. Aspoň ta klasická; moderní psychoanalýza je v mnoha ohledech vyváženější. Frankl mi byl velmi sympatický, aniž bych však v něm spatřoval svůj jedinečný vzor. Možná ke svému prospěchu, možná ke své škodě, vlastně nemám žádný takový odborný vzor, který bych plně přijal za svůj – i když vím, že mnozí psychoterapeuti o podobných zážitcích nalezení toho „svého Mistra“ hovoří a pší.

Franklova logoterapie a existenciální analýza, se svým obrazem o člověku jako bytosti tělesné, duševní a duchovní, pro mě představuje mimořádně realistické a prakticky užitečné východisko pro pomoc člověku ve zdravotní i v osobní nouzi. Soustavně jsem se však jejími východisky a praxi začal zabývat až někdy v 80. letech. Tehdy mě v jedné Franklově knize upoutala kapitola od jeho žáčky a pokračovatelky Elizabeth Lukasové, která tam popsala svou metodu zjišťování „existenciální frustrace“ – Logo-test. Začal jsem si s ní dopisovat o možném překladu toho testu. Poskytla mi k tomu kromě svolení a písemných konzultací i řadu svých a Franklových knížek. Logo-test se u nás podařilo vydat v roce 1991 a – co vím – je, přes svou již obtížnou dostupnost, jako diagnostická metoda často využíván výzkumně i klinicky. S Lukasovou jsem se setkal v jejím institutu v Německu počátkem devadesátých let, zrovna když vedla logoterapeutický výcvik. Zapůsobila na mě svým uměním jasně, velice prakticky a zároveň velice sugestivně podávat a předávat své umění a poznatky slovem i písmem. Později ji pozvali její moravští žáci přednášet do Brna. To se stalo popudem, myslím že hlavně z iniciativy profesorů Jaro Křivohlavého a Vladimíra Smékala, k založení Českomoravské společnosti pro logoterapii, a k zahájení výcviku v logoterapii v rámci olomouckého IPIPAPPu, který stále probíhá pod garancí doktorky Marty Kosové, absolventky výcviku u E. Lukasové.

O něco později mě pozval druhý proslulý evropský Franklův žák Alfred Längle na logoterapeutický a existenciálně analytický kongres do Švýcarska, kde jsem se seznámil s ním osobně, s jeho přístupem a také s odborně-ideovým rozkoem, který v průběhu vývoje vznikl mezi školou Lukasové a jeho vlastní školou. Pokusil jsem se v tom jednou o jakési zprostředkování, ale bezvýsledně. Pak jsem zorganizoval Länglovi návštěvu na pražské katedře psychologie s dvoudenním seminářem. Mnohé účastníky velmi upoutal a dohodli se s ním na možnosti uspořádat v Praze řádný několikaletý výcvik. Z jeho působení zde, společně se spolupracovnicí doktorkou Janou Božukovou z Vídně, pak vznikla pražská Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu, kde jsem měl příležitost přispívat občasnými výkony odbornými, někdy i tlumočnickými či překladatelskými. K těm patří kromě Länglovy knížky a článků také

dotazníková „Existenciální škála“, která zjišťuje stupeň uplatnění čtyř existenciálních „schopností“ vytyčených Franklem – sebeodstupu, sebedpřesahu, svobody a odpovědnosti.

---

Po ukončení vyprávění se tazatel snaží objasnit dosud problematické body a vysvětlit rozpory kladením doplňujících otázek. Tazatel se snaží využít vypravěčovy schopnosti vysvětlování a užít ho jako experta pro jeho osobní záležitosti a prožitky. Klíčovým parametrem platnosti informací v narativním rozhovoru je nutnost, aby se skutečně jednalo o vyprávění, případně o vysvětlování důvodů a cílů v chování.

V této práci byl využit audiozáznam pomocí diktafonu, který byl posléze přepsán do elektronické podoby. Takto přepsané rozhovory, které byli jen lehce „upraveny“, tzv. podle pravidel českého pravopisu, dostali k dispozici všichni dotazovaní a na nich pak byla konečná úprava a forma rozhovoru. Byla tedy provedena u všech rozhovorů autorizace textu. Formu či rozsah zásahu do textu nechala autorka na zvážení poskytovatelům rozhovorů. Dbala však na zachování rázu a směru vyprávění. Míra úprav byla u jednotlivých psychoterapeutů různá. Jedni ponechali text tak jak byl řečen, jiní do něho výrazněji zasáhli.<sup>21</sup>

Tab. 10	Rozhovor J. Skála a H. Fišerová
---------	---------------------------------

*Autorka: Jestli bych se mohla ještě vrátit. Nevím, jestli to není příliš osobní otázka. Jaký jste měli vztah s dr. Urbanem a dr. Rubešem?*

Doc. Skála: My jsme spolu drželi jako bráchové, kteří už jednou bratři byli, mohou se občas poškorpit, ale pořád zůstávají bráchové. Ten vztah byl jiskřivý, leč tvořivý. Výměna názorů byla někdy ostrá nebo někdy Rubeš nesouhlasil s tím, co jsem říkal já, ale spolupráce stále pokračovala.

*Autorka: Jak jste řešili tyto sporné otázky?*

Doc. Skála: Například když to bylo hodně zlé, tak jsme si to vyříkali. Sedli jsme si doprostřed komunity a říkali jsme si to a prosili jsme komunitu, aby nám pomohla. Žili jsme komunitně. Nebyli jsme sami a nezalezli jsme někam pod buky a tam jsme si prostě „neškrábali“ ty svoje spory. My jsme je ventilovali.

*Autorka: To je obdivuhodné, nedovedu si představit, že by nějaký „nadřizovaný“ ...*

Doc. Skála: Na tom jsme spolu vydrželi nejméně 25 let, než umřel Rubeš, a pak i Urban. A už jenom já čekám na svoje příslušné datum ...

*Autorka: Vy ale vypadáte velice zdatně ...*

---

<sup>21</sup> Domnívám se však, že i skrze a právě přes tyto úpravy je možné dozvědět se o dotazovaných mnoho dalších informací, které nejsou v daném textu přímo vyjádřeny slovy. Přes to, že srovnávány jsou texty rozdílných autorů je rozdíl v zásahu patrný.

Doc. Skála: Podívejte se, já mám kvalitní, špičkovou lékařskou péči ... 2 krát umělá kyčel, mám kardiostimulátor, jsem operovaný i v jiných částech těla, mám těžký handicap, jsem slabozraký, nemůžu číst, špatně slyším a tak dále.

Ale pořád tu „trčím“ a jdu. Vidíte, že se telefonicky ohlásíte, já vás bez prodlení přijímám. Nyní jdu filmovat do Apolináře. Jestli znáte seriál „Předčasná úmrtí“. Budou natáčet o panu Evženu Jegorovi. To byl pacient Apolináře. Budu říkat vzpomínky. Jeho manželka si to přála. Dobře se na něho pamatují, on byl herec a saxofonista. A tak vedu život plný dobrodružství.

*Autorka: Já si říkám, kolik toho zvládáte. To člověk nedělá ani ve dvaceti.*

Doc. Skála: To zvládáte taky. Vy musíte pořád, a já si vybírám jen něco. To co se mi nechce, to nevezmu, vy musíte, i když nechcete. To je ten rozdíl.

\*\*\*

*Autorka: Jak jste se dostala ke gestalt terapii?*

MUDr. Fišerová: V roce 1992 jsem měla to štěstí, že jsem se dověděla o výcviku v gestalt terapii, který na Slovensku začali trenéři z GTILA (Gestalt Therapy Institute of Los Angeles) a posléze v něm pokračovali až do ukončení trenéři GPTI (Gestalt Psychotherapy Training Institute) z Velké Británie. Zprvu jsem se pouze zajímala o tento u nás nepříliš rozšířený přístup, nepředstavovala jsem si, že by mohl vést k opuštění psychoanalytické pozice. Gestalt terapie na mě však zapůsobila velmi silně, protože mi postupně dávala odpověď na moje otázky, které psychoanalýza nezodpovídala, nabízela jiné paradigma, holistický přístup k člověku (bez dualismu tělo/duše), práci s tělem stejně významnou jako práce s myslí, fenomenologický přístup (hledání individuálního smyslu prožitku každého jednotlivého pacienta) bez interpretací, a zejména dialogický vztah s pacientem, v němž není podporována regrese. Postupně jsem (a bylo to velmi obtížné a dlouhé, protože jsem byla psychoanalýzou odkojena a psychoanalytický přístup měla internalizovaný) procházela vnitřním dialogem mezi svojí psychoanalytickou a gestaltistickou částí a stala se gestalt terapeutem. Diplom gestalt terapeuta jsem získala v roce 1998 na GPTI.

---

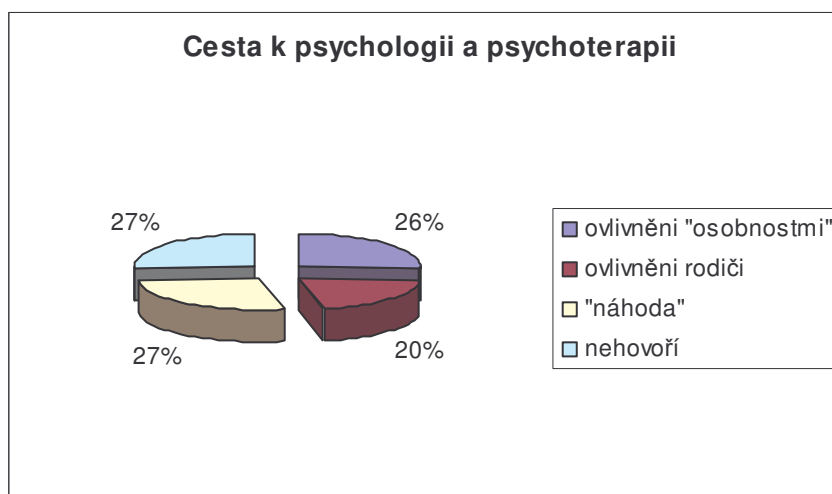
Kvalitativní materiál ve formě transkripce neboli přepisu interview se transformuje a interpretuje s cílem zachytit smysluplně význam a obsah řečeného. Míra smysluplnosti je určena účelem studie a výzkumnou otázkou. Kvalitativní data (obzvláště získaná v neformálním či narativním rozhovoru) nemají strukturovanou podobu, což komplikuje jejich vyhodnocení. Porovnávání takovýchto rozhovorů není jednoduché a nese si jistá úskalí – například značnou časovou náročnost k nalezení a utřídění jednotlivých sdělení, údajů a typů informací, nesprávnou interpretaci řečeného, přisouzení jiného významu, vytržení z kontextu a podobně. Tato data se vyznačují vzájemnou propojeností a návazností. Často je interpretace těchto dat doplňována plnými citacemi částí interview, a to jak z důvodu větší přehlednosti, opření se o fakta řečeného, ale i ke kontrole a porovnání sděleného s interpretovaným.

### 3.4 Shodné a odlišné názory psychoterapeutů

#### 3.4.1 Potřebné vzdělání a zkušenosti

Otázka vztahující se k oblasti „potřebného vzdělání a zkušeností“ v podstatě přímo nezazněla, ale vzhledem ke skutečnosti, že byli oslovení terapeuti požádáni, aby zavzpomínali na svá studia a cestu k psychoterapii, vyjádřili se k tomuto tématu více méně téměř všichni.

Každý z uvedených terapeutů má svůj vlastní osobní příběh. Tato cesta k psychologii a psychoterapii byla ovlivněna celou řadou událostí, rodinným zázemím nebo setkáními s různými osobnostmi na poli psychologie i psychoterapie nebo jen v podstatě „náhodou“.



Otázkou např. „Jaká byla vaše cesta k psychologii a psychoterapii?“ nebo „Jak jste se stal vůbec psychologem?“ začínal každý rozhovor a odpověď na ni často nasměrovala tok celého interview. Byl zde dán prostor zavzpomínat na počátky profesionální dráhy, a to v rozsahu v jakém kdo chtěl.<sup>22</sup>

<sup>22</sup> uvedené odpovědi jsou zde proto v nezkrácené podobě

*Autorka: Jaká byla vaše cesta k psychoterapii?*

**PhDr. Růžička:** Já jsem vlastně s psychoterapií začal náhodně. Když jsem studoval psychologii, stal jsem se vědeckým pomocníkem vedoucího katedry. Tehdy vedl katedru psychologie profesor Tardy, který byl také šéfem Psychologického ústavu Akademie věd. Měl jsem za to, že budu pokračovat na Akademii, a moje kariéra bude vědecká. Velmi mě zajímaly teorie psychologie osobnosti.

Nicméně profesor Tardy byl angažovaný politicky, a to proti tehdejšímu režimu. Bylo proto logické, že byl zbaven jak vedení katedry psychologie, tak i Psychologického ústavu AV. Takže moje dráha byla překřížena a já jsem hledal jiné zaměstnání. Současný vedoucí lékařské psychologie na 1. LF UK profesor Jan Vymětal pracoval tehdy v PO Sadská. Ale protože musel na vojnu, uvolnilo se po něm místo, které mi kolegiálně nabídl. Takže jsem začínal na Psychiatrickém oddělení Fakultní nemocnice 2 – Krajského ústavu národního zdraví v Sadské, což byla šťastná volba. Bylo to hodně liberální pracoviště, které představovalo slušný evropský standard. V některých věcech tuto normu dokonce překračovalo. V Sadské se totiž experimentálně pracovalo s halucinogeny, a to v rámci psychoterapie. V Sadské také, kromě primáře Milana Hausnera, působil doktor Zbyněk Havlíček, což byl slavný psycholog, básník, surrealista, syn spisovatele Jaroslava Havlíčka. Byl to neobyčejně nadaný diagnostik i psychoterapeut. Měl klasický psychoanalytický výcvik, ale kromě toho se zajímal o Junga a umění. Velmi vzdělaný člověk. Oddělení vedl primář Hausner, což byl lékař, který byl dobrým známým Stanislava Grofa a lidí, kteří se točili kolem psychoanalýzy. Hausner s halucinogeny pracoval nejen individuálně, ale také skupinově. S pomocí halucinogenů se snažil psychoterapii zkrátit.

Takže v Sadské jsem se začal s psychoterapií seznamovat. Tam si mě také psychoterapie skutečně získala, začal jsem se jí zabývat, ale především jsem vstoupil do výcviku. Na psychiatrickém oddělení FN Sadské se prováděl výcvik psycholytický, což je výcvik v osobní zkušenosti s LSD a psilocybinem. Po intoxikaci za přítomnosti jiného psychoterapeuta následovaly rozbor prožitků a také výtvarných produkcí i analýza skupinového dění. Fascinující a zdaleka ne snadná a bezproblémová zkušenost.

Koncem studia psychologie jsem rovněž vstoupil do psychoanalytického výcviku. Předtím, v Anglii, jsem se setkal s jungiány a s jungovským způsobem myšlení, ale především s A. Freudovou, tehdy už starou, leč velmi vitální a kultivovanou dámou. Mimochodem, od ní jsem dostal část její knihovny, kterou jsem získal pro pražskou katedru psychologie. Velmi mě rovněž oslovilo setkání s R. Laingem v jeho slavné vile, ve které pracoval a bydlel s psychotiky. Nikdy nezapomenu na rozdíl mezi atmosférou a vztahy panujícími tam, a v českých léčebnách. Začal jsem si být jist, že psychoterapie je nejen léčebná metoda, ale také způsob poznání člověka; možnost, jak objevit nové a intenzivní mezilidské vztahy, přirozený experiment i příležitost k sebepoznání a seberozvoji. V sedmdesátých letech u nás psychoterapie představovala nový životní styl. Byla to jasná volba.

PhDr. Růžička vzpomíná na to, jak počátek jeho plánované kariéry psychologa vědce byl ovlivněn politickou situací a událostmi z toho vyplývajícími. Hovoří i o pracovištích, jimiž prošel, osobnostech s nimiž se setkal (at' v naší republice či v zahraničí) a o jejich práci, která ho pak v životě dále nasměrovala.

*Autorka: Jak jste se dostala k psychologii a k psychoterapii?*

**PhDr. Čepická:** K psychologii jsem se dostala přirozenou cestou, neboť jsem vyrůstala v psychiatrické léčebně. Takže to bylo jednoduché. Bydleli jsme přímo v areálu. Přes celý areál jsme chodili skrz bránu na autobus do školy. Sledovali jsme tradiční fotbalové zápasy alkoholiků proti zaměstnancům. Sledovala jsem svoji matku, jak jezdila s chronickými pacienty na pobyty mimo areál na Šumavu. Dopoledne jim organizovala pracovní terapii a odpoledne s nimi jezdila na výlety po okolí. Můj otec v léčebně pracoval jako internista. Jeho a mámi kolegové a kolegyně byli mí strejdové a tety – primář Rubeš a primář Bašný (jeho syna, současného ředitele bohnické léčebny, jsem vozila v kočáru), doc. Nevole,

dr. Havlíček. Taky mi jednou ještě za studií řekl doktor Urban, že když tam byl praktikovat, tak jsem mu seděla na klíně.

V tomto prostředí jsem vyrůstala, a proto mi to nepřipadalo vůbec divné. Ti lidé byli sice zvláštní, ale já jsem se jich nebála. V 1960 jsme se odstěhovali, ale rodiče se se svými přáteli stále stýkali. Když jsem tedy na konci střední školy váhala, kam mám jít, jestli na medicínu či někam jinam, tak mě tehdy trochu pošťouchla máma. Nejdřív jsem se na vysokou školu nedostala, a tak jsem rok pracovala zase na psychiatrii, v současném Pražském psychiatrickém centru. Tehdy byl ředitelem profesor Hanzlíček, který byl také z Dobřan. Po roce jsem byla na fakultu přijata a už to šlo svou cestou.

Po studiích jsem pracovala na třech ambulancích v Praze. Na Praze 9, 4 a 3 jako psycholog na psychiatrii. Mezitím taky nějaký rok v současném PPC (dříve VÚPs). Z psychiatrie Prahy 3 jsem přešla na IV. interní kliniku, kde jsem vydržela asi 5 let. Odtud jsem přešla na 1. lékařskou fakultu UK a ve stejnou dobu mi byly nabídnuty i tyto prostory pro soukromou praxi. Takže současně učím na 1. lékařské fakultě lékařskou psychologii a jsem tady.

PhDr. Čepická zmiňuje to, jaký na ni mělo dopad to, že vyrůstala v psychiatrické léčebně, kde její rodiče pracovali. Její další směřování ovlivnili jak rodiče tak i osobnosti, se kterými se zcela přirozeně během dětství setkávala a brala je jako „strejdy a tety“.

Tab. 13	Doc. Karel Balcar
---------	-------------------

*Autorka: Jste psycholog. Jak jste se k psychologii dostal?*

Doc. Balcar: Vlastně náhodou. Když jsem skončil střední školu, opakovaně jsem se pokoušel dostat se na vysokou. Vždy mi však ze školy, ze zaměstnání i z vojny odmítli dát tehdy nezbytné doporučení. Se zdravotnickou kvalifikací ze základní vojenské služby jsem to naposled chtěl zkusit na medicínu, a k tomu jsem se dal najmout jako sanitář do psychiatrické léčebny, kde mi doporučení slíbili. A zatímco jsem se učil chemii a další lahůdky k přijímačkám, vypravil jsem se jednou s partou kamarádů podívat se i do Psychologického ústavu, kde nás znamenitě bavil různými psychologickými zkouškami, experimenty a historkami známý jednoho z nás, doktor Václav Břicháček. Když jsem ho poslouchal a sledoval, co tam všechno provozují, řekl jsem si: 'Ona ta psychologie vypadá docela zajímavě. A taky se zdá, že to zas není moc velká věda. Kdybych se přece jen dostal na medicínu a vystudoval ji, tak se budu muset celý život pořád něco učit. Kdybych se dostal na tu psychologii, tak už bych nejspíš po vystudování měl od učení pokoj.' Hbitě jsem si napsal do přihlášky na první místo psychologii, a oni mě tam, příchozího z psychiatrické léčebny, nečekaně vzali. Tak jsem se dostal na psychologii a téměř nic jsem o ní nevěděl. Dokonce ještě hned po absolvování státní zkoušky jsem spolužákům radostně prohlásil: 'Tak, a už se v životě nic nebudu učit!'

Doc. Balcar vypráví o tom, jak chtěl studovat medicínu a v podstatě náhodou se setkal s psychologií jako vědou v Psychologickém ústavu. Tehdy se rozhodl, že bude studovat psychologii, a to hlavně z důvodu, že se po studiu již nebude muset nic učit.

Domnívám se, že osobní vzpomínky na počátky kariéry jednotlivých psychoterapeutů jsou nejzajímavějšími částmi celých interview. A to nejen díky tomu, že čtenář může nahlédnout do soukromého života těchto osobností, ale v těchto odpovědích se dá nalézt řada zajímavých pohledů na stav psychoterapie v dané době. A to jak činnost nejruznějších osobností, duch na jednotlivých pracovištích, celkovou atmosféru at'

politického klimatu i psychologického a psychotherapeutického „podhoubí“. Individuální vzpomínky mohou pomoci blíže nahlédnout a propojit již známá fakta.

Je zřejmé, že pro kvalitní a profesionální terapeutickou práci je nutné absolvovat příslušné vzdělání (ať již obor psychologie či medicíny).

Tab. 14	Prof. Jan Vymětal
---------	-------------------

*Autorka: Jste přednostou Ústavu pro humanitní studia v lékařství. Co vše tento post obnáší?*

Prof. Vymětal: Ústav má na starosti výuku lékařské psychologie, psychoterapie, lékařské etiky a filozofických základů medicíny pro studenty 3. a 4. ročníku lékařství, stomatology a ještě pro bakalářské obory. V ročníku je zhruba 500 studentů. ... Je toho hodně, protože vedení naší fakulty je příznivě nakloněno humanitním oborům, psychologii, etice a podobným záležitostem. Poslední dobou uskutečňujeme i výzkum v oblasti psychosomatické medicíny.

Prof. Vymětal blíže představuje činnost Ústavu pro humanitní studia na LF UK. Zmiňuje, že lékařská fakulta je pozitivně nakloněna humanitním oborům. Vyučuje se zde lékařská psychologie, psychoterapie, etika a filozofické základy medicíny.

Dále je nutné projít potřebný praktický výcvik v některém z uznávaných psychotherapeutických směrů či škol. Je vhodné, aby tento výcvik obsahoval i sebezkušenostní část. Tu lze absolvovat v terapeutické skupině jako klient nebo ve výcvikové skupině, která se řídí podobnými principy jako terapeutická skupina. „Podle požadavků Evropské společnosti pro psychoterapii a její tzv. štrasburské deklarace z roku 1990 se pro odbornou kvalifikaci psychotherapeuta vyžaduje výcvik v rozsahu nejméně 500 hodin v některém ze základních směrů psychoterapie.“<sup>23</sup>

Tab. 15	Doc. Jaroslav Skála <sup>24</sup>
---------	-----------------------------------

*Autorka: Přešla bych k velké otázce SURu. Kdy a jak SUR vznikl?*

Doc. Skála: My jsme cítili za „bolševika“ nedostatek vzdělání, přípravy na psychoterapii. Měli jsme dobrou vůli, ale byli jsme autodidakti, sami jsme se učili. Tenkrát H. Junová byla v Lindau první, pak doktor Urban, psycholog a já jsem byl třetí. ... Já, na rozdíl od těch dvou, když jsem přijel, tak jsem šel k někdejšímu předsedovi psychotherapeutické sekce Rubešovi. A řekl jsem mu: 'Jaromíre, my musíme něco udělat pro výcvik našich psychotherapeutů. Já jsem byl v Lindau. Junová ti to potvrdí, Urban ti to potvrdí, co tam všechno je. Ty se tam taky musíš podívat, ale potom uděláme něco, co bude na český poměry.' A udělali jsme na české poměry otisk Apolináře nebo otisk Palaty, kde se tyto věci dělaly pro

<sup>23</sup> Kratochvíl, Základy psychoterapie, 2000, str. 295

<sup>24</sup> Existuje mnoho další sebezkušenostních výcviků mimo SUR, bohužel vzhledem k rozsahu práce není možné použít všechny ukázky interview, které by to mohli blíže ilustrovat. Jako demonstrativní vzorek je použit sebezkušenostní výcvik SUR, kterým prošla celá řada dotazovaných terapeutů.

pacienty. Ale udělali jsme výjezdy pro lékaře, psychology a tak dále, kteří se v tom chtěli vzdělávat. Tak jsme vytvořili SUR (Skála, Urban, Rubeš) sebezkušenostní výcvik. Frekventanti na vlastním těle prodělali všechno to, co pak nabízeli pacientům. Mnozí si z toho výcviku něco vybrali a něco odmítli. SURem od roku 1967, kdy vzniknul, prošlo několik set lidí, myslím čtyři sta. Měli pětiletý sebezkušenostní výcvik. Sebezkušenostní část vzdělávání v psychoterapii.

Doc. Skála vzpomíná na to, že u nás chybělo další vzdělávání v oblasti psychoterapie. Proto se na základě zkušeností a inspirace na psychoterapeutickém kongresu v Lindau společně s E. Urbanem a J. Rubešem v roce 1967 založili pětiletý sebezkušenostní výcvik SUR. Během čtyřiceti let jím prošlo několik set lidí a to nejen psychologů a psychiatrů.

Tab. 16	Prof. Stanislav Kratochvíl
---------	----------------------------

*Autorka: A vy sám jste prošel nějakým výcvikem?*

Prof. Kratochvíl: Ne. Populární výcvikový systém SUR začínal teprve v roce 1968. A já jsem už od roku 1958 pracoval. Průkopníci, kteří s výcviky začali, sami výcvik neměli. Teprve po těch dalších, kteří dnes výcviky vedou, se požaduje, aby byli absolventy některého z dlouhodobých výcviků, které dnes existují. My jsme byli samouci.

Prof. Kratochvíl patří mezi průkopníky psychoterapie v naší zemi a také byl jedním z prvních „školitelů“ – sám proto žádným psychoterapeutickým výcvikem neprošel.

Tab. 17	PhDr. Ilona Kořátková
---------	-----------------------

*Autorka: Jakou cestou jste se dostala k přístupu Virginie Satirové? Přes rodinnou terapii?*

PhDr. Kořátková: Vzdělávala jsem se po celou tu dobu své praxe, protože jsem to považovala za nutnou a samozřejmou podmínku. Začala jsem základním dlouhodobým výcvikem. Měla jsem to štěstí, že jsem se dostala do komunity doktora Petra Příhody, která je „Rubešovskou větví SURu“. Tam jsem se zase setkávala tehdy už se staříčkým primářem Rubešem. A potom jsem se šťastnou náhodou, díky své kolegyni a kamarádce Miladě Radosové, zúčastnila výcviku Marie Gomori, který probíhal před 10 lety na Seči. Maria Gomori je přímá souputnice Virginie Satirové, která s ní 20 let pracovala a byla její přítelkyní. Na Seči vedla výcvikový program asi pro 80 lidí. Byla to smíšená českoamerická skupina. Pro mě to tehdy byl hluboký zážitek. ... Naučili jsme se užívat Model růstu jak v práci s jedním člověkem, tak v práci s celou rodinou a v práci s velkou i malou skupinou lidí. Naši učitelé nás respektují jako české terapeutky a v Modelu růstu jsou dnes již nejvíce supervizory naší práce.

PhDr. Kořátková pokládala další vzdělávání v oblasti psychoterapie za samozřejmost. Proto také prošla SURem (konkrétně v komunitě P. Příhody v tzv. „rubešovské větvi“), později se setkala s přístupem V. Satirové na výcviku vedeném M. Gomori, ten absolvovala, dnes ve své terapeutické práci užívá Modelu růstu, organizuje a vede výcviky v tomto přístupu.



Později je důležité, samostatně se v těchto oblastech vzdělávat a využívat i dalších nabízených možností. Těmi jsou například různá setkání, workshopy, psychoterapeutické konference a podobně. Velice důležitou nabídkou je i možnost supervizního vedení zkušeným psychoterapeutem nebo týmem. Jedná se o průběžné konzultace jednotlivých případů, skupinového dění, interakcí mezi klientem a terapeutem atd.

Tab. 18	PhDr. Ilona Kořátková
---------	-----------------------

*Autorka: V čem spočívá práce supervizora, proč ji děláte vy?*

PhDr. Kořátková: Dělán supervize v Modelu růstu tak, jak jsem se je učila dělat od Johna Banmana, který říká, že supervize je podobná terapii, která pomáhá klientovi, aby se spojil se svými zdroji, rostl a měnil se. Takto přistupuji k supervizi – pomáhám terapeutovi, aby se dokázal spojit s tím, co má, a sám si během procesu supervize pojmenovával, co se potřebuje naučit v dovednostech terapeutického procesu, a kde má svá osobní místa, která se s klientem rozezněla, kde cítí své silné a slabé stránky.

V supervizích také hodně dbám na etickou oblast, na dodržování hranic nasmlouvaného supervizního kontraktu. U kolegů v supervizi kladu důraz na vytváření a dodržování kontraktů a vztahů s klienty, které jim umožní bezpečí k jejich niterné práci. Snažím se, aby supervizní proces byl zážitkový a pomohl vynořit hlubší porozumění krizi terapeutického procesu s klientem, která je předmětem supervize. Ideálně má supervize přinést úlevu, katarzi, odlehčení od tíže problému s klientem, vyjasnění. Má končit povzbuzením terapeuta a jeho těšením se na další práci s klientem nebo úlevou s nalezením dalšího řešení. I když je podobná terapii, osobní terapií není. Tak by ideálně každý terapeut měl mít k učení se terapii a k čištění sebe jako nástroje terapie vedle supervizora také svého terapeuta. Dělán své supervize růstové, aby byly pomáhající, vyživující. Pracuji ráda individuálně, ale i v triádě a v supervizní skupině, kde mohou vzniknout mnohvrstevnaté paralelní procesy, které obohacují pohled na zkoumaný problém s klientem.

PhDr. Kořátková mluví o své práci supervizora v Modelu růstu. Vnímá vedení supervize obdobně jako psychoterapii, i když to terapie samozřejmě není – pomáhá frekventantovi vnímat odvíjející se proces, pojmenovávat ho, najít své slabé a silné stránky, upozorovat vzájemný přenos s klientem atd. Dále konkrétně popisuje svou práci s daným terapeutem v supervizi. Doporučuje jako vhodné, aby terapeut měl vedle supervizora i svého vlastního psychoterapeuta. Supervizi je možné provádět individuálně, v triádě, ale i v supervizní skupině.

Vedle výcviků v jednotlivých psychoterapeutických školách, metodách a přístupech existují organizace, které ať již psychology a psychoterapeuty a jejich práci zastřešují. Patří mezi ně např. Asociace klinických psychologů ČR či Česká psychoterapeutická společnost.

*Autorka: Jste zakládající prezident Asociace klinických psychologů, místopředseda České psychoterapeutické společnosti ...*

PhDr. Růžička: Ano, s kolegy jsme dali dohromady Asociaci klinických psychologů ČR. To je něco jako Lékařská komora pro lékaře ve zdravotnictví. Úkolem bylo založit něco jako cech a psychologii postavit na úroveň lékařským oborům. Abychom měli srovnatelné postavení, léčebně diagnostické možnosti, ale také povinnosti. Abychom byli vnímání jako samostatný klinický obor. A to se podařilo. To je skvělé, protože před tím neměli psychologové žádné pořádné a pevné postavení. Jednotlivci si třeba vydobyli místo docela dobré, nikoliv však jako obor. Takže psychologové jsou přímí poskytovatelé smlouvy se zdravotními pojišťovnami a mají v péči pacienty stejně tak, jako zubaři či internisté. Pro Asociaci pracuje řada lidí. Přesto bych rád vyzvednul dvě jména, jsou to PhDr. Alena Paloušová a PhDr. Karel Koblic, kteří vytrvale a věrně pracují pro naši obec. Pomohli vydobýt řadu zcela konkrétních a nezbytných věcí pro obor. Zaslouhují naše uznání.

*Autorka: Co to obnáší být viceprezidentem?*

PhDr. Růžička: Já mám na starosti témata vzdělávání a taky v tomto smyslu zastupuji Česko v Evropské asociaci psychoterapeutů. Také jsme vytvořili Koncepci psychoterapeutického vzdělávání v psychoterapii. Stejně důležitý dokument je Koncepce klinické psychologie.

PhDr. Růžička vyzdvihuje důležitost Asociace klinických psychologů v ČR, která zásadním způsobem ovlivnila vnímání psychologie jako samostatného oboru. Psychologie je dnes vnímána jako samostatný klinický obor – se svými možnostmi ale i povinnostmi. Dále pak má jako místopředseda České psychoterapeutické společnosti na starosti vzdělávání v psychoterapii. Byl vytvořen Koncept psychoterapeutického vzdělávání v psychoterapii.

*Autorka: Byla jste předsedkyní České psychoanalytické společnosti? Co tento post obnáší?*

Doc. Kocourková: V roce 1997 jsem začala také pracovat v Institutu pro doškolení lékařů a zdravotnických pracovníků na subkatedře psychoterapie. Je to místo spojené s velkou zodpovědností, protože jsme začali tvořit pravidla ve vzdělávání v psychoterapii pro zdravotnictví. Školíme a zkoušíme psychoterapeuty ve specializaci v systematické psychoterapii. Probíhají akreditace psychoterapeutických vzdělávacích programů. To nebylo snadné, protože psychoterapeutická specializace dříve neexistovala. Zejména na začátku to bylo obtížné nejen odborně, ale i vztahově, protože jsme posuzovali a hodnotili spoustu lidí, kteří představují celý obor. Je to pro mne velká odpovědnost.

Doc. Kocourková pracuje v Institutu pro doškolení lékařů a zdravotnických pracovníků. Spolupracovala na tvorbě pravidel pro vzdělávání psychoterapeutů ve zdravotnictví. Pracuje v komisi udělující atestace v oboru systematická psychoterapie. Podílela se také na akreditaci jednotlivých psychoterapeutických vzdělávacích programů.

Je tedy celá řada oblastí vztahujících se k tématu potřebného vzdělávání a zkušeností v psychoterapii. Záleží na úhlu pohledu, kterým na tuto otázku nazíráme, a to ať z pozice vzdělání každého jednotlivce, práce daných terapeutických škol či celkového postavení psychoterapie v České republice.

Všichni oslovení terapeuti nahlíží na vzdělání a další vzdělávání v psychoterapii velice kladně, či je považují za samozřejmé. Sami prošli celou řadou výcviků, patří mezi aktivní čelní představitele směrů, které reprezentují, často vedou či se podílejí na výcvicích, rozvoji, růstu a prezentaci jejich škol, spolupracují se zahraničními kolegy, učí na vysokých školách či univerzitách. Jsou aktivní jako výcvikový trenéři, supervizoři nebo pracují v institucích podílejících se na dalším vzdělávání nejen psychoterapeutů. Pomáhají tvořit podobu psychoterapie v naší zemi.

Na závěr tohoto tématu je uvedeno stanovisko k otázce osobních „dispozic či předpokladů“ terapeuta pro vykonávání své činnosti.

Tab. 21	PhDr. Ilona Kořátková
---------	-----------------------

*Autorka: Je vhodné, aby psychoterapeut (obzvláště rodinný terapeut) měl svou rodinu – manžela, manželku, děti? Může to vést k lepšímu pochopení problémů nebo na tom nezáleží?*

**PhDr. Kořátková:** Virginia Satirová, která vytvořila Model růstu, byla dvakrát rozvedená, neměla vlastní děti, ale adoptovala dvě dcery. Byla člověkem práce. Walter Zahnd vyprávěl, že když spolu jednou letěli letadlem, Virginie se podívala dolů a řekla, že se musí podívat, jestli ještě stojí její dům, protože už v něm půl roku nebyla. Neměla rodinu v tom klasickém slova smyslu, i když měla původní rodinu, kde načerpala hodně zdrojů pro svou práci, a přesto pracovala úspěšně jako rodinná terapeutka a oslovila mnoho lidí.

Myslím, že aby člověk mohl dělat dobře rodinnou terapii, je důležité mít rád lidi a být jim otevřený tak, jak je tomu ve zdravé rodině. A potom někdy na své cestě s terapií udělat rozhodnutí, že se opravdu zavážu ke službě lidem jako k důležité hodnotě, která přesahuje moje osobní cíle. Jde o rozhodnutí, že v momentě setkání s člověkem jsem mu jako terapeut k dispozici celou svou bytostí. A tohle Satirová měla, uměla bezprostředně navázat hluboký kontakt s člověkem, protože v momentě setkání jsme tady jenom my dva. Mám to štěstí, že mám muže, se kterým se cítím dobře, a dvě děti, které už vyrostly, a můžeme být spolu přátelé. Modelu růstu také vděčím za zlepšení vztahů ve své rodině, protože byl pro mne i pro rodiče jakousi vysokou školou. Ale v terapeutické situaci jsem stejně jen sama za sebe. Myslím, že člověk (ať žena nebo muž) se může cítit v pořádku, žít naplněný život a být kompetentní v terapii nezávisle na tom, jestli má nebo nemá děti. V případě, že je bezdětnost pro něj celoživotním traumatem, se asi stejně nepohne do rodinné terapie. Pro mě je moje rodičovství mým lidským obohacením, ale nemyslím si, že by to byla nutná podmínka pro práci s rodinami.

### 3.4.2 Společné účinné faktory a efektivita psychoterapie

Přes rozdíly v teorii mají jednotlivé psychoterapeutické směry společný základ. Toto jádro představují společné faktory nebo-li účinné faktory či nespecifické proměnné, které jsou společné všem formám psychoterapie. Psychoterapeutické teorie těmto faktorům však nepřikládají zvláštní význam, přesto výzkum dospěl k opačnému závěru. „Někteří autoři se domnívají, že společné faktory mají největší podíl na účinku všech psychoterapií bez ohledu na jejich teorie. Lambert (1992) připisuje ... společným faktorům asi 30% podílu na celkovém terapeutickém efektu, přičemž 40% připisuje vlivu faktorů mimo vlastní terapii (ať už v osobnosti pacienta nebo v příznivých vlivech prostředí) ... Určité místo pak podle Lamberta zůstává pro vliv očekávání (tzv. placebo efekt, 15%) a konečně i pro specifický účinek použitých postupů či metod (také 15%).“<sup>25</sup> Již ve 40. letech minulého století se významní představitelé a zakladatelé psychoterapeutických škol (mezi nimi F. Rosenzweig, A. Adler nebo C. Rogers) shodovali na tom, že podpora, interpretace, vhléd, změna chování, dobrý terapeutický vztah a určité charakteristiky terapeuta jsou společnými prvky úspěšných psychoterapeutických škol. Jestliže se tedy mnoho různých psychoterapeutických systémů může oprávněně chlubit jistým úspěchem, pak zřejmě nejsou tak rozdílné, jak se na první pohled zdá. Zřejmě sdílejí určité základní rysy, které mohou být „léčivými“ elementy zodpovědnými za úspěch psychoterapie.

V jednotlivých přístupech však existují i specifické faktory, které určitou terapeutickou metodu upřednostňují při výběru vhodné terapie k danému problému pacienta (např. při pomoci člověku s obsedantně-kompluzivní poruchou bude v počáteční fázi léčby vhodnější kognitivně-behaviorální terapie než kupříkladu psychoanalýza.)

K problému „společné účinné faktory či efektivita v psychoterapii“ se v rozhovorech ať už přímo či v globálnějším pohledu vyjadřuje 5 terapeutů. Tato oblast je úzce provázaná s kapitolou 3.4.3 tedy integrací v psychoterapii a jednotlivé formulace se mohou vztahovat k oběma tématům zároveň.

---

<sup>25</sup> Kratochvíl, Základy psychoterapie, 2000, str. 111

*Autorka: Je ještě důležitého, co byste chtěla říct, a nemluvili jsme o tom?*

PhDr. Kořátková: Čím jsem starší, tím více mě zajímají univerzální faktory v terapii, které jsou účinné bez ohledu na školu, ve které terapeut pracuje. To, jak funguje vztah a spojení mezi terapeutem a klientem, které je důležitější pro úspěch terapie než terapeutovo teoretické zázemí. Mám ráda Model růstu, protože se mi zdá pro lidi srozumitelný, pochopitelný, a když je dobře veden, tak dokáže pracovat i s velmi bolestnými zkušenostmi, a přitom lidi netraumatizovat setrváváním v bolesti, ale taky je z té bolesti povznést. Satirová říkala, že se lidé nejlépe domluví, když používají jazyk desetiletého dítěte. Na druhé straně pečlivě pracovala na jazyce, který používala tak, že volila jednoduchá slova, která míří hluboko do duše k místům, která potřebují vyživit všichni lidé. Používala slova jako je sounáležitost, laskavost, smysluplnost, svoboda, vnitřní síla. Když tohle vlastníme, dokážeme se postavit i těm temným místům v nás, učíme se nebát se jich, lépe s nimi naložit a dát si podporu, se kterou je můžeme nést.

PhDr. Kořátková hovoří o tom, že společně s rostoucí praxí v oboru ji více zajímají univerzální faktory v psychoterapii a to bez ohledu na metodu či terapeutický přístup, kterým se pracuje. Zajímá ji, jak funguje vzájemný vztah mezi klientem a terapeutem více než daná škola. Tento vztah vnímá jako podstatu úspěšné terapie. Přiznává, že má ráda směr, který zastává – tedy přístup V. Satirové, a poukazuje na to, že tento směr je srozumitelný klientovi mimo jiné i svým „jazykem“.

*Autorka: Rogers je taková základní nabídka psychoterapeutického vztahu, ke které lze přidávat další techniky a postupy. Je to tak?*

Prof. Vymětal: Určitě. Když byste se mě zeptala, co mne dnes nejvíce zajímá, tak to je obecný model psychoterapie. V praxi má obecný model často podobu eklekticismu. Při tomto způsobu uvažování je snaha zjistit, nejlépe výzkumnou cestou, co mají různé psychoterapeutické přístupy společné. Rogersův přínos vidím v tom, že jím zdůrazněná akceptace pacienta, empatie, autenticita a nověji prezentismus ze strany terapeuta, tvoří základní vztahovou nabídku a optimální prostor pro léčbu psychologickými prostředky. Naznačený model je v praxi přijatelný i pro ostatní psychoterapeutické směry. Kdyby s námi seděl někdo ze zastánců kognitivní či kognitivně-behaviorální terapie, asi by s předchozími větami souhlasil, stejně tak hlubinně orientovaní terapeuti. Říkali by, že je to přece samozřejmé. Základní vztahová nabídka je pak doplněna konkrétními postupy dle problematiky pacienta. Určitým způsobem postupují u fobika, jinak u nemocného s poruchou osobnosti, rozdíl je ve volbě rozdílných technik, metod, strategií, ale vše se uskutečňuje v tomto všeobecném rámci. Mohu dělat třeba behaviorální nácvik, relaxace a podobně. Základ tvoří to rogersovské, a pak se přidává určitý postup či technika dle konkrétní problematiky pacienta – případ od případu. Postup se individualizuje, čili „šije“ nemocnému „na míru“.

Profesor Vymětal vyzdvihuje svůj zájem o obecný model psychoterapie a i jeho podobu v praxi. Tedy hledání a zájem o to, co mají jednotlivé psychoterapeutické školy společného. Momenty, které zdůrazňoval C. Rogers, považuje J. Vymětal za akceptovatelné i pro jiné přístupy. Mluví o tom, že představitelé například kognitivně-behaviorální terapie či hlubinně orientovaní terapeuti tyto skutečnosti brali jako zcela

samozřejmě. Domnívá se, že je dobré, aby pak u konkrétní životní situace pacienta byl brán zřetel na jeho potřeby a zvolila se odpovídající forma terapie „na míru“.

Tab. 24	PhDr. Blanka Čepická
---------	----------------------

*Autorka: Jak je přijímána transakční analýza pacienty?*

PhDr. Čepická: Pacient neví, že dělám TA. Pro něj není podstatné, aby to věděl. Já si podle toho, co a jak sděluje, musím na základě své znalosti vytvořit určitou představu, o co jde, a pak ho vedu otázkami, aby si odpověď našel sám. Občas dám kousek teorie, příklady – třeba dramatický trojúhelník a role, které se tam střídají, a ptám se, jestli to zná. Klient se v tom zpravidla najde. Důležité je sledovat proces, jak se to mezi klientem a mnou odvíjí, a odhalovat manipulace, kterými se mnoho klientů snaží terapeuta dostat do určité role. Teorii máte vzadu v hlavě a říkáte si: „Aha, tady se asi děje toto.“ Pacienti neznají vaši teorii a domnívám se, že je jim to vlastně jedno, čeho se každý z nás drží. Pro ně je důležité, že mu návštěvy přinášejí nějaký efekt.

PhDr. Čepická hovoří o tom, že její klienti nemusejí vědět, že pracuje metodou transakční analýzy. Předpokládá, že tato skutečnost pro ně není ani důležitá. Rozhodující je, zda pacient cítí tuto práci účinnou a přinášející nějaký výsledek.

Tab. 25	MUDr. Juraj Rektor <sup>26</sup>
---------	----------------------------------

*Autorka: Je ještě něco důležitého, co byste chtěl říct, a nemluvili jsme o tom?*

MUDr. Rektor: Snad to, že gestalt terapie je velice účinná metoda, která je v souladu s nejnovejšími neurovědními poznatky. Teď se nechci dostat do kontraverze s jinými směry, ale řekl bych, že skoro nejvíc odpovídá právě svou komplexností, tím že se vždycky zajímala o celého člověka, tzn. o tělo, emoce, kognice, reakce, vztahy. Gestalt terapie, a to jí chybí, by měla přinést systematictější pohled na svou práci. Byla vždycky víc o umění dialogu, umění vztahu. To by tam mělo zůstat, ale mělo by to dostat systematický rámec. Druhá chybějící věc je, a to je dluh velké části terapií, výzkum, který by jednak osvětlil probíhající procesy, jednak by přinesl důkazy efektivity.

*Autorka: To znamená, že by si každá škola měla udělat vlastní výzkum efektivity?*

MUDr. Rektor: Ano, asi by to byla potřeba. Problém je v tom, že na výzkum farmak je vždy peněz dost. KBT je v tomto nejkompromisnější, umí koncipovat jednoduché výzkumné cíle a získat na ně prostředky. Ostatní směry v tomhle dost zaostávají. Přitom to ale neznamená, že jsou méně efektivní než KBT, jenom pro to nemají "tvrdá data". Naopak, empiricky víme, že je naše terapie efektivní. Výzkumy neurofyziologické, neurovědní to za nás či pro nás také začínají dokazovat. Jde o to, abychom to dokázali i z vlastní praxe. A to je taková výzva do budoucnosti pro psychoterapii obecně a samozřejmě i pro gestalt terapii.

MUDr. Rektor se domnívá, že směr jehož je představitelem – tedy gestalt terapie – je metodou velice účinnou právě svým komplexním pohledem na člověka. Zdůrazňuje však, že je důležité, aby byl stanoven systematický rámec. Chybí výzkum objasňující procesy v psychoterapii. Dále mluví o výzkumech potvrzujících efektivitu práce

---

<sup>26</sup> Příloha 2

různých psychoterapeutických směrů. Vnímá to jako výzvu do budoucna nejen pro gestalt terapii, ale i pro další školy. To, že je terapie účinná, je zřejmé, jen chybí „tvrdá data“.

Tab. 26 MUDr. Petr Možný

*Autorka: U kterých problémů je KBT nejvhodnější či dosahuje největších úspěchů?*

MUDr. Možný: KBT je považována za metodu první volby u úzkostných poruch. To znamená u jednoduchých fobií naprosto jednoznačně, ale i u dalších úzkostných poruch, u sociálních fobií, agorafobií, u panické poruchy, u posttraumatické stresové poruchy je jednou z možností. Potom KBT jako psychoterapie je účinná u obsedantně kompulzivní poruchy, u deprese, ale tam už to je hodně závislé na terapeutovi. Také je KBT účinná, i když zase v závislosti na pacientovi i terapeutovi, u poruch příjmu potravy jako je mentální bulimie. U mentálních anorexií je účinná méně, ale u mentálních anorexií je všechno účinné méně, protože to je nemoc, která se obtížně zvládá. Velmi dobré výsledky jsou s BT a KBT u dětí, u poruch chování, u pomočování, neudržování stolice, u tiků a podobně.

Bouřlivě se rozvíjející oblastí KBT je její uplatnění u psychóz, konkrétně u schizofrenních psychóz. Zase – účinnost není v žádném případě 100%. Ale dosahuje v závislosti na stavu pacienta a na typu programu zlepšení. Když to srovnáváte se srovnávací skupinou, vždycky můžete zjistit, že léčená skupina je na tom signifikantně lépe než neléčená skupina, ale málokdy zjistíte či spíše nikdy nezjistíte, že se u někoho pomocí KBT schizofrenie vyléčila. To ne. Takové ambice si v tomto ohledu neděláme. Ale nicméně zlepšení se tam dosahuje. Zajímavé jsou poslední výzkumy, které ukazují, že KBT se dá uplatnit i u bipolární afektivní poruchy, především u mánie. Deprese, to se vědělo. No a v posledních 10, tedy spíše 5 letech se jasně prokazuje, že při modifikacích klasických metod se dá KBT velmi dobře uplatnit i u poruch osobnosti, což se dlouho považovalo za oblast, kde tam tyto metody nemají uplatnění. Ale není to pravda. Zrovna Honza Praško bude vydávat letos knihu, ve které bude psát o léčbě poruch osobnosti metodami KBT. Čili i poruchy osobnosti se dnes dají léčit pomocí KBT, ale je to na podstatně delší dobu než u běžných úzkostných poruch.

MUDr. Možný mluví o možnostech či vhodnosti užití kognitivně-behaviorální terapie u jednotlivých případů. KBT je považována jako metoda první volby u úzkostných poruch, fobií, poruch příjmu potravy, u dětí pak poruch chování, pomočování atd. Výzkumy naznačují, že KBT je efektivní i při bipolárních afektivních poruchách – deprese a nově se zjišťuje že i u mánie. KBT je přínosná i u poruch osobnosti, u kterých se považovala za metodu nemající účinek. Relativně novou oblastí uplatnění KBT je u schizofrenních psychóz, kde pomocí tohoto přístupu dochází k výraznému zlepšení (ne však k úplnému vyléčení).

Dotazovaní terapeuti se shodují v tom, že univerzální faktory v psychoterapii existují. Mluví o tom, že s prohlubující se praxí je více zajímavější společná témata v psychoterapii, její univerzální faktory, vzájemný vztah terapeuta a klienta, volba přístupu či metody, která je přímo vhodná pro daného pacienta – a to více než specifika jednotlivých škol. Zaznívá názor, že není důležité, aby byl klient obeznámen

s terapeutickou metodou, kterou terapeut pracuje, důležité je, aby tato metoda byla příhodná a pro klienta přínosná. Dále se také hovořilo o efektivitě jednotlivých škol. Je zřejmé, že je psychoterapie účinná, chybí však více výzkumů prokazujících efektivitu terapie napříč spektrem škol, metod a přístupů, dále pak i výzkumy hlouběji objasňující některé faktory a procesy v průběhu psychoterapie. Zástupci kognitivně-behaviorální terapie jsou v tomto směru nejdále – snaží se svou praxi podporovat i ve výzkumech a prokazovat efektivitu své práce a zvoleného terapeutického přístupu (viz. rozhovor s MUDr. Možným). Díky tomu hledají i další oblasti využití tohoto směru – tedy KBT – při léčbě a pomoci pacientům.

Ukázka rozhovoru s doc. Skálou je uváděna jako příklad snahy o větší efektivitu terapie. V praxi jde tedy o propojení psychoterapie s „režimem“.

Tab. 27	Doc. Jaroslav Skála
---------	---------------------

*Autorka: Vystudoval jste medicínu a Institut tělesné výchovy a sportu. Jak jste se dostal k psychoterapii?*

Doc. Skála: Já jsem s druhými lidmi založil něco, co bylo první ústavní léčbou závislostí, především na alkoholu. Postupem doby se stala psychoterapie hlavní metodou, včetně režimu. Psychoterapie a režim se ukázaly, že je to pravé, co naši pacienti potřebují, aby změnil způsob života, a aby se lépe poznali. Režim a psychoterapie. Podrobili jsme je určité zátěži a oni pod tou zátěží, nebylo jim zrovna příjemně, pocítili, že nepříjemné stavy je možno překonat. Jak jednoduché, ale musíte mít odvahu klást požadavky na pacienta. V psychoterapii se to ne dost zdůrazňuje, ale u Apolináře to bylo samozřejmostí. A říkali jsme, že v režimu mají být požadavky například na vstávání, přesné hodiny, pohybové aktivity, skupiny. Tak mezi režimem a psychoterapií nebyla propast, naopak vytvářeli jsme mosty. To je podstata. ...



### 3.4.3 Integrace v psychoterapii

Integrace nebo-li scelení či sjednocení psychoterapeutických směrů znamená hledání styčných bodů mezi těmito směry a snahu v praxi využívat jednotlivých „účinných prvků“ těchto psychoterapeutických škol. Cílem je tedy zvýšit účinnost psychoterapie.

Rivalita mezi teoretickými orientacemi má v psychoterapii dlouhou a nedůstojnou historii, která se datuje už od Freuda. Během dalšího vývoje, rozvoje (řada psychoterapeutických škol v průběhu své existence procházela procesem přehodnocování a hledání svých nedostatků či potencionální hodnoty jiných směrů) a vzniku neustále dalších psychoterapeutických škol, metod a přístupů se stále více začíná hovořit o integraci či třeba jen o přibližování jednotlivých pohledů.

„Pokusy o integraci mají buď charakter empirický, nebo se opírají o vědecký výzkum účinných faktorů v psychoterapii. Z vědecko-výzkumných dat dnes vycházejí tři dílčí integrativní hypotézy:

- ve všech významných psychoterapeutických přístupech existují společné účinné faktory,
- v různých přístupech mohou být různé účinné faktory, které vedou různou cestou ke stejnému výsledku a
- existují specifické účinné faktory, které působí na určitý příznak, na určitý problém nebo na určitého pacienta a jsou málo účinné v jiných případech.“<sup>27</sup>

Prochaska a Norcross<sup>28</sup> hovoří o tom, že existuje celá řada skutečností, které podporují psychoterapii jako celek při směřování k integraci. Těmi jsou narůstající počet terapií, nevhodnost jediného teoretického systému pro všechny pacienty a problémy, vzrůstající popularita krátkodobých léčebných postupů zaměřených na problém, možnosti psychoterapeutů pozorovat a experimentovat s různými léčebnými metodami, poznání, že společné prvky různých terapií mají hlavní vliv na konečný výsledek terapie a identifikace specificky doporučovaných léčebných metod.

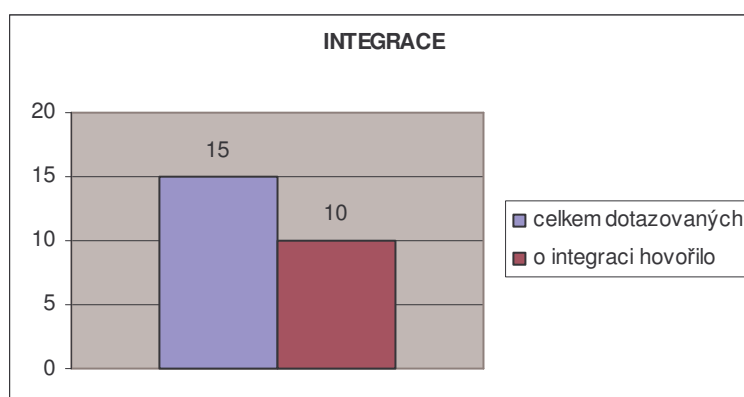
---

<sup>27</sup> Kratochvíl, Základy psychoterapie, 2000, str.109

<sup>28</sup> Prochaska a Norcross, Psychoterapeutické systémy, 2001, str. 368-369

O tématu integrace se přímo hovoří v deseti rozhovorech. Otázka ohledně integrace byla však přímo položena jen pěti dotazovaným, zbývajících pět se k tomuto problému dostalo samo. Návodnými otázkami pak byly např. „K jakému psychotherapeutickému směru se kloníte?“ nebo „Odlišuje se Rogersovská terapie něčím v zásadě od jiných směrů?“.

Je zřejmé, že toto téma je v dané oblasti diskutováno a je mu věnována značná pozornost.



Tab. 28 Doc. Jana Kocourková

*Autorka: Asi se neřadíte ke „skalním“ zastáncům psychoanalýzy? Mluvila jste o integraci v psychoterapii ...*

Doc. Kocourková: To záleží na lidech. Jsou lidé, kteří mají dogmatické tendence a budou tvrdit, že jediná a nejlepší metoda je tahle, a nebo zase jiná.

Myslím si, že většina psychologů a psychiatrů nemá takový dogmatický pohled. Úvaha o indikaci k té nebo oné psychotherapeutické technice musí vycházet z rozvahy, co pacientovi chybí, co je pro něho užitečné, což je podmínkou, aby terapie mohla být účinná.

Psychoanalýza může tvořit teoretický základ přinejmenším pro hlubinné a dynamicky orientované terapie nebo pro terapie, které kladou důraz na psychotherapeutický vztah mezi terapeutem a pacientem. Myslím si, že v takovém případě je psychoanalytický základ potřebný. Psychoanalýza dneska představuje řadu odlišně koncipovaných teoretických modelů. Otázkou je, jestli by se dnes dalo říci, že existuje jen jedna psychoanalýza. Možná ani ne. Myslím si, že pro kolegy, kteří pracují hlubinným nebo dynamickým způsobem, jsou teoretické poznatky, které vyšly z psychoanalýzy, prospěšné, řekla bych skoro nezbytné. Ve většině psychotherapeutických vzdělávacích programů se psychoanalytická teorie vyučuje. ... Existuje řada psychotherapeutických směrů a škol, takže se někdo orientuje analyticky, dynamicky, někdo spíš směrem kognitivně-behaviorálním, jiní kolegové se orientují na rodinnou terapii. Rozvíjí se také arteterapie a muzikoterapie. Na klinice, kde se psychotherapeuticky pracuje s hospitalizovanými dětmi a jejich rodinami, je potřeba se snažit o integraci poznatků jednotlivých přístupů, metod a škol.

Doc. Kocourková vychází z předpokladu, že je nutné hledat to nejlepší pro pacienta, tedy ne dogmaticky setrvávat na „svém“ směru. Na druhou stranu však staví

psychoanalýzu jako důležité východisko i pro ostatní psychoterapeutické školy. Zdůrazňuje, že v praxi je třeba jednotlivé vědomosti a poznatky spojovat ve prospěch pacientů.

Tab. 29	PhDr. Ludvík Běťák
---------	--------------------

*Autorka: Jak vy osobně nahlížíte na integraci v psychoterapii?*

PhDr. Běťák: Záleží na tom, o jakou úroveň integrace jde. Každý směr, který se chce někde etablovat a šířit své myšlenky, má zpočátku vždy starosti o svou identitu. Je tedy pochopitelné, že má potřebu vymezit se a zpočátku říká především: já nejsem toto, jsem tohle. Chápu, že v těchto obdobích představitelé daného směru nemají příliš smysl pro integraci. Ale jinak věřím, že tak jako všechno v psychoterapii, i integrace závisí na osobnostech, jejich kapacitě, energii. Jsou-li k tomu zralí lidé a konstelují se okolnosti, pak je obvykle čas i na integraci na úrovni institucionální. Sám se nemám potřebu nějak striktně vymezovat a nevyhýbám se přesahům a spolupráci, pokud mi to ovšem čas a síly dovolují. Je zajímavé, že Jung se vždy vyhýbal jakýmkoliv kategorizacím a dlouho se bránil institucionalizaci. Přitom jeho psychologie po mém soudu obsahuje obrovský propojující potenciál, překlenuje dokonce i propast mezi tzv. vědou a tzv. náboženstvím mj. svým zřetelem k realitě psychického a významu symbolického života.

PhDr. Běťák hovoří o tom, že se v počátku všechny směry snaží vymezit vůči ostatním a že v této situaci se zaměřují samy na sebe. Integrace je však postavena hlavně na lidech, kteří vykonávají tuto profesi. Sám je integraci a spolupráci s jinými psychoterapeutickými školami nakloněn. Zmiňuje i zakladatele směru kterého je představitelem C. G. Junga, který se snažil vzdorovat jistým kategorizacím.

Tab. 30	PhDr. Ilona Kořátková
---------	-----------------------

*Autorka: Jakou máte zkušenost s tolerancí jednotlivých směrů navzájem a co si o této toleranci myslíte?*

PhDr. Kořátková: Taková věčně živá zkušenost je, že zatímco mladí terapeuti, zastánci jedné školy, jsou schopni zabít se „pro svou pravdu“, ti zkušenější integrují poznatků z různých škol a také jsou tolerantnější v přijímání odlišností různých přístupů. Terapeutičtí výzkumníci se shodují v tom, že jen malé procento (asi kolem 15%) úspěšnosti terapie souvisí s přístupem, ve kterém terapeut pracuje. Myslím, že žádná terapeutická škola není ani největší ani nejlepší, všechny představují momentálně nejvíc dosažitelné poznání, protože je vytvořili lidé, a ne nadlidé. A jejich růzností lze využívat k obohacení a rozšíření terapie, která je neúčinnější, je-li šita na míru klientovi. V psychoterapii hodně fungují univerzální faktory, které jdou přes všechny terapeutické směry, jako je jedinečný terapeutický vztah, místo pro vnoření pocitů, že klient rozumí tomu, co se s ním děje, že je schopen s pomocí terapeuta se konfrontovat i s nepříjemnostmi a vzdorovat jim a to, že mu terapeut dává podporu a naději na změnu. Virginie Satirová byla integrativní a tvořivá a vybízela terapeuty nejenom k používání technik nebo nástrojů, které vytvořila, ale i k možnosti „vypůjčit si z jiné školy to, co se hodí“ nebo vymyslet pro klienta něco úplně nového. Pro mě je psychoterapie stále se vyvíjející směsicí tvrdé poctivé práce, lehkosti tvoření a inspirace.

PhDr. Kořátková se domnívá, že s přibývajícimi zkušenostmi jsou terapeuti tolerantnější i k jiným směrům. Poukazuje na to, že jen malé procento úspěšnosti terapie

souvisí s aplikací daného přístupu a zdůrazňuje univerzální účinné faktory, které jdou napříč psychoterapeutickými směry. Hovoří o tom, že zakladatelka směru, který prezentuje, V. Satirová přímo vybízela k tomu, využívat i z jiných směrů to „potřebné“ pro klienta.

Tab. 31	Prof. Jan Vymětal
---------	-------------------

*Autorka: Odlišuje se Rogersovská terapie něčím v zásadě od jiných směrů?*

Prof. Vymětal: Ano, zřetelně v teorii. Samozřejmě nalezneme mnoho styčných bodů a míst společných se směry, jež řadíme do hnutí humanistické psychologie a psychoterapie. Pokud jde o praktické konání, tak zde překvapivě nejsou tak velké rozdíly. Když byste slyšela nahrávku psychoanalytické psychoterapie a rogersovské psychoterapie, asi by vás překvapila jejich podobnost. Také v psychoanalytické psychoterapii je zdůrazněna empatie. Praxe zkušených terapeutů různých orientací konvergují. Teoretické spory mohou však být nekonečné, zejména mezi mladšími psychoterapeuty. Když za sebou máte nějaký rok praxe a života, tak přijde smířlivost a pohled na tyto záležitosti se mění z konfrontačního na synchronní a vzájemně se doplňující. Já jsem toto zažíval, když jsem pracoval v Sadské a v Kosmonosech, kde jsem dělal psychoterapii ve větší míře. Členové terapeutických týmů měli různou orientaci (i výcvik), ale vůbec to nevadilo, všechno se totiž doplňovalo. Domluvili jsme se bez nejmenších problémů. Bylo to tvořivé období, mívali jsme „na věc“ různé pohledy, což v důsledku bylo přínosem i pro pacienty.

Prof. Vymětal poukazuje na to, že v praxi v kontaktu se jednotlivé směry až tolik neodlišují nebo se terapeuti vzájemně doplňují ku prospěchu klienta. Hovoří o tom, že zkušený terapeut je více smířlivý a čerpá i z jiných psychoterapeutických škol.

Tab. 32	PhDr. Jiří Růžička
---------	--------------------

*Autorka: Myslíte, že je něco důležitého, co by mělo zaznít, a já jsem se na to neptala?*

Doc. Růžička: Pro mě je velice důležitá taková ta věc, jak se psychoterapeuti dávají dohromady jako lidé. Bylo pro mě hodně důležité, že existoval Kabinet psychoterapie a později Psychoterapeutický institut. Setkání s lidmi jako je J. Skála, A. Šimek, P. Hellerová, K. Koblic, P. Příhoda, J. Vymětal, J. Kožnar, V. Chvála, J. Kocourková, H. Fišerová a desítky dalších. Bez těchto pilných a pracovitých lidí by naše psychoterapie nejen že nebyla, ale také bych neměl přátele a kamarády. Zasadili se o to, že psychoterapie se stala legitimní metodou v medicíně, že se také rozšířila do jiných oblastí a resortů. Na vztazích stojí celý náš obor. To si myslím, že je velice důležité. Kromě toho, řada psychoterapeutů se angažovala politicky nebo jinak veřejně.

PhDr. Růžička přímo nepoužívá slovo integrace a jakoby o tomto tématu nehovoří. Zdůrazňuje však to, že „setkávání lidí“ je velice důležité a prospěšné naší psychoterapeutické scéně. Pokud se však blíže zaměříme na výčet jmen, která uvádí je zřejmé, že je nakloněn integraci, protože řada uvedených osobností jsou předními zastánci různých psychoterapeutických škol.

Tab. 33	MUDr. Juraj Rektor
---------	--------------------

*Autorka: Já mám takovou představu o terapii, že by to tak mělo probíhat všude.*

MUDr. Rektor: Myslím, že to taky tak je. Psychoterapeutické směry zůstávají odlišné, mají svoji jedinečnost a jinakost, která je fajn, ale mají také společnou bázi. Tou je člověk, jeho mozek, jeho psychika, která je stejná.

MUDr. Rektor zdůrazňuje, že terapeutické směry mají jedno společné a tím je člověk. To je to nejpodstatnější.

Tab. 34	MUDr. Petr Možný
---------	------------------

*Autorka: S profesorem Kratochvílem jsme hodně mluvili o integraci v psychoterapii. Jak se na ni díváte?*

MUDr. Možný: O tom se Standou taky bavíme. Takže za prvé – úspěšná integrace je věc, která posunuje psychoterapii kupředu. A takovým typickým příkladem je pro mě integrace kognitivní a behaviorální terapie. To byly původně dva zcela odlišné směry. Kognitivní terapie vyšla z psychoanalýzy a z psychodynamických směrů, odštěpila se od nich a vydala se vlastním směrem. Behaviorální terapie měla úplně jiné základy. Měla základy ve Skinnerovi, v experimentální psychologii a v práci se zvířaty. Na konci 60. let a v 70. letech se tyto dva směry propojily a výrazně se navzájem obohatily. KBT je podle mě excelentním příkladem úspěšně integrované psychoterapie.

Moje výhrada k pojmu integrovaná psychoterapie je v tom, že já chci vědět, co s čím se integruje. To znamená, že samo o sobě je to bezobsažný pojem. Budu integrovat psychoanalýzu s buddhismem a je to integrovaná psychoterapie, anebo budu integrovat behaviorální terapii s astrologií? A budu tomu říkat integrovaná psychoterapie. Dokud nevím, co je s čím integrované, tak je ten pojem pro mě neprůhledný. Čili ano, já jsem pro integraci v psychoterapii za předpokladu, že vím, co se s čím integruje, a zda je to vzájemně integrovatelné. To znamená, že to ty dva směry navzájem posunuje a obohacuje, že tím každý získává. Tím si nejsem někdy úplně jist. Mám pocit, že se v integrativní psychoterapii schová všechno. Že je to takový pojem, který nemá přesné hranice, přesné kontury.

MUDr. Možný vnímá úspěšnou integraci jako to, co psychoterapii posouvá vpřed. Ilustruje to na směru, kterého je představitelem, tedy na KBT, a to spojení kognitivní a behaviorální terapie. Upozorňuje však na skutečnost, že je nutné vědět „co s čím se integruje“.

Tab. 35	Prof. Stanislav Kratochvíl
---------	----------------------------

*Autorka: Jste zastáncem integrativní psychoterapie. Proč?*

Prof. Kratochvíl: Od začátku se mi líbilo získávat poznatky z různých teorií a různých škol. Vždycky jsem našel něco, co se mi líbí, ale nechtěl jsem přijmout úplně všechno. Vezměme například Freudovu psychoanalýzu, která byla za komunistického režimu sice odmítána až pronásledována, ale tím spíše byla přitažlivá a zajímavá. Připadalo mi, že je v ní řada podnětných myšlenek, ale také řada názorů příliš zevšeobecněných. Proto se mi nechtělo přijmout ji celou. Z adlerovské psychoterapie se mi líbila sebeuplatnění a potřeba včlenění se. Dále se mi líbí dynamická psychoterapie. Jde v ní o hledání, kde člověk ve vztazích dělá chyby a jak to souvisí s jeho minulostí. Nemusí to být jen z raného dětství, jak je tomu u Freuda, ale mohou mít vliv i významné vztahy vzniklé později. Nemusejí mít sexuální charakter, mohou mít emoční charakter jiného druhu. Nikdy jsem se neupsal nebo nechtěl upsat jedné koncepci, jedné teorii. Z každé teorie i metody jsem zkoušel, co se k mým případům hodí. Napřed to mělo charakter eklektický, vybírání si, postupně jsem směřoval k integraci, která se snaží vytvořit nadřazenou koncepci, do které by se dílčí přístupy mohly včlenit. Některé přístupy jsou spolu v konfliktu, ale když se jejich

hroty ulomí, dají se propojit. Může se pracovat s tím, že dřívější vztahy ovlivňují současnost. současnosti pak můžeme chování, které je naučené, přeučovat, učit se něčemu novému. Můžeme využít gestalt terapie, využít psychodrama. Transakční analýza přinesla velmi zajímavé poznatky o životních scénářích. Je tu dále Franklova logoterapie, upozorňující na životní smysl a podporující hledání hodnot, je tu rogersovský chápatel, empatický přístup. Je také možno některé přístupy integrovat do psychoterapie s jedním pacientem postupně. Začneme například tím chápatel, empatickým. Pacientovi nic nevnucujeme a neradíme. Až má pocit, že mu dobře rozumíme, nabídneme interpretace, aby pochopil některé své nevhodné formy chování a uvědomil si jejich souvislost s minulými zážitky. Pak s ním trénujeme nové formy chování, pro které se rozhodne. Když je hypnabilní, „přisugerujeme“ mu, že mu to půjde a že symptomy zmizí. Myslím si, že můžeme využít různých metod a různých koncepcí a že je také můžeme přizpůsobit jednotlivému pacientovi. Některý pacient bude očekávat, že ho budeme řídit, jiný pacient si chce spíše sám postupně věci ujasňovat. Můžeme se ho přímo zeptat, jaký postup mu nejlépe vyhovuje, a přizpůsobit se tomu.

Prof. Kratochvíl (představitel Eklektické a integrativní psychoterapie) hovoří o zaujetí mnohými terapeutickými směry – jejich přednostmi a přínosy psychoterapii i samotnému klientovi. Rozhodl se však v daných směrech neakceptoval vše. Domnívá se, že je možné použít odlišné techniky a přístupy dle potřeb konkrétního pacienta.

Tab. 36	Doc. Marcela Bendová
---------	----------------------

*Autorka: K jakému psychotherapeutickému směru se kloníte?*

Doc. Bendová: Jsem odchovanec dynamické psychoterapie. ... Musím ale říct, že ve své klinické praxi jsem otevřena nejrůznějším psychotherapeutickým technikám a dá se říci, že podle dominujícího problému či příznaku volím tu či onu psychotherapeutickou metodu. Takže podle prof. Kratochvíla by se dalo říct, že se hlásím i k eklektickému, systemickému přístupu.

Doc. Bendová se řadí také mezi zastánce eklektického přístupu. Ve své praxi užívá různých psychotherapeutických přístupů a metod.

Tab. 37	Doc. Karel Balcar
---------	-------------------

*Autorka: Na závěr – čím je tedy pro vás psychotherapie jako taková?*

Doc. Balcar: Smysl a hodnotu psychotherapie vidím v jejím určení pomáhat lidem v jejich selháních, utrpeních a nemocích. Je to řemeslo (možná více příbuzných řemesel) založené na zobecněných lidských zkušenostech a dovednostech. Zvláštní přitažlivost a zároveň mimořádná riskantnost psychotherapie spočívá v tom, že při ní terapeut nasazuje sám sebe, své osobní zdroje, do mimořádně intenzivního pracovního i osobního vztahu a součinnosti se svým protějškem. Při správném „dávkování“ psychologického umění, rozmyslu a vnímavosti může léčit nemocné, překonávat utrpení a zachraňovat životy. A to tehdy, když pro ni dokážeme v patřičných situacích najít pravé místo. Nepatří do postavení pouhého technického nástroje k „normalizaci“ člověka, ani do postavení jeho pozemské „cesty ke spáse“. A dokáže-li s jejími prostředky, možnostmi a omezeními tovaryš či mistr tohoto řemesla pracovat stejně citlivě a inteligentně, jak to očekáváme od dělníků jiných lidských řemesel, je mi blízká, rád využívám jejího umění a, pokud je to v mých silách, podporuji i její stav a rozvoj. .... Takže kdybychom chtěli odhadnout, jak to půjde v psychotherapii dál, nejspíš můžeme očekávat, že bude pokračovat vzájemné vyvažování výkyvů snah o „tu nejlepší“ psychotherapii mezi ostatními směry, a proti tomu o všezahrnující syntézu, či dokonce integraci veškeré psychotherapie. Tak to ostatně probíhá v teorii a metodologii mnoha jiných oblastí vědy, od fyziky až po historii. Určitou naději na sblížení původně protichůdně založených nejvlivnějších psychotherapeutických směrů však přece jen vidím v tom, že podle toho, co říkají a dělají jejich čelní světoví představitelé, se alespoň jejich obecná pojetí a stanoviska v posledních desetiletích ztelně sblíží.

Doc. Balcar se nejdříve zamýšlí nad tím, že psychoterapie vlastně vychází ze souboru lidských zkušeností a dovedností – tedy z jednoho pramene. Mluví o tom, že se představitelé psychoterapeutických směrů více sblíží a že časem lze předpokládat, že může dojít ještě k větší integraci.

Všichni se shodují, že integrace, či spíše řečeno ovlivňování se psychoterapeutických směrů vzájemně, je prospěšné, a to především pro pacienta. Psychoterapeutické směry nabízejí různá pojetí, která jsou vhodná pro určitou životní situaci daného klienta. Sami terapeuti ve své praxi často volí metodu, techniku nebo i přístup dle potřeb konkrétního člověka.

Domnívají se také, že s rostoucí praxí v oboru (případně i dalším vzděláváním – typu absolvování výcviku v jiném psychoterapeutickém směru, setkáváním se na různých psychoterapeutických konferencích a podobně) se terapeut otevírá více i jiným směrům méně zastává pouze směr ze kterého vychází nebo v němž má i další výcvik.

Někteří poukazují i na to, že zakladatelé daných směrů a metod byli nakloněni spolupráci mezi jednotlivými přístupy (např. V. Satirová) nebo propojovali i jiné oblasti (viz. rozhovor s L. Běťákem a J. Vymětalem).

Dále jsou často ovlivňováni svými kolegy a nebo mají přímou zkušenost prolínání praxe jednotlivých škol přímo na svých pracovištích.

Domnívám se, že spolupráce, tolerance a respekt mezi jednotlivými psychoterapeutickými směry navzájem je v České republice na velice dobré úrovni. V současné době je toto téma mezi terapeuty široce diskutováno. Bylo by zajímavé hledat proč. Je to tím, že naše republika je jen malým ostrůvkem, kde se všichni terapeuti znají? Tím, že velká řada psychoterapeutů prošla obdobnými výcviky (např. SUR)? Tím, že jsou silné osobnosti zastávající kladný vztah i integraci?

Tab. 38

Prof. Stanislav Kratochvíl

*Autorka: Existuje nějaký skalní odpůrce integrativní psychoterapie?*

Prof. Kratochvíl: Já bych neřekl odpůrce, ale jsou příslušníci jednotlivých škol, kteří se vyškolili v určitém směru, chtějí v něm pracovat a považují ho za nejdůležitější. Ať je to škola psychoanalytická nebo poněkud volnější škola psychoanalytické psychoterapie nebo je to kognitivní terapie, behaviorální

terapie, transakční analýza, daseinsanalytici nebo logoterapeuti. Všichni pracují převážně svým směrem a také školí své žáky ve svém přístupu. Někteří z nich se domnívají, že by měl člověk zůstat věrný své škole. Buď tak moc věří, že je jediná správná a pravdivá, anebo se domnívají, že jedinec dosáhne v práci s pacienty více tím, když se drží něčeho, co je předepsané, jasné, co umí, v čem se vyškolil. Něco na tom je. Podle mne budou dále existovat a rozvíjet se základní školy, jejichž účinnost byla prokázána, a zároveň se bude stále více psychoterapeutů hlásit k eklektickému a integrativnímu pojetí.



### 3.4.4 Kritické pohledy na psychoterapii

V této kapitole jsou uvedeny zajímavé postřehy a pohledy na psychoterapii. Kritické pohledy na psychoterapii vždy apriori neznamenají kritiku v negativním slova smyslu. Jedná se spíše o zamýšlení se nad psychologií či psychoterapií jako vědou, ale i nad komplexním rámcem práce s klientem či pacientem. Jsou zde reprezentovány osobní názory těchto jednotlivých terapeutů.

Tab. 39	MUDr. Petr Možný
---------	------------------

*Autorka: Takže když pak budou venku a půjdou kolem herny s penězi, tak už je to nebude tolik lákat.*

**MUDr. Možný:** No, ono je to bude lákat, ale snad budou schopni lákání ovládnout. To je ten ideální výsledek. Samozřejmě že v mnoha případech se ukáže, že ne.

Zapomněl jsem ještě na jednu důležitou věc, že když tuto práci považuji za velmi vzdálenou ideálu, tak dalším problémem je, že všechno, co tady s pacienty dělám, je nanečisto. Co se tady naučí, si musí nějakým způsobem přenést do domácího prostředí. To je často velký problém. Znamená to, že někdo se naučí jezdit autobusem a je schopen jezdit autobusem v Kroměříži. Dobře, ale on bydlí v Přerově. A to je právě ta nevýhoda, která mě trápí, ale se kterou nic nenadělám. Když to někdo dělá přímo v životě člověka, dosažené výsledky jsou daleko stabilnější. Zatímco tady je problém v tom, že vím, že to vždy zvládne pod mým vedením či za mé asistence, ale nikdy nevím, jak to bude zvládat, když se vrátí do svého domácího prostředí. S hráči to máte totéž. Oni se naučí odolávat, naučí se odolávat kroměřížským hernám, ale potom přijdou domů, kde je situace jiná, a tam to mnohdy selhává. Proto je tak důležitá práce v ambulancích a práce s pacienty v jejich přirozeném prostředí.

Musím vám říct, že jsem měl pocit, že někteří terapeuti mají tendenci vnucovat klientům problém, který vidí oni. Sám jsem s tím měl problém ve svém vlastním psychodynamickém výcviku, kdy jsem hájil tezi, že jsem měl šťastné a spokojené dětství a hodné rodiče, a trvalo tak 3 roky, než ostatní pochopili, že to není popírání a odpor. To se mi právě nelíbilo. Na některých terapiích se mi nelíbí, že apriori k člověku přistupují s předpokladem, že ten člověk lže. Oni tomu říkají popírání, odpor, nevědomí, ale prostě předpokládají, že terapeut to ví lépe než pacient. Musím říct, že na KBT se mi vždy líbilo, že pacientovi věřím. Když se potom dozvím, že to není pravda, přehodnotím to. Ale můj primární postoj je, že mu věřím, a že když se na něčem neshodneme, neberu to tak, že vina je na jeho straně. Když mi řekne, že nemá problém, tak ho tedy nemá.

V tomto mi byl vždycky poněkud podezřelý koncept nevědomí, a to ne proto, že bych neznával, že nevědomí existuje. Náš mozek musí fungovat na nevědomé úrovni, protože jinak bychom se zbláznili, kdybychom měli všechno řešit na úrovni vědomé. Prostě musí makat automaticky. Ale byl jsem vždycky opatrný proto, že jsem měl pocit, že se pod nevědomí dá hodně schovat. To znamená, když řeknu: „Ale já mám svou ženu rád“, tak mi někdo může říci: „Ty jenom říkáš, že ji máš rád, ale ve svém nevědomí vlastně ...“ Zkrátka měl jsem dojem, že nevědomí je snadno zneužitelný pojem. Proto ho nechci v KBT moc používat. A ani ho moc nepoužíváme. Snažíme se pracovat s tím, co klient uvádí na vědomé úrovni, a potom se od toho teprve dostávat hlouběji a třeba i k věcem, které si pacient nevědomoval. Ale nevíme předem, co tam je. K tomu se musíme napřed dostat přes to vědomé.

MUDr. Možný se nejprve zmiňuje o tom, že práce s pacientem v Psychiatrické léčebně je jen „nanečisto“. Klient získané dovednosti musí přenést do domácího prostředí. Hovoří o tom, že práce v přirozeném prostředí je velice důležitá a dosažené výsledky jsou stabilnější oproti nácviku v léčebně.

V druhé části pak mluví o problému, kdy někteří terapeuti mají tendence vkládat klientovi problémy, které vnímají oni sami. Jako příklad uvádí svůj vlastní psychotherapeutický výcvik, kdy hájil skutečnost, že prožil pěkné a klidné dětství a tři roky trvalo, než ostatní tento fakt přijali a nevnímali toto jeho tvrzení jako odpor či nevědomou obranu. Hovoří o „zneužívání“ pojmu nevědomí. V kognitivně-behaviorální terapii – jejímž je představitelem – se tento pojem příliš nepoužívá. Prvopočátek práce s klientem je na úrovni vědomé.

Tab. 40	PhDr. Ludvík Běťák
---------	--------------------

*Autorka: Co vás osobně nejvíce oslovuje ve vaší praxi z jungiánského přístupu?*

PhDr. Běťák: Jungovská psychologie nebo analýza není nějaká exkluzivní či esoterní věc vzdálená životu. Když si dobře pročtete věci, které Jung napsal a i dnešní moderní jungovskou literaturu – je zřejmé, že zřetel ke společné realitě se nejen nezpochybnuje, ale je třeba s ním v praktické práci začít. Než se člověk v terapii dostane ke skutečnosti nevědomí, nemůže často obejít společnou realitu nás všech. Život od nás vyžaduje, abychom brali v úvahu obojí a vztahovali se jak navenek, tak dovnitř. Psychoterapie nic z toho nemůže ignorovat. I sebepojetí klienta souvisí s tím, jak chápe svět, čím trpí, v jakých žije vztazích a tak dále.

PhDr. Běťák poukazuje na to, že Jungovská analýza (jejíž je zástupcem) není nikterak vzdálená běžnému životu. Člověk musí dbát na obojí – jak vědomou tak nevědomou skutečnost a život vyžaduje vztahování dovnitř i ven. Psychoterapie to nemůže ignorovat.

Tab. 41	Doc. Jaroslav Skála
---------	---------------------

*Autorka: Je nějaká věc, kterou považujete za důležitou a měla by se zmínit a nemluvili jsme o ní?*

Doc. Skála: Já myslím, že psychotherapeuti někdy podceňují somatiku. Že se věnují problémům pacienta, ale že nepodpoří takovou tu stabilitu, vyváženost jeho organismu. Takže ho dávkuje, jako když se dávkuje tablety, protože sami nenacházejí zdroje takové síly. ... Já jsem zatížený na běhání. ... To znamená, že jsem měl vždycky ve své životosprávě pohybové aktivity. Například když byl v Lojovicích „rozkvět“, byl tam dobrý psycholog Madlafousek. Byl výzkumník a vedl to tam. Nevedl to lékař, ale vedlo se to psychologicky – Urban, Madlafousek, teďka Heller. Když jsem tam přijel na kontrolu, jednou za týden, tak mi Madlafousek řekl, jaké mají těžkosti ve skupině, a dal mi úkol, abych to vyřešil. Já jsem si to uvážil a rozběhl jsem se na trať, 5 kilometrů tam a 5 kilometrů zpátky. A zpravidla, je to trochu úsměvné a nadsazené, ale platí to, jsem na 7 kilometru už měl všechno pohromadě. Prostě jsem se vysprchoval a přišel jsem na komunitu. Kde jsem měl řešit jako ten, kdo tu komunitu vede, problémy mezi pacienty, mezi personálem. Byl jsem dobře vyladěný. Měl jsem to prožité a byl jsem přesvědčený, že to pomáhá i druhým. Ale v tomhle mají psychotherapeuti ještě rezervy. Oni jsou zahledění do těch minuciózních psychotherapeutických detailů. Rogeriáni, KBT, rodinná terapie a tak dále, a zapomínají často na obyčejné protažení těla. Jako by o tom nevěděli. Nevěnují se tomu.

Doc. Skála se zamýšlí nad tím, že psychotherapeuti často opomíjejí somatickou složku sami u sebe, ale i klientů. Nepodporují vyváženost mezi psychickou a tělesnou částí

pacienta. Mluví o tom, že se dívají jen jedním směrem a zapomínají na obyčejné „protažení těla“. Uvádí pozitivní zkušenost na sobě samotném (viz. běhání).

Tab. 42	Doc. Marcela Bendová
---------	----------------------

*Autorka: Je něco, co by mělo zaznít na závěr?*

Doc. Bendová: Nevím co bych řekla, neznám žádné moudro, snad jen to, že za více jak 40 let mé práce v somatické medicíně, tedy mezi somatickými lékaři i pacienty, práce, které si nesmírně vážím a která mne dozajista velmi osobně i profesionálně obohatila se domnívám, že každý klinický psycholog vstupující na půdu somatické medicíny by měl znát v první řadě problematiku oboru, ve kterém bude pracovat i oboru vlastního. Což pak v syntéze umožňuje narušení dosud přetrvávající úvahy „vše nebo nic“, tj. buď se jedná o somatickou chorobu nebo je to případ pro psychiatra či psychologa. Ve vztahu ke spolupracovníkům, je výhodné zaujímat kolegiální a velmi tolerantní postoj a vyvarovat se chyb menšinových postojů, poznamenaných většinou podezřívavostí, paranoiditou, komplexy méněcennosti a sníženou sebedůvěrou a vyhnout se resentimentu „osamělého vlka“, kterému nikdo nerozumí a nikdo nechápe, jakým přínosem pro kliniku či oddělení vlastně je. Soudím, že je třeba se naučit akceptovat i skepsi čistě somaticky orientovaných odborníků a nesnažit se ji překonat horlivostí a upachtěnou snahou, která vede jen k oboustrannému zklamání. Je dobré ukázat, že psycholog může být v somatické medicíně prospěšný i tam, kde například bolest je čistě somatického (biologického) původu. A že může nabídnout třeba klíč k řešení v některých svízelných situacích a to jak pro nemocné, tak pro spolupracovníky.

Na druhé straně je ale také třeba vědět, že ani pacienti somatických oddělení, nejsou dodnes u nás na spolupráci s psychologem či psychiatrem dostatečně připraveni a ani ji většinou sami nevyhledávají ze strachu před nežádoucím označením mezi spolupacienty, kolegy v práci i v rodině a nakonec i před samotnými lékaři. Není ani výjimkou, že se takovému vyšetření pacienti brání s tím, že nejsou žádní blázni ani hypochondři. Očekává se většinou, že psycholog či psychiatr bude mít zvýšenou míru empatie a že bude umět profesionálně zacházet s iracionalitou a že se přepokládá že psycholog či psychiatr má přehled přes problémy o nichž lékař nemůže diskutovat se svým pacientem, protože je má třeba také nebo neví jak s nimi nakládat.

*Autorka: Jak úplně konkrétně vypadá Vaše práce teď? Chodí k vám pacientky....*

Doc. Bendová: Od počátku mého působení na gynekologicko-porodnických klinikách jsem byla orientována na diferenciální diagnostiku psychosomatických poruch v gynekologii a porodnictví a na práci psychotherapeutickou, tedy posouzení podílu tzv. psychogenní složky na vzniku onemocnění a na možnosti jejich léčby psychotherapií. Od počátku jsem se snažila zařadit psychotherapeutickou péči (včetně hypnózy a relaxačních cvičení). A to u těch gynekologických pacientek, těhotných i rodiček – kde jsem byla přesvědčena, že se psychogenní složka na vzniku poruchy podílí nebo tam, kde léčba farmakologická nebyla účinná nebo žádoucí (u těhotných). Například u těhotenského zvracení, symptomů ohroženého těhotenství, nejrůznějších bolestivých stavů, ale také při léčbě sterility nebo funkčních sexuálních poruch u žen, bolestivých stavů nebo bolestí při pohlavní styku apod. Není ale výjimkou, že jsou mně posíláni i pacienti z jiných oborů medicíny, například gastroenterologie, transplantačního centra, ortopedie atd. ...

Doc. Bendová apeluje na nutnost orientovat se i v oboru, ve kterém psychotherapeut pracuje, např. v somatické medicíně. Je to prospěšné jak pro pacienta, tak pro spolupráci s kolegy – lékaři. Díky tomu je možné vyvarovat se jednostranným a unáhleným soudům na obou stranách. Psychotherapeut pracující např. v nemocnici by měl naopak hledat možnosti, kde pomoci pacientovi i v případech, když jeho bolesti pramení čistě ze somatického – biologického původu. Na druhou stranu je důležité dělat „osvětu“ nejen u kolegů, ale pacientů samotných. Doc. Bendová vzpomíná na své působení na

gynekologicko-porodnických klinikách, kde se od počátku snažila pracovat metodou psychoterapie (i tam kde byla farmakologická léčba neúčinná nebo nežádoucí) a posoudit podíl tzv. psychogenní složky na vzniku onemocnění.

Tab. 43	Prof. Jan Vymětal
---------	-------------------

*Autorka: Chtěl byste ještě říct něco, o čem jsme nemluvili?*

Prof. Vymětal: Myslím, že vliv psychoterapie nesmíme nijak přeceňovat, neboť je poměrně málo lidí, kteří mají možnost být ve skutečně intenzivní psychoterapeutické péči. Její význam spočívá v tom, že usnadňuje potřebnému člověku lepší porozumění sobě a dosažení vyšší kvality života. Další cestou poskytující orientaci je třeba cesta náboženství, filozofie a podobně, ale o nich nemluvím. Psychoterapie představuje jeden ze způsobů, jak napomáhat stabilizaci člověka v tomto našem neklidném a nestabilním světě.

Prof. Vymětal upozorňuje na to, že by se neměl přeceňovat vliv psychoterapie. Psychoterapie umožňuje člověku lépe porozumět sám sobě a pomáhá mu stabilizovat se v dnešním rušném světě. Většina lidí však nemůže využívat těchto možností. Na druhou stranu psychoterapie je jen jedna z možností poskytující náhled či orientaci, dalšími jsou například různá náboženství, filozofické nahlížení a podobně.

Tab. 44	Doc. Karel Balcar <sup>29</sup>
---------	---------------------------------

*Autorka: Čekala jsem od vás původně větší zaujetí pro psychoterapii alespoň některého směru ...*

Doc. Balcar: Je pravda, že jsem i vůči psychoterapii v jejích různých podobách spíš zdrženlivý. Je to vždy jen pokus omezenými lidskými schopnostmi pomoci člověku k obnově tělesného a duševního zdraví, dobrých vztahů vůči sobě a světu a dalších kvalit, které ke zdravému lidskému životu počítáme. Většinou se přitom dobře shodneme, co komu v životě škodí. Hůře však, k čemu má terapeutická změna směřovat, a jakým způsobem může nejlépe k tomu přispět. A o to jde přece víc, než o pouhé odstraňování obtíží. V některých psychoterapeutických přístupech to je na obecné úrovni jasně a přitažlivě vyjádřeno. Třeba podle psychoanalýzy je cílem dovést člověka k takovému způsobu vyrovnávání pudového napětí, které je přijatelné pro něj a zároveň pro jeho okolí; Freud však také prohlásil, že znakem duševního zdraví je, když člověk dokáže pracovat a milovat. Logoterapie vidí cíl ve schopnosti objevovat a uskutečňovat v životě smysluplné zážitky, činy a postoje. Další přístupy spatřují podstatu duševního zdraví v sebezpřijetí a přijetí druhých, v plném uskutečňování vlastních možností, v účelném přizpůsobení vlastního chování podmínkám prostředí, v uchovávání optimální úrovně aktivity, v úspěšném řešení problémů a konfliktů. To vše je jistě velmi dobré. Čemu však dát v konkrétní situaci konkrétního člověka či společnosti přednost? Je u lidí s neuroticky či psychopaticky narušenou osobností na místě poskytnout jim úlevu oslabením „krutého“ superego či rozložením nestrávených introjektů, jak učí tradiční psychoanalýza a tvarová terapie, nebo naopak posílit příliš slabé svědomí, či „zatížit“ člověka odpovědností, jak učili Mowrer nebo Frankl? Je potřeba dopomoci člověku především k osvobození od nesprávných „přenosů“ z minulých vztahů do současných, jak se o to pokouší vhledová terapie, nebo spíš k objevování nových vlastností nových vztahů, jak zdůrazňuje tvarová terapie? A pomůže mu k tomu spíš terapeutická interpretace a pochopení, nebo korektivní citová zkušenost, dramatické sebevyjádření či

<sup>29</sup> Vzhledem k rozsahu této kapitoly je uvedena jen malá část z velice zajímavého rozhovoru s Doc. Karlem Balcarem. Zhruba polovina tohoto rozhovoru se věnuje „kritickému“ pohledu na psychologii, psychoterapii, na její jednotlivé směry, práci terapeutů i na samotné psychoterapeuty. Velice laskavým způsobem reflektuje tyto oblasti a skutečnosti a přináší mnoho podnětných myšlenek.

odreagování, nebo výcvik v sebeovládání a sebeřízení, nácvik sociálně účinného jednání, nebo porozumění vlastním utvářejícím zkušenostem z dětství ...? Odpověď podle mě není spíš to, nebo spíš ono, nýbrž poněkud rozpačitější „jak kdy“. Popřípadě „jestli vůbec“ – tedy zda v daném případě svým psychotherapeutickým snažením navzdory dobrým úmyslům a teoretickému porozumění nesledujeme životně nesprávnou stopu.

Různé psychotherapeutické směry i jakási, můžeme-li to tak nazvat, obecná psychotherapeutická ideologie předpokládají, že psychotherapie člověku jaksí samozřejmě vždycky prospěje. Sám pokládám psychotherapii, stejně jako každé léčení, spíš za pomoc nouzovou, která má v soustředěnějších a zvýšených dávkách poskytnout člověku ty výživné, ochranné a léčivé duševní „látky, energie a informace“, které v čistší a „přírodnější“ podobě jinak získává ve svém vývoji a vztazích se svými přirozenými protějšky v běžném životě. Tedy co může čerpat příznivého z podpory a konfrontace výchovné, partnerské, rodinné, přátelské, anebo z osobní angažovanosti ve smysluplné činnosti a vztazích. Někdy je psychotherapie nesporně tím nejlepším z toho co je dostupné. Zároveň však při úvaze o ní vždy zvažuji i výrok 'Ne, psychotherapii nepotřebujete, můžete mít, či můžete udělat, něco lepšího.' Ona i psychotherapie mívá (jak by asi mělo stát v jejím „příbalovém letáku“) také své „vedlejší účinky“ v podobě přece jen určitého zbavení pacienta iniciativy, aktivity, moci, sebeřízení a odpovědnosti a někdy i společenského statusu plně svéprávného člověka, popřípadě realističtějších životních cílů namísto touhy po pouhé úlevě. Stejně jako nežádoucí vedlejší účinky různých jiných léčebných postupů, ani tyto většinou (doufejme) nenastávají, ale při rozhodování o poskytnutí psychotherapie, i při jejím provádění, je dobré mít je na mysli, což v zaujetí svým řemeslem často leckdy opomíjíme.

*Autorka: Na závěr – čím je tedy pro vás psychotherapie jako taková?*

Doc. Balcar: Smysl a hodnotu psychotherapie vidím v jejím určení pomáhat lidem v jejich selháních, utrpeních a nemocích. Je to řemeslo (možná více příbuzných řemesel) založené na zobecněných lidských zkušenostech a dovednostech. Zvláštní přitažlivost a zároveň mimořádná riskantnost psychotherapie spočívá v tom, že při ní terapeut nasazuje sám sebe, své osobní zdroje, do mimořádně intenzivního pracovního i osobního vztahu a součinnosti se svým protějškem. Při správném „dávkování“ psychologického umění, rozmyslu a vnímavosti může léčit nemocné, překonávat utrpení a zachraňovat životy. A to tehdy, když pro ni dokážeme v patřičných situacích najít pravé místo. Nepatří do postavení pouhého technického nástroje k „normalizaci“ člověka, ani do postavení jeho pozemské „cesty ke spáse“. A dokáže-li s jejími prostředky, možnostmi a omezeními tovaryš či mistr tohoto řemesla pracovat stejně citlivě a inteligentně, jak to očekáváme od dělníků jiných lidských řemesel, je mi blízká, rád využívám jejího umění a, pokud je to v mých silách, podporuji i její stav a rozvoj.

Doc. Balcar se v úvodu zamýšlí nad tím, že snad ve všech uznávaných terapeutických přístupech je jasné chtění danému klientovi pomoci. Existuje celkem přesná shoda v tom, co člověku škodí. Je však otázkou, co je především cílem pomoci a jak k tomuto cíli dojít. Jednotlivé psychotherapeutické školy, metody a přístupy o tom mají své vlastní představy. (Doc. Balcar uvádí celou řadu příkladů.) Odpovědí není to, který způsob je nejlepší – liší se dle situace a potřeb člověka. Problémem je ovšem, zda navzdory dobrému úmyslu, terapeut spíše neškodí a nesleduje špatný směr. Obecná psychotherapeutická ideologie totiž předpokládá, že psychotherapie člověku vždy prospěje. Doc. Balcar však terapii považuje za nouzové řešení, domnívá se, že to, co klient získává v terapii může načerpat i ve svých přirozených vztazích v běžném životě. Varuje před opomíjením „vedlejších nežádoucích účinků“ terapie.

V odpovědi na druhou otázku Doc. Balcar vidí hodnotu psychotherapie v pomoci lidem v jejich selháních, utrpeních a nemocech. Při správném „dávkování“ tohoto

umění ve vhodné situaci může psychoterapeut pomáhat překonávat utrpení a problémů klientů. Na závěr se přiznává, že psychoterapie je mu blízká, rád využívá jejích možností a pokud je to v jeho silách, podporuje i její současné působení a rozvoj.

Podstatě všichni oslovení psychoterapeuti hodnotí psychoterapii jako celek, i své osobní působení, kladně. Svou práci mají rádi, či spíše velice rádi. Často pro ně není jen pouhým „zaměstnáním“, dotýká se celého jejich života. Intenzivně pracují se svými klienty, dále se vzdělávají, školí, vedou výcviky a supervidují „mladší“ kolegy, vzájemně spolupracují, přednášejí, účastní se nejrůznějších sympózií a konferencí (i mezinárodních), přinášejí a předávají si nové poznatky, náhledy a názory vztahující se k psychoterapii a vytváří podhoubí a zázemí pro její rozvoj, růst a působení nejen v České republice.

To ovšem neznamená, že by na psychoterapii a jednotlivé skutečnosti nemohli nahlížet i kritickým pohledem.

V ilustrativních ukázkách upozorňují na různé oblasti, které vnímají jako sporné. Nahlížejí na situaci v různých rovinách. Od hodnocení přímé práce s klientem až po pozici „ideologického“ pohledu na psychoterapii jako celek. Hovoří například o tom, že terapeut nemá klienta vést svým směrem, že mu má naslouchat, důvěřovat a doprovázet ho. Upozorňují na ulpívání na některých pojmech a automatické přisuzování těchto skutečností řadě klientům (případně i frekventantům výcvikových skupin). Zdůrazňují důležitost i somatické či-li fyzické složky člověka, která by neměla být zanedbávána. Mluví také o komunikaci s jinými obory např. lékaři. Tento kontakt by měl být na úrovni spolupráce, ne rivality.

Pokud by bylo použito slov Doc. Balcara – psychoterapie není „všespásná“, tzv. její vliv by se neměl přeceňovat. Existují i jiné možnosti pomoci člověku v nouzi, ať už v rovině duševní či duchovní. Také přirozené vztahy (rodinné, přátelské, pracovní) nebo osobní angažovanost ve smysluplné činnosti – dávají lidem sílu, energii a nové nahlížení na životní realitu.

Ukázka rozhovoru s Prof. Vymětalem poukazuje i na stanoviska týkající se dílčích pohledů na práci terapeutů či situace na poli psychoterapie. V tomto případě pak aspekt přímých plateb klienta za poskytovanou psychoterapii.

Tab. 45	Prof. Jan Vymětal
---------	-------------------

*Autorka: Jak jsem pochopila z vašeho povídání v knize „Hovory o psychoterapii“, že máte negativní vztah k placení za psychoterapii.*

Prof. Vymětal: Jak bych to vyjádřil. Terapeuti musí jíst a žít si dobře, aby byli spokojeni. V dnešní době je na to kladen velký důraz. Ale otázka je, jak to odměňování za práci provádět. Ideální jsou podle mého názoru platby přes zdravotní pojišťovny. Odměna poskytovaná za psychoterapii zdravotními pojišťovnami je dobrá a nikdo si vážně nemůže stěžovat. Myslím, že za půl hodiny psychoterapie obdrží terapeut asi 200 Kč. Někomu je to však málo. Problémem je pro pacienty situace, kdy u nich vznikne dojem (může být šikovně indukován), že potřebují zvláštní psychoterapeutickou péči, odehrávající se na zcela privátní bázi. Na tuto péči nemusí mít objektivně peníze, protože mají platit například 800 Kč i více za hodinu, což je pro mnohé lidi nereálné. A těch hodin nejsou desítky, nýbrž stovky. Ale jak říkám, kvalitní psychoterapeutická péče je u nás rozhodně postačujícím způsobem zajištěna přes zdravotní pojišťovny. Kritizuji přemrštěné ceny požadované některými psychoterapeuty a kalkulaci související se situací závislosti nemocného člověka, případně jeho příbuzných. Přímé platby mohou též narušovat psychoterapeutický vztah. Vztah mezi pacientem a psychoterapeutem je velmi důvěrný a „handly“ zde nemají místo. Musí být stanovena jasná pravidla, aby nevznikala pnutí z toho, že se pacient cítí být dlužníkem, nebo naopak se domnívá, že terapeutovi platí nepřiměřený honorář. Na druhé straně i sám terapeut si může říkat: 'Já mu tolik času věnuji, stojí mi to za to?' Pravidla nechť jsou jasná, zřetelná, jednoznačná ambivalentním postojům – a obě strany musejí být spokojené. Čili musí se vytvořit nějaký kontrakt. Má zkušenost je taková, že přímé placení kazí psychoterapeutický vztah. Vyrovnání by mělo proběhnout zprostředkovaně, přes někoho jiného, aby ty peníze člověk „neviděl“. Znesnadňuje to základní setkání lidí, protože pak se o tom mluví, a když se nemluví, terapie bývá blokována a prodlužována. Co je nevyčtené, vede k nejasným pocitům. Z toho důvodu musí být vždy jasná pravidla a faktický souhlas obou dvou stran předem vysloven. Stává se, že i v průběhu psychoterapeutického výcviku se frekventantům stále „přidávají“ další a další hodiny, které dodatečně samozřejmě musí zaplatit. Mnozí pak uvažují: 'Já tedy ještě těch 5 000 Kč do výcviku investuji a dostanu certifikát. Však peníze získám zpátky.' To, co zažívají budoucí psychoterapeuti od výcvikových psychoterapeutů, považují nakonec za normu a samozřejmost, kterou napodobují a ve vlastní praxi se jí řídí.

*Autorka: On do toho investoval peníze a teď čeká, že se mu to vrátí.*

Prof. Vymětal: To víte. A nejenom vrátí, ale přirozeně chce, aby z toho mohl dobře žít.

### 3.5 Shrnutí analýzy rozhovorů

V kapitole shodné a odlišné názory psychoterapeutů se blíže nahlíželo na tato témata:

- Potřebné vzdělání a zkušenosti
- Společné účinné faktory a efektivita v psychoterapie
- Integrace v psychoterapii
- Kritické pohledy na psychoterapii

V uvedených okruzích pak byla zaměřena pozornost na hledáním společných a rozdílných znaků v názorech a postojích dotazovaných. Z rozboru uvedených rozhovorů dle tématických celků – vyplývá řada zajímavých skutečností.

#### Potřebné vzdělání a zkušenosti

Všichni oslovení terapeuti nahlízejí na vzdělání a další vzdělávání v psychoterapii velice kladně, či je považují za samozřejmé. Sami prošli celou řadou výcviků, patří mezi aktivní čelní představitele směrů, které reprezentují, často vedou či se podílejí na výcvicích, rozvoji, růstu a prezentaci jejich škol, spolupracují se zahraničními kolegy, učí na vysokých školách či univerzitách. Jsou aktivní jako výcvikový trenéři, supervizoři nebo pracují v institucích podílejících se na dalším vzdělávání nejen psychoterapeutů. Pomáhají tvořit podobu psychoterapie v naší zemi.

#### Společné účinné faktory a efektivita psychoterapie

Dotazovaní terapeuti se shodují v tom, že univerzální faktory v psychoterapii existují. S prohlubující se praxí jsou důležitější společná témata v psychoterapii, její univerzální faktory, vzájemný vztah terapeuta a klienta, volba přístupu či metody, která je přímo vhodná pro daného pacienta – více než specifika jednotlivých škol. Klient nemusí být obeznámen s terapeutickou metodou, kterou terapeut pracuje, důležité je, aby tato metoda byla příhodná a přínosná. Je zřejmé, že je psychoterapie účinná – chybí však více výzkumů prokazujících efektivitu terapie napříč spektrem škol, metod a přístupů, dále pak i výzkumy hlouběji objasňující některé faktory a procesy v průběhu psychoterapie.



Zástupci kognitivně-behaviorální terapie jsou v tomto směru nejdále – snaží se svou praxi podporovat i ve výzkumech a prokazovat efektivitu své práce a zvoleného terapeutického přístupu.

### Integrace v psychoterapii

Integrace je pro psychoterapii prospěšná, a to především z pohledu pacienta. Psychoterapeutické směry nabízejí různá pojetí, která jsou vhodná pro určitou životní situaci daného klienta. Sami terapeuti ve své praxi často volí metodu, techniku nebo i přístup dle potřeb konkrétního člověka. S rostoucí praxí v oboru (případně i dalším vzděláváním – typu absolvování výcviku v jiném psychoterapeutickém směru, setkáváním se na různých psychoterapeutických konferencích a podobně) se terapeut otevírá více i jiným směrům a méně zastává pouze směr, ze kterého vychází nebo v němž má výcvik. Terapeuti jsou ovlivňováni svými kolegy a nebo mají přímou zkušenost prolínání praxe jednotlivých škol přímo na svých pracovištích

Je zajímavé, že řada zakladatelů prezentovaných směrů a metod byla nakloněna spolupráci mezi jednotlivými přístupy (např. V. Satirová) nebo propojovali i jiné oblasti.

Spolupráce, tolerance a respekt mezi jednotlivými psychoterapeutickými směry navzájem je v České republice na velice dobré úrovni. V současné době je toto téma mezi terapeuty široce diskutováno.

### Kritické pohledy na psychoterapii

Psychoterapeuti hodnotí psychoterapii jako celek i své osobní působení kladně. Svou práci mají rádi, či spíše velice rádi. Často pro ně není jen pouhým „zaměstnáním“, ale je protknutá v celém jejich životě. To ovšem neznamená, že by na psychoterapii a jednotlivé skutečnosti nemohli pohlížet i kritickým pohledem. Situaci je nahlížena v různých rovinách. Od hodnocení přímé práce s klientem až po pozici „ideologického“ pohledu na psychoterapii jako celek. Terapeut nemá klienta vést svým směrem, nemá ulpívat na určitých pojmech a automaticky přisuzovat tyto skutečnosti pacientovi, má mu naslouchat, důvěřovat a doprovázet ho. Důležitá je komunikace i s jinými obory např. lékaři. Tento kontakt by měl být na úrovni spolupráce, ne rivality.

Existují i jiné možnosti pomoci člověku v nouzi, ať už v rovině duševní či duchovní. Také přirozené vztahy (rodinné, přátelské, pracovní) nebo osobní angažovanost ve smysluplné činnosti – dávají lidem sílu, energii a nové nahlížení na životní realitu.

Tab. 46	Doc. Karel Balcar
---------	-------------------

Doc. Balcar: Psychoterapie opravdu může člověku leckdy pomoci – k uzdravení, k nápravě, k zorientování v životě, k prospěšné vnitřní změně. A to tím lépe, čím realističtěji mu ji jako příležitost k tomu podáváme. I s tím, že někdy je tou nejlepší pomocí upustit od „odborné“ psychoterapie, protože rozpoznáme, že ten člověk potřebuje ve svém životě udělat něco jiného, než „se léčit“. Při snaze překonávat těžkosti nebo řešit životní problémy může psychoterapie jakožto léčba uškodit tím, že mu nabízí právě takové pohledy na jeho problémy a takové cesty k jejich zvládnání, které mu mohou právě zakrýt skutečnost, že potřebuje, může a má udělat něco jiného. Jsou jiné věci, které lidé v tísní potřebují často naléhavěji, než psychoterapii, a to bychom při zvažování této péče měli mít na mysli.

## 4. ZÁVĚR

Stav psychoterapie v naší zemi a její vývoj je velmi obsáhlé téma, které, podle mého soudu, nebylo ještě dostatečně zpracováno. Od začátku práce jsem si byla vědoma náročnosti tohoto úkolu. Přesto, a nebo právě proto, jsem našla odvalu pokusit se vytvořit částečně ucelený obraz vývoje psychoterapie v posledních padesáti až šedesáti letech z důrazem na současnou situaci.

Nejdříve jsem si vytvořila teoretický základ studiem literatury. Potom jsem kontaktovala patnáct významných osobností z různých psychoterapeutických směrů. Všichni dotazovaní patří k čelným představitelům psychoterapeutických směrů a přístupů, které reprezentují. Často je sami do České republiky pomáhali přinášet a uvádět. V současné době se stále aktivně podílejí na dění psychoterapeutické obce nás a často jsou zapojeni i do mezinárodních organizací.

Absolvovala jsem patnáct rozhovorů s představiteli jednotlivých psychoterapeutických směrů. V těchto rozhovorech bylo při výběru respondentů dbáno na vyváženost mezi pohlavími (7 žen : 8 mužům), původní profesí (10 klinických psychologů : 5 psychiatrům) a geografickým zastoupením (8 z Čech : 7 z Moravy a Slezska).

Všichni oslovení psychoterapeuti reagovali na mou prosbu o rozhovor vstřícně a věnovali mi svůj čas a energii, a to častokrát nejen během rozhovoru, ale i při následné autorizaci. Všichni projevíli laskavé pochopení pro práci studenta a zájem o problematiku, kterou jsem se zabývala. Tato část práce byla pro mne mimořádně obohacující. Rozhovory s moudrými, zkušenými a otevřenými lidmi se širokým rozhledem, kterých si velmi vážím, byly pro mne inspirující nejen po odborné, ale i lidské stránce. Jsou v nich zachyceny nejen objektivní informace, ale i subjektivní pohled psychoterapeutů na danou problematiku. Subjektivní pohled dotazovaných osobností významným způsobem doplňuje a obohacuje známá fakta. Interview byla zachycena v určitém kontextu a okamžiku, který se už nebude opakovat.

V této fázi se stala práce časově velmi náročnou. Pokorně jsem si uvědomovala, že budu schopna zmapovat jen část této rozsáhlé problematiky.

V teoretické části se nejprve věnuji vývoji a působnosti dvanácti<sup>30</sup> vybraných psychoterapeutických škol, směrů a přístupů, které se podílejí na utváření psychoterapie u nás. Výhodiskem pro zpracování tohoto oddílu byla jednak literatura, ale i informace nabyté během rozhovorů. Stručný přehled dění a rozvoje na poli psychoterapie v českých zemích je uváděn jako teoretické východisko, pozadí a zakotvení uvedených interview, a to jako rámec ke vzniku i k práci s těmito rozhovory. Historická fakta (jdoucí až do současnosti) dávají pak rozhovorům jasnější kontext a naopak i dotazování se sami k těmto skutečnostem vracejí a na ně odkazují. Proto jsou také uvedeny jen ty terapeutické směry s jejichž představiteli byla interview vedena, i když je zřejmé, že vývoj na naší terapeutické scéně byl ovlivněn i dalšími psychoterapeutickými směry a školami<sup>31</sup>. V naší republice působí celá řada psychoterapeutických směrů, škol a přístupů. Jejich cesta do ČR a výraznější rozvoj byl umožněn po roce 1989, ale i do té doby zde řada směrů a škol působila (více či méně oficiálně). Po „revoluci“ začali čeští terapeuti cíleně kontaktovat zahraniční kolegy. Ti k nám přijížděli, začaly se pořádat přednášky, výcviky, intenzivně překládat literatura. Dnes se Česká psychoterapeutická společnost snaží být zastřešující organizací, sjednocující dříve semknuté a nyní značně diferenciované proudy. Řada škol založila samostatné instituty (akreditované i v zahraničí), které pořádají vlastní výcviky školení. V současné době působí v naší zemi mnoho psychoterapeutických institutů, škol, směrů a přístupů a zájemce o vzdělávání v psychoterapii si může vybrat z široké nabídky.

Druhý oddíl teoretické části pak tvoří stručné uvedení do problematiky výzkumu v sociálních vědách.

Na uvedený úsek v praktické části navazuje kapitola Získávání kvalitativních dat v rozhovorech a jejich analýz, kde je tato teorie aplikována v praxi. Jsou zde uvedeny jednotlivé momenty, úskalí a obtíže při získávání dat pomocí rozhovorů, společně s ilustrativními ukázkami z daných interview.

---

<sup>30</sup> Jsem si vědoma toho, že je na našem území zastoupena i řada dalších psychoterapeutických směrů a institutů, ale nebylo možné se o nich všech, a to ani okrajově, zmiňovat. Hloubka a rozsáhlost tématu, ani rozsah práce, mi to neumožňovaly.

<sup>31</sup> Mezi ně pak patří Franklova logoterapie, Ericksonovská psychoterapie, Adlerovská psychoterapie, interpersonální sullivanovská psychoterapie, klasická hypnoterapie, satiterapie, autogenní trénink a další.

Stěžejním bodem předkládané práce je však srovnání shodných a rozdílných názorů jednotlivých psychoterapeutů, opět demonstrované na příkladech z rozhovorů. Tato kapitola byla rozdělena do čtyř částí. Jsou jimi Potřebné vzdělání a zkušenosti, Společné účinné faktory a efektivita v psychoterapie, Integrace v psychoterapii a Kritické pohledy na psychoterapii.

Psychoterapie v naší zemi je velice „živá“, má za sebou po roce 1989 prudký rozvoj a stále se dále vyvíjí. Její představitelé intenzivně pracují se svými klienty, dále se vzdělávají, školí, vedou výcviky a supervidují „mladší“ kolegy, vzájemně spolupracují, přednášejí, účastní se nejrůznějších sympózií a konferencí (i mezinárodních), přinášejí a předávají si nové poznatky, náhledy a názory vztahující se k psychoterapii a vytváří podhoubí a zázemí pro její růst a působení nejen v České republice. Shodují se ve všech základních otázkách týkajících se rozvoje, dění a utváření psychoterapie. Staví se kladně k dalšímu vzdělávání a také se na něm nejrůznějšími způsoby podílejí. Jsou si vědomi společných faktorů v psychoterapii a snaží se o co největší efektivitu ve prospěch klienta. Vnímají kladně integraci v psychoterapii a sami často využívají ve své práci různé metody a přístupy dle potřeb daného pacienta. Jsou profesionály. Často pro ně není psychoterapii pouhým oborem či prací, ale životním zacílením. Dokáží však být přesto vůči ní konstruktivně kritičtí.

Mým cílem nebylo podrobně a vyčerpávajícím způsobem historicky zmapovat vývoj a stav psychoterapie v naší republice. Chtěla jsem pouze přiblížit a nastínit tu atmosféru rozvíjení se a současné podoby psychoterapie, a to na svědectví přímých účastníků či spíše spolutvůrců. Jsem jim velice vděčná za to, že mi umožnili nahlédnout do jejich životních příběhů a tím vlastně i do dění na našem psychoterapeutickém poli.

## 5. POUŽITÁ LITERATURA

### *Monografie:*

- ANDRLOVÁ, M. *Současné směry v české psychoterapii*, Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-603-1.
- BOSS, M. *Včera v noci se mi zdálo*. Praha : Grada, 1994. ISBN 80-85424-74-6.
- BOROSSA, J. a kolektiv. *Témata psychoanalýzy I*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-609-8
- BRUCHOVÁ, H. *Základy psychoterapie*. Praha : Triton, 1997. ISBN 80-85875-45-4.
- CONDRAU, G. *Sigmund Freud a Martin Heidegger - Daseinsanalytická teorie neuróz a psychoterapie*. Praha : Triton, 1998. ISBN 80-85875-74-8.
- DRAPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-766-3.
- FREUD, S. *Výklad snů*. Pelhřimov : Nová tiskárna Pelhřimov, 1994. ISBN 80-901916-0-6.
- FREUD, S. *Sebrané spisy XIII*. Praha : Psychoanalytické nakladatelství, 1999. ISBN 80-86123-09-X.
- GJURIČOVÁ, Š., KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. *Podoby násilí v rodině*. Praha : Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-416-3.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- HOSKOVEC, J., HOSKOVCOVÁ, S. *Malé dějiny české a středoevropské psychologie*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-311-0.
- HUČÍN, J. *Hovory o psychoterapii*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-525-3.
- HUNT, M. *Dějiny psychologie*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-386-2.

- JONESOVÁ, E. *Terapie rodinných systémů - vývoj v milánských systemických terapiích*. Hradec Králové : Konfrontace, 1996. ISBN 80-901773-6-0.
- KNOBLOCH, F., KNOBLOCHOVÁ, J. *Integrovaná psychoterapie*. Praha : Grada, 1993. ISBN 80-7169-027-9.
- KOCOUREK, J. *Horizonty psychoanalýzy*. Praha : Psychoanalytické nakladatelství, 1992.
- kolektiv. *Akademický slovník cizích slov*. Praha : Academia, 2001. ISBN 80-200-0982-5.
- kolektiv. *Psychoterapie IV - sborník přednášek*. Praha : Triton, 1995. ISBN 80-85875-15-2.
- kolektiv. *Psychoterapie III - sborník přednášek*. Praha : Triton, 1997. ISBN 80-85875-41-1.
- KRATOCHVÍL, S. *Psychoterapie*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1968.
- KRATOCHVÍL, S. *Psychoterapie*. Praha : Avicenum, 1970.
- KRATOCHVÍL, S. *Psychoterapie*. Praha : Avicenum, 1976.
- KRATOCHVÍL, S. *Manželská terapie*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-332-3.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-414-1.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-786-3.
- LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1.
- MANNONI, O. *Sigmund Freud*. Olomouc : Votobia, 1997. ISBN 80-7198-036-6.
- Mapář české psychoterapeutické krajiny*. Praha : Rys, 1999. ISBN 80-86220-03-6. (autor neuveden)
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J. *Kognitivně-behaviorální terapie*. Praha : Triton, 1999. ISBN 80-7254-038-6.
- PERLS, F. *Gestalt terapie doslova*. Olomouc : Votobia, 1996. ISBN 80-7198-115-X.

- PETRUSEK, M. *Teorie a metoda v moderní sociologii*. Praha : Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-799-0.
- POSTLER, E., POSTLEROVÁ, M. *Integrovaná gestalt terapie*. Boskovice : Sdružení podané ruce, 1999.
- PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J.: *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. Praha : Triton, 1998. ISBN 80-85875-46-2.
- PROCHASKA, J. O. NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy*. Praha : Grada, 1999. ISBN 80-7169-766-4.
- ROGERS, C. R. *Způsob bytí*, Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-233-5.
- SAYERSOVÁ, J. *Matky psychoanalýzy (H. Deutschová, K. Horneyová, A. Freudová, M. Kleinová)*. Praha : Triton, 1999. ISBN 80-7254-035-1.
- SCHMIDBAUER, W. *Psychologie – lexikon základních pojmů*. Praha : Naše vojsko, 1994. ISBN 80-206-0459-6.
- SKÁLA, J., MAŤOVÁ, A. *Zápisy z Apolináře*. Praha : Protialkoholní oddělení psychiatrické kliniky FN, 1989.
- SKÁLA, J. a spolupracovníci. *Psychoterapie v medicínské praxi*. Praha : Avicenum, 1989.
- SKÁLA, J. *Lékařův maraton*. Praha : Argo, 1997.
- ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VYMĚTAL, J. *Psychoterapie*. Praha : Horizont, 1987.
- VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha : Český spisovatel, 1996. ISBN 80-202-0605-1.
- VYMĚTAL, J., REZKOVÁ V. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-561-X.
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
- YALOM, I. D. *Chvála psychoterapie*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-761-2
- YALOM, I. D. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové : Konfrontace, 1999. ISBN 80-86088-05-7.



**Časopisy:**

HUČÍN, J. Přiznávám se k řádu (rozhovor s J. Skálou). *Psychologie dnes*. 2003, roč. 9, č. 3, str. 1-3.

KOVAŘÍKOVÁ, Z. Stále mě zajímá spousta věcí (rozhovor s E. Urbanem). *Psychoterapeutické sešity*. 2000, roč. 1, č. 1, str. 10-15

Daseinsanalýza přináší obrat v psychoterapii (rozhovor s J. Růžičkou a O. Čálkem). *Psychoterapeutické sešity*. 2001, roč. 2, č. 1, str. 24-28. (autor neuveden)

Podstata člověka se příliš nemění (rozhovor J. Rektorem). *Psychoterapeutické sešity*. 2001, roč. 2, č. 1, str. 17-21. (autor neuveden)

Psychoanalýza „krátkou cestu“ nenabízí (rozhovor s M. Šebkem). *Psychoterapeutické sešity*. 2001, roč. 2, č. 1, str. 3-6. (autor neuveden)

## 6. SEZNAM TABULEK

V textu nejsou u ukázek použitých z knihy Andrllová, Současné směry v psychoterapii, Triton, 2005 odkazy na jednotlivé strany, kde se text nachází. Proto jsou zde uvedeny zde souhrnně.

Tabulka 1 – PhDr. Jiří Růžička<sup>32</sup>

Tabulka 2 – Rozhovor J. Kocourková<sup>33</sup> a K. Balcar<sup>34</sup>

Tabulka 3 – Rozhovor P. Možný<sup>35</sup> a J. Skála<sup>36</sup>

Tabulka 4 – Rozhovor O. Kulísková<sup>37</sup> a J. Vymětal<sup>38</sup>

Tabulka 5 – Rozhovor J. Růžička<sup>39</sup> a S. Kratochvíl<sup>40</sup>

Tabulka 6 – Rozhovor B. Čepická<sup>41</sup>

Tabulka 7 – Rozhovor O. Kulísková<sup>42</sup> a I. Kořátková<sup>43</sup>

Tabulka 8 – M. Andrllová v rozhovoru s J. Rektorem

Tabulka 9 – Rozhovor H. Fišerová<sup>44</sup> a K. Balcar<sup>45</sup>

Tabulka 10 – Rozhovor J. Skála<sup>46</sup> a H. Fišerová<sup>47</sup>

Tabulka 11 – PhDr. Jiří Růžička<sup>48</sup>

Tabulka 12 – PhDr. Blanka Čepická<sup>49</sup>

Tabulka 13 – Doc. Karel Balcar<sup>50</sup>

Tabulka 14 – Prof. Jan Vymětal<sup>51</sup>

---

<sup>32</sup> str. 124

<sup>33</sup> str. 27-28

<sup>34</sup> str. 204-205

<sup>35</sup> str. 161-162

<sup>36</sup> str. 43-44

<sup>37</sup> str. 54

<sup>38</sup> str. 105

<sup>39</sup> str. 122

<sup>40</sup> str. 184-185

<sup>41</sup> str. 173

<sup>42</sup> str. 48-50

<sup>43</sup> str. 79-81

<sup>44</sup> str. 136

<sup>45</sup> str. 198-200

<sup>46</sup> str. 40-41

<sup>47</sup> str. 136-137

<sup>48</sup> str. 117

<sup>49</sup> str. 169

<sup>50</sup> str. 193-194

<sup>51</sup> str. 106

- Tabulka 15 – Doc. Jaroslav Skála<sup>52</sup>  
Tabulka 16 – Prof. Stanislav Kratochvíl<sup>53</sup>  
Tabulka 17 – PhDr. Ilona Kořátková<sup>54</sup>  
Tabulka 18 – PhDr. Ilona Kořátková<sup>55</sup>  
Tabulka 19 – PhDr. Jiří Růžička<sup>56</sup>  
Tabulka 20 – Doc. Jana Kocourková<sup>57</sup>  
Tabulka 21 – PhDr. Ilona Kořátková<sup>58</sup>  
Tabulka 22 – PhDr. Ilona Kořátková<sup>59</sup>  
Tabulka 23 – Prof. Jan Vymětal<sup>60</sup>  
Tabulka 24 – PhDr. Blanka Čepická<sup>61</sup>  
Tabulka 25 – MUDr. Juraj Rektor  
Tabulka 26 – MUDr. Petr Možný<sup>62</sup>  
Tabulka 27 – Doc. Jaroslav Skála<sup>63</sup>  
Tabulka 28 – Doc. Jana Kocourková<sup>64</sup>  
Tabulka 29 – PhDr. Ludvík Běťák  
Tabulka 30 – PhDr. Ilona Kořátková<sup>65</sup>  
Tabulka 31 – Prof. Jan Vymětal<sup>66</sup>  
Tabulka 32 – PhDr. Jiří Růžička<sup>67</sup>  
Tabulka 33 – MUDr. Juraj Rektor  
Tabulka 34 – MUDr. Petr Možný<sup>68</sup>  
Tabulka 35 – Prof. Stanislav Kratochvíl<sup>69</sup>  
Tabulka 36 – Doc. Marcela Bendová

---

<sup>52</sup> str. 38-39

<sup>53</sup> str. 188

<sup>54</sup> str. 81

<sup>55</sup> str. 91

<sup>56</sup> str. 128

<sup>57</sup> str. 27

<sup>58</sup> str. 92

<sup>59</sup> str. 93

<sup>60</sup> str. 110

<sup>61</sup> str. 174

<sup>62</sup> str. 156-157

<sup>63</sup> str. 35

<sup>64</sup> str. 27

<sup>65</sup> str. 94

<sup>66</sup> str. 109

<sup>67</sup> str. 129

<sup>68</sup> str. 161

<sup>69</sup> str. 186

Tabulka 37 – Doc. Karel Balcar<sup>70</sup>

Tabulka 38 – Prof. Stanislav Kratochvíl<sup>71</sup>

Tabulka 39 – MUDr. Petr Možný<sup>72</sup>

Tabulka 40 – PhDr. Ludvík Běťák

Tabulka 41 – Doc. Jaroslav Skála<sup>73</sup>

Tabulka 42 – Doc. Marcela Bendová

Tabulka 43 – Prof. Jan Vymětal<sup>74</sup>

Tabulka 44 – Doc. Karel Balcar<sup>75</sup>

Tabulka 45 – Prof. Jan Vymětal<sup>76</sup>

Tabulka 46 – Doc. Karel Balcar<sup>77</sup>

---

<sup>70</sup> str. 207

<sup>71</sup> str. 187

<sup>72</sup> str. 159-161

<sup>73</sup> str. 47

<sup>74</sup> str. 112

<sup>75</sup> str. 204-205

<sup>76</sup> str. 111-112

<sup>77</sup> str. 207

## 7. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I – Rozhovor s Doc. PhDr. MARCELOU BENDOVOU, PhD.

Příloha II – Rozhovor s Prim. MUDr. JURAJEM REKTOREM

Příloha III – Rozhovor s Doc. PhDr. LUDVÍKEM BĚŤÁKEM, PhD.

## 8. PŘÍLOHY

### PŘÍLOHA I

Rozhovor s Doc. PhDr. MARCELOU BENDOVOU, PhD. z května 2007

*Jak jste se dostala k psychologii?*

Na vysokou školu jsem se hlásila v době tvrdého socialismu a moje rodina byla „kádrově“ nepřijatelná. Otec, syn továrníka, matka šlechtického původu. Složila jsem sice přijímací zkoušky na lékařskou fakultu, ale z kádrových důvodů jsem musela studium na LF ukončit hned v počátku – s tím, že mně bylo nabídnuto studium na pedagogické fakultě ve Zlíně. Tam jsem také nastoupila, nicméně po prvním semestru jsem zjistila, že mě toto studium vnitřně neuspokojuje. Odvolávala jsem se proto dál, dokonce až na prezidenta republiky (prezident Novotný) a po tomto odvolání mně bylo nabídnuto studium psychologie na FF UJEP v Olomouci, pokud složím diferenciační zkoušky za 1. semestr. Tak se stalo, takže jsem do druhého semestru nastoupila na studium psychologie FF UJEP.

Studium jsem dokončila s vyznamenáním a měla jsem velké štěstí, protože jsem se poznala ve 4. ročníku s prof. Kratochvílem, který vedl mou diplomovou práci. Tehdy nás bylo v ročníku jen deset, s profesory jsme měli úžasný vztah, takže jsem nakonec nastoupila ještě před promocí na místo klinického psychologa na psychiatrickou kliniku po prof. Kratochvílovi, který odcházel do Kroměříže. Setkání s prof. Kratochvílem bylo pro mne v té době nesmírně inspirující a je obohacující dodnes.

*Jak se odvíjela vaše profesní cesta?*

I když jsem úspěšně ukončila studium psychologie, stále jsem cítila v pozadí touhu a zájem o klinickou – medicínskou práci. Po tříletém pobytu na psychiatrické klinice jsem se přihlásila na konkurs na místo klinického psychologa na gynekologicko-porodnickou kliniku a v roce 1968 jsem na toto místo nastoupila. Zde pracuji doposud.

*V rozhovoru který jsem vedla s doktorkou Kořátkovou – na vás vzpomíná...*

Ano, poznala jsem ji jako začínající klinickou psycholožku v oboru gynekologie a porodnictví, pracovala, myslím, na gynekologickém oddělení v Ostravě. Tehdy nás bylo na gynekologii málo a ona byla jedna z nich, myslím, že velmi šikovná, schopná a pro obor velmi zapálená.

Na toto období ráda vzpomínám; vytvořila se skupina psychologů a gynekologů zajímajících se o problematiku psychosomatiky v gynekologii a porodnictví. Díky prim. MUDr. Šráčkovi, někdejšímu řediteli Porodnice v Brně na Obilném trhu, později primáře gynekologicko–porodnického oddělení v Ostravě, se vytvořila skupina odborníků (gynekologové, psychologové i sexuologové), kteří vytvořili psychosomatickou sekci při Gynekologicko – porodnické společnosti České lékařské společnosti.

*Co vaše práce zde, na Gynekologicko-porodnické klinice FN Brno, obnáší? Vnímám to jako široké pole působnosti...*

To je pravda. Zpočátku, když jsem zde nastoupila (po psychiatřičce a sexuoložce prim. MUDr. Bártové, která se vracela na psychiatrickou kliniku), gynekologové vlastně nevěděli, co přesně ode mne mohou očekávat a co po mně mohou chtít a jaký vlastně bude můj přínos do léčebně preventivní péče v gynekologii a porodnictví. Měla jsem pár let praxe, ale nebylo to vůbec lehké. Proto jsem si natočila rozhovory se všemi lékaři (tehdy byly dvě kliniky – I. a II. gynekologicko-porodnická klinika LF, obě kliniky měly tehdy cca 250 lůžek), kterým jsem dala jednu otázku: 'Co očekáváte od klinického psychologa na gynekologicko-porodnickém oddělení?' Se sebranými materiály jsme pak uspořádali seminář a já nabídla, čím mohu do péče o pacienty jako psycholog přispět. To byly vlastně počátky mé práce, ale také vlastně integrace psychosomatického myšlení do biologické medicíny. A nebylo to vždy jednoduché. Velkou oporou mně byl tehdy ředitel porodnice prim. MUDr. Jiří Šráček, kterému bylo psychosomatické myšlení velmi blízké, a jako ředitel porodnice mně tehdy velmi podporoval, umožňoval mně nejrůznější stáže, školení i účast na tuzemských i mezinárodních konferencích. Postoj k psychologické práci v oboru gynekologie a porodnictví byl tehdy velmi závislý především na subjektivním postoji k psychologii jako takové. Dále i na tom, zda se přednosta či lékař již někdy osobně s prací psychologa v medicíně setkal, či nikoliv, a jaké to setkání bylo.

V letech 1979–1983 jsem mimo svoji základní práci pracovala jako psycholog vrcholových sportovců, konkrétně veslařů. Byla to nádherná a zajímavá práce, s ženským družstvem české reprezentace ve veslování jsem trávila veškerý volný čas. Připravovala jsem veslařky na vrcholové závody, jednak individuálně či skupinově, používala jsem ale i relaxační a aktivační tréninky i hypnózu. S veslařkami jsem cestovala na nejrůznější závody, poslední bylo mistrovství světa v Holandsku. Ráda na to vzpomínám.

V roce 1968 jsem byla ustanovena soudním znalcem z oboru klinické psychologie a sexuální psychologie. Získala jsem i sexuologický atest, tehdy pro psychology zcela výjimečný. Soudním znalcem jsem doposud.

*Jak úplně konkrétně vypadá vaše práce teď? Chodí k vám pacientky....*

Od počátku mého působení na gynekologicko-porodnických klinikách jsem byla orientována na diferenciální diagnostiku psychosomatických poruch v gynekologii a porodnictví a na práci psychoterapeutickou, tedy posouzení podílu tzv. psychogenní složky na vzniku onemocnění a na možnosti jejich léčby psychoterapií. Od začátku jsem se snažila zařadit psychoterapeutickou péči (včetně hypnózy a relaxačních cvičení). A to těch gynekologických pacientek, těhotných i rodiček, kde jsem byla přesvědčena, že se psychogenní složka na vzniku poruchy podílí, nebo tam, kde léčba farmakologická nebyla účinná nebo žádoucí (u těhotných). Například u těhotenského zvracení, symptomů ohroženého těhotenství, nejrůznějších bolestivých stavů, ale také při léčbě sterility nebo funkčních sexuálních poruch u žen, bolestivých stavů nebo bolestí při pohlavní styku apod. Není ale výjimkou, že jsou ke mně posíláni i pacienti z jiných oborů medicíny, například gastroenterologie, transplantačního centra, ortopedie atd.

Později, jak se i u nás rozvíjela oblast tzv. psychoonkologie, tedy oblast nádorových onemocnění, jsem se začala věnovat i těmto pacientkám. Zařazení psychoterapeutické péče do komplexní onkologické péče může pomoci nejen k psychickému vyrovnávání se s nemocí, ale i zmírňování bolesti a celkového utrpení při chemoterapii nebo důsledcích agresivní léčby. Velmi důležitá je také práce s rodinou onkologicky nemocných, vedení ke správné komunikaci s nemocnými a jejich rodinnými příslušníky, přáteli i okolím.

Pravda je ale také to, že psycholog může pomoci nemocným i tam, kde se nejedná psychosomatickou poruchu, například u léčby bolestivých stavů. Dnes už je situace jiná, do povědomí lékařské i laické veřejnosti se biopsychosociální přístup ve zdraví i nemoci



vžil, lidé i lékaři si na práci klinických psychologů zvykají, lépe ji přijímají, i když stále mají, především pacienti, strach z nelichotivého označení, třeba jako „cvoci“.

Vždycky jsem uvažovala o tom, co je podmínkou toho, aby psycholog při práci v somatických oborech uspěl, jestli je k dobré integraci odborníka na psychiku do somatické medicíny zapotřebí být především vynikajícím odborníkem nebo zdali je nutné zvládnout spolupráci s biologicky orientovanými odborníky (lékaři) spíše přes osobnost toho kterého psychologa. Dnes si myslím, že je nutné obojí. Má zkušenost ukázala, že řada oborů dnes nemá svého psychologa proto, že se někdy představitel psychologů nedokázal s lékaři sžít, ale hlavně se s nimi lidsky i odborně domluvit. Že dělal řadu chyb, protože do somatické medicíny vstoupil mnohdy na tuto spolupráci nepřipraven. Proto je podle mého názoru nutné, aby každý, kdo vstupuje na půdu této spolupráce, měl nejen přiměřenou praxi a odborné znalosti, ale i případně osobní sebezkušenostní výcvik, který mu pomůže lépe zvládat vlastní emoce i emoce těch druhých.

Dnes ale mohu konstatovat, že i přes případné těžkosti je práce v somatických oborech úžasná a naplňující a stojí za to; je ale prospěšná především pro pacienty.

*Mohly bychom se ještě zastavit u vaší práce s onkologickými pacientkami...?*

Onkologicky nemocným se věnuji cca od roku 1985, kdy mě má osobní životní situace posunula o něco dál, a taky náhoda. Od té doby je to pro mne neodmyslitelná oblast mé práce, těžká, ale naplňující.

Byla jsem hlavní řešitelkou několika výzkumných grantových úkolů, ve kterých jsme chtěli prokázat vliv psychoterapie na průběh i vyústění nádorových onemocnění (zhoubný nádor vaječníků). Výzkumný úkol trval čtyři roky a prokázali jsme řadu významných faktů i to, že psychoterapie u onkologicky nemocných má jiná pravidla než-li u třeba nemocných neurózou. Prokázali jsme mimo jiné také to, že psychický stav onkologicky nemocných, kteří byli v péči psychoterapeutické, se po propuštění domů výrazně zhoršil, což jsme vysvětlili tím, že pacienti tak reagují na přerušení psychoterapeutického kontaktu, a tak vlastně na ztrátu významného vztahu.

Proto jsme zavedli v Evropě zcela ojedinělou službu, která pomáhá překlenout toto období, a to telefonické psychoterapeutické konference. Telefonní ústřednu jsme dostali sponzorským darem od firmy TTC Marconi. Tato ústředna umožňovala spojení s celkem 40 pacienty současně, kteří mohli diskutovat nejen mezi sebou, ale též s psychoterapeutem. Je v Evropě dodnes jediná.

*K jakému psychoterapeutickému směru se kloníte?*

Jsem odchovanec dynamické psychoterapie. Sebezkušenostní výcvik jsem absolvovala celkem cca osm let ve skupině, jejíž počátky byly ještě u Knoblochových, potom skupinu převzala paní dr. Hana Junová a MUDr. Mrázek. Myslím, že zisk z tohoto výcviku nemají jenom pacienti.

Musím ale říct, že ve své klinické praxi jsem otevřena nejrozličnějším psychoterapeutickým technikám a dá se říci, že podle dominujícího problému či příznaku volím tu či onu psychoterapeutickou metodu. Takže podle prof. Kratochvíla by se dalo říct, že se hlásím i k eklektickému, systemickému přístupu.

*Prošla jste i dalšími psychoterapeutickými výcviky?*

Výcviků mám opravdu hodně – v dynamické psychoterapii osm let, výcvik pro práci s onkologicky nemocnými – jeden rok, absolvovala jsem všechny stupně výcviku v relaxačních metodách a hypnóze u prof. Kratochvíla, absolvovala jsem semináře psychoanalytické psychoterapie (doc. Šebek) – odjela jsem v průběhu do zahraničí a výcvik jsem nedokončila. Také mám výcvik v komunikačních dovednostech a asertivitě.

*Jste zakladatelkou a první přednostkou samostatného Ústavu psychologie Lékařské fakulty MU v Brně.*

Ano, lékařská fakulta MU v Brně zřídila v roce 2005 samostatný Ústav psychologie LF MU, který zajišťuje veškerou výuku psychologie, psychosomatiky, psychoterapie a komunikace na lékařské fakultě MU v Brně.

V roce 2004 jsem byla vyzvána prof. Žaloudíkem, děkanem LF MU, abych vytvořila koncepci výuky lékařské psychologie na lékařské fakultě, a to společně s prof. Kukletou a MUDr. Kulískovou. Dnes má náš Ústav psychologie LF MU jedenáct asistentů a sekretářku, ústav byl vybudován v areálu Fakultní nemocnice Brno, máme celkem tři posluchárny i seminární, výukové místnosti i místnosti pro sebezkušenostní výcvik. Ústav zajišťuje výuku psychologie a komunikace na všech úrovních fakulty, a sice u bakalářů, magistrů a mediků i zahraničních studentů. Díky pochopení vedení lékařské fakulty se podařilo integrovat do pregraduální výuky problematiku psychologie

a psychosomatiky a zajistit budoucím lékařům základy výcviku praktických komunikačních dovedností.

Musím konstatovat, že Ústav si vede velmi dobře a výuka je studenty velmi dobře hodnocena.

*Je něco, co by mělo zaznít na závěr?*

Nevím, co bych řekla, neznám žádné moudro, snad jen to, že za více jak čtyřicet let své práce v somatické medicíně, tedy mezi somatickými lékaři i pacienty, práce, které si nesmírně vážím a která mne dozajista velmi osobně i profesionálně obohatila, se domnívám, že každý klinický psycholog vstupující na půdu somatické medicíny by měl znát v první řadě problematiku oboru, ve kterém bude pracovat, i oboru vlastního. Což pak v syntéze umožňuje narušení dosud přetrvávající úvahy „vše, nebo nic“, tj. buď se jedná o somatickou chorobu, nebo je to případ pro psychiatra či psychologa. Ve vztahu ke spolupracovníkům je výhodné zaujímat kolegiální a velmi tolerantní postoj a vyvarovat se chyb menšinových postojů, poznamenaných většinou podezřívavostí, paranoiditou, komplexy méněcennosti a sníženou sebedůvěrou a vyhnout se resentimentu „osamělého vlka“, kterému nikdo nerozumí a kterého nikdo nechápe, jakým přínosem pro kliniku či oddělení vlastně je. Soudím, že je třeba se naučit akceptovat i skepsi čistě somaticky orientovaných odborníků a nesnažit se ji překonat horlivostí a upachtěnou snahou, která vede jen k oboustrannému zklamání. Je dobré ukázat, že psycholog může být v somatické medicíně prospěšný i tam, kde například bolest je čistě somatického (biologického) původu. A že může nabídnout třeba klíč k řešení v některých svízelných situacích, a to jak pro nemocné, tak pro spolupracovníky.

Na druhé straně je ale také třeba vědět, že ani pacienti somatických oddělení nejsou dodnes u nás na spolupráci s psychologem či psychiatrem dostatečně připraveni a ani ji většinou sami nevyhledávají ze strachu před nežádoucím označením mezi spolupacienty, kolegy v práci i v rodině a nakonec i před samotnými lékaři. Není ani výjimkou, že se takovému vyšetření pacienti brání s tím, že nejsou žádní blázni ani hypochondři. Očekává se většinou, že psycholog či psychiatr bude mít zvýšenou míru empatie a že bude umět profesionálně zacházet s iracionalitou a že se přepokládá, že psycholog či psychiatr má přehled přes problémy, o nichž lékař nemůže diskutovat se svým pacientem, protože je má třeba také nebo neví, jak s nimi nakládat.

## PŘÍLOHA II

Rozhovor s prim. MUDr. JURAJEM REKTOREM z března 2007

*Jak jste se vůbec dostal k psychiatrii a k psychoterapii?*

Můj otec byl psychiatr a ředitel léčebny v Brně, měli jsme tam tedy i byt, takže se dá říct, že jsem vlastně vyrůstal v psychiatrické léčebně. Otec byl ještě z takové té starší školy, byl neurolog i psychiatr. A my jsme si to s bratrem rozdělili, bratr je neurolog a já jsem psychiatr. Jdeme tedy v otcových šlépějích, byl náš identifikační vzor. Otec byl zaměřený dost farmakologicky, ale také hodně na sociální psychiatrii. Měl jsem od něho vklad, že je třeba se zajímat o pacienta celého. A potom, když jsem přišel do léčebny v Kroměříži, měl jsem to štěstí, že jsem se tam setkal se skupinou psychiatrů a psychologů, které zajímala psychoterapie. Byli to především kolegové PhDr. Zzulka a primář Ryšánek, kteří mě ovlivnili, a pak tam byla samozřejmě významná postava prof. Kratochvíla. Ti všichni byli velmi nakloněni psychoterapii a hodně se o ní zajímali. Krátce po nástupu v Kroměříži jsem se přihlásil do psychoterapeutického výcviku v dynamické psychoterapii SUR, konkrétně do „rubešovské“ větve.

*Takže to je vaše cesta k psychoterapii...*

Ano, tehdy jsem získal základ, a to mě nepustilo. Vždycky jsem se zajímal o celou psychiatrii. Zajímá mě komplexní psychiatrie, farmakoterapie a hodně i sociální psychiatrie. Ale psychoterapie je pro mě velmi významnou součástí nejenom odborné praxe, ale života vůbec.

*Zmiňoval jste, že jste prošel výcviky – tedy jednak SUR, ale i psychoanalýzou?*

Vlastně úplně první výcvik byla hypnóza u prof. Kratochvíla, to bylo v Kroměříži běžné. Pak SUR, a tam mi ke konci výcviku vedoucí komunity Petr Příhoda řekl, že by mi sedla psychoanalýza, jestli se nechci o ni zajímat. Bylo to dost náročné, v té době vlastně nikdo z mimopražských na analýzu nedojížděl. Podařilo se mi to tak, že jsem si v Praze zařídil „krytí“, získal jsem v Praze externí aspiranturu a mohl jsem tam pravidelně jezdit na

konzultace, ve skutečnosti hlavně na psychoanalytický výcvik. Tak jsem absolvoval individuální analýzu i psychoanalytický institut. Nicméně, nestal jsem se psychoanalytikem, to je třeba zdůraznit. Výcvik jsem nedokončil v tom, že jsem nesplnil požadované množství supervize a nesložil kolokvium. Čili nejsem a nebyl jsem nikdy praktikujícím psychoanalytikem, ale prošel jsem psychoanalytickým výcvikem, jsem stále ještě „kandidátem“ psychoanalýzy.

*Není to velký posun od psychoanalýzy ke gestalt terapii?*

No, já to jako velký rozdíl v mnoha věcech nevnímám. Koneckonců gestalt terapie stojí na psychoanalytických základech, určitě z nich hodně čerpala. Myslím si, že už také překonala období jakéhosi negování, které bývá v začátcích nových směrů. Samozřejmě že je v mnohém jiná než psychoanalýza, ale v mnohém jsou oba směry spřízněny.

*Jak konkrétně probíhalo Vaše setkání s gestalt terapií?*

Dostal jsem informaci, že PhDr. Polák organizuje workshop, kam přijeli lektoři z losangeleského gestalt institutu. Bylo to na Slovensku na jaře roku 1991. Ukázkou gestalt terapie jsem už předtím viděl v pojetí Karla Balcara a velmi se mi to líbilo. Už tenkrát jsem o nějakém vzdělání v gestalt terapii uvažoval. Workshop mě pak přímo nadchl, a navíc losangeleští lektoři čtyřem z nás nabídli možnost zúčastnit se i mezinárodního letního výcviku, který organizují každý rok v Evropě. Poskytli nám velmi velkorysé stipendium. Hned létě téhož roku jsme čtyři cestovali do Yenne ve Francii, kde jsme tento výcvik absolvovali a opakovaně se tam vraceli. A ještě v témže roce začal výcvik „československý“, vedený britskými lektory, o kterém se ve Vaší knize zmiňuje Dr. Fišerová.

*Skončil jste tedy s psychoanalýzou a začal dráhu gestalt terapeuta?*

Vlastně pořád jsem ještě byl v psychoanalytickém výcviku, ale už jsem zároveň velmi vážně koketoval s gestalt terapií. Nebylo to pro mě úplně v kontradikci, byly to věci, které se doplňovaly. Musím říct, že jsem měl úžasnou individuální psychoanalytičku – Dr. Vackovou, která to tolerovala spíše, než negovala. Podporovala tuhle zkušenost jako možnost dalšího růstu. Takže přechod od analýzy ke gestaltu byl postupný, dlouho jsem

také věřil, že je možné tyto přístupy kombinovat. Teprve později jsem pochopil, že to nejde, a musel jsem se rozhodnout.

*Takže jste se rozhodl pro gestalt a pokračoval v něm?*

Ano, přestože si analýzy nadále velmi vážím, srdce i rozum mě vedly tímto směrem. Nejdříve jsem v roce 1998 ukončil „britský“ výcvik, a pak v roce 2001 i ten losangeleský. Na jejich letní výcviky jezdím nepřetržitě od roku 1991. V něm jsem se postupně stal asistentem trenérů a teď i mezinárodním trenérem.

*Já myslím, že je být na co pyšný.*

To určitě jsem, to se přiznám. Je to pro mě čest být součástí týmu tak významného institutu, jakým GATLA (Gestalt Associates Training Los Angeles) bezesporu je.

*Proč jste se vůbec přestěhoval do Přerova? Já si myslím, že všichni takoví ti činní lidé směřují hlavně do Prahy.*

Jednak jsem si přál odejít z Brna, protože tam otec býval ředitelem léčebny a v té době stále byl krajským psychiatrem. Nechtěl jsem být prostě jen „synem“. Také jsem nebyl v partaji, takže bych nebyl v Brně dostal bez protekce místo. Šel jsem do Kroměříže, a bylo to fajn. Jenomže v Kroměříži mi to už potom připadalo ustrnulé, stereotypní, a chtěl jsem jinam, do většího města a do ambulance. Ale i místo okresního psychiatra jsem v Přerově jako bezpartijní získal jenom proto, že sem nikdo jiný moc nechtěl.

V roce 1990, když jsem byl ve Spojených státech na delší stáži, přišla nabídka od ředitele Bašného, abych šel dělat primáře do Bohnic. Ale moje žena se postavila proti. Říkala, že už tak jsem málo doma a kdybychom žili v Praze, tak bych pořád chodil po odborných akcích. Myslím si, že měla pravdu. Jsem rád, že se postavila proti a že v Praze nežijeme. Jsem rád, kde jsem. Praha má svoje výhody, je krásná, ale já si myslím, že tady je dobře. Přerov je čím dál tím lepší. Když jsme se sem přistěhovali v roce 1986, tak to bylo ošklivé, špinavé, průmyslové město. Po revoluci, když se restituovalo a privatizovalo, začali lidé dělat fasády a z těch ohavných šedých budov se najednou vyklubaly pěkné secesní domy. V centru Přerova je nádherné renesanční náměstíčko, je to jako Telč v malém. A krásná jsou i zákoutí kolem Bečvy.

*Ještě jsem se chtěla vrátit k tomu jak jste absolvovali výcvik. Co vás pak vedlo k tomu založit výcvik i u nás?*

Tak jednak nás to nabilo, nadchlo nás to; často, když se někdo nadchne pro nějaký směr a věří mu, že je účinný, že je dobrý, tak má tendenci tu zkušenost předávat dál. Chce to svoje poznání šířit, učit další. A pak, oba instituty, které nás učily a cvičily, dělaly to v zájmu toho, aby se gestalt terapie k nám dostala a aby v České a Slovenské republice fungovala.

*Ta druhá gestalt skupina u nás vyšla ze stejných kořenů zároveň s vámi?*

To je jiný směr s jinou historií. Oni začali tuším v roce 1992, bylo to jenom o něco později než my. Pokračovali formou výcviku, který vedli lektoři z Belgie, Norska, Holandska. Byla to trošku jinak zaměřená forma výcviku. Jsou více zaměřeni na experimentování, my jsme byli školeni víc v dialogickém směru.

*Spolupracujete mezi sebou?*

Komunikujeme spolu. Snažíme se najít společnou platformu pro komunikaci s tím, že oba instituty fungují zcela paralelně. Výcviky mají mezi sebou stále značné odlišnosti. Máme ale zájem na tom, aby tady vznikla národní střešní organizace pro gestalt terapii, která by nové gestalt terapeuty akreditovala. Na tom teď spolupracujeme.

*Tím, že jste zaangażovaný i do mezinárodní organizace, ovlivňuje to nějak váš pohled na terapii v Čechách?*

Velmi mě obohacují letní výcviky pořádané GATLA. Setkává se tam necelá stovka lidí z celého světa. Vždycky mě to fascinuje, když se vypočítává, kolik zemí, kolik národností. Jsou tam lidé od Latinské přes Severní Ameriku, samozřejmě mnoho lidí z Evropy, z Asie, z Austrálie. Jen z Afriky jsem tam asi nikoho nepotkal. Je to velice obohacující, je tam spousta pohledů, spousta kultur. Setkávám se s lidmi, kteří mají různé pohledy, různé přístupy, pocházejí z různých škol. To je velice významné.

### *V čem konkrétně spočívá dialogická gestalt terapie?*

Dialogická forma gestalt terapie v podstatě vychází z toho, že v terapii je nosný vztah, nikoliv jen techniky či experimenty. V tom je například blízkost s psychoanalýzou. I tam je vztah velmi významný a umožňuje vhlédnutí skrze analýzu přenosu. Oproti analýze se ale nesnažíme být neutrální, být projekčním plátnem, nýbrž se snažíme vstupovat do autentického dialogu. V něm se ale zároveň projeví „distorze klientova kontaktu“, tedy toho, jak je vztah klienta k druhým nespontánní, blokový, překroucený. To souvisí s učením, především raným učením. I to vzniklo ve vztazích, bylo jimi více než podstatně ovlivněno. A toto staré učení se stalo jakýmsi automatickým pilotem, které se přenáší do přítomných vztahů včetně toho terapeutického. V něm ale můžeme vést pacienta k tomu, aby si uvědomoval. Aby si uvědomil rozdíl mezi reálnou přítomností a starými vzorci, které do přítomnosti přenáší. Čili vztah jako prostor pro uvědomění na prvním místě, a pak také prostor pro nové učení, nové možnosti, pro projevení skutečných potřeb, spontaneity. Dialog je prostor, kde si člověk uvědomuje, jak stále opakuje to staré, zažité, a zároveň je to prostor pro nové učení, kde se může učit dělat ty věci jinak, kde to může zkoušet. A dialogický terapeutický vztah je proto bezpečným místem.

### *Jak důležité jsou v gestalt terapii emoce?*

Z mého pohledu emoce nejsou významnější než kterýkoliv jiný aspekt prožívání. V počátcích gestalt terapie se možná na emoce kladl větší důraz, šlo o to uvědomit si je, projevit, plně prožívat, být spontánní, „svůj“. Emoce jsou ale stejně tak důležité jako kognice, jako to, jak člověk vnímá svět, jak se chová. Problém je v tom, že se odmala učíme emoční projevy potlačovat, skrývat, usměrňovat, zaměňovat nebo někdy naopak skrze emoční projevy manipulovat okolí. Místo uvědomění a projevení toho, co prožíváme a co potřebujeme, používáme spoustu racionalizací, úhybných manévřů, zadržování. V gestalt terapii chceme, aby si člověk plně uvědomil, co cítí a co potřebuje, a eventuálně aby to zkusil projevit. Nejde ale o abreakci, jak mnozí mylně předpokládají, cílem je především uvědomění. A k uvědomění emoce nestačí, ty jsou jednou z jeho součástí. Uvědomění je komplexní kategorie, je stejně tak emoční, jako kognitivní. Pro gestalt psychoterapii je charakteristické, že se oproti některým jiným směrům nevěnuje jen části prožívání, ale všem jeho aspektům – tedy včetně emocí.



*Hodně mluvíte o raném učení, je pro vás tak významné?*

Ano, tím se teď dost zabývám. Pracuji na konceptu, kterému říkám procedurální gestalt psychoterapie nebo procedurální a dialogická gestalt psychoterapie. Je to něco, co se chystám publikovat, takže doufám, že budu rychlejší než vy. V podstatě vycházím z toho, že rané učení má čtyři základní charakteristiky. Za prvé, že souvisí s potřebami. Princip fungování člověka je uspokojování jeho potřeb. Je to vlastně zachování života a růstu, zachování jedince a druhu, to jsou základní biologické radikály, a ty máme stejné se všemi zvířaty. Potřeby jsou ale rozmanité a v průběhu života se rozvíjejí. K základním patří potřeba bezpečí a vztahu, jejich uspokojení či neuspokojení formují další růst.

Druhou charakteristikou raného učení je to, že probíhá ve vztahu, že vztahy jsou nesmírně významné. Vztahy zajišťují uspokojování potřeb a růst, tj. psychický rozvoj člověka. Na tom stojí teorie attachmentu, „vztahové vazby“, která dává směr modernímu psychoanalytickému myšlení. Mimochodem, škoda že píšete jen o české psychoterapii, jinak by bylo dobré, kdybyste mohla mít rozhovor i s primářem Haštem z Trenčína, který se attachmentem zabývá.

Třetí charakteristikou je to, že rané učení je komplexní. Dítě vnímá všemi smysly, tzn. co vidí, co slyší, co cítí, jestli jsou lidi k němu vřelí, jak reagují na jeho potřeby, na jeho projevy. Emočně hodnotí, zda jsou jeho potřeby uspokojeny, či nikoliv. Dítě svým prožitkům z kontaktu se světem začíná dávat smysl, začíná se tvořit význam těchto věcí, rozvíjí se tedy i kognitivní aspekt učení. A samozřejmě i vlastní reakce dítěte je součástí prožitku – aspekt behaviorální. Významná je tedy komplexnost raného učení.

Čtvrtá charakteristika spočívá v tom, že rané učení je především „procedurální“. Dítě má zážitky a učí se chápat jejich význam, nějak si je vysvětluje. To patří do tzv. epizodické a sémantické paměti. V raném dětství se ale dítě především učí, jak se co dělá. Významné prožitky si zapamatovává jako celky zahrnující jeho prožívání i reakci okolí. Vytváří se zkušenost v podobě jakýchsi schémat. Nejsou to ale schémata fixní kognitivní, jsou to zapamatované procesy. Já jim říkám procedury. Procedurální paměť je známý termín, ale slovo „procedura“ se v tomto významu dosud nepoužívá. Dítě se učí, jak spolu souvisejí dané skutečnosti. A učí se reagovat v určitých situacích určitým způsobem. To se ukládá ve formě procedurální paměti. Problém je v tom, že člověk roste a že to, co bylo v určité době kreativní a adekvátní, už nemusí být kreativní později. Ale procedury přetrvávají a formují naše bytí v přítomnosti. Člověk tak reaguje zaběhlým způsobem i v situaci, která by takové chování nevyžadovala. Například součástí procedury je

nevyjadřovat emoce, nebo je nějakým způsobem schovávat, potlačovat, být racionální. přestože je situace tady a teď jiná, člověk to neumí rozlišit a neumí reagovat jinak. Nemá svobodu volby, protože se to nějakým způsobem už naučil, a teď jede v zaběhaných kolejích. Naskočí procedura, v mozku se sepnou stejná centra, která se zapnula před třiceti lety. Přestože před chvílí jsme volně komunikovali, tak se v emočně citlivé situaci u něj najednou automaticky zapnou v mozku stejné spoje jako v době, kdy se učil své emoce skrýt, protože to tak bylo bezpečnější.

### *Jakým způsobem probíhá gestalt terapie?*

První krok je samozřejmě v tom, že navážeme vztah. V druhém kroku se člověk ... Pardon, to nejsou kroky jdoucí jeden za druhým, ony se ve skutečnosti všechny prolínají. Ale já je pro přehlednost oddělím. První krok je tedy navázání vztahu, důvěry, a v zápětí vedeme klienta k uvědomování si sebe sama. Lidé, většinou, až na výjimky, nejsou zvyklí uvědomovat si svoje prožitky a to, co se s nimi děje. V dalším kroku si všímá, jak věci dělá, jak zachází se sebou v kontaktu s prostředím. Nemusí to být jenom v terapii, ale v terapii je to nejmarkantnější, můžeme to zachytit právě ve chvíli, když se to děje tady a teď, a uvědomit si to. Můžu se v přítomnosti dívat na to, jak to dělám, že v momentě, kdy něco cítím, tak najednou přeskočím do myšlenek, místo abych podržel, procítil a eventuálně i vyjádřil ten pocit. Čili stopujeme to, co se děje v přítomnosti a hledáme ten moment, kdy se to změnilo. Tento moment je důležitý, protože v něm se zastavila spontánní energie a začala fungovat stará zkušenost – stará procedura. A když si člověk dostatečně a opakovaně uvědomí, jak se vyhýbá kontaktu, jak zastavuje svoji spontaneitu, jak opakovaně řeší věci tak, aby neuspokojil své potřeby, pak se můžeme přesunout ke zjištění, odkud to pochází, kde se to naučil.

Čili už máme několik podstatných kroků terapie. Náš pacient, či klient si uvědomuje své prožívání, uvědomuje si, jak věci dělá, jak modifikuje svůj kontakt se světem a kde se to naučil dělat, tedy že ten automatismus vlastně patří do jiného období, že pochází z jeho historie. Je nesmírně důležité, když pozná, že je to automatismus. To poznání je nesmírně osvobozující, protože mu umožňuje učit se dělat věci nově, jinak. Může si více uvědomit rozdíl mezi minulostí a přítomností a zkusit v přítomnosti dělat věci jinak. Může teď svobodně posoudit, co vlastně chce. Zpočátku to ovšem není snadné, automatismy přetrvávají, a některé jsou dokonce užitečné, ne všeho, co jsme se naučili, se chceme zbavit. Klient s tím experimentuje, zjišťuje, co jsou jeho potřeby a jak s nimi chce

naložit. Důležité je to „chce“, v tom je svoboda. To byl asi až trošku moc velký exkurz do teorie, ale v podstatě to je to, co mě teď nejvíc zajímá.

*Já mám takovou představu o terapii, že by to tak mělo probíhat všude.*

Myslím, že to taky tak je. Psychoterapeutické směry zůstávají odlišné, mají svoji jedinečnost a jinakost, která je fajn, ale mají také společnou bázi. Tou je člověk, jeho mozek, jeho psychika, která je stejná. Domnívám se, že se dnes hodně sblížíme na bázi neurověd. Neurovědní disciplíny nám na jedné straně ukazují, jak člověk funguje, jak pracuje jeho mozek, paměť apod. A na druhé straně také potvrzují, že mnohé psychoterapeutické poznatky jsou pravdivé, i když se k nim došlo empiricky či intuitivně. Neurovědy jsou úžasně přínosné v tom, že ukazují účinnost a efektivitu psychoterapie. Dnes i zarytí biologičtí psychiatři hovoří o účinnosti psychoterapie více méně na úrovni účinnosti psychofarmak. A přiznávají, že psychoterapie je významná. To ještě před pár lety nebylo.

*Jak jste se k vůbec k neurovědám dostal?*

Přivedl mě k nim americký psycholog Todd Burley, neuropsycholog a gestalt terapeut, jeden z vedení GATLA. Hodně s ním diskutuji, inspiruje mě, ukazuje mi směr.

*Ještě jsem se chtěla zeptat, jak všechno zvládáte? Máte tady praxi, vedete centrum, výcvik u nás i v zahraničí...*

No musím říct, že mám hodně náročný život v tomto směru. Vedu psychosociální centrum. Je to zařízení svého druhu výjimečné. Pracuje u nás devět psychiatrů, šest psychologů a šest sester. Máme i denní stacionář. Vedení zařízení je samo o sobě velmi náročné. Snažíme se dělat nejenom běžnou péči, ale specializovat se na různé psychiatrické podobory. Samozřejmě gestalt terapie je pro mne určitě významnou částí života. Pracuji s pacienty, učím, superviduji. A kromě toho jsem činný ve výboru Psychiatrické společnosti a Psychoterapeutické společnosti. Takže aktivit mám hodně a musím filtrovat a vybírat, a to mi někdy nejde.

*Čím se ve vašem centru hlavně zabýváte?*

Léčíme lidi s různými diagnózami, od dětí po staré. Naší snahou je směřovat péči o pacienta co nejlíže jeho přirozenému prostředí, pokud možno mimo zdi léčebny. Usilujeme o to, aby velká část péče probíhala ambulantně bez hospitalizace. To se týká hlavně lidí, kteří trpí psychotickými poruchami, kteří jinak často hospitalizováni bývají. Snažíme se taky o dostatečnou nabídku psychoterapie pro všechny kategorie pacientů. Chceme také, aby byla nabídka péče co nejpestřejší, aby se dala léčba „šít na míru“ toho kterého pacienta.

*Je ještě něco důležitého, co byste chtěl říct, a nemluvili jsme o tom?*

Snad to, že gestalt terapie je velice účinná metoda, která je v souladu s nejnovějšími neurovědními poznatky. Teď se nechci dostat do kontraverze s jinými směry, ale řekl bych, že skoro nejvíc odpovídá právě svou komplexností, tím, že se vždycky zajímala o celého člověka, tzn. o tělo, emoce, kognice, reakce, vztahy.

Gestalt terapie, a to jí chybí, by měla přinést systematictější pohled na svou práci. Byla vždycky víc o umění dialogu, umění vztahu. To by tam mělo zůstat, ale mělo by to dostat systematický rámec. Druhá chybějící věc je, a to je dluh velké části terapií, výzkum, který by jednak osvětlil probíhající procesy, jednak by přinesl důkazy efektivity.

*To znamená, že by si každá škola měla udělat vlastní výzkum efektivity?*

Ano, asi by to byla potřeba. Problém je v tom, že na výzkum farmak je vždy peněz dost. KBT je v tomto nejšikovnější, umí koncipovat jednoduché výzkumné cíle a získat na ně prostředky. Ostatní směry v tomhle dost zaostávají. Přitom to ale neznamená, že jsou méně efektivní než KBT, jenom pro to nemají „tvrdá data“. Naopak, empiricky víme, že je naše terapie efektivní. Výzkumy neurofyziologické, neurovědní, to za nás či pro nás také začínají dokazovat. Jde o to, abychom to dokázali i z vlastní praxe. A to je taková výzva do budoucnosti pro psychoterapii obecně, a samozřejmě i pro gestalt terapii.

## PŘÍLOHA III.

Rozhovor s Doc. PhDr. LUDVÍKEM BĚŤÁKEM, PhD. z června 2007

*Jak jste se dostal k psychologii a psychoterapii?*

Vyprávím vždy takovou příhodu. Začal jsem po gymnáziu studovat matematiku a fyziku, protože jsem se bláhově domníval, že když budu jednou učit tyto předměty, budu mít dost času na muziku. Dopadlo to tak, že jsem se na vysoké škole věnoval více muzice než fyzice. Po prvním semestru jsem usoudil, že raději skončím. Chtěl jsem jít na chvíli na Šumavu kácet dřevo. Nakonec mne otec přesvědčil k práci v zahradnictví a sadařství. Jednou jsem oral s koněm a ten mně dost šťastně kopl do hlavy. A od té doby se věnuji psychologii.

Úplnější pravda ale je, že jsem po odchodu z přírodovědy volil mezi hudební vědou, sociologií a psychologií, hledal jsem radu. Jeden pan profesor mi cestou do schodů na filozofické fakultě v Brně poskytl konzultaci. V prvním podlaží se mě zeptal, jestli chci mít rodinu, řekl jsem, že jednou asi ano, a on odpověděl, že muziku by škrtl. V druhém patře zjišťoval, jestli mne baví statistika. Po zkušenostech ze studia matematiky jsem odpověděl, že ani tak moc ne, takže i sociologii jsme zamítli. Zajímal mě víc člověk, jedinec, a to, co se v něm děje. Takhle zjednodušeně by se dalo říct, že jsem se dostal k psychologii, která už tehdy skutečně sídlila v nejvyšším patře.

*Vystudoval jste tedy psychologii, a jaká byla vaše cesta dále?*

Ta cesta byla velice krkolomná. Promoval jsem na filozofické fakultě v Brně v roce 1971, tedy v době nejtvrďší normalizace. Hlubinná psychologie mě zajímala od počátku, mým „zasvěcujícím“ učitelem a prvním analytikem byl PhDr. Hugo Široký, CSc., který působil ve Šternberku. Byl v nemilosti komunistického režimu a musel přestat učit. Na poslední chvíli jsem musel změnit téma původní diplomové práce o snech, kterou mi vedl, a přijmout nové téma s jiným školitelem.

Po promoci mi „kádrový posudek“ z fakulty zabránil nastoupit na domluvené místo. Měl jsem učit na vysoké škole. Rád jsem se vrátil do chráněného prostředí psychiatrické léčebny, kde jsem již před tím působil a kde jsem nebyl nápadný. Takže na

mé definitivní volbě se nakonec podepsala i „nepřízeň osudu“. Jsem ale velice rád, že tomu tak bylo, a dnes jsem vlastně „docentovi“ – estébákovi, který posudek napsal, vděčný. Klinicko-psychologický přístup mě už pak provázel celou praxí v psychiatrické léčebně, v ambulancích pro děti a dospívající i dospělé, pro léčbu závislosti, pedagogicko-psychologickou i manželskou poradnou, až jsem zakotvil v privátní psychoterapeutické praxi. Velkou část svého úsilí jsem věnoval i výuce a vzdělávání v psychoterapii.

*Měla jsem dojem, že váš učitel Hugo Široký byl psychoanalytik...*

Hugo Široký byl nesmírně erudovaný a mnohostranný člověk, klinický psycholog, terapeut a pedagog. Vycházel samozřejmě i z psychoanalýzy, ale jeho vyústění bylo jungovské. Napsal mimo jiné skripta o Jungovi a když si přečtete jeho knihu *Meze a obzory psychoanalýzy*, bude vám jasné, že jungovskou psychologii považoval za vrchol hlubinné psychologie.

Také můj blízký přítel a spolužák Karel Škoda velice tíhl k analytické psychologii a řadu let jsme intenzivně spolupracovali. Sháněli jsem odbornou literaturu, studovali a báдали jsme. Oba tyto výjimeční lidé mne velice ovlivnili, oba bohužel předčasně zemřeli.

*Po „revoluci“ jste se pak snažil navázat kontakty se zahraničními instituty?*

Byla to doba plná naděje a otevírání možností. Pomáhali nám i kolegové, kteří byli v emigraci, řada z nich přijela přednášet a jsem rád, že jsem mohl být u toho, když se k nám začaly šířit nejen hlubinné směry, ale i třeba terapie orientovaná na tělo.

Ovšem dá se říci, že půda u nás byla už určitým způsobem připravená, například se samizdatově překládala řada věcí. Řadu let jsem už spolupracoval s PhDr. Karlem Plockem, který sám přeložil celou řadu věcí od Junga. Hned po roce 1989 jsme založili Collegium Jungianum Brunense.

Už za dřívějšího režimu jsem se s muzikou občas dostal do zahraničí a přivážel literaturu, získával kontakty. Opakovaně jsem se pak dostal do Lindau na Psychoterapiewochen, kde jsem měl možnost navázat další kontakty s jungiány, školit se v aktivní imaginaci atd.. Otevřela se mi možnost studijně pobývat na Jungově institutu v Curychu, pokračovat v cvičné analýze. Založení ČSAP (České společnosti pro analytickou psychologii a jungovskou psychoterapii) pak pomohla Verena Kastová,

tehdejší prezidentka IAAP, a je i její zásluhou, že jsem se stal jedním z prvních mezinárodně uznaných analytiků v bývalém východním bloku.

*Jak se vyvíjela situace s „junglány“ u nás?*

Psychoanalytická tradice u nás byla přece jen zakotvena. S jungovskou psychologií a psychoterapií to bylo složitější, ta se za předchozího režimu do povědomí lidí u nás dostávala jen prostřednictvím několika zasvěcenců či s individuálním studiem originálních prací – její základy do univerzitního vzdělávání psychologů pronikly až ke konci 60. let. Vedle zásadního přínosu osobnosti Huga Širokého je na místě vzpomenout některé jeho žáky, např. Karla Škodu (1933-1984), který ovšem vzdor své hluboké erudici pracoval spíše v ústraní a nemohl ovlivnit větší počet kolegů. V pražském prostředí se později o popularizaci Jungových myšlenek významně přičinili především Tomáš Halík a Rudolf Starý – každý svébytným způsobem –, jejich přínos přesahuje sféru psychoterapie, což je ostatně právě pro Junga typické. V Brně především Karel Plocek, který redigoval a sám připravil spoustu překladů Jungových děl a přispěl významně k tomu, aby se analytická psychologie docenila i mimo oblast vlastní psychoterapie. V současné době knih s jungovskou tematikou vychází hodně, vedle klasických děl i publikace, které komentují, vyhledávají slabá místa a různě je dávají do souvislostí.

Vzdělávání v jungovské psychoterapii se u nás věnuje Společnost pro analytickou psychologii a jungovskou psychoterapii, která působí jako tzv. „developing group“ IAAP (International Association for Analytical Psychology). Dnes máme přes sto členů, běží pátý běh akreditovaného výcviku. V současné době máme už čtyři analytiky, kteří jsou mezinárodně uznáni, jsou tedy individuálními členy IAAP. Mám radost, že se jungovská psychologie dostává i na univerzitní půdu a že kolegů, kteří se jí věnují, stále přibývá.

*Jste také představitel směru katatymně-imaginativní psychoterapie (KIP) a jeden ze zakladatelů České společnosti pro KIP. Můžete přiblížit působení tohoto směru u nás?*

Výcvik v katatymně-imaginativní psychoterapii se rozvíjel už těsně před revolucí, začínala s tím doktorka Skalková z brněnské psychiatrické kliniky. Výcvik v imaginativní psychoterapii mě zaujal mimo jiné proto, že velice úzce souvisí s jungovskou psychoterapeutickou orientací a imaginativní cestu považuji za velmi účinný nástroj terapie i sebepoznání, rozvíjení tvořivosti atd.

Dostal jsem možnost opakovaně stážovat v zahraničí, kde se imaginativní psychoterapie využívá mj. v psychosomatice. Posléze jsem spoluzakládal Společnost pro katatymně-imaginativní psychoterapii (ČSKIP) se sídlem v Brně a po řadu let jsem měl jako její předseda možnost čerpat z bohatých zahraničních kontaktů i literatury. Výčet jmen těch, kteří nám pomohli ze Švýcarska a Německa, by byl velmi dlouhý. Přestože dnes vyrostli i naši školitelé, stále k nám odtamtud jezdí vynikající psychoterapeuti, docenti a supervizoři, od nichž se učíme a jimiž se inspirujeme. Pořádáme střídavě se Slováky i velké mezinárodní semináře, letos (2007) proběhl v Praze i mezinárodní kongres imaginativní psychoterapie.

*Jak vy osobně nahlížíte na integraci v psychoterapii?*

Záleží na tom, o jakou úroveň integrace jde. Každý směr, který se chce někde etablovat a šířit své myšlenky, má zpočátku vždy starosti o svou identitu. Je tedy pochopitelné, že má potřebu vymezit se a zpočátku říká především: já nejsem toto, jsem tohle. Chápu, že v těchto obdobích představitelé daného směru nemají příliš smysl pro integraci. Ale jinak věřím, že tak jako všechno v psychoterapii, i integrace závisí na osobnostech, jejich kapacitě, energii. Jsou-li k tomu zralí lidé a konstelují se okolnosti, pak je obvykle čas i na integraci na úrovni institucionální. Sám se nemám potřebu nějak striktně vymezovat a nevyhýbám se přesahům a spolupráci, pokud mi to ovšem čas a síly dovolují.

Je zajímavé, že Jung se vždy vyhýbal jakýmkoliv kategorizacím a dlouho se bránil institucionalizaci. Přitom jeho psychologie, po mém soudu, obsahuje obrovský propojující potenciál, překlenuje dokonce i propast mezi tzv. vědou a tzv. náboženstvím, mj. svým zřetelem k realitě psychického a významu symbolického života. Jsou zde ovšem i jiné věci, které Junga činí některým lidem méně stravitelným, to by však byla dlouhá debata...

*Vidíte nějakou spojitost mezi jungiánskou terapií a „vírou“ takto orientovaných terapeutů?*

Nevím, co myslíte pod pojmem „víra“ terapeutů, ale snad se přiblížím tomu, co máte na mysli. Dlouho dobu se u nás vědecké chápalo jako protiklad náboženského. V minulém režimu se mluvilo o tzv. vědeckém poznání a z toho se automaticky vylučovalo to, co bylo „nematerialistické“. Při tom se ignorovala realita psýché. Mezi fenomény duševního života patří i ty, které jsou řekněme neopakovatelné. Které přesahují možnosti experimentálního, statistického, doložení, ale přesto nejsou vyloučeny z oblasti lidské zkušenosti a naopak



tvoří v určitém pohledu základ lidského přístupu ke skutečnosti. Jung se nevyhýbal transcendentním zkušenostem. Nemohl se jim vyhnout, protože jimi byl osobně zasažen. To není věc víry ve smyslu konfese, vyznání a příslušnosti k nějakému náboženskému směru či instituci, ale je to otázka religiózní zkušenosti a setkání s autonomní, a v tomto smyslu objektivní, realitou duše. Ta vertikála ovšem nesáhá jen „nahoru“, k tomu spirituálnímu, ale i „dolů“ – a v tomto smyslu zahrnuje třeba i pud –, jak to ostatně najdeme i v teorii archetypu. Ještě obecněji pojato – je to však otázka vztahování se k jinakosti.

*Co vás osobně nejvíce oslovuje ve vaší praxi z jungiánského přístupu?*

Jungovská psychologie nebo analýza není nějaká exkluzivní či esoterní věc vzdálená životu. Když si dobře pročtete věci, které Jung napsal, a i dnešní moderní jungovskou literaturu, je zřejmé, že zřetel ke společné realitě se nejen nezpochybňuje, ale je třeba s ním v praktické práci začít. Než se člověk v terapii dostane ke skutečnosti nevědomí, nemůže často obejít společnou realitu nás všech. Život od nás vyžaduje, abychom brali v úvahu obojí a vztahovali se jak navenek, tak dovnitř. Psychoterapie nic z toho nemůže ignorovat. I sebepojetí klienta souvisí s tím, jak chápe svět, čím trpí, v jakých žije vztazích a tak dále. To vše je předmětem a součástí analytické psychoterapeutické práce.

Na analytické psychoterapii je mi velmi sympatický zřetel k vývojovým, individuálním potřebám klienta, volba přístupu a metody se podřizuje těmto věcem. Tzv. jungovská terapie, resp. užitá analytická psychologie vůbec, není jednoduchý a kompaktní směr. Podobně jako v psychoanalýze, dnes existuje řada proudů. Když mluvíme o jungovské psychoterapii, měli bychom říct, o jakém Jungovi to vlastně mluvíme. Jestli o Jungovi z jeho začátků nebo o Jungovi, který se vymezoval vůči Freudovi, nebo o Jungovi po 2. světové válce, kdy jeho základní otázka při setkání s klientem byla, jak se dotýčný vztahuje k tomu, co nás přesahuje.

Co mě osobně nejvíce zajímá? Je toho víc, ale vyberu jedno: nepřestává mne udivovat bohatost toho, čemu Jung říká „symbolický život“. To je věc, která člověka může úžasným způsobem orientovat a může mu velice pomáhat v jeho sebepoznání i smysluplném propojování zdánlivě neslučitelného. Chápu, že mnozí lidé to vzhledem ke svému typovému založení a dosavadnímu vývoji nemohou naráz jednoduše přijmout jen jako nějakou vědomost. Jakékoliv působení, a zejména psychoterapeutické, je postaveno

na prožitku a autenticitě. Pokud některé informace jen rozumově připustíte, má to jiný dopad, než když určitou věc sama prožijete a zakusíte jako evidenci.

## 9. ABSTRAKT

ANDRLOVÁ, M. *Pohledy na současnou českou psychoterapii*. Brno 2005. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra psychologie a sociologie. Vedoucí práce Prof. S. Kratochvíl.

**Klíčové pojmy:** psychoterapie, integrace v psychoterapii, společné účinné faktory v psychoterapii, vzdělání a zkušenosti terapeuta, efektivita psychoterapie, významní představitelé (Doc. PhDr. Jana Kocourková, PhDr. Ludvík Běťák, Doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc., MUDr. Olga Kulísková, PhD., PhDr. Šárka Gjuričová, PhDr. Ilona Koťátková, Prof. PhDr. Jan Vymětal, PhDr. Jiří Růžička, PhD., MUDr. Helena Fišerová, MUDr. Petr Možný, Prim. MUDr. Juraj Rektor, Doc. PhDr. Marcela Bendová, PhD., PhDr. Blanka Čepická, Prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc., Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.)

Předkládaná práce si stanovuje za cíl zmapovat, jak terapeuti zastávající různé psychoterapeutické školy, směry a přístupy vnímají psychoterapii, jak se k této práci a životnímu směřování dostali, jak nahlízejí na vývoj a především současný stav psychoterapie v České republice, jaký je jejich pohled na integraci v psychoterapii a podobně. To vše v kontextu se směrem, ke kterému se hlásí.

Teoretická část blíže představuje dvanáct z mnoha psychoterapeutických směrů, které jsou v České republice zastoupeny a to z pohledu jejich vývoje a působení u nás.

V praktické části byly informace získány metodou interview, které bylo posléze převedeno do psané podoby a daným terapeutem autorizováno. Stěžejní částí celé práce je pohled na shodné a rozdílné postoje a názory zaznívající v rozhovorech s uvedenými psychoterapeuty. Interview byla zpracována způsobem rozdělením dle jejich informativní vypovídající hodnoty do tematických okruhů či celků. Těmi jsou tato čtyři témata – Potřebné vzdělání a zkušenosti, Společné účinné faktory a efektivita psychoterapie, Integrace v psychoterapii a Kritické pohledy na psychoterapii.

## ABSTRACT

### CONTEMPORARY CZECH PSYCHOTHERAPY: SEVERAL PERSPECTIVES

**Keywords:** psychotherapy, integration in the psychotherapy, common active factors in the psychotherapy, knowledge and experience of the therapist, effectiveness of the psychotherapy, important representatives (Doc. PhDr. Jana Kocourková, PhDr. Ludvík Běťák, Doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc., MUDr. Olga Kulísková, PhD., PhDr. Šárka Gjuričová, PhDr. Ilona Koťátková, Prof. PhDr. Jan Vymětal, PhDr. Jiří Růžička, PhD., MUDr. Helena Fišerová, MUDr. Petr Možný, Prim. MUDr. Juraj Rektor, Doc. PhDr. Marcela Bendová, PhD., PhDr. Blanka Čepická, Prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc., Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.)

The objectives of the submitted diploma work are to give an overview of the therapeutics' psychotherapy styles and their feelings about the psychotherapy in general. The work also shows the circumstances which directed them to be the therapeutics. In connection with that the work analyzes also the evolution and, above all, the present situation in the psychotherapy in the Czech Republic. Finally the work summarizes therapeutics' opinion about the integration in the psychotherapy according to the style they practicing.

Theoretical part of the diploma work introduces twelve psychotherapy styles which are commonly use in the Czech Republic. All styles are presented by short historical development and the practical application in our country.

Information for the practical part of the diploma work were obtained by interviewing the therapeutics, the interviews were recorded, consequently rewrote and authorized by the therapeutics. The main contribution of the diploma work is the comparison of the therapeutics' opinions, partly consistent but some time also very different, what is appeared in the interviews. The interviews it self were spitted to the four groups, according to the topics: Knowledge and experiences of the therapist, Common active factors and the efficiency in the psychotherapy, Integration in the psychotherapy and Critique of the psychotherapy.