

## **Dosažení shody v psychoterapii: Co nás drží zpátky?**

Autor: Goldfried, M. R.

Zdroj: Obtaining consensus in psychotherapy: What holds us back? *American Psychologist*, 74(4), 484–496.

Volný překlad článku: Lucie Petrová.

Ačkoli existuje obor psychoterapie již více než století, stále postrádá shodu názorů či vědecké jádro. Místo toho se vyznačuje velkým a rostoucím počtem různých myšlenkových škol. Kromě různých způsobů, jakými je psychoterapie pojímána, existuje také dlouhodobá mezera mezi psychotherapeutickým výzkumem a tím, jak je prováděna ve skutečné klinické praxi. Na konec, existuje také tendence klást velký důraz na to, co je nové, a často tak znovuobjevovat dřívější příspěvky k věci. Tento článek popisuje každou z překážek pro dosažení konsensu a nabízí několik návrhů pro to, co by se mohlo udělat pro jejich řešení.

Jednou jsem se bavil s lékařem, kde jsem si stěžoval na nesouvislou povahu oboru psychoterapie. Stěžoval jsem si, že existuje mnoho různých myšlenkových škol, z nichž každá má svůj vlastní teoretický pohled na proces změny terapie; že mezi výzkumem a praxí v terapii existuje velká mezera; a že místo toho, abychom stavěli na dřívějších znalostech, zdá se, že znovuobjevujeme nebo nahrazujeme to, co již víme. Jeho odpověď byla: „x?“. Tak mladé vědy? Je jí více než 100 let a je stále mladá! To bylo před několika lety a od té doby se věci zlepšily; bude přesnější hledět na obor tak, že se přesunul do adolescence. Otázkou však zůstává: Proč tomu tak je? Proč jsme se neposunuli dále? Co musíme udělat pro to, abychom posunuli obor psychoterapie k ještě větší dospělosti? Účelem tohoto článku je zabývat se těmito otázkami, počínaje některými z důvodů našich obtíží při získávání vzájemného souhlasu a posunu k tomu, abychom zvážili, zda je možné posunout obor vpřed, tak abychom dosáhli určité shody, a pokud ano, jak by se to dalo udělat.

Zdá se, že existují alespoň tři problémy, které podle všeho přispívají k obtížím při dosahování shody v oblasti psychoterapie: První zahrnuje naši dlouhodobou praxi, a to sice výhradně pracovat v teoretické orientaci či eklektické orientaci. Navíc, nesouhlas s těmi, kteří mají jiné rámce pro dosažení terapeutických změn, vede k růstu terapeutických škol. Druhý problém zahrnuje dlouhodobou propast mezi výzkumem a praxí, kdy mnoho terapeutů nemusí vidět důležitost své každodenní klinické praxe a také, když mnoho vědců systematicky nevyužívá klinická pozorování jako prostředek vedení jejich výzkumu. Třetím je naše tendence zanedbávat dřívější příspěvky v oboru. Nestavíme na našem předešlém souboru znalostí, nýbrž znovu objevujeme to, co už víme, nebo - ještě hůř - ignorujeme dřívější práci a nahradíme ji něčím novým. Následuje popis toho, jak tyto tři problémy brání psychoterapii v dosažení konsensu, po kterém bude zváženo několik možných kroků, které by mohly být podniknuty při řešení těchto otázek.

### **Jaké jsou překážky v dosažení shody v psychoterapii?**

**Neshoda napříč teoretickými orientacemi**

Oblast psychoterapie byla od počátku charakterizována tvorbou nových různých myšlenkových škol. Kromě toho bylo v průzkumu více než 2 000 kliniků zjištěno, že drtivá většina z nich se řídila více než jedním teoretickým přístupem. Tato tendence pokračovala v průběhu let a podle posledních odhadů existuje nyní přes 500 různých myšlenkových škol. Teorie může hrát důležitou roli ve vývoji různých přístupů k terapii. Ačkoli teorie mohou napomoci rozvoji oboru, může zde být i nevýhoda. Boring (1964) ve své diskusi o houževnatosti, se kterou se teoretici drželi svých teorií, poznamenal: „*Teorie, která vytvořila autorův obraz sebe sama, se stala jeho součástí. Opustit ji by bylo sebevražedné, nebo přinejmenším akt sebepoškození*“. Situace se ještě více komplikuje v aplikovaném oboru, jako je psychoterapie, kde sociální, politické a ekonomické proměnné, a věci jim přidružené, mohou tuto teorii podporovat i po zdokumentování omezení, které daný přístup má.

Pokud by měl Thomas Kuhn (1970) charakterizovat současné vědecké stádium vývoje psychoterapie, bylo by pravděpodobně preparadigmatické. To představuje nejranější fázi vývoje jakékoli dané vědy. Je charakterizována tak, že je tvořeno různými školami myšlení a modely, o nichž neexistuje dohodnuté jádro znalostí. Tato absence konsensu v psychoterapii je charakterizována nejen specifickou teorií a technikami spojenými s každým přístupem, ale také svým jedinečným jazykem. Při diskusi o existenci konkurenčních paradigmat v oblasti vědy, Kuhn poznamenal, že „*ty, kteří zastávali neúměrné názory lze považovat za členy různých jazykových společenství a že jejich komunikační problémy lze analyzovat jako problémy překladu*“. Mít různé jazykové systémy založené na teorii nám tedy brání tomu, abychom se kdykoli naučili jakékoli podobnosti a komplementarity napříč orientacemi.

V průzkumu předních terapeutů, kteří se zajímali o to, aby se obor posunul od samostatných konkurenčních terapeutických škol, byla absence společného jazyka označena za jednu z hlavních překážek při sblížení. Respondenti dále uvedli, že egocentričtí, na sebe zaměření kolegové, institucionalizace škol, krátkozraké vzdělávací programy a nedostatečný výzkum integrace psychoterapií sloužily jako další překážky. Otázkou není, zda, ale spíše kdy jsou určité proměnné a intervence relevantní.

### **Mezera mezi výzkumem a praxí**

Praxe psychoterapie měla své kořeny v klinickém pozorování a zkušenostech. Navzdory dostupnosti značných empirických důkazů z psychoterapeutického procesu a výzkumu výsledků, mnoho terapeutů zakládá svou praxi více na klinických zkušenostech než na empirických důkazech. A co je ještě horší, existují vědci a klinici, kteří mají – někdy i otevřené - pohrdání ostatními. Vědci si často stěžují, že lékaři nečtou empirickou literaturu, a místo toho zakládají to, co dělají, na špatně formulovaných „*klinických zkušenostech*“. Řada kliniků si zase stěžuje, že výzkum provádějí jednotlivci, kteří vědí jen málo o tom, jaké to je vést terapii. Občas může být toto napětí extrémní.

Ačkoli bylo již v minulosti hodně napsáno o potřebě šířit výsledky výzkumu, klinikovi bylo řečeno jen málo o tom, jak mohou kliničtí lékaři přispět k opětovnému výzkumu psychoterapie. Jak poznamenal Kazdin (2008): „*Necháváme vědomosti z praxe kapat skrz otvory cedníku,*“ dále naznačuje, že je možné tyto otvory zadělat, aby se uchovaly kritické informace, a můžeme tyto informace dávat do výzkumu zaměřeného na testování hypotéz a další podporu toho, co se zdá být pravdou z údajů shromážděných v praxi. Nejen, že je tato mezera mezi výzkumem a praxí profesním omezením jak pro výzkumného pracovníka, tak pro klinika., ale může mít také negativní dopad na blaho klienta.

## **Rozpojení mezi minulými a současnými příspěvky**

Sociologie vědy je obor, který se věnuje studiu toho, jak věda funguje. Zatímco vědci v různých oborech studují fyzikální, chemické a psychologické jevy, tak sociologie vědy studuje chování těchto vědců. Jedna z věcí, která byla odhalena, je, že ačkoli existují určité podobnosti mezi fyzickými a sociálními vědami, existují i některé důležité rozdíly. Zajímavá podobnost je v tom, že na špičkové úrovni je ve fyzických vědách tolik neshod, jako ve společenských vědách. Ve studii grantových žádostí a výzkumných článků zabývajících se novými jevy je tedy v obou případech tendence k nízké spolehlivosti. Tam, kde jsou fyzikální vědy pokročilejší, existuje „jádro“. Jádro zahrnuje soubor znalostí, postavený na minulém výzkumu, kde mezi vědci panuje shoda. Problém v oblasti psychoterapie spočívá v tom, že nám chybí společné jádro. Existuje pro to několik důvodů, jako je měnící se přijímaná metodologie pro studium psychoterapie.

## **Změna metodologie výzkumu**

Goldfried a Wolfe (1998) přehodnotili posuny ve výzkumné metodice používané k vyšetřování psychoterapie ve druhé polovině dvacátého století. První výzkum psychoterapie se uskutečnil kolem 50. let 19. století a položil velmi obecnou otázku: „*Funguje psychoterapie?*“ Metodologie výzkumu v té době v raných stádiích, byla většinou naturalistická a málo využívala kontrolní skupiny. Zaměření bylo na širokou škálu různých klinických otázek, a pokud jde o povahu léčebných zásahů, tak tam bylo málo specifikací. Počínaje šedesátými léty, s velkorysou podporou Národního ústavu pro duševního zdraví (NIMH), se výzkum psychoterapie přesunul na sofistikovanější úroveň metodologie. Otázka, o kterou se lidé v této generaci výzkumu výsledků zabývali, tedy zněla: „*Jaká konkrétní intervence je při řešení tohoto konkrétního cílového chování efektivní?*“ Kromě výzkumu výsledků, který se zaměřil na to, *zda* terapie fungovala, byl proveden také výzkum psychoterapie - řešení toho, jak to fungovalo.

V polovině osmdesátých let devatenáctého století došlo ke změnám v zaměření a designu psychoterapeutického výzkumu, což bylo důsledkem významného posunu paradigmatu v rámci NIMH směrem k lékařskému modelu psychologických problémů. Konkrétně metodologie výzkumu používaná ve výzkumu drog nahradila to, čemuž se formálně říkalo „*výzkum podle výsledků*“ ke studiu specifických klinických problémů. Zaměření se tak posunulo směrem ke klinickým studiím, modelovaných po výzkumném přístupu k určení účinnosti psychoaktivních drog. V této třetí generaci se objevila otázka: „*Které mnohostranné léčebné postupy byly účinné při léčbě diagnóz z Diagnostické a statistické příručky duševních poruch (DSM)?*“ Kromě toho bylo výrazně sníženo financování výzkumu, potřebné pro studium procesu změny psychoterapie. Priorita financování klinických hodnocení v léčbě komplexních poruch DSM trvala přibližně tři desetiletí. Změna priorit financování v současné době odráží ještě větší posun směrem k lékařskému modelu, v němž jsou psychologické poruchy vnímány jako „*poruchy mozkových obvodů*“. V zásadě může být obtížné získat dohodnuté jádro v psychoterapii zčásti kvůli tomuto pokračujícímu posunu v metodologii výzkumu. Nezdá se, že by naše výzkumné úsilí v průběhu let mělo jasně promyšlenou a programovou strategii a bylo určené do velké míry změnou pohledu na DSM a výzkumných zájmů na straně NIMH.

## **Význam toho, co je nové.**

Jak již bylo uvedeno dříve, význam toho, co je nové - je vlastní vědeckým výzkumům. Je to také něco, co je v naší společnosti obecně ceněné. Tendence zaměřit se na nové na úkor starého se odráží v tom, co se stávalo v rámci kognitivní behaviorální terapie (CBT). Někteří obhájci v oboru tvrdili, že nyní existuje třetí vlna CBT s důrazem na všímavost a přijetí (Herbert & Forman, 2011). V některých situacích tato nová vlna ve skutečnosti odráží dřívější příspěvky, ale jinak popsané. Hayesova akceptační a kompenzační terapie (ACT; Hayes, Strosahl a Wilson, 2003) hovoří o důležitosti povzbuzování klientů, aby jednali podle toho, co „si cení“. V mnoha ohledech je to jiný způsob, jak hovořit o důležitosti pomoci jednotlivcům, aby se stali více sebe-asertivními tím, že se učí chovat v souladu s tím, co chtějí a potřebují – čemuž byla v 60. a 70. letech 20. století věnována značná klinická a výzkumná pozornost. (Speed, Goldstein a Goldfried, 2018). Taková změna jazyka jasně narušuje vědeckou potřebu stavět na dřívějších příspěvcích. Zejména změny v terminologii u zavedeného fenoménu vedou ke změnám v klíčových slovech, která používáme při prohledávání literatury, a brání tomu, aby obor získal předchozí klinické a výzkumné přínosy.

## **Normy vědy**

Ve svých raných diskuzích o tom, jak se dosahuje vědeckých pokroků, věřili kdysi sociologové, že vědci jsou naprosto objektivní a že jediným zájmem, který měli ve svém úsilí, byl pokrok v oboru. Jak se sociologie vědy stala více empirická, objevili, že toto konceptuální zobrazení bylo daleko od pravdy. Na základě podrobných pozorování toho, jak se vědci skutečně chovali, bylo jasné, že mezi nimi existuje tvrdá konkurence. Ve skutečnosti bylo zjištěno, že byli motivováni k tomu, aby pokročili v kariéře stejně tak jako v tom, aby pokročili v oboru, a výzkum ukázal, že citační praktiky v konkurenčních výzkumných prostředích jsou často selektivní kvůli tomu, aby měl jeden tým výhodu před druhým. Ve všech oborech - a psychoterapie rozhodně není výjimkou - existují profesionálové, kteří se více věnují rozvoji své kariéry než rozvoji oboru.

## **Jak můžeme překonat překážky, které brání dosažení sjednocení?**

Problémy popsané výše již existují po celá desetiletí a je nepravděpodobné, že by byla snadno dosažitelná řešení možná. Přesto je třeba podniknout kroky, i když představují pouze začátek pokusu o pomoc při posunu psychoterapie směrem ke sjednocení. To, co následuje, není nabízeno jako řešení, ale spíše potenciální počáteční úsilí.

## **Přechod od teoretických orientací k principům změny**

Když přemýšlíme o různých přístupech k terapii, často o nich uvažujeme v rámci jejich teoretických konceptualizací, přičemž tři hlavní orientace jsou psychodynamická, behaviorální/kognitivní - behaviorální a experimentální/humanistické. Také o nich přemýšlíme v rámci specifických klinických technik a postupů, které jsou spojeny s každou orientací, ať už jde o interpretaci, sebezpozorování nebo reflexi. Jak je známo, tradičně docházelo k výrazným neshodám jak na teoretické, tak na technické úrovni. Avšak na střední úrovni abstrakce - někde mezi teorií a technikou - je možné zvážit principy změny, které jsou běžné pro většinu forem terapie (Goldfried, 1980). Přes velmi rozdílné teoretické základy těchto tří orientací mohou existovat určité podobnosti. Například na téma zmenšení strachu psychoanalytik Otto Fenichel (1941) poznamenal následující: *Když se člověk bojí, ale zažívá situaci, ve které se to čeho se bál přihodí bez jakékoli újmy, nebude okamžitě důvěřovat výsledku své nové zkušenosti; nicméně, podruhé bude mít trochu menší strach, a potřetí ještě*

méně. Stejného závěru bylo dosaženo behaviorálně orientovaným Albertem Bandurou (1969), který pozoroval toto: *K zániku vyhýbajícího se chování dochází opakovanou expozicí k subjektivně ohrožujícím podnětům za podmínek navržených tak, aby nedošlo k vyhýbavé reakci, ani k očekávaným nepříznivým důsledkům.* Jdouc z různých teoretických orientací, s použitím odlišného jazykového systému a možná s použitím různých forem intervence, zde diskutované příklady naznačují, že nechat klienty dělat něco, čemu se mohli vyhýbat, může být terapeuticky užitečné.

Společné zásady, tedy spíše než abstraktnější teoretická orientace či specifické techniky, jsou místem, kde můžeme najít shodu napříč terapeutickými školami. Navíc některé techniky mohou být empiricky shledány účinnějšími než jiné, v závislosti na povaze klinického problému a charakteristikách klienta. Jako alternativu k dané myšlenkové škole lze navíc použít obecné zásady změny jako výchozí bod pro výzkum, praxi a školení. Při pohledu na střední úroveň abstrakce mezi teoretickým vysvětlením různých přístupů k terapii a jejich specifickými klinickými technikami za účelem nalezení společných rysů, které se zdají být základem různých přístupů k terapii, je možné identifikovat následující principy změny (Goldfried, 1982) :

- Podpora očekávání klientů, že terapie opravdu může pomoci.
- Vytvoření optimální terapeutické aliance.
- Usnadnění informovanosti klientů o faktorech spojených s jeho obtížemi.
- Povzbuzení klienta, aby se zapojil do nápravných zkušeností.
- Zdůraznění průběžného testování reality v životě klienta.

### **Podpora očekávání klientů a motivace, že terapie může pomoci.**

Jerome Frank (1961) navrhl, že samotné terapeutické úsilí by mohlo být užitečné díky jeho schopnosti vštípit naději a možnosti, že ke změně může dojít. Freud podobně kladl důraz na důležitost očekávání pacientů pro to, aby byla analýza úspěšná (Gay, 1985). Uznal, že mohou mít nějaké pochybnosti, a tak navrhl, aby byl alespoň skepticismus pacienta „*benevolentním skepticismem*“ (Freud, 1916/1963). V posledních letech se ukázalo, že klienti, kteří dosud neuvažovali o nutnosti změny, pravděpodobně nebudou na terapii dobře reagovat (Prochaska, Norcross a DiClemente, 2013). Existuje raná výzkumná literatura o důležitosti očekávání pro terapii (např. Goldstein, 1962) a obnovený výzkum v této oblasti po několikaleté přestávce prokázal význam prvotních očekávání pacientů ohledně terapie. Tento novější výzkum ukázal, že u různých klinických problémů mohou očekávání ovlivnit, zda pacient předčasně ukončí léčbu (např. Swift, Greenberg, Whipple, & Kominiak, 2012) a také míru, do jaké léčba bude úspěšná (např. Constantino, 2012).

Souvisí s tím také existence rozsáhlé empirické podpory negativního dopadu, který má nedostatečná motivace ke změnám na léčbu, a jak se to dá klinicky řešit. Na základě klinických pozorování při práci s nemotivovanými jedinci, kteří mají problémy se zneužíváním návykových látek, Miller a Rollnick (2002) a řada dalších vědců (např. Sobell & Sobell, 2003) prokázali klinickou užitečnost motivačního rozhovoru, čímž terapeut vyhodnocuje neochotu pacientů ke změně a poté jim postupně pomáhá rozpoznat důsledky toho, když se nezmění a výhody, které toho, když ano. Klinické pozorování a výzkumné

důkazy tedy podporují důležitost pozitivních očekávání a motivace ke změně - to vše je nezávislé na specifické teoretické orientaci terapie.

### **Vytvoření optimální terapeutické aliance.**

Bez ohledu na to, jaké různé terapeutické orientace jsou považovány za primární procedurální složky při terapeutických změnách, se nicméně uznává, že k provádění terapeutického zásahu je nutný dobrý terapeutický vztah (Muran & Barber, 2010). Diskuse o tom, co je důležitější – zda technika nebo vztah - neuznává důležitou interakci obou (Goldfried & Davila, 2005). Na základě Bordinových (1979) spisů je terapeutická aliance definována jako existence nejen dobré vazby mezi terapeutem a klientem, ale také dohoda o cílech terapie a metodách, které mohou být použity k dosažení těchto cílů. Po tomto klinickém pozorování provedeném Bordinem bylo provedeno několik desetiletí výzkumu, které prokázaly význam spojenectví napříč různými terapeutickými orientacemi (Muran & Barber, 2010; Norcross, 2011), což z něj činí nejdůležitější transteoretický princip změny.

### **Usnadnění informovanosti klientů o faktorech souvisejících s jejich obtížemi.**

Jedním z důvodů, proč se jednotlivci často nezmění, je to, že často neuznávají a nevyužívají těch životních zkušeností, které by jim mohly pomoci změnit. Sullivan měl zajímavý koncept, který to popsal, když hovořil o „*selektivní nepozornosti*“ (Sullivan, 1973); lidé si často neuvědomují, co způsobuje, že mají určité životní problémy a co lze udělat pro zlepšení jejich života. V závislosti na teoretické orientaci jednotlivce se proces ustupování a pozorování nazýval sebepozorování, výkonné fungování, decentrování, reflektivní fungování, vzhledem, svědectvím, meta kognicí a všímavostí. Přestože se používají různé názvy, vyžaduje to, aby si klienti lépe uvědomovali a viděli své myšlenky, emoce, chování, potřeby a přání; význam životních událostí; dopad, jaký na ně má chování ostatních; a svůj dopad na ostatní. Bez ohledu na jejich teoretickou myšlenkovou školu pomáhají terapeuti svým klientům lépe si uvědomit, co v jejich životě funguje a co nefunguje, a také důvody, proč tomu tak je. Specifická formulace terapeutů se může lišit a způsob, jakým mohou usnadnit toto lepší porozumění, může být odlišná, ale to vše odráží principy terapeutického zvyšování uvědomění klientů. Občas toto vědomí samo o sobě může vést k důležitým změnám, například když si klienti uvědomí, že jejich interpretace motivů drahé polovičky je nesprávná. Jindy může být uvědomění přípravou na některé skutečné změny v tom, jak jedná s ostatními, jako je například požádat drahou polovičku o něco důležitého, než se zlobit v očekávání, že nemusí dostat to, co chtějí. Přehled teoretické, klinické a empirické literatury o principu zvyšování uvědomění lze nalézt v Castonguay and Hill (2007) a Norcross (2011).

### **Povzbuzení klientů, aby se zapojili do nápravných zkušeností.**

Alexander a French navrhli svým poněkud překvapeným - vlastně šokovaným - psychoanalytickým kolegům před několika lety, že mohou existovat případy, kdy se pacienti mohou změnit, aniž by vyřešili včasný konflikt. V souladu s psychodynamickou charakterizací terapie jako formy následného vzdělávání naznačili, že povaha terapeutické interakce může přispět sama o sobě. A ačkoli to Alexander a French charakterizovali jako „*nápravnou emoční zkušenost*“, lze ji obecně vnímat také jako opravnou kognitivní a behaviorální zkušenost. O nápravném zážitku lze uvažovat tak, že klienti dělají něco, co předtím neudělali - navzdory svým předvídaným myšlenkám a emocím, že by se mohlo stát něco negativního - jen aby se dozvěděli, že jejich nerealistické předpovědi se nevyplňují.

Jednotlivci, kteří se bojácně vyhýbají mluvení a vyjadřování se, protože nerealisticky očekávají negativní reakci od ostatních, mohou tak mít opravňující zkušenost tím, že řeknou, co chtějí říci, a zjistí, že reakce druhých nejsou negativní - a občas můžou být dokonce pozitivní. Ve zvláštním vydání časopisu *Kognitivní terapie a výzkum* (Brady et al., 1980) rozmanitá skupina známých terapeutů různých orientací uznala, že nápravná zkušenost je základním principem změny.

Psychodynamičtí terapeuti orientovaní na vztahy vidí tuto nápravnou zkušenost jako znovu vyskytující se v terapeutické interakci. Terapeuti CBT kladou větší důraz na domácí úkoly mezi jednotlivými sezeními, jako ty, které poskytují klientům expozici, která slouží ke snížení vyhýbavího se chování. Bez ohledu na to, kde k zážitku dochází, nebo zda název, který se používá k jeho popisu, je fenomenologický nebo pozorovatelný, se nápravná zkušenost jeví jako důležitý princip změny. Rozpoznávání významu důležitosti nápravných zkušeností nebylo omezeno pouze na terapeuty.

### **Zdůraznění průběžného testování reality v životě klienta.**

Nápravná zkušenost slouží k aktualizaci původních očekávání, která bránila klientům v chování způsoby, které více napomáhají přizpůsobivému fungování. Protože je nepravděpodobné, že by taková zkušenost vedla k dlouhodobým změnám, terapeuti musí povzbuzovat klienty, aby měli doplňkové nápravné zkušenosti, v podstatě se zapojují do testování skutečné reality, dokud nebude existovat kritické množství nápravných zkušeností, které umožní další stabilní a dlouhodobé změny v očekáváních, pocitech a chování. V mnoha ohledech lze tento princip změny považovat za psychodynamický koncept práce, který zahrnuje opakované myšlení a zpracování zkušeností. Průběžné testování reality zahrnuje zvýšené uvědomění, které následně usnadňuje nápravné zážitky - včetně změn v myšlenkách, pocitech a chování - což dále přispívá ke zvyšování uvědomění, které lze použít k opětovnému usnadnění nápravných zážitků. Abychom shrnuli, jak se tyto obecné principy změny vyskytují v průběhu terapie: Klienti se mění, když jsou (a) motivováni a mají pozitivní očekávání změny; b) pracují s terapeutem, se kterým mají dobrou alianci; c) lépe si uvědomují, co způsobuje problémy v jejich životě; d) podnikají kroky k provedení změn v jejich myšlení, pocitech a chování; a (e) zapojují se do průběžného testování reality vytvořením synergie mezi zvýšeným uvědoměním a skutečnými nápravnými zkušenostmi. Zvýšený zájem o myšlenku, že principy změny, spíše než teoretické myšlenkové školy, mohou být lepším způsobem, jak postoupit v tomto oboru.

### **Uzavření mezery mezi výzkumem a praxí**

Při popisu toho, jak se dosahuje vědeckých pokroků ve vědách, poznamenali sociologové, že existuje důležité rozlišení mezi těmi, kdo jsou „hledači problémů“, a těmi, kteří jsou „řešiteli problému“ (Wilkes, 1979). Základní a nejdůležitější funkcí hledačů problémů je identifikace důležitých výzkumných otázek, které tuto oblast pravděpodobně vylepší. Jakmile budou tyto otázky identifikovány, je úkolem řešitelů problémů, vyšetřovat je kontrolovaným výzkumem. Důležitou interakci mezi pozorováním z první ruky a vědeckým výzkumem dramaticky ilustroval lékař z 16. století, Paracelsus (Ackerlnecht, 1973). Tvrdil, že to, co se studuje v akademických kruzích, nezohlednilo přímé klinické pozorování. Paracelsus je považován za tvůrce zásadní revoluce v lékařské praxi. Existuje další důvod, proč je důležité použít jak klinické pozorování, tak empirický výzkum. Hodně bylo napsáno o teoretických a osobních předpojatostech terapeutů. Bylo však také zdokumentováno, že zaujatost existuje i ve

výzkumu (Mahoney, 1976; Polanyi, 1946). K získání spolehlivých nálezů a závěrů o psychoterapii je třeba sblížit metody zkoumání.

Přestože původní pokyny pro Boulderovo školení (Raimy, 1950) doporučovaly, aby vysokoškolské vzdělávání v klinické psychologii následovalo model praktikujícího vědce, nebylo to tak úspěšné, jak bylo původně zamýšleno. Mnoho tréninkových programů poskytovalo tomu modelu model podpory pouze slovy, ale programy, které byly skutečně schopny poskytnout výcvik, který integruje jak slova, tak činy jsou spíše výjimkou než pravidlem. Institucionálním indexem obecnější mezery mezi výzkumem a praxí v psychologii jako celku bylo vytvoření Asociace pro psychologické vědy; výzkumníci, kteří byli bývalými členy APA, založili tuto alternativní profesní organizaci kvůli jejich nespokojenosti s tím, co považovali za cechovní důraz APAY. Akademie psychologické klinické vědy byla podobně vytvořena klinickými psychology, kteří mají větší odhodlání ke klinickému výzkumu; vyvinuli Psychologický klinický akreditační systém vědy jako způsob akreditace klinických programů, které mají větší výzkumný důraz. Jak bylo uvedeno výše v tomto článku, pokus psychoterapeutických výzkumníků přimět kliniky, aby si uvědomili, že mohou mít prospěch z jejich empirického úsilí, v podstatě představoval pokus vybudovat jednosměrný most mezi výzkumem a praxí. Filozofové vědy však naznačili, že důležitým počátečním krokem při provádění kvalitního výzkumu je vývoj výzkumných otázek a problémů z toho, co se nazývá „kontext objevu“. V osobním odhalení toho, jak v průběhu let prováděl výzkum, Neal Miller (v Bergin & Strupp, 1972), oceněný výzkumný pracovník, uvedl, že jeho nejlivnější výsledky výzkumu začaly jeho počátečním neformálním pozorováním. Tato pozorování, která nastala před provedením jakéhokoli formálního výzkumu, ho přesvědčila, že tento jev existuje. Jakmile byl osobně přesvědčen, provedl dobře řízený výzkum, aby své kolegy přesvědčil. Jeden by mohl užitečně myslet na klinické pozorování jako na kontext objevu. Důležitým příkladem toho, jak lze klinická pozorování použít jako kontext objevu ve vývoji výzkumné studie, byla práce Lindy Sobellové (1996) při vývoji klinického pokusu o léčbu závislostí. Výzkumný projekt byl realizován s podporou Ministerstva zdravotnictví v kanadském Ontariu, které mělo zájem o to, aby výsledky výzkumu využili praktičtí lékaři. Šíření výzkumných poznatků do terapeutického prostředí bylo poněkud omezené (např. Graham et al., 2006) a k dosažení tohoto cíle pracovala Sobell přímo s těmi klinickými lékaři v komunitě, kteří léčili pacienty se závislostmi. Spolupracovala s nimi na vývoji intervence tak, aby se vyřešily problémy, které pozorovali v klinické praxi. Není překvapivé, že bylo zjištěno, že když se kliničtí pracovníci podíleli na vývoji a provádění výzkumu, tak že uvedli výsledky tohoto výzkumu do praxe.

Obzvláště důležitý způsob, jakým mohou kliničtí lékaři a výzkumní pracovníci spolupracovat v naturalistickém prostředí, obsahuje výzkum Practice Research Networks (PRN). Jako jeden typ výzkumu zaměřeného na praxi, spočívají PRN v aktivní spolupráci výzkumných pracovníků a kliniků ve všech aspektech empirických studií, od výběru témat k vyšetření a návrhu a provádění výzkumných protokolů po analýzu a šíření nálezů. (Castonguay, 2011). S ohledem na širší koncepčních a klinických zájmů sdílených jak klinickými lékaři, tak výzkumníky, se vyšetřování PRN prováděné v různých klinických prostředích (např. nezávislá praxe, tréninková klinika) zabývala celou řadou různých klinických jevů, jako například to, co klinici a klienti pozorovali během léčby za užitečné a brzdící faktory (viz Castonguay et al., 2013). Ani zde se nenavrhují PRN a výzkum zaměřený na praxi jako celek, který by nahradil výzkum řízené terapie, ale sblížení nálezů z těchto dvou epistemologických přístupů může s největší pravděpodobností přidat větší důvěru ve



spolehlivost a platnost nálezů od sebe navzájem. Ačkoli zatím dosud vyplynulo mnohem méně empirických studií z výzkumu zaměřeného na praxi ve srovnání s tradičním výzkumem, byly nedávno stanoveny lekce získané z partnerství mezi výzkumnými pracovníky na třech kontinentech, aby se podpořily více kolaborativní a na praxi zaměřená vyšetřování. (Castonguay & Muran, 2015). Jak je uvedeno výše v tomto článku, existuje základní antagonismus mezi vědci a kliniky tam, kde vědci považují kliniky za ty, kteří jsou pozadu, protože nevyužívají výsledky výzkumu, a klinici si stěžují, že lékaři nemají zájem o studium problémů, které se objevují v klinické praxi. K takovým stereotypům dochází i v jiných profesích, například v oblasti vzdělávání, které se podobně snaží překlenout mezeru ve výzkumné praxi. Finnigan a Daly (2014) ve své knize „Používání důkazů z výzkumu ve vzdělávání“ uvedli, že usnadňování osobního kontaktu mezi učiteli a vědci pomáhá při překlenutí mezery. Tohle je jasně slučitelné s prací Sobell a těch, kteří se podílejí na rozvoji sítí pro výzkum v praxi.

### **Šíření jako obousměrný most mezi výzkumem a praxí.**

Kromě pokusu o uzavření mezery mezi výzkumem a praxí prostřednictvím spolupráce kontaktů mezi kliniky a výzkumníky, se použilo také implementační vědy k šíření výzkumných poznatků praktickému lékaři. Implementační věda se zaměřuje na porozumění a překonání překážek k měnící se klinické praxi, které mohou v daném prostředí existovat. Příkladem použití implementační vědy k šíření výsledků výzkumu klinickému lékaři byla práce provedená v prostředí Veterans Affairs (Karlín & Cross, 2014). Další pokusy o rozšiřování zahrnovaly k praxi přátelské recenze základní a aplikované výzkumné literatury psané speciálně pro praktického klinika. K tomu došlo v knižní formě (např. Lebow & Jenkins, 2018) a také v rámci pravidelných recenzí v časopisech, jako je *Journal of Clinical Psychology/In Session* a *Journal of Psychotherapy Integration*. Dalším pokusem o překlenutí mezery mezi výzkumem a praxí byla iniciativa přijatá v roce 1995 Společností klinické psychologie (divize 12 APa), která užila postup používaný Správou potravin a léčiv (FDA) k určení zda by nové léky mohly být schváleny pro klinické použití. Na základě randomizovaných klinických studií byl proveden seznam empiricky podporovaných léčebných postupů (EST), u nichž bylo prokázáno, že jsou účinné pro různé DSM diagnózy. Jak již bylo uvedeno dříve, mnozí praktičtí lékaři na iniciativu EST nereagovali příznivě, protože ji považovali za jednosměrnou, přičemž výsledky výzkumu byly prezentovány jako pokyny pro klinickou praxi. Ačkoli metodika použitá k vymezení EST byla založena na tom, jak klinická hodnocení vedla k pokynům a postupům FDA, chyběl v iniciativě EST jeden krok: Jakmile je lék schválen FDA, existuje mechanismus, díky kterému mohou lékaři poskytovat zpětnou vazbu o jeho použití v klinické praxi. Je zřejmé, že výzkum nemůže určit všechny proměnné spojené s účinným klinickým použitím intervence - ať už jde o lék nebo psychoterapii - a proto je to důležitý mechanismus pro určení jeho klinické účinnosti. V následném společném úsilí přijala Společnost klinické psychologie spolu se Společností pro pokrok v psychoterapii iniciativu Obousměrný most (Two-Way Bridge) k vytvoření mechanismu, kterým by mohli praktikující terapeuti šířit informace pro výzkumné pracovníky o jejich klinickém využití EST (Gold-fried et al., 2014). Iniciativa zkoumala praktikující kliniky a žádala o jejich klinická pozorování při zavádění různých EST do klinické praxe. V zásadě to představuje další směr mostu šířením toho, co bylo klinicky pozorováno - kontext objevení - ohledně těch důležitých zprostředkovatelských, moderujících a kontextových proměnných, které nemusejí být v klinických studiích studovány. Kromě kladení otázek o povaze svých intervencí byli kliničtí lékaři rovněž dotazováni ohledně pacientů, léčby a

systemových proměnných, které by mohly interferovat s použitím EST v aktuální klinické praxi. Vymezení těchto proměnných, které způsobovaly problémy při používání EST, klinicky pomohlo iniciativě Two-Way Bridge k identifikaci klinicky potřebných výzkumných problémů vyžadujících další empirické zkoumání. Jedním ze zvláště důležitých zjištění zpětné vazby poskytované praktickými lékaři bylo, že kromě závažnosti úzkostné poruchy byla délka trvání důležitou proměnnou související s klinickým úspěchem. Čím déle problém úzkosti trval, tím méně pravděpodobně změna nastala. A zatímco je závažnost obvykle kontrolována napříč podmínkami v klinických zkouškách, doba trvání není a na základě klinických pozorování by v budoucnu měla být. Hlavním cílem této iniciativy je vytvořit součinnost mezi kliniky a výzkumnými pracovníky. Byly provedeny průzkumy za účelem šíření klinických pozorování o léčbě panické poruchy, sociální úzkosti, obsedantně-kompulzivní poruchy a obecné úzkostné poruchy a výsledky jsou zveřejněny na webových stránkách Two-Way Bridge: [www.stonybrook.edu/twowaybridge](http://www.stonybrook.edu/twowaybridge).

### **Překlenutí mezery a klinický výcvik.**

Aby model vědec-praktik skutečně fungoval, je třeba v rámci vzdělávacích programů uskutečnit společné úsilí, které záměrně usnadňuje integraci výzkumu a praxe. K tomu může dojít několika způsoby. Constantino a kolegové (2017) navrhli, aby byl klinický výcvik přímo zaměřen na výsledky výzkumu, které odrážejí společné rysy, které existují v rámci teoretických orientací. Konkrétně klinické metody, které mají podporu výzkumu, lze použít k vývoji vzdělávacích modulů. Boswell a Castonguay (2007) rovněž naléhavě vyzývají, aby se programy klinického vzdělávání zaměřovaly na společné problémy a principy založené na důkazech, které se týkají terapeutických orientací. Doporučili také, aby supervizi prováděli členové fakulty, kteří pak mohou sloužit jako vzory vědců a praktiků. V ideálním případě by tyto vedoucí fakulty měli být zapojeni také do přímé terapeutické intervence. Tyto návrhy lze považovat za prvotní práci, přičemž odhodlání k propojení výzkumu s praxí a rozvojem oboru a nikoli s danou orientací se může objevit na počátku profesionální kariéry. Toto rané vzdělávání může také zahrnovat učení myšlení mimo rámec, nejen učení toho, co v současné době existuje, ale také poznání politických, ekonomických a sociálních sil. V sociologii vědy existuje fenomén „*neviditelná univerzita*“, kde podobně smýšlející profesionálové v celé zemi (a ve světě) spolupracovali na dosažení dohodnutého cíle (Wagner, 2008). Tato nová generace - zběhlá v sociálních médiích, která byla schopna vytvářet revoluce a ovlivňovat volby - může pomocí této nové technologie vyvinout neviditelnou vysokou školu, která se věnuje pokroku v této oblasti. Jejich společným odhodláním může být pokrok v oblasti, ve které plánují strávit zbytek své kariéry.

### **Integrace minulých a současných příspěvků**

Jak již bylo uvedeno výše, důraz na nalezení něčeho nového je spojen s tím, jak věda funguje. V oblasti psychoterapie to nešťastně vyústilo v růst nových léčebných balíčků nebo terapeutických škol. To může mít podobu nového teoretického přístupu k intervenci nebo to může spočívat v úpravě existujícího přístupu. A protože má obor psychoterapie také aplikovaný aspekt, mohou být odměny finanční i profesionální. Spolu s novou školou nebo přístupem existuje také vlastnický faktor, přičemž vývojář je vůdcem těch, kteří jej využívají. Místo toho, aby byl kladen důraz na vývoj nových přístupů k léčbě, se musí oblast psychoterapie soustředit více na odměňování nových znalostí - spolehlivých klinických pozorování a empiricky podložených výzkumných poznatků, které patří spíše do oboru, než

do dané orientaci, školy nebo přístupu jednotlivce. Například výsledky výzkumu spojené s procesem změny nebo obecnými zásadami mohou být nové a užitečné pro lékaře i výzkumného pracovníka, ale nemusí být nutně vlastněny žádným odborníkem. V zásadě by se mělo více zaměřit na to, co je správné, ne na to, kdo má pravdu. Procesní výzkum to dělá, když řeší otázku „*Co udělá terapeut, aby udělal něco, co bude mít dopad, jak v rámci sezení, ale také obecněji?*“ Toto empirické zaměření procesu také poskytuje odpověď na klinickou otázku, která se často objevuje mezi praktikujícími terapeuty, konkrétně: „*Co mohu udělat, abych dosáhl účinku, a to jak během sezení, tak obecněji?*“ Při zvažování toho, jaký typ důkazů je potřebný k vytvoření dohodnutého jádra v psychoterapii, je otázka, zda intervence funguje, očividně nezbytně nutná. Vývoj jakéhokoli léčebného balíčku nebo školy by však měl být založen spíše na spolehlivých důkazech o fungování člověka a procesu změny a méně na teorii.

Důkazy, které lze považovat za relevantní pro psychoterapii, tedy mohou pocházet z různých zdrojů, z nichž každý řeší jinou otázku. Klinické studie využívající intervenční balíčky se zabývají otázkou, *zda* daná léčba funguje. Výzkum procesu terapie a potenciálních principů změny se více zaměřuje na to, *jak* terapie funguje. Kromě toho základní výzkum v oblasti psychopatologie a fungování člověka - ať už je to kognitivní, emoční nebo behaviorální - je také rozhodující, protože může informovat lékaře o tom, co je třeba změnit. Ačkoli obor psychoterapie si zvykl hledět na výzkum tak, že zahrnuje klinická hodnocení DSM diagnóz, posun v prioritě výzkumu NIMH od léčení diagnostických kategorií může být užitečný při vyhlášení studií, které mohou lépe posunout obor vpřed. Protože bylo financování odkloněno z klinických studií psychoterapie k translačnímu výzkumu, tak máme příležitost odklonit se od omezení souvisejících s DSM. Přestože očividně existují obavy ohledně současné priority financování RDoC, která je určena k odhalování biologických základů pro diagnostiku a lékařské léčení různých klinických poruch (Goldfried, 2016), může mít také důsledky pro poskytování oboru psychoterapie informace, které jsou důležité pro vytvoření jádra. S důrazem na RDoC, aby podpořil translační výzkum, je třeba zkoumat psychologické i biologické jevy. Mezi kritéria výzkumné domény související s RDoC patří základní psychologické procesy, jako jsou negativní valenční systémy (např. úzkost, ztráta), systémy pozitivních valancí (např. očekávání získání odměny, hodnocení odměny) a kognitivní systémy (např. pracovní paměť, sledování výkonu). Výzkum těchto základních psychologických procesů může mít důležité důsledky pro odkrývání mediátorů a moderátorů relevantních pro psychosociální intervence, přičemž první z nich odkazuje na mechanismy (např. nápravné zkušenosti pacienta ve vztazích s ostatními) a druhý na proměnné, které ovlivňují pravděpodobnost, že nastanou mechanismy změny (např. rozsah, v jakém je pacient svědomitý, a proto pravděpodobněji dokončí domácí úkoly). Je zajímavé, že silnou stránkou druhé generace psychoterapeutického výzkumu popsaného výše je to, že se zabývá spíše psychologickými problémy, než poruchami.

Dále výzkum, který se zaměřuje na klinicky relevantní a fokální dimenze, jako je emoční dysregulace, perfekcionismus, sebekritika a podobně, má tedy potenciál přesunout naše zaměření na informace, které mají jasné důsledky pro to co léčit psychoterapií a potenciálně efektivní způsoby, jak toho dosáhnout. Kromě toho je třeba udělat více při řešení různých a měnících se jazykových systémů, které se používají k popisu běžného jevu. Je třeba vyvinout metodu, pomocí které lze snadno vyhledávat v literatuře klinické a výzkumné příspěvky, které mohou být odlišně označeny. Například to může znamenat, že vyhledávací nástroje, které se používají k získání přístupu k profesionálnímu literárnímu dílu, používají vestavěný

thesaurus, který dokáže načíst materiál označený způsoby, které se mohou lišit od klíčových slov, která jsou v současné době v módě nebo jsou spojeny s danou teoretickou orientací. Změny v redakční politice jsou rovněž nutné k povzbuzení příspěvků do literatury, která staví na minulých příspěvcích, a nikoli je znovuobjevuje. Uskutečnitelnost toho, aby redaktoři časopisů zaujali stanovisko ohledně tohoto, je podporována nedávným úsilím o změnu publikačních politik při řešení krize replikace v psychologii, přičemž zjištění často nevydržela další vyšetřování (Eich, 2014). Toto úsilí mimo jiné znamenalo předběžnou registraci toho, jak budou data analyzována, takže se nedoporučuje použití různých statistických analýz k získání statistické významnosti – což bude pravděpodobně vést k neopakovatelnosti. Je tedy třeba usilovat o změnu obsahu, který je odměňován v psychotherapeutické literatuře a odměňovat pouze to, co je skutečně nové.

### **Závěrečné komentáře**

Tento článek nabídl některé možné důvody, pro to, že obor psychoterapie, i když existuje již přes století, nadále zůstává na preparadigmatické úrovni. Obor psychoterapie je charakterizováno oddělenými myšlenkovými školami, propastí mezi výzkumem a praxí a tendencí znovu objevit to, co bylo v minulosti známo. Ačkoliv určitě existují jiné důvody, proč tento obor ještě plně nedozrál, zdá se, že tyto překážky jsou obzvláště výrazné. I s návrhy pro to, co by nám potenciálně mohlo pomoci tyto překážky odstranit, je skutečností, že tyto překážky nelze snadno překonat. V této oblasti je mnoho lidí, kteří budou i nadále dělat to, co se naučili v minulosti a mohou být vůči změnám odolní. Skutečná změna může vyžadovat změny v učebních osnovách vysokoškolského studia, kde mohou být vyškoleni noví odborníci, aby přemýšleli a usilovali o dosažení konsensu v oboru (Hershenberg, Drabick a Vivian, 2012). Se stále se zvyšujícím se pohybem v biologické psychiatrii k hledání léčebných postupů pro psychologické problémy může být pro nás větší motivace posílit pole psychoterapie tím, že vyvineme silné jádro založené na důkazech a jádro, na kterém se klinicky domluvíme. Je toho pravděpodobně mnoho o psychologických problémech a o tom, jak je může terapeut řešit, na čem se můžeme shodnout. Toto úsilí o spolupráci musí být zaměřeno na poskytování uceleného porozumění tomu, jak psychoterapie funguje, integrací klinických pozorování a empirického výzkumu a nových příspěvků založených na minulosti. Toto je iniciativa, ve které mohou mít prospěch všichni klinici, výzkumní pracovníci i pacienti. A zejména profesionálové mohou chtít provést změny zejména v oblasti, ve které stráví svou profesionální kariéru. Nakonec může opravdu nastat čas na otázku: Na čem se dokážeme shodnout?