

PSYCHOTERAPEUTI CHYBUJÍ II: O ČEM MLUVÍME, KDYŽ MLUVÍME O NEZAMÝŠLENÝCH A NEGATIVNÍCH ÚČINCÍCH PSYCHOTERAPIE?

Psychotherapist fail II: What do we mean by talking about unwanted and negative effects of psychotherapy?

Zbyněk Vybíral

Katedra psychologie Fakulty sociálních studií MU, Brno, CZ; e-mai: vybiral@fss.muni.cz

Psychoterapie. 13 (2), 122–137; ISSN 1802-3983

Tato studie vznikla za podpory specifického vysokoškolského výzkumu, kterou poskytl MŠMT (projekt č. MUNI/A/0888/2017).

Klíčová slova: nezamýšlený dopad, nežádoucí událost, vedlejší účinek, chyba, neúspěšná, psychotherapie

ABSTRAKT

Stať je prvním pokusem formulovat v české psychoterapii základní koncepty (termíny) na poli zkoumání negativních dopadů psychologické léčby. Těmito koncepty jsou: nezamýšlené důsledky, nežádoucí události, vedlejší účinky a neúspěšná terapie. V negativních průbězích a negativních důsledcích psychoterapie sehrávají roli proměnné na straně klienta, ale také proměnné na straně terapeuta. V psychoanalytické tradici byla tematizována negativní terapeutická reakce. Psychotherapeut může být sám rizikovým faktorem v psychologické léčbě. Saxon s kolegy (2017) zjistili výrazné rozdíly v počtech pacientů, kteří u těchto terapeutů předčasně přerušili terapii. Dnes již máme k dispozici první třídění nezamýšlených efektů. Ve statí je představeno třídění, které nedávno nabídli Schermuly-Haupt et al. (2018). Kromě toho stať přináší seznam některých nejčastějších nežádoucích účinků psychoterapie.

ABSTRACT

The study represents the first attempt to formulate the basic concepts and terms in the course of exploration of negative effects of psychological treatment in the Czech psychotherapy. The study focuses on: unwanted effects, adverse events, side effects and unsuccessful psychotherapy. The variables on the client's side and the factors on the therapist's side are in the play concerning the negative events and consequences in therapy. In psychoanalytic tradition the negative therapeutic reaction had been formulated in the past. Psychotherapist himself/herself might become a risky factor in psychological treatment. Saxon et al. (2017) explored obvious differences in drop-out among therapists. Today, we have first classifications of unwanted effects given by researchers in the field. The study presents classification recently offered by Schermuly-Haupt et al. (2018). In addition, the study gives a list of often emerged adverse effects of psychotherapy.

Key words: unwanted effect, adverse event, side effect, failure, unsuccessful, psychotherapy

O čem mluvíme, když hovoříme o nezamýšlených, nežádoucích, negativních nebo vedlejších účincích terapie? V posledním desetiletí se autoři při výzkumech nezamýšlených účinků psychoterapie vypořádávají s konceptualizací několika příbuzných pojmů (Strauss et al., 2012; Linden, 2013; Linden, Schermuly-Haupt, 2014; Vaughan et al., 2014; Young, 2014; Bowie, McLeod, 2016; Rozental et al., 2016; Schermuly-Haupt, Linden, Rush, 2018). Širokého označení „negativní účinky“ se v textech o efektivitě psychoterapie začalo používat stále častěji.¹ V roce 2010 apeloval David H. Barlow v textu „Negativní účinky psychologických léceb“ na to, že potřebujeme dospět ke konsenzu v definování a vysvětlování negativních účinků psychologické léčby. Takový konsenzus zde dlouho nepanoval. Dospěli jsme k němu? Než se na tuto otázku pokusíme odpovědět, podívejme se na kořeny klíčového termínu.

Uběhlo více než půl století od doby, kdy se – na začátku 60. let minulého století – začalo systematicky zkoumat, proč se někdy zhorší více pacienti, kteří podstu-

pují psychoterapii, ve srovnání s těmi, kteří „raději“ nedělali nic (Bergin, 1963). Nečekané zjištění, které tehdy Bergin opakovaně publikoval a také ho opakovaně ověřoval, odstartovalo častější zkoumání možných negativ psychologické léčby. A to i přes metodologické pochybnosti, jež raný Berginův výzkum vyvolal. Mays a Franks (1980) podrobili zevrubné kritice Berginovy výčty studií, které údajně ukazovaly na vyšší poškození pacientů v průběhu psychoterapie. Mnohé ze studií, na něž se Bergin odvolával, měly podle kritiků „slabou“ metodologii; psychoterapie byla např. modelována na studentech nebo dobrovolnících – hercích, nikoliv na nemocné populaci; studiím často scházely kontrolní skupiny; při statistickém zpracování výsledků nebrali autoři dostatečně v potaz rozptyl atd. Přesto zde z 60. let minulého století zůstává přítomno podstatné zjištění: někteří terapeuti mohou způsobit spíše negativní změny v psychickém či zdravotním stavu svých klientů. Nedávno, když se zajímali o dropout u 85 terapeutů v rutinní praxi, Saxon s kolegy (2017) zjistili výrazné rozdíly v počtech pacientů, kteří u těchto terapeutů předčasně přerušili terapii.

V literatuře o výzkumech procesu a účinnosti psychoterapie máme dnes kumulováno dostatek (byť často nejednoznačného a nezobecnitelného) poznání o chybách psychoterapeutů. K nejužitečnějším zdrojům tohoto poznání patří výpovědi pacientů. Negativně bývá vnímáno: Konfrontační chování psychoterapeuta projevující se nešetrnými komentáři. Negativní emoční reakce na pacienta. Časté interpretování. Terapeutova hostilita (obviňující, pejorativní nebo odmítající styl práce). Zjevné předsudky a předpojatosti v tom smyslu,

¹ Tato stať je v pořadí třetím článkem věnovaným negativním, resp. nezamýšleným dopadům psychoterapie. První článek spadl do mapování historie psychoterapie – viz Vybíral, 2017; ve druhém příspěvku jsme představili první výzkum v České republice uskutečněný mezi klienty psychoterapie – viz Polakovská, Vybíral, 2018; tato třetí stať byla souběžně s předchozími psána s cílem zpřesnit a diferencovat povědomí o základních pojmech a termínech používaných v této oblasti. Přehled o dnešní konceptualizaci negativních efektů již neopakuje to, co obsahují předchozí stati. Příspěvky doporučujeme k prostudování „pohromadě“.



Zbyněk
Vybíral

Zakladatel a bývalý šéfredaktor časopisu, přednáší na Katedře psychologie FSS MU. Věnuje se výzkumu nežádoucích účinků psychoterapie. Vyučuje historii i současnost psychoterapie, dějiny psychologie, etiku v psychoterapii a poradenství. V roce 2016 vydal v Portálu knihu *Jak se stát dobrým psychoterapeutem* a v roce 2017 v *Nové besedě* knížku *Co je nového v psychologii*.

že terapeut „ví předem“ (jeho přehnané sebevědomí). Terapeutovo zaměřování se na sebe. „Pštroší chování“ tváří v tvář některým tématům. Přesvědčení pacientů, že nedostali terapie dost. Pocit, že jim terapeut nerozuměl (nedostalo se jim porozumění). Léčba, ve které terapeut mluvil málo (závěr toho typu, že jim nepomohl). Jindy léčba, v níž terapeut mluvil příliš. Výčty jak pacienty vnímaných, tak terapeuty reflektovaných chyb najde čtenář v řadě studií či knih, viz namátkově: Coleman-Curtis, 2011; Schwartz, Flowers, 2012; Bowie, McLeod, 2016; Meichenbaum, Lilienfeld, 2018; Polakovská, Vybíral, 2018. Stále ovšem zůstávají celé oblasti psychologických intervencí netknuty výzkumem či systematickou meta-reflexí; chyby terapeutů se zde zatím nezkoumaly. Např. výzkumníci, kteří nedávno ověřovali možnosti internetových intervencí u pacientů s depresí, konstatovali, že „o potenciálních negativních dopadech psychologické léčby deprese provádě-

né přes internet se neví vůbec nic“ (Ebert et al., 2016).

Druhé desetiletí se zevrubně a systematicky upozorňuje také na některé terapeutické a kvazi-terapeutické postupy, které mohou škodit *per se* (Norcross et al., 2006; Lilienfeld, 2007; Pignotti, Thyer, 2009; Mercer, 2014, 2015; Koocher et al., 2015). Nedávno vypracovali Meichenbaum s Lilienfeldem (2018) seznam „švindlování“ („hype“ *check-list*), s nímž se můžeme setkat jak v „marketingu“ některých psychoterapií nebo pseudo-terapií, tak při prezentování výzkumů jejich údajné účinnosti.² Rozhodně je třeba ptát se na to, jakou metodou psychoterapeut pracuje.³ I na to, jakým stylem pracuje. Tak zvaný „výrok ptáka Doda“ o údajné ekvivalenci se týká široce pojaté ekvivalence **potenciální** účinnosti hlavních terapeutických přístupů, ale neříká nic o účinnosti jednotlivých psychoterapií (Meichenbaum, Lilienfeld, 2018). Otázky zůstávají. Nemůže klientovi za jistých okolností ublížit nebo přitížit jakákoliv psychoterapie? Může se samotný terapeutův postup stát nežádoucí událostí pro klienta, a to tehdy, kdy byl chybně zvolený? A co to je onen negativní účinek?

VEDLEJŠÍ A NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY PSYCHOTERAPIE: OPOMÍJENÍ

Shodujeme se na tom, že psychoterapie nepomůže vždy a všem, a považujeme to

² Třináct položek seznamu se týká propagace, inzertování, slibování, jinými slovy marketingu spojenému s psychoterapií; dalších šest položek obrací pozornost k tomu, jakým výzkumem jsou „švindlující“ tvrzení podložena.

³ Rada negativních zkušeností a nežádoucích prožitků a dopadů plyne z toho, že si psychoterapeut se svou osobností a klient s jeho/její osobností „nesednou“; hovoří se o mismatching (Strauss et al., 2012).

za přirozené. Shodujeme se také v tom, že je to přirozené a normální; žádný druh psychoterapie nikdy nebyl a není *panaceum*, nikdy se nedá nabízet s tím, že má snad zaručeně pozitivní výsledky. Nebo s tím, že pomůže každému a za všech okolností. Naopak: každá psychologická léčba se odehrává v kontextech, jejichž proměnné má psychoterapeut jen z menší části „pod kontrolou“. A některé moderující vlivy nemá pod kontrolou vůbec. Většina proměnných psychoterapeutického procesu je nepředvídatelná nebo záleží více na klientovi než na terapeutovi či na léčbě samé. Výzkum byl v této oblasti spíše přehlížený. Ve výzkumech se potvrzovalo, že terapeuti sami vykazují spíše optimismus v tom smyslu, komu všemu pomohou, a podceňují počet pacientů, jimž terapie buď vůbec nepomůže, nebo se při ní jejich stav ještě zhorší (Hannan, Lambert et al., 2005; Lambert, 2017). Donedávna byly všechny vedlejší účinky psychoterapie tak říkajíc *terra incognita*, jak to vyjádřili Moritz et al. (2015). Přesto lze přibližně po roce 2010 sledovat zřetelnou akceleraci v jejich zkoumání. A také zjevný nárůst zájmu předních teoretiků psychoterapie o to, jak je možné, že psychoterapie často „všechno jen zhorší“ (Goldfried, 2013).

Švédský tým výzkumníků vedený U. Jonssonem prostudoval 132 RCT studií měřících psychologické intervence u pacientů s diagnostikovanou duševní poruchou nebo poruchou chování, které byly publikovány v průběhu jediného roku, a to 2010. V 79 % studií (neboli ve 104 výzkumech) nebyly nežádoucí události, vedlejší účinky nebo zhoršení stavu u pacientů vůbec sledovány! Jen ve 21% studií účinnosti psychoterapie se při měření žádoucí změny u pa-

cientů sledovaly také vedlejší účinky léčby nebo poškození pacienta (Jonsson et al., 2014).⁴

Ve stejném roce publikovali výsledky jiného průzkumu Vaughan et al. (2014). Prostudovali 45 RCT studií: 15 farmakoterapeutických, 15 psychoterapeutických a 15 kombinovaných. Zatímco ve výzkumech farmakoterapie se všude nežádoucí události uváděly (jinak tomu ani nemůže být), v případě výzkumů psychoterapeutické účinnosti tomu bylo jen v devíti případech. Fakt, že se nežádoucí události často nesledují a nežádoucí dopady v psychoterapii neměří, si i tento výzkumný tým vysvětlil mimo jiné tím, že v této oblasti doposud schází ujednocená definice toho, co je nežádoucí událost v psychoterapii (Vaughan et al., 2014).

Na rozdíl od standardních testů při zavádění nových léčiv se v psychoterapii až donedávna nikdy systematicky nesledovaly nežádoucí či vedlejší účinky psychologického působení na pacienta.

⁴ Autoři tohoto přehledu plnili zakázku švédské vlády, resp. Švédského výboru pro posuzování zdravotnických technologií. Tým zmonitoroval všechny výzkumné zprávy zařazené v databázích PubMed a PsycINFO publikované v roce 2010. Na základě klíčových slov a slovních základů (harm, deteriorate, side effect, worse, safe, adverse a impair) výzkumníci našli 3696 citací, po pročetí názvů a abstraktů zúžili výběr na 214 výzkumných zpráv. Když vzali v potaz řadu kritérií – např. diagnostické okruhy, druhy psychologických intervencí, popis očekávané změny, zbylo jim 132 studií. (V 52 % šlo o výzkumy účinnosti KBT, v dalších 11 % o studie z oblasti kognitivních tréninkových programů pro pacienty. Ve zbytku studií šlo o výzkumy účinnosti motivačních rozhovorů, psychodynamické terapie, mindfulness, rodinné terapie, expresivních terapií a náviku sociálních dovedností.)

VEDLEJŠÍ A NEZAMÝŠLENÉ ÚČINKY PSYCHOTERAPIE: PRVNÍ TŘÍDĚNÍ

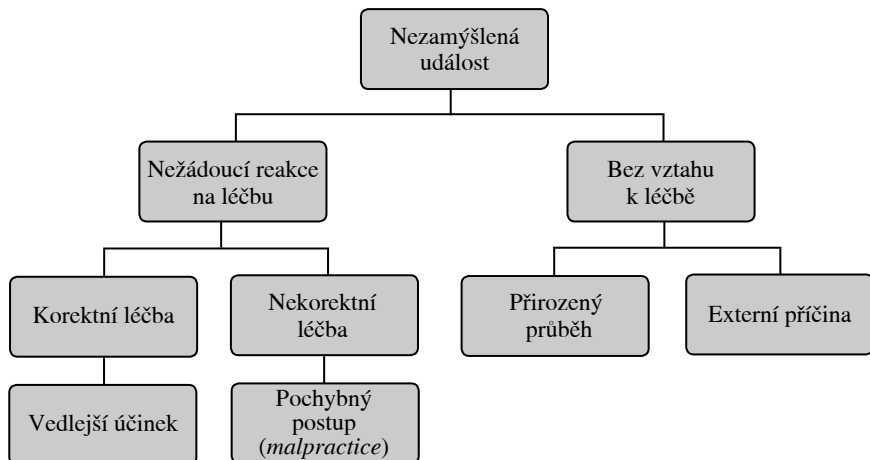
V současnosti můžeme porovnávat výsledky první vlny systematicky zacílených výzkumů v jednotlivých terapeutických přístupech. Vedlejší, nežádoucí a nezamýšlené účinky se začaly sledovat v kognitivních a kognitivně behaviorálních terapiích (Schermuly-Haupt et al., 2018). Podrobnou zprávu o nezamýšlených dopadech meditování v přístupech založených na „mindfulness“ podali Lindahl et al. (2017). V „mindfulness“ terapiích může dojít k prohloubení či zhoršení symptomů na mnoha rovinách (vnímání, kognice, somatická rovina, vztahová); meditující klienti praktikující buddhistické techniky běžně popisují, že u nich vzniká silná vazba na učitele či praktikující komunitu, a *eo ipso* že u nich dochází ke zhoršení stavu tehdy, když není učitel

přítomen, když jim nemůže pomoci nebo se v komunitě vyskytnou vzájemné antipatie. Zdá se zjevné, že v odlišných psychotherapeutických postupech budeme nalézat odlišná potenciální rizika.

Jednou z prvních **obecných** klasifikací vedlejších účinků, nežádoucích dopadů a terapeutických chyb v psychoterapii bylo rozdělení, které nabídl Lieberei a Linden (2008). Nežádoucí účinky a chyby rozdělili na způsobené

- a) nedostatečnou nebo nesprávnou diagnostikou⁵;
- b) nesprávným zaměřením/zacílením terapie;
- c) nesprávným prováděním terapeutických intervencí;
- d) senzitivací (tam, kde to nebylo potřeba);
- e) zneužitím terapeutického vztahu (Lieberei, Linden, 2008).

Obr. 1 Třídění nezamýšlených událostí v léčbě



(Zdroj: Schermuly-Haupt, Linden, Rush, 2018)

⁵ Autoři pokládají diagnózu nebo psychologické vyšetření za nezbytnou součást psychoterapie.

Rozpoznání, definování a klasifikování vedlejších účinků v psychoterapii se věnoval, resp. věnuje dodnes M. Linden i v dalších textech (Linden, 2013; Linden, Schermuly-Haupt, 2014; Schermuly-Haupt, Linden, Rush, 2018).

Zastavme se u neutrálního (nehodnotícího) termínu **vedlejší účinek**, který ve schématu nacházíme vlevo dole (obr. 1).

Jako vedlejší účinky psychoterapie označujeme takové dopady **korektně prováděné** psychologické léčby, které můžeme připsat „na vrub“ psychoterapii s tím, že je psychoterapie způsobila nebo spolu-způsobila a že přinejmenším některé nebyly terapeutem zamýšlené. O vedlejších účincích hovoříme jen u korektní terapie. Jisté vedlejší účinky jsou téměř vždy nevyhnutelné; v tomto směru se psychoterapie neliší od farmakoterapie, kde se vedlejší účinky rovněž u řady pacientů dostaví (Strauss et al., 2012). Vedlejší účinek psychoterapie může být **pozitivní** (stav klienta se zlepší tak, že to psychoterapeuta zaskočí, protože pozitivní změnu nečekal) nebo **negativní** (došlo ke zhoršení). Může dojít souběžně k obojímu: v některých oblastech života dojde ke zlepšení stavu, v jiné oblasti se ale stav zhorší. V užším smyslu se termín *vedlejší účinek* používá pouze ve smyslu negativních dopadů a zhoršení stavu.

Je potřeba rozlišovat vedlejší účinky od **negativního**, někdy **nevyhnutelného** vývoje onemocnění nebo poruchy. Pacientův stav může zhoršit těžká životní okolnost (ztráta zaměstnání apod.), koincidence s každodenním stresem apod. Je třeba počítat s tím, že psychoterapeut někdy nemůže zhoršení pacientova psychického stavu zabránit. Toto by mohlo být jedním z „konsen-

zů“ nad negativními účinky, z konsenzů, po nichž se volá.

Další důležitá okolnost:

Shoda by mohla být i v tom, že pacientův stav může zhoršit i tak říkajíc psychoterapie sama; a to např. tehdy, když je pacient veden k tomu, aby si vzpomněl na nepříjemné situace, protože psychoterapeut se ve svém úsilí chce zaměřit právě na tyto situace. Anebo se na ně chce zaměřit pacient – za doprovodu psychoterapeuta. Víme, že k podstatě psychologické léčby patří senzitivace některých vzpomínek, prožitků a témat. Hloubka a nepříjemnost tohoto zcitlivění bude také závislá od psychických potíží, jimiž pacient trpí. Jak píše Rozental et al. (2016), u některých duševních poruch a onemocnění je potřeba předpokládat fluktuaci psychické pohody (Rozental et al., 2016). To vše je natolik předvídatelné, že takový průběh či dopad můžeme považovat za předvídatelný vedlejší účinek. Některé z dopadů ale označujeme za **nežádoucí**. Jinými slovy: v psychoterapii mohou nastat situace, které žádoucí nejsou.

M. Linden, který upozorňuje na nežádoucí situace již druhé desetiletí, trvá principiálně na tom, že jakmile psychoterapeut vidí, že léčba pod jeho „vedením“ není účinná a on nadále pokračuje v neúčinné psychoterapii, může již jít o neetický postup. Pro konkrétního pacienta může být totiž jistý druh terapie nevhodný, nebo třeba obsoletní, jak zdůraznil Linden (2013). Psychoterapeut, který si nechce přiznat, že by jeho pacientovi mohla pomoci jiná terapie, nepostupuje správně.

Tím se dostáváme k poslednímu termínu, kterým je **chybný postup** (*malpractice*). Nepostupuje-li terapeut správně, ale volí chybný postup nebo pochybnou metodu,

nehovoří Linden se spolupracovníky o vedlejších účincích jako u korektní terapie, ale o dopadech špatné, nesprávné nebo pochybné „terapie“.

CO VŠECHNO POVAŽOVAT ZA NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI V PSYCHOTERAPII

Autoři zabývající se nežádoucími dopady se až donedávna neshodovali v tom, co všechno se dá považovat za nežádoucí událost (*adverse event*) v průběhu psychoterapie nebo po jejím skončení. Vaughan et al. (2014, s. 850), kteří porovnali referování o nežádoucích událostech v psychofarmakologii a psychoterapii, takovou událost vymezují jako „škodlivý výsledek, který můžeme přímo připsat léčebné intervenci“. Definovat nežádoucí událost – až jako lingvistický termín nebo jako klinický konstrukt – jednoduché není, přesto, jak jsme na to již upozornili, kumulované množství poznatků umožňuje poměrně dlouhý výčet toho, co se dnes považuje za nežádoucí postup v psychoterapii. Tedy za takový postup, kterým se zvýší riziko nežádoucího dopadu na pacienta.

Podle Lindena a Schermuly-Hauptové (2014), resp. Schermuly-Hauptové, Lindena a Rushe (2018) musíme brát v potaz to, jak a zda vůbec má nežádoucí účinek psychologické léčby příčinnou souvislost s psychoterapií samotnou (k nežádoucí události může dojít kvůli něčemu jinému). Navrhují proto třídění nežádoucích událostí na nesouvisející s psychoterapií; pravděpodobně nesouvisející; možná související; pravděpodobně související a evidentně související s léčbou. Dalším potřebným krokem je posouzení intenzity těchto událostí v psychoterapii. Může jít o nežádoucí reakci, která je mírná (příkladem je situace,

kdy se pacient rozpláče); může jít o reakci působící středně závažný stres (pacient se doma začal hádat s partnerkou); vážnou reakci (pacientovy úzkosti se zhoršují); velmi vážnou (pacient přišel o práci) nebo extrémně vážnou (pokus o sebevraždu). Třídění co do intenzity navrhli také Peterson et al. (2013) s tím, že se odvolali na platná pravidla stanovená pro *Good Clinical Practice* v USA. Nezamýšlené průběhy léčby mohou být podle autorů trojí:

- a) nežádoucí událost: typická je situace, kdy se u pacienta objeví symptom, který na začátku léčby neměl, nebo se zhorší symptom stávající;
- b) vážná nežádoucí událost: typicky situace, kdy se vynoří život ohrožující symptom nebo problém, který vyžaduje hospitalizaci nebo vede k úmrtí.

Kromě nežádoucích a vážných nežádoucích situací se může ale objevit také

- c) nepředvídatelný problém představující riziko pro pacienta nebo jiné lidi.

Psychoterapeuti otevřeně nehovoří o vedlejších účincích z řady důvodů. Mohou se bát toho, že vedlejší (nežádoucí účinek bude interpretován jako jejich nekompetence a chyba. Nebo že jejich praxi označí někdo z klientů jako praxi toho, kdo klientům škodí (Moritz et al., 2015).

Řada autorů se shoduje v tom, že jedním z nežádoucích účinků terapie je **závislost** na terapii nebo na terapeutovi. A že ze strany terapeutů je chybou, když tuto závislost vytvářejí a posilují. Proč je závislost nežádoucí? Jak zdůraznili Witkowski a Zatonski (2015), závislost na terapii oslabuje u klienta jeho psychickou imunitu. Tedy schopnost

Tab. 1. Příklady konkrétních nežádoucích událostí či nežádoucích průběhů psychologické léčby

Zhoršení symptomů nebo vynoření se nového symptomu
Absence zlepšení
Nárůst suicidality nebo nárůst myšlenek na sebevraždu
Prožitky viny, beznaděje, studu; nebo např. častý usedavý pláč na sezení
Symptomy paniky nebo nárůst úzkosti jako paradoxní účinek aplikování relaxačních technik
Panická reakce na terapii expozicí
Zhoršení stavu při práci se smutkem u přirozeného truchlení
Zvyšující se spotřeba léků
Závislost na terapii nebo na terapeutovi v podobě prožitků „sám to nezvládnou“
Problémy ve vztahu s terapeutem
Zhoršení vztahů s partnerem nebo se členy rodiny
Terapeut trvá na pokračování v evidentně neúčinné nebo stav zhoršující léčbě
Předčasný odchod z terapie

Volně podle: Vaughan et al. (2014), Rozental et al., (2016), Schermuly-Haupt et al. (2018), Polakovská, Vybíral (2018).

vypořádávat se s problémy každodenního života. Závislost s sebou přináší prožitky bezmoci a vede k utváření nezdravých přesvědčení („Bez terapie to nedokážu.“).

PSYCHOTERAPIE NEÚSPĚŠNÁ VERSUS TERAPEUTOVO PROFESNÍ POCHYBENÍ

Neúspěšná psychoterapie, jež pacientovi nepomohla, neznamená, že muselo dojít k profesnímu pochybení ze strany terapeuta. Mohlo se stát, že byla špatně indikována, že pacientovi měla být poskytnuta jiná psychoterapie, krizová intervence, nebo třeba medikace. Nebo naopak, že některá technika měla být vynechána, kupř. meditování že nebylo vhodné (Lindah et al., 2017). Dnes se ví, že tentýž psychotherapeutický postup může být pro někoho prospěšný (léčí ho), někomu jinému nic nepřinese a dalšímu

pacientovi může dokonce ublížit. Parker et al. (2013) oživil myšlenku publikovanou Kottlerem a Carlsonem (2003) o tom, že vzájemný vztah mezi neúspěšnou terapií a profesním pochybením by mohl být znázorněn dimenzionálně. Na jedné straně by byl neúspěch v podobě „neoptimálního“ výsledku terapie, na druhé straně kontinua by bylo poškození klienta jako jasný výsledek terapie.

Ověřovat, co může v psychoterapii navodit nežádoucí událost, co může pacientovi namísto úlevy naopak přitížit, není snadné. Výzkum mimo jiné limitují etické podmínky pro provádění klinických studií. Chceme ověřovat účinnost behaviorální terapie traumatu expozicí – a zjistit, zda u některých pacientů nevede k navození nežádoucího účinku? Lze to vůbec eticky udělat? (Srov.: Peterson et al., 2013.) Tato

tradiční a ve výzkumech opakovaně prokázaná metoda indikovaná rovněž pro léčbu specifických fobií, sociálních úzkostí nebo pro léčbu PTSD má řadu zastánců; stejně tak ale víme, že u některých pacientů může jejich stav zhoršit (Olatunji et al., 2009). U expozičních terapií je třeba pečlivě zvažovat správnou indikaci, ale také kompetenci a profesionalitu terapeuta, zajistit bezpečí a dodržet požadované etické principy, které vykompenzují přechodný emoční diskomfort nebo stres pacienta.

Psychoterapii vyhodnotíme jako **neúspěšnou**, když v ní není dosaženo cílů, které si terapeut s pacientem stanovili. Někdy i v neúspěšné terapii může dojít k pokroku (například v jiné oblasti pacientova života), ale nedošlo k naplnění cílů v tom, co by bylo potřeba změnit. Někdy je změna k lepšímu vyhodnocena jako (příliš) malá, nedostatečná.

Za neúspěchem psychoterapie může stát řada dalších faktorů, nejenom nesprávná indikace nebo nesprávně či pochybně prováděná terapie. Za zhoršení symptomů na konci psychoterapie někdy nemůže ani psychoterapeut, ani nekvalitní léčba, ale jiná okolnost, jako je třeba ztráta zaměstnání. Klást ihned rovnítko způsobem: „zhoršení symptomů = negativní dopad (neúspěšné) psychoterapie“ by bylo krátkozraké a zkratovitě (Bowie, McLeod, 2016).

JAK ZKOUMAT ZHORŠENÍ PACIENTA V PSYCHOTERAPII: METODOLOGICKÉ NESNÁZE

Je zde potřeba znovu upozornit i na metodologickou problematičnost dosavadních výzkumů na tomto poli. Hannan, Lambert et al. (2005) vyvozovali údaje o zhoršení pacientů v psychoterapii ze vzorku 492 klientů

poradenského centra s tím, že se na konci psychoterapie zhoršilo 36 klientů (tedy 7,3 %). Jak dlouho však psychoterapeutická péče trvala? A šlo o psychoterapii? Kdo byli psychoterapeuti? (Ze 49 psychoterapeutů bylo 22 doktorských studentů.) Ve výzkumu predikcí (jinými slovy: ve výzkumu toho, jak přesně dokážou terapeuti a/nebo vyplněné dotazníky předpovědět zlepšení, nebo naopak zhoršení klienta), pracovali titíž autoři se vzorkem 550 klientů. Z tohoto počtu ovšem 218 klientů přišlo pouze na vstupní (*intake session*) a na první sezení; zbylých 332 klientů absolvovalo dvě a více sezení. Je možno z výzkumu s takovými limity vyvozovat něco o zhoršení pacientů v psychoterapii?

V rozsáhlém výzkumu toho, jak psychoterapeut může přispívat k předčasnému ukončení terapie a k poškození pacienta, si Saxon et al. (2017) stanovili pětibodový rozdíl „pre-post“ změny při vyplnění dotazníku CORE-OM; avšak za poškození dokonce považovali rozdíl i menší než 5bodový. Je ale možné pokles bodů v monitorovacím dotazníku např. o jeden nebo o dva body považovat rovnou za indikátor poškození (*deterioration*) pacienta v terapii? Další pochybnost: V souboru více než 10 tisíc pacientů došlo k předčasnému jednostrannému ukončení terapie (*drop-out*) ve 34 procentech, z toho ve více než polovině případů na samém začátku, po prvním nebo druhém sezení.⁶ Máme ve výzkumech,

⁶ Podobné procento předčasně (jednostranně) ukončených terapií téměř konstantně potvrzují také další, nedávné výzkumy. Rubin et al. (2018) zjistili 38% předčasně ukončených terapií ve vzorku 413 klientů univerzitního poradenského centra v Izraeli; O’Keeffe et al. (2018) informovali o 37 % dropoutu u adolescentních klientů s depresí ve Velké Británii.

ve kterých chceme vyčíslit a prozkoumat zhoršení či poškození pacientů, brát v úvahu ty, kteří přišli na sezení u psychoterapeuta jednou nebo dvakrát?

Bowie a McLeod (2016) upozornili na to, že se při výzkumech často nedělá rozdíl mezi poradenstvím, psychoterapií, tím, co bývá označováno jako psychologická léčba, a dalšími formami léčení. Metodologických nesnází je na tomto výzkumném poli více.

PACIENTOVY OSOBNOSTNÍ RYSY A POSTOJE JAKO PROMĚNNÁ

Část zkoumání nezamýšlených účinků vychází z otázek, zda lze u některých pacientů předpovědět, jestli na psychoterapeutickou léčbu zareagují pozitivně, nebo naopak negativně, či zda se v psychoterapii nezmění (Hannan et al., 2005). Minimálně od 70. let minulého století se předpokládalo, že pacienti s jistými osobnostními charakteristikami jsou náchylní k tomu, aby jim psychoterapie spíše ještě ublížila (Mays, Franks, 1980).

Analýzu „deterioračního efektu“, bohužel jen u 62 pacientů, uskutečnili Mohr et al. (1990). Pacienti s depresivní poruchou byli léčeni buď skupinovou kognitivní terapií, nebo cíleně expresivní skupinovou psychoterapií; třetí skupina absolvovala podpůrnou (sebeřídící) terapii. Všichni byli motivováni finančně, aby vydrželi po dobu naplánované terapie; do hodnocení byli zahrnuti ti, kdo absolvovali alespoň čtyři sezení. Z výsledků vyplynulo, že ti, u nichž bylo možno konstatovat negativní výsledek psychoterapie, byli pacienti s vysokou hladinou interpersonálních obtíží a s nízkou hladinou subjektivního distresu.

Bude potřeba dalších výzkumů, abychom

se pravidelně a systematicky dozvídali od klientů, co jim vadilo či vadí, s čím nejsou nebo nebyli spokojeni. Potřebujeme se dozvědět, co sami označují za příčiny svého zhoršení v nebo po psychoterapii. Zatím máme k dispozici nedostatek zpráv. Bowie et al. (2016) vedli rozhovory s deseti profesionály (osmi poradci a dvěma terapeuty), kteří sami podstoupili psychoterapii, ale podle nich jim nepomohla. Mezi důvody uvedli např. to, že necítili opravdový zájem ze strany terapeuta; že se terapeut staral více o svou agendu než o ně; že je neposlouchal.⁷ Sami jsme publikovali první studii založenou na výpovědích nespokojených klientů (tedy nikoliv poradců nebo terapeutů) nedávno (Polakovská, Vybíral, 2018) a důvody nespokojenosti jsme zjistili podobné. Klienti uvedli např. to, že cítili, že nejsou pro terapeuta důležití; měli pocit, že terapeut neposlouchal to, co ho nezajímalo; po sezeních nebo po ukončení terapie jim bylo hůř; terapii si uzavřeli sami s tím, že „chyba je ve mně“; terapeut na sezení mluvil o jiných klientech aj.

NEGATIVNÍ TERAPEUTICKÁ REAKCE: KRÁTKÝ EXKURZ DO HISTORIE

Skutečnost, že se pacient v psychoterapii zhorší, může paradoxně souviset s tím, že psychoterapeut pracuje dobře, dokonce nejlíp, jak je v dané chvíli vhodné! V psycho-

⁷ Doporučuji tuto výzkumnou stať prostudovat už proto, že obrací pozornost k řadě konkrétních momentů v psychoterapii, které mohou u klientů vést k závěru, že jim terapie nepomáhá. Např. poznání toho, že je klientka pro terapeuta „jen“ zajímavá, a že terapeut si jen proto přeje, aby dál docházela na terapii. Nebo moment, kdy se terapeut nevhodně svěřil se svými problémy, což u klienta vede ke ztrátě pocitu bezpečí atd.

analýze byla mnohokrát konceptualizována tzv. negativní terapeutická reakce, popsána a interpretovaná poprvé Freudem. Jde o *paradoxně negativní* reakci pacienta na výstižnou a nápomocnou interpretaci. Pacient na psychoterapeutovu pomoc (např. na nabídnutý trefný vhled do vnitřního konfliktu) zareaguje paradoxně zhoršením svého stavu. Změní-li se terapie v takovýto proces, ten sám se stává překážkou tomu, aby psychologická léčba byla úspěšná (Binder, Strupp, 1997). Gabbard (2005), který se negativní terapeutické reakci podrobně věnoval, nabízí mezi vysvětleními to, že pacient tak může reagovat například proto, že nechce dát psychoterapeutovi zažít úspěch, že chce naopak mařit jeho snahy. Z tohoto úhlu pohledu, píše Gabbard (2005), může být selhání pacienta viděno jako jeho úspěch – to, co hluboce nevědomě potřeboval, bylo kupříkladu pomstít se přenosově jednomu z rodičů.⁸

Ponechejme stranou psychoanalytické spekulace a připusťme, že se pacient může horšit v období, kdy terapeut pracuje přiměřeně a empaticky. Za pozornost stojí Gabbardova jiná poznámka, a sice ta, že za takovou negativní reakcí může být i jisté chování terapeutovo: například si velmi silně přeje s tímto pacientem uspět, hodně mu na tom záleží, přeje si, aby mu byl pacient vděčný apod. Negativní terapeutická reakce vtahuje do oboustranné frustrace i terapeuta, který se může sám stát iniciativním aktérem negativního reagování.

Začátky systematického zkoumání toho,

jak a proč terapeuti negativně reagují na pacienty, spadají do 50. let minulého století a jsou spojeny se jménem Hanse H. Struppa a s Vanderbilt univerzitou. Strupp ze svých výzkumů vyvodil, že terapeuti reagují negativně na pacienty, kteří je provokují tím, že a) jsou pasivní, b) na terapeuta tlačí, aby jim dal radu, c) vyjadřují zklamání nebo nespokojenost s terapií, d) stěžují si buď na terapii nebo terapeuta (Binder, Strupp, 1997). V 80. letech minulého století publikovali Fremont a Anderson průzkum uskutečněný mezi více než stovkou terapeutů, kteří jim odpověděli na otázku, co jim „jde na nervy“.⁹

Jako atributy zpravidla oboustranně negativního procesu a/nebo jeho spouštěče byly identifikovány zejména: závislost na terapeutovi a/nebo terapii; očekávání, že terapie bude jen příjemná a že se jako klient nebudu muset o nic snažit; precitlivělost, s jakou klient na terapeuta reaguje (ale také terapeut na klienta); podezírání druhého (oboustranné); zlobení se na druhého (rovněž z obou stran); hostilní výměny mezi terapeutem a pacientem nebo terapeutova netrpělivost (Mohr, 1995; Binder, Strupp, 1997).¹⁰

NEŽÁDOUCÍ NEETICKÉ CHOVÁNÍ PSYCHOTERAPEUTA A PROFESNÍ POCHYBENÍ

Od vedlejších účinků bona fide prováděné psychoterapie, od odezvy pacienta, jež

⁸ Young (2014) zmiňuje historická kvazi-vysvětlení negativní terapeutické reakce, jako byla hypotéza Horneyové o masochistickém charakteru pacienta nebo Freudovo pojetí odporu vůči změně v zájmu ochrany vlastního superega. Dnes podobná vysvětlení patří spíše do archívu našeho oboru.

⁹ Otázka zněla: What sorts of behavior „annoyed“ you?

¹⁰ Nad pasáží věnovanou negativní terapeutické reakci a nad exkurzem do psychoanalýzy vznesl jeden z recenzentů této stati několik otázek: Můžeme dobře roztřídit a studovat tyto jevy napříč všemi psychoterapeutickými směry? Jsou „nadměrová“ zkoumání vůbec možná? Nemáme negativní jevy a dopady zkoumat jen s ohledem na teoretický rámec terapeuta, ale i klienta? Považují to za otevřenou pochybnosti.

může mít podobu dočasného přetížení, resp. zhoršení symptomů, je potřeba zřetelně odlišovat selhání a chyby, kterých se psychoterapeut dopustil.¹¹ Někteří známí psychoterapeuti se v minulosti vyjádřili v tom smyslu, že ze začátku kariéry dělali chyby a že měli podíl na „selháních“ psychoterapie (viz např. Breger, 2016).¹²

Chyby mohou být neúmyslné, může jít o důsledek nedomyšleného postupu, ale také o následek terapeutovy nekompetence. Počítat je třeba např. s potenciálním iatrogenním vlivem terapeutova „nálepkování“ nebo jeho dehumanizovaného žargonu (Boisvert, Faust, 2002). Některé chyby můžeme označit za neetické chování. Těmto selháním ne vždy věnují výzkumníci dost pozornosti, vyhýbají se jim, respektive uvedou tu a tam jeden dva příklady. Strauss et al. (2012) uvádějí jako příklady neetického chování psychoterapeuta to, když vědomě manipuluje klientem tak, aby uspokojil vlastní zájmy; nebo osobní kontaktování se s klientem, které ohrožuje terapii.

Prohřešky vůči etice můžeme rozlišovat na:

1. vážná etická selhání: typicky jde o překročení hranic intimity klienta nebo o svedení klientky/klienta. Psychoterapeut se má zdržet jakéhokoliv chování, které může vyvolávat dojem, že jde o chování propojené s erotickým vztahováním nebo sexuálními intimitami. Platí to pro terapeutovy vztahy s klienty a pacienty, se studenty, frekventanty výcviku a účast-

níky výzkumu.¹³ Svedení klientky terapeutem nebo terapeutkou je někdy přirovnáváno k navázání incestního vztahu nebo ke znásilnění (Folman, 1991);

2. procedurální etická pochybení, tedy na chyby v terapeutově postupu (typicky jde o riskování něčeho, co nemuselo „vyjít“; o navázání tzv. duálního vztahu s klientem apod.);¹⁴

3. omyly nebo nesprávné kroky, kterých si terapeut nemusí být vědom a kterých se dopustí často v dobré víře, že postupuje *bona fide* (neadekvátně zvolená technika; v dané chvíli nevhodná interpretace apod.).

Ponecháme-li stranou zřejmé neetické činy psychoterapeutů, jakými jsou fyzické napadení klienta, sexuální atak, lascivní poznámky nebo svádění, zůstane nám i takto ještě široké pole špatně prováděné praxe, resp. profesních prohřešků (*malpractice*), a to ve shodě s jinými autory. V této oblasti je pro všechny psychoterapeuty potřebné se dále vzdělávat, resp. nepřetržitě reflektovat, diskutovat a modelově (cvičně) tyto situace řešit (Pope, Vasquez, 2016).

Nežádoucí či nesprávné je také prodloužení psychoterapie tehdy, kdy se klient evidentně nelepší a psychoterapie mu neprospívá. Klient má vždy právo ukončit psychoterapii tehdy, kdy sám chce.¹⁵

Někteří autoři hledají společné jmenovatele rizik, riskantních postupů nebo potenciálních hrozeb pro klienty; a to jak v oblasti konvenčních, tak alternativních

¹¹ V němčině rozlišování mezi Therapienebenwirkungen a Kunstfehlerfolgen, viz např. Strauss et al., 2012/.

¹² Více čtenář najde v historickém přehledu „Psychoterapeuti chybují I“, kde jsem připomněl příznání Harolda Searlese nebo Patricka Casementa (srov. Vybíral, 2017).

¹³ V Etickém kodexu EAP jde o text v článku 6. d.

¹⁴ Duální vztahy jsou zmiňovány v etických kodexech psychoterapeutů jako chování, kterému se má terapeut vyhýbat; viz např. Etický kodex EAP; článek 5.a.

¹⁵ V Etickém kodexu EAP jde o text v článku 6.d.

terapií (Mercer, 2014; Meichenbaum, Lilienfeld, 2018).

APENDIX: JE MOŽNÉ ZAMEZIT CHYBÁM TERAPEUTŮ?

Jde o naléhavou otázku, k jejímuž zodpovězení bude potřeba dalších výzkumů. To, že je v dané oblasti potřeba dále bádát, se konstatuje standardně, zde je však taková potřeba evidentní. Vedlejší účinky psychoterapie začaly být brány vážně teprve nedávno. Bude třeba získat dostatek poznatků od klientů a pacientů, abychom věděli, co jim konkrétně vyhovovalo a pomohlo v léčbě toho nebo onoho duševního onemocnění, v té či oné fázi psychoterapie, při řešení toho nebo onoho druhu problémů. Snad až poté bude možné na otázku odpovědět. Prozatím hledají terapeuti dílčí odpovědi.

Řadu odpovědí přinesl výzkum prožitků a nespokojeností deseti terapeutů v jejich vlastní terapii ve studii Bowie a McLeodových (2016). Neměli bychom ho přehlédnout už proto, že obrací velmi detailně pozornost k tomu, co klient může pokládat za terapeutovu chybu.

Podle Meichenbauma a Lilienfelda (2018) může úspěšnost psychoterapie zvýšit to, když je psychoterapeut zdravě sebe-pochybující, střízlivě hodnotí výhled v psychoterapii i pokrok, je spíše skeptický, nevyznačuje se ani přehnaným sebevědomím, ani podceňováním, dokáže si přiznat nejistotu v tom smyslu, že si není jist tím, co by danému pacientovi pomohlo nejvíce apod. Může to vyznívat paradoxně, ale první výzkumná zjištění ukazují, že klienti právě takovýchto (pochybujících) psychoterapeutů dosahují lepších výsledků v psychoterapii.

Psychoterapeutka Coleman-Curtis (2011) s velkou otevřeností porovnávala dvě psycho-

analýzy, jež absolvovala v rámci výcviku. Nespokojenost s prací prvního psychoanalytika se týkala mj. přehnaného sebevědomí terapeuta, který byl přesvědčen, že psychoanalýzou je možné léčit všechno a pomůže každému. Jeho skálopevná přesvědčení – podobně silná přesvědčení měl i v jiných oblastech – byla v rozporu s přesvědčeními klientky a v terapeutickém procesu vedla ke konfrontacím.

Bickman (1999) rozebral šest mýtů tradovaných zejména v poslední čtvrtině 20. století nad poskytováním péče o duševní zdraví. Jedním z nich byl většinový předpoklad, že čím zkušenější je terapeut, tím lepší péče se dostane pacientovi. Ale není tomu tak. Dalším mýtem je mýtus o záruce dané co nejvyšším vzděláním nebo domnělé záruce, kterou klientům poskytne kontinuální vzdělávání kliniků. Jiný mýtus je založen na tom, že doporučujeme a požadujeme klinickou supervizi. Bohužel, nic z toho neposkytuje záruku v tom smyslu, že se psychoterapeut nedopustí prohřešku.

V každém případě otázka z appendixu nejenom zůstává, ale otevírá otázky a témata další: Jak kvalitní jsou psychoterapeutické výcviky a další formy vzdělávání v psychoterapii? Kolik prostoru je ve vzdělávání psychoterapeutů věnováno tématům, jakými jsou negativní proces v psychoterapii, nezamýšlené či vedlejší účinky a eticky správný, žádoucí postup? Co má udělat psychoterapeut ve chvíli, kdy vytuší nezamýšlené negativní účinky psychoterapie na klienta? A co má udělat klient, když si takových dopadů psychoterapeutické léčby je vědom.

V Centru pro výzkum psychoterapie na FSS MU jsme připraveni podporovat další výzkumy v této oblasti.

Konflikt zájmů:

Bez konfliktu zájmů.

LITERATURA

- Barlow, D.H. (2010). Negative effects from psychological treatments. *American Psychologist* 65(1), 13–20.
- Bergin, A.E. (1963). The effects of psychotherapy? Negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology* 10(3), 244–250.
- Bickman, L. (1999). Practice makes perfect and other myths about mental health services. *American Psychologist*, November, 965–978.
- Binder, J., Strupp, H. (1999). „Negative process“: a recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice* 4, 121–139.
- Boisvert, Ch., Faust, D. (2002). Iatrogenic symptoms in psychotherapy. A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. *American Journal of Psychotherapy* 56(2), 244–259.
- Bowie, Ch., McLeod, J., McLeod, J. (2016). ‘It was almost like the opposite of what I needed’: A qualitative exploration of client experiences of unhelpful therapy. *Counselling and Psychotherapy Research* 16(2), 79–87.
- Breger, L. (2016). *Súčasná dlhodobá analytická psychoterapia. Križujúce sa životy*. Bratislava: Trenčín: Vydavateľstvo F, Pro mente sana.
- Bystedt, S., Rozental, A., Andersson, G. et al. (2014). Clinicians’ perspectives on negative effects of psychological treatments. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(4), 319–331.
- Coleman-Curtis, R. (2011). Speaking freely: My experiences in individual psychotherapies, group therapies, and growth groups. *Journal of Clinical Psychology/in Session* 67(8), 794–805.
- Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L. et al. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 260–265.
- Ebert, D., Donkin, L., Andersson, G., Andrews, G. et al. (2016). Does Internet-based guided-self-help for depression cause harm? An individual participant data meta-analysis on deterioration rates and its moderators in randomized controlled trials. *Psychological Medicine* 46, 2679–2693.
- Folman, R. (1991). Therapist-patient sex: attraction and boundary problems. *Psychotherapy* 28(1), 168 – 173.
- Gabbard, G.O. (2005). *Dlhodobá psychodynamická psychoterapia*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Goldfried, M. R. (2013). What should we expect from psychotherapy? *Clinical Psychology Review* 33, 862–869.
- Hannan, C., Lambert, M., Harmon, C. et al. (2005). A lab test and algorithms for identifying cliwents at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology/in Session* 61(2), 155–163.
- Chessick, R. D. (1971). *Why Psychotherapists Fail*. New York, London: Jason Aronson.
- Jonsson, U., Alaie, I., Parlin, T., Arnberg, F. (2014). Reporting of harms in randomized controlled trials of psychological interventions for mental and behavioral disorders: A review of current practice. *Contemporary Clinical Trials* 38(1), 1–8.
- Knox, S., Hill, C., Knowlton, G. et al. (2017). Crying in psychotherapy: the perspective of therapists and clients. *Psychotherapy* 54(3), 292–306.
- Koocher, G., McMann, M., Stout, A., Norcross, J. (2015). Discredited assessment and treatment methods used with children and adolescents: A Delphi poll. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 44(5), 722–729.
- Lambert, M. (2017). Maximizing psychotherapy outcome beyond evidence-based medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics* 86, 80–89.
- Lieberei, B., Linden, M. (2008). Unerwünschte Effekte, Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 102, 558–562.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treat-

- ments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science* 2 (1), 53–70.
- Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 20, 286–296.
- Linden, M., Schermuly-Haupt, M.-L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry* 13(3), 306–309.
- Lindahl, J. R., Fisher, N. E., Cooper et al. (2017). The varieties of contemplative experience: A mixed-methods study of meditation-related challenges in Western Buddhists. *PloS one*, 12(5), e0176239.
- Märtens, M., Petzold, H. (Eds.) (2002). *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünewald.
- Masson, J.M. (1988). *Against therapy: emotional tyranny and the myth of psychological healing*. HarperCollins Publishers.
- Mays, D.T., Franks, C.M. (1980). Getting worse: Psychotherapy or no treatment – the jury should still be out. *Professional Psychology*, February, 78–92.
- Meichenbaum, D., Lilienfeld, S. O. (2018). How to spot hype in the field of psychotherapy: a 19-item checklist. *Professional Psychology: Research and Practice* 49 (1), 22–30.
- Mercer, J. (2014). *Alternative Psychotherapies*. London: Rowman & Littlefield.
- Mercer, J. (2015). Revisiting an article about dyadic developmental psychotherapy: the life cycle of a wozzle. *Child and Adolescence Social Work Journal* 32, 397–404.
- Mohr, D.C., Beutler, L.E., Engle, D. et al. (1990). Identification of patients at risk for nonresponse and negative outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58(5), 622–628.
- Moritz, S., Fieker, M., Hottenrott, B. et al. (2015). No pain, no gain? Adverse effects of psychotherapy in obsessive-compulsive disorder and its relationship to treatment gains. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 5(1), 61–66.
- Norcross, J., Koocher, G., Garofalo, A. (2006). Discredited psychological treatments and tests: A Deplhi poll. *Professional Psychology: Research and Practice* 37(5), 515–522.
- O’Keeffe, S., Martin, P., Goodyer, I. et al. (2018). Predicting dropout in adolescent receiving therapy for depression. *Psychotherapy Research* 28(5–6), 708–721.
- Olatunji, B., Deacon, B., Abramowitz, J. (2009). The cruelest cure? Ethical issues in the implementation of exposure-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice* 16, 172–180.
- Parker, G., Fletcher, K., Berk, M., Paterson, A. (2013). Development of a measure quantifying adverse psychotherapeutic ingredients: The Experiences of Therapy Questionnaire (ETQ). *Psychiatry Research*, 206(2–3), 293–301.
- Parry, G., Crawford, M., Duggan, C. (2016). Iatrogenic harm from psychological therapies – time to move on. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 210–212.
- Peterson, A., Roache, J., Raj, J. et al. (2013). The need for expanded monitoring of adverse events in behavioral health clinical trials. *Contemporary Clinical Trials* 34, 152–154.
- Pignotti, M., Thyer, B. (2009). Some comments on „energy psychology“: A review of the evidence: Premature conclusions based on incomplete evidence? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 257–261.
- Polakovská, L., Vybíral, Z. (2018). Nežádoucí účinky psychoterapie. *Psychoterapie* 12(2), 115–131.
- Pope, K., Vasquez, M. (2016). *Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide*. John Wiley, Publishers (5th Edition).
- Rozental, A., Kottorp, A., Boettcher, J. et al. (2016). Negative effects of psychological treatments: an exploratory factor analysis of the negative effects questionnaire for monitoring and reporting adverse and unwanted events. *PLoS One* 11(6)
- Rubin, A., Dolev, T., Zilcha-Mano, S. (2018). Patient demographics and psychological functioning as predictors of unilateral termination of psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research* 28(5–6), 672–684.
- Saxon, D., Barkham, M., Foster, A., Parry, G.

- (2017). The contribution of therapist effects to patient dropout and deterioration in the psychological therapies. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24, 575–588.
- Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M., Rush, A.J. (2018). Unwanted events and side effects in cognitive behavior therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 219–229.
- Schwartz, B., Flowers, J. (2012). *Jak selhat jako terapeut. 50 způsobů, jak ztratit nebo poškodit svého klienta*. Praha. Portál.
- Scott, J., Young, A. (2016). Psychotherapies should be assessed for both benefit and harm. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 208–209.
- Strauss, B., Linden, M., Haupt, M.-L., Kaczmarek, S. (2012). Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlenentwicklungen. *Psychotherapeut* 57, 385–394
- Vaughan, B., Goldstein, M. H., Alikakos, M., Cohen, L. J., & Serby, M. J. (2014). Frequency of reporting of adverse events in randomized controlled trials of psychotherapy vs. psychopharmacotherapy. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 849–855
- Vybíral, Z. (2017). Psychoterapeuti chybují I: Historický přehled. *Psychoterapie* 11(3), 178–189.
- Witkowski, T., Zatoński, M. (2015). *Psychology Gone Wrong: The Dark Side of Science and Therapy*. Boca Raton, Florida: Brown Walker Press.
- Young, C. (2014). The possible harmful „side-effects“ of psychotherapy. *International Journal of Psychotherapy* 18(3), 63–82.

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 27. 11. 2018. Revidované znění došlo 1. 3. 2019 k publikaci přijato 2. 3. 2019.