

BARIÉRY KRITICKÉHO MYŠLENÍ V PSYCHOTERAPII BARRIERS TO CRITICAL THINKING IN PSYCHOTHERAPY

Marek VRANKA

Katedra psychologie FF UK, Praha, marek.vranka@ff.cuni.cz

Abstrakt: Příspěvek v první části obecně identifikuje faktory, které brání důsledné aplikaci vědecké metody a principů kritického myšlení v oblasti psychoterapie. Tyto faktory existují jak na straně pacientů odmítajících smířit se s neexistencí spolehlivých a vysoce účinných terapeutických prostředků v případě určitých diagnóz, tak na straně terapeutů podléhajících kognitivním zkreslením, která u nich vyvolávají neopodstatněnou iluzi odbornosti. Závěrem příspěvku je doporučení, že ačkoliv je chování pacientů i terapeutů pochopitelné či vysvětlitelné, nemělo by být pasivně akceptováno, nýbrž je potřebné vyvinout snahu o jeho korekci vhodným způsobem informování pacientů a edukací terapeutů.

Abstract: The first part of the contribution identifies several factors that impede a rigorous application of the scientific method and the principles of critical thinking in the field of psychotherapy. These factors exist for both the patients, who refuse to accept the lack of reliable and effective therapeutic interventions in the case of certain diagnoses, and also for the therapists suffering from cognitive biases that may cause an unfounded illusion of expertise to emerge. Finally, the contribution offers a recommendation that although the behavior of patients and therapists can be understood and explained, it should not be just passively accepted. Instead, it is necessary to try to correct it by adequately informing clients and by educating therapists.

Klíčová slova: psychoterapie; heuristiky a zkreslení; věda a pseudověda; kognitivní iluze

Keywords: psychotherapy; heuristics & biases; science & pseudoscience; cognitive illusions

„It is absurd, as well as arrogant, to pretend that acquiring a Ph.D. somehow immunized me from the errors of sampling, perception recording, retention, retrieval, and inference to which the human mind is subject.“

Paul Meehl

Úvod

Je běžnou praxí, že před získáním povolení k zavedení do distribuce musí léky v přísně kontrolovaných testech prokázat nejen, že samy osobě neškodí, ale že zároveň přináší i pozitivní účinky převyšující pouhý placebo efekt. Stejně tak je běžné, že lidé cestující do Afriky se nechají očkovat proti malárii, spíše než by si proti ní pořídili talisman, a jen těžko si lze představit člověka, který by při apendicitidě raději než obvyklý chirurgický zákrok podstoupil léčbu neověřenou alternativní metodou. Z uvedených příkladů lze snadno získat pocit, že lidé jsou v otázkách svého zdraví schopni a ochotni kriticky zvažovat přínosy a rizika různých postupů a vybrat si ty nejspolehlivější a nejúčinnější. Konec konců, řada lidí i před nákupem jednoduchých elektrospotřebičů pečlivě studuje výsledky komplexních srovnávacích testů realizovaných nezávislými sdruženími spotřebitelů. Jak je pak možné, že v oblasti psychoterapie se dlouhodobě daří tak širokému spektru nejrůznějších neověřených, neprozkoumaných a potenciálně škodlivých „léčebných“ postupů a metod?

Předkládaný příspěvek si klade za cíl stručně představit jednotlivé faktory přispívající k tomuto stavu. Pracovně lze tyto faktory nazývat *bariérami kritického myšlení*, protože opravdu fungují jako překážky bránící pacientům a terapeutům uplatňovat při rozhodování o psychoterapii stejná racionální kritéria, jejichž uplatňování jim jindy pomáhá vyhnout se malárii nebo si koupit ten nejlepší topinkovač. Přestože dopady těchto bariér pro výběr terapie a průběh jejího poskytování mohou být značné, nebyla jim dosud v (zejména české) odborné literatuře věnována dostatečná pozornost. Příspěvek se proto snaží čtenářům nabídnout prvotní seznámení s touto problematikou, s důrazem na popis interakce a vzájemného posilování se jednotlivých bariér. Podrobnější rozbor některých bariér, pro který zde není místo, možno nalézt v příslušných citovaných zahraničních zdrojích.

Na úvod je ještě vhodné zmínit, že z důvodu zaměření se na limity a nedostatky lidského uvažování může text místy vyznívat příliš negativisticky. Záměrem určitě není paušálně kritizovat veškeré rozhodování pacientů a terapeutů, ale spíše poukázat na existenci nereflexovaných vlivů, jež mohou v určitých situacích i přes dobré úmysly dlouhodobě vést k špatným rozhodnutím a škodlivému chování. Jak bude ukázáno níže, k překonání těchto vlivů není nutné stát se dokonale racionálním superpočítačem. Pro začátek naprosto stačí uvědomit si jejich existenci.

V první části budou představeny bariéry existující na straně pacientů, následně bariéry u terapeutů a poté některá obecně sdílená přesvědčení, bránící většímu využívání výzkumných poznatků v psychoterapii. Závěrem je načrtnuto několik možných cest, jak bariéry kritického myšlení v psychoterapii překonat.

1. Bariéry na straně pacientů

Ačkoliv se to může zdát člověku žijícímu ve 21. století těžko uvěřitelné, vědecká medicína je z hlediska historie relativně mladým oborem, rozhodně ne starším než 150 let. I přesto si většina lidí bez větších problémů vybaví „zakladatele“ medicíny, v antických časech žijícího Hippokrata, či lékařské fakulty na prvních středověkých universitách. Je tedy zřejmé, že náplň oboru známého jako medicína byla po dlouhá tisíciletí naprosto odlišná od toho, s čím se můžeme v nemocnici či lékárně setkat dnes. Praktiky jako pouštění žilou, baňkování nebo podávání železných pilin na „zpevnění“ charakteru duševně nemocných, které bychom dnes nejspíš zařadili k šarlatánství či magii, byly do konce 19. století pevnou součástí oficiální medicíny (Foucault, 1994). Bez ohledu na drastický průběh, bolestivost, škodlivost, a především absenci jakéhokoliv účinného léčivého mechanismu mnohých podobných „lékařských“ procedur, se lékaři v průběhu celé historie těšili vážnosti, důvěře a zájmu pacientů (Vyse, 2008).

Vysvětlení této na první pohled nepochopitelné skutečnosti můžeme nalézt, když kromě samotného vyléčení vezmeme v potaz i jiné přínosy, které takováto předvědecká medicína pacientům poskytuje: zejména se jedná o pocit, že člověk může pro své vyléčení něco aktivně udělat. Vnímání vlastní kompetence nepochybně hraje roli v terapeutickém procesu (srov. Snyder et al., 2000) a ve folkové psychologii je potřeba aktivity pevně zakořeněna (Doust & Del Mar, 2004). Ačkoliv samoléčící potenciál lidského organismu je dobře známý (Bohart, 2000), lidé čekají, že pro uzdravení je potřeba udělat i něco konkrétní a navenek viditelné – vzít si lék či podstoupit operaci nebo terapii. Proto i v situacích, kdy léčebný postup ve skutečnosti šanci na uzdravení snižuje (např. v případech masivního pouštění žilou), ale žádná účinná alternativa neexistuje, podstoupí lidé takovouto „léčbu“ raději, než by měli přijmout omezenost svých možností a spokojit se s nečinností.

V tomto světle není nijak překvapivé, že i dnes se stále najde spousta pacientů ochotných podstupovat nejrůznější terapie bez jakéhokoliv zkoumání jejich vědeckého opodstatnění či doložitelných výsledků. Zejména je tomu tak v případech, kdy vědecká medicína žádné spolehlivé a účinné prostředky nenabízí (Vyse, 2008). Odpor k přijetí svých omezení je první významnou bariérou kritického myšlení, která brání jeho využití i u lidí jindy schopných pečlivě zvažovat důvěryhodnost dostupných informací a různých argumentů pro a proti.

Další bariéru kritického myšlení u pacientů vytváří jejich preference příjemných, libivých terapií, ladících s folkově-psychologickými teoriemi. Pokud by se jednalo pouze o to, že se lidé snaží vyhnout bolesti a nepohodlí plynoucím z vedlejších účinků, nebylo by možné proti takovému chování nic namítat. Lidé ale při svém rozhodování někdy připisují neúměrně vysokou váhu okamžitým emocím, například emocím vyvolaným živými (a často v důsledku ignorování budoucí adaptace zveličenými [Gilbert & Wilson, 2009]) obrazy nepřijemných procedur. V důsledku toho mohou odmítat mnohem účinnější, i z jejich vlastního dlouhodobého hlediska vhodnější terapii (Loewenstein, Weber, Hsee, & Welch, 2001).

V případě upřednostňování neověřené terapie pouze kvůli příjemnosti průvodní ideologie již ale jen těžko můžeme uvažovat o rozumnosti takového chování. Ovšemže pouze pokud přijmeme předpoklad, že úspěšné vyléčení je pro lidi hodnotnější než soulad podstupované léčby s jejich přesvědčeními. Hraničním příkladem by tak byl člen sekty odmítající transfúzi krve, zastávající přesvědčení, že přijetím cizí krve člověk ztratí možnost posmrtného života v ráji. V takovém případě může být pro daného jedince ideologická nezávadnost důležitější než vyléčení. Naprostá většina případů odmítání léčby z ideologických důvodů však není takto extrémní – může jít například o odpor k údajně „škodlivé“ medikamentózní léčbě ADHD nebo k „chladné a manipulativní“ (avšak účinné!) behaviorální terapii dětského autismu (Vyse, 2008). Někdy lze na počátku takového odporu identifikovat přesvědčivé, i když nevědecké vysvětlení etiologie daného onemocnění, často propagované veřejně uznávanou autoritou, či dokonce celým oborem. Takováto vlivná, zpopularizovaná teorie pak způsobí, že lidé vyhledávají kompatibilní terapeutickou intervenci, protože

ji intuitivně považují za vhodnější a účinnější (kupř. hypotéza „chladných matek“ jako příčina vzniku autistických poruch nebyla nikdy potvrzená, u lidí je však dobře přijímána, a i proto z ní ještě i dnes vychází celá řada používaných terapií [Margolies, 1977]).

Kombinace popsaných bariér kritického myšlení napomáhá vzniku poptávky po líbivých terapiích slibujících výsledky, jejichž dosažení je mimo možnosti současného vědeckého poznání. A jelikož žijeme ve svobodné společnosti, vždy se najdou lidé, kteří takovéto žádané služby pacientům nabídnou a poptávku uspokojí. Jsou takovíto lidé jen cynici, vědomě poskytující nefunkční léčbu a vydělávající na lidském neštěstí? Odpovědí, která vede k dalším bariérám kritického myšlení, je, že ne nutně.

2. Bariéry na straně terapeutů

Pokud bychom akceptovali pesimistický pohled na lidskou povahu a předpokládali, že všichni poskytovatelé neověřených a důkazy nepodložených technik jsou si jejich vysoce pravděpodobné neúčinnosti plně vědomi a svým pacientům jednoduše lžou, bylo by jejich chování sice nemorální, v zásadě ale racionální. Zdá se však, že přinejmenším část terapeutů poskytujících problematické terapie je upřímně přesvědčena o účinnosti a prospěšnosti svých postupů. Vysvětlením tohoto jevu může být skutečnost, že terapeutická situace vytváří téměř ideální prostor pro vznik a rozvoj iluzí účinnosti a odbornosti, které pak fungují jako bariéry kritického myšlení a znemožňují objektivní zhodnocení přínosů nabízené léčby (Beyerstein, 1997; Dawes, 1994).

Iluze účinnosti označuje mylné přesvědčení, že praktikovaná terapie napomáhá vyléčení, ačkoliv mezi léčbou a stavem pacienta není žádný kauzální vztah. Iluze vzniká, protože každé zlepšení stavu je automaticky připsáno léčbě, a jiná zdůvodnění vůbec nejsou brána v potaz (naopak zhoršení má vždy externí příčiny, anebo je potřebnou součástí léčebního procesu). Alternativních vysvětlení se přitom nabízí celá řada – od nejjednodušší spontánní remise, přes cyklický průběh onemocnění až po placebo efekt či obecně vliv faktorů nespecifických pro danou terapii (Beyerstein, 1997). Iluze je umocňována skutečností, že pacienti obvykle pomoc vyhledávají v okamžicích zvláště intenzivních obtíží a pravděpodobnost, že se časem budou vracet ke svému normálnímu (tj. lepšímu) stavu je tudíž větší.

Na podrobnější diskusi o placebo efektu a oprávněnosti či neoprávněnosti jeho využívání v terapii zde není dostatek prostoru. Pouze ve stručnosti lze říct, že je dostatečně prokázané, že účinky placebo se projevují i na neurofyziologické úrovni, a nejedná se tudíž pouze o zkreslené sebe-posouzení na straně pacienta, protože nelze využití placebo efektu v terapii paušálně odsoudit (srov. Benedetti et al., 2005). V souvislosti s iluzí účinnosti se však placebo efekt (a stejně tak nespecifické faktory terapie, jako je např. interpersonální kontakt, prostor pro vyjádření svých problémů apod.) stává problematickým v okamžiku, kdy terapeut nezhledňuje jeho možné působení a veškeré zlepšení připisuje specifickým účinkům terapie. Potenciálně se tím brání účelnějšímu využití pacientova času či finančních prostředků při aplikaci efektivnější terapie.

Poslední uváděný faktor podporující vznik iluze účinnosti souvisí s reciprocitou v sociální interakci mezi pacientem a terapeutem. Pokud pacient vnímá, že se mu terapeut snaží pomoci a léčebný proces hodnotí obecně pozitivně, reaguje automaticky snahou zavděčit se poskytováním zpětné vazby, o níž předpokládá, že bude v souladu s terapeutovým očekáváním. O existenci tohoto problému svědčí i skutečnost, že terapeuti hodnotí úspěšnost terapie spíše dle míry spolupráce pacienta v jejím průběhu či jeho celkové spokojenosti než podle objektivních kritérií sledujících například zmírnění symptomů či zlepšení každodenního fungování (Lambert, Salzer, & Bickman, 1998). Protože se řada terapeutů při hodnocení účinnosti spokojí s tak nespolehlivými kritérii, získávají snadno přesvědčení o účinnosti léčby, kterou poskytují. V důsledku toho u nich klesá ochota nahlížet na vlastní praxi kriticky, například ve světle vědeckých poznatků, jelikož mohou mít pocit, že „když je léčba *účinná*, na výsledcích nějakých výzkumů přece nezáleží“.

Snižování významu a přínosů vědecké metodologie jde ruku v ruce s další bariérou kritického myšlení – iluzí odbornosti. Tato iluze je založena na mylném přeceňování svých praxí získaných dovedností v oblastech diagnostiky a vedení terapie. Ačkoliv prokazatelně existují profese, ve kterých s praxí dochází ke vzniku odbornosti umožňující rychlejší a lepší rozhodování (srov. Lipshitz et al., 2001), práce psychoterapeuta k nim rozhodně nepatří. Podmínkou získání skutečné odbornosti je totiž existence rychlé, kvalitní a spolehlivé zpětné vazby o důsledcích vykonaných rozhodnutí (Kahneman & Klein, 2009). Například velitelé hasičů mohou získat ve své činnosti odbornost, protože o každém svém rozhodnutí okamžitě vědí, k jakému přesně vedlo výsledku. Takový typ zpětné vazby ale v klinickém prostředí chybí – následky jednotlivých terapeutických úkonů se projeví až s velkým zpožděním, pokud se o nich terapeut vůbec dozví. Nelze je pak připsat konkrétním rozhodnutím, jež si navíc terapeut s odstupem času ani jen pořádně nepamatuje (Bickman, 1999). Bez znalostí výsledků různých akcí si ale nelze vybudovat žádnou skutečnou odbornost, stejně jako

by se nemohl stát expertní šachista z někoho, kdo se prakticky nikdy nedoví, které z jeho tahu byly úspěšné a které naopak jeho pozici zhoršily. V kombinaci s výše popsanou iluzí účinnosti ale může u terapeuta časem snadno vzniknout dojem, že *každé* jeho rozhodnutí a *jakýkoliv* průběh terapie jsou správné a že je to právě jeho domnělá odbornost, která vždy umožní rozpoznat a zvolit postup odpovídající individuálním specifickým daného případu.

Terapeut samozřejmě může získat odbornost v určitých aspektech své práce, například při odhadování pacientovy reakce na danou otázku při rozhovoru – v takové situaci rychlou a spolehlivou zpětnou vazbu stabilně získává. Problémem je však neopodstatněné zobecnění této dílčí odbornosti na celou diagnostickou či terapeutickou činnost, k němuž u terapeutů často dochází (Bickman, 1999).

Nedostatek opravdové odbornosti paradoxně vede k přeceňování vlastních schopností. Zatímco skuteční experti znají své limity a umí rozlišit situace, v nichž lze intuitivní úsudek použít, od těch, ve kterých nikoliv, lidé s pouze iluzorní, zobecněnou odborností považují všechny své intuice za stejně důvěryhodné (Kahneman & Klein, 2009). Tyto intuitivní úsudky jsou přirozeným produktem lidského automatického systému zpracování informací, jenž umožňuje každodenní fungování a vykonávání rutinálních činností. V neobvyklých a komplikovaných situacích, kdy absence zpětné vazby znemožňuje učení se, by ale činnost tohoto automatického systému měla být kontrolována rozumovým usuzovacím systémem, protože ten automatický se přesně v takových situacích snadno dopouští chyb a podléhá nejrůznějším zkreslením (Sloman, 2002).

Terapie je právě takovou komplexní, špatně strukturovanou situací, u níž by automatické úsudky měly být podrobeny důslednému kritickému prozkoumání, jenže iluze odbornosti kritickému zpochybňování intuitivních úsudků brání. Vzniká tím začarovaný kruh sebe-potvrzovacího zkreslení: při prvním kontaktu, ještě před aplikací jakékoliv diagnostické techniky, si terapeut automaticky vytváří jakousi implicitní proto-diagnózu. Jde o přirozený výraz lidské snahy „rozumět“ svému okolí, a ačkoliv jsou automatické úsudky ve většině běžných situací relativně správné, bez možnosti vytvořit si validní intuice, budou tyto automatické úsudky zkreslené například halo efektem (srov. Nisbett & Wilson, 1977), aplikací heuristiky reprezentativnosti (Kahneman & Tversky, 1972) nebo jiným běžným kognitivním zkreslením (Kahneman, 2003). Iluze odbornosti způsobí, že potenciální zdroje zkreslení nebudou brány v potaz, a automatickému úsudku tak bude neoprávněně připsána vysoká důvěryhodnost. V následném průběhu diagnózy a terapie sebe-potvrzovací zkreslení povede k přeceňování důkazů podporujících původní „diagnózu“ a interpretaci nejednoznačných skutečností systematicky v její prospěch (Myers, 2008). V extrémních případech může dojít dokonce k indukci takové diagnózy, například vytvořením falešných vzpomínek na prožité trauma v dětství, přičemž vybavení těchto falešných vzpomínek je vnímáno jako důkaz správnosti původní intuitivní diagnózy (Singer & Lalich, 2008).

Iluzi odbornosti taktéž upevňuje takzvané zkreslení zpětného pohledu. Toto zkreslení lze v jednoduchosti popsat jako přesvědčení, že člověk očekával určitý výsledek, přičemž se ale dané přesvědčení objeví až potom, co se člověk o skutečném výsledku dozví. Zkreslením terapeutových vzpomínek u něho vzniká falešný dojem, že byl schopen odhadovat vývoj léčby či pacientových problémů lépe, než tomu ve skutečnosti bylo (Myers, 2008).

Popsané iluze účinnosti a odbornosti způsobují, že terapeuti mohou své neověřené a často nefungující terapie nabízet s upřímným přesvědčením o správnosti takového jednání. Zároveň jim tyto iluze brání v kritickém pohledu na vlastní praxi, protože v situaci, kdy skutečná a spolehlivá zpětná vazba chybí, vytvářejí falešnou zpětnou vazbu, dle které se zdá, že celá jejich terapeutická činnost je v nejlepším pořádku. Mohou pak své služby s autentickým, ačkoliv neoprávněným, sebevědomím nabízet pacientům, kteří často právě takového ujišťující sebevědomí hledají.

3. Sdílené bariéry

Kromě výše popsaných bariér u pacientů a terapeutů lze uvažovat ještě o třetí skupině bariér kritického myšlení, existujících napříč celou společností. Jedná se o odpor či nedůvěru ke statistice a negativní vnímání zřejmého rizika.

Odpor ke statistice souvisí s preferencí terapií s lůblivou ideologií a s iluzí odbornosti – statistický přístup je totiž často považován za odlidštěný, chladný a mechanistický, redukcující lidské bytosti na pouhá čísla, což je v rozporu s rozšířenými lidovými představami o tom, jak má terapie vypadat. Iluze odbornosti zase u terapeutů vede k podceňování statistických informací ve prospěch osobních zkušeností, které se zdají být intuitivně validnější a spolehlivější (Dawes, 1994). Statistika je ale ideální metodou, jak ve vysoce variabilním prostředí plném rušivých a zkreslujících vlivů, jako je právě terapeutická situace, identifikovat ty faktory a postupy, které vedou stabilně k lepším výsledkům. Pokud jsou ale význam a důležitost statistických zjištění apriorně snižovány, ztrácíme

nástroj, kterým lze korigovat výše popsána kognitivní zkreslení, a díky tomu poskytovat kvalitnější léčbu.

Poslední popsána bariéra kritického myšlení souvisí s negativním vnímáním informací o riziku. Lidé automaticky hodnotí objekty (např. léčbu), u kterých mají k dispozici informaci o riziku (např. o riziku neúspěchu terapie) jako horší, než objekty, u nichž takovou informaci k dispozici nemají (Slovic et al., 2007). Paradoxně proto budou vědecky a kriticky prozkoumané terapie, které obvykle informují i o svých limitech, hodnoceny negativněji, než terapie neověřené. Ty místo pravdivého a úplného informování zaměřují pozornost, podobně jako loterie, spíše k neurčitému příslibu budoucího zlepšení života. Automatická asociace mezi informací o riziku a negativním hodnocením může působit jako další rovina odporu proti zavádění výzkumných poznatků do terapeutické praxe.

4. Možnosti překonání bariér a jejich důsledků

Bariéry kritického myšlení nebrání pouze jeho aplikaci při výběru a poskytování terapie, ale brání i nahlédnutí samotné existence těchto bariér. Prvním a obecným krokem pro jejich odstranění by tudíž mohla být osvětová a vzdělávací kampaň poukazující na jejich přítomnost a negativní dopady. Dlouhodobý účinek informačních kampaní, zvláště v tak abstraktní problematice, jako jsou kognitivní zkreslení, je ale nepravděpodobný (Jolls, Sunstein, & Thaler, 1998). Zejména u bariér na straně pacientů (tj. u jejich odmítání smířit se s omezeností svých možností a jejich preferencí líbivých terapií odpovídajících folkově-psychologickým teoriím), lze očekávat výraznou odolnost vůči osvětovým pokusům, jelikož tyto bariéry vycházejí z hluboce zakořeněných lidských potřeb, jako je potřeba kontroly nad vlastním životem a potřeba redukovat kognitivní disonance (Vyse, 2008).

Jak již bylo zmíněno výše, ve svobodném prostředí vznikne nabídka líbivých a kriticky neprozkoumaných terapií vždy, když o ně lidé projeví zájem. A lidé o ně budou zájem projevovat dokud nebudou i v případě psychických obtíží existovat stoprocentně spolehlivé a účinné léčebné postupy, jako je tomu v případě některých somatických onemocnění. Bylo by samozřejmě možné navrhnout opatření v opačném duchu, než je osvěta, a všechny neověřené a vědecky nepodložené terapie zákonem přímo zakázat. Takový zásah by byl ale nepřiměřeným omezením svobody a nejspíše by vedl k útlumu v hledání a vývoji nových terapeutických postupů. Nemluvě o obtížnosti stanovení přesných kritérií pro takto plošnou regulaci. Ze strany zdravotních pojišťoven by nicméně měla vycházet snaha hradit i v psychoterapii pouze použití léčebných technik podrobených kritickému zkoumání, a tak alespoň částečně snižovat poptávku po těch neověřených.

Nejslibnější cestou ke zlepšení situace by ale bylo vzdělávání psychologů a terapeutů (stávajících i budoucích) ohledně existence především jejich vlastních bariér kritického myšlení, o jejich příčinách v kognitivních zkresleních a možných důsledcích, například v podobě rozvoje iluzí účinnosti a odbornosti. Nelze se divit, že absolventům psychologie chybí povědomí o rizicích plynoucích pro jejich praxi z různých kognitivních zkreslení, když jejich představení v kontextu terapeutické či poradenské praxe není v učebních osnovách věnován prakticky žádný prostor. Naopak je iluze odbornosti často spíše podporována poukazy na expertní kvality získané dlouholetou praxí. Takové dozdělán by, na rozdíl od zdejšího pouze stručného představení jednotlivých bariér, zahrnovalo jejich podrobné a konkrétními příklady doplněné popisy a praktické, kasuistické demonstrace. Součástí tohoto přístupu by byly i názorné ukázky využití statistického usuzování pro korekci těch zkreslení, kterým jsou terapeuti při své práci nejvíc náchylní podléhat. Právě takovéto praktické aplikace statistiky, a ne pouhé memorování se vzorců, mají reálný dopad na zlepšení usuzování (Fong, Krantz, & Nisbett, 1986). Když terapeuti poznají rizika, které automatické a často zkreslující úsudky přinášejí, a naučí se tato zkreslení pomocí statistického usuzování korigovat, budou pak schopni kritičtěji zhodnotit vlastní terapeutické postupy. Navíc budou umět pomoci svým pacientům nahlédnout jejich vlastní bariéry kritického myšlení a ušetřit jim tak čas a energii, které by jinak vynakládali na nepodložené léčby.

Závěr

Předložený příspěvek představil možné vysvětlení někdy obtížně pochopitelné popularity neověřených, nebo aktuálním vědeckým poznatkům dokonce přímo odporujících terapií. Zároveň se pokusil vysvětlit, jak je možné, že mnoho terapeutů takovéto problematické techniky nekriticky a (nejspíš) v dobré víře aplikuje a propaguje. Pro účely obou vysvětlení byl zaveden koncept bariér kritického myšlení – překážek bránících při hodnocení terapie použití kritického myšlení i u lidí, kteří jsou v jiných kontextech kritického myšlení schopni. Tyto bariéry se vyskytují jak u pacientů, tak u terapeutů, a mohou nabývat různé podoby. Ve všech případech se ale jedná o důsledky kognitivních zkreslení – ať už je to zkreslené vnímání terapie motivované odporem k přijetí

omezenosti vlastních možností, nebo iluze účinnosti, která vzniká automatickým připisováním všech pozitivních změn specifickým účinkům terapie.

Podstatou problému přitom není, že všechny kriticky neprozkoumané terapie nemají naprosto žádný účinek, nebo jsou dokonce škodlivé. I když zajisté i takové případy existují (viz např. terapie pevným objetím [Vranka, 2012] nebo facilitovaná komunikace [Wheeler et al., 1993]), řada jiných terapií může být alespoň relativně neškodná, nebo dokonce přinášet určitý pozitivní efekt. Problémem není ani absence specifických účinků – konec konců, dle výsledků meta-analýz se zdá, že žádný specifický účinný mechanismus nelze identifikovat ani u terapeutických přístupů podrobených dlouhé řadě výzkumů (Baardseth et al., 2013; Wampold et al., 1997). Skutečný problém pro terapeutickou praxi ale vzniká, když lidé pod vlivem kognitivních iluzí získají přesvědčení o existenci těchto neprokázaných specifických účinků, a na základě takového přesvědčení pak pokládají „svoje“ terapie za účinnější a správnější než jiné. I pokud by jejich léčebné postupy přímo neškodily, hrozí u nich neúčelné plýtvání časem a energií pacientů, a především zastavení (či alespoň zpomalení) hledání skutečně účinnějších terapií.

Nedostatek kritického myšlení způsobil, že lidé dlouhá staletí pokládali za vrchol medicínské praxe postupy, které jsou z dnešního pohledu naprostým šarlatánstvím. V oblasti somatické medicíny se ale ve 20. století prosadil standard na důkazech založené léčby (*evidence-based medicine*), což se projevilo do té doby těžko představitelným zlepšením léčebných výsledků (Lilienfeld, Lynn & Lohr, 2003). Psychoterapie na takovou revoluci, zdá se, zatím pořád ještě čeká.

Literatura

- Baardseth, T. P., Goldberg, S. B., Pace, B. T., Minami, T., Wislocki, A. P., Frost, N. D., ... others. (2013). Cognitive-Behavioral Therapy versus Other Therapies: Redux. *Clinical Psychology Review*, 33, 395–405.
- Benedetti, F., Mayberg, H. S., Wager, T. D., Stohler, C. S., & Zubieta, J. K. (2005). Neurobiological mechanisms of the placebo effect. *The Journal of Neuroscience*, 25(45), 10390–10402.
- Beyerstein, B. L. (1997). Why bogus therapies seem to work. *The Skeptical Inquirer*, 21(5), 29–34.
- Bickman, L. (1999). Practice makes perfect and other myths about mental health services. *American Psychologist*, 54(11), 965.
- Bohart, A. C. (2000). The client is the most important common factor: Clients' self-healing capacities and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 127–149.
- Dawes, R. M. (1994). House of cards: psychology and psychotherapy built on myth. New York: The Free Press.
- Doust, J., & Del Mar, C. (2004). Why do doctors use treatments that do not work?: For many reasons—including their inability to stand idle and do nothing. *BMJ: British Medical Journal*, 328(7438), 474.
- Fong, G. T., Krantz, D. H., & Nisbett, R. E. (1986). The effects of statistical training on thinking about everyday problems. *Cognitive Psychology*, 18(3), 253–292.
- Foucault, M. (1994). *Dějiny šílenství*. Praha: Nakladatelství lidové noviny.
- Gilbert, D. T. & Wilson, T. D. (2009). Why the brain talks to itself: sources of error in emotional prediction. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 364(1521), 1335–1341.
- Jolls, C., Sunstein, C. R. & Thaler, R. (1998). A behavioral approach to law and economics. *Stanford Law Review*, 50(5), 1471–1550.
- Kahneman, D. (2003). Maps of bounded rationality: Psychology for behavioral economics. *The American economic review*, 93(5), 1449–1475.
- Kahneman, D., & Klein, G. (2009). Conditions for intuitive expertise: a failure to disagree. *American Psychologist*, 64(6), 515.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1972). Subjective probability: A judgment of representativeness. *Cognitive psychology*, 3(3), 430–454.

- Lambert, W., Salzer, M. S., & Bickman, L. (1998). Clinical outcome, consumer satisfaction, and ad hoc ratings of improvement in children's mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 270.
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., & Lohr, J. M. (2003). Science and Pseudoscience in Clinical Psychology: Concluding Thoughts and Constructive Remedies. In S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn, & J. M. Lohr, (Eds.) *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology*. New York: Guilford Press.
- Lipshitz, R., Klein, G., Orasanu, J., & Salas, E. (2001). Taking stock of naturalistic decision making. *Journal of Behavioral Decision Making, 14*(5), 331-352.
- Loewenstein, G. F., Weber, E. U., Hsee, C. K. & Welch, N. (2001). Risk as feelings. *Psychological bulletin, 127*(2), 267-286.
- Margolies, P. J. (1977). Behavioral Approaches to the Treatment of Early Infantile Autism: A Review. *Psychological Bulletin, 84*(2), 249-264.
- Myers, D. (2008). Clinical intuition. In S. O. Lilienfeld, J. Ruscio, & S. Lynn, (Eds.) *Navigating the mindfield: A user's guide to distinguishing science from pseudoscience in mental health*. (pp. 159-174). Amherst, NY: Prometheus Books.
- Nisbett, R. E., & Wilson, T. D. (1977). The halo effect: Evidence for unconscious alteration of judgments. *Journal of personality and social psychology, 35*(4), 250-256.
- Singer, M., Lalich, J. (2008). Back to the beginning: Regression, reparenting, and rebirthing. In S. O. Lilienfeld, J. Ruscio, & S. Lynn, (Eds.) *Navigating the mindfield: A user's guide to distinguishing science from pseudoscience in mental health*. (pp. 455-477). Amherst, NY: Prometheus Books.
- Slovan, S. A. (2002). Two Systems of Reasoning. In T. Gilovich, D. Griffin & D. Kahneman (Eds.). *Heuristics and Biases: The Psychology of Intuitive Judgment* (pp. 379-396). New York: Cambridge University Press.
- Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E. & MacGregor, D. G. (2007). The affect heuristic. *European Journal of Operational Research, 177*(3), 1333-1352.
- Snyder, C. R., Ilardi, S. S., Cheavens, J., Michael, S. T., Yamhure, L., & Simpson, S. (2000). The role of hope in cognitive-behavior therapies. *Cognitive Therapy and Research, 24*(6), 747-762.
- Vranka, M. (2012). Terapie pevným objektům – kritická reflexia. *Psychoterapie, 6*(1), 33-41.
- Vyse, S. (2008). Where do fads come from? In S. O. Lilienfeld, J. Ruscio, & S. Lynn, (Eds.) *Navigating the mindfield: A user's guide to distinguishing science from pseudoscience in mental health*. (pp. 75-98). Amherst, NY: Prometheus Books.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological bulletin, 122*(3), 203.
- Wheeler, D. L., Jacobson, J. W., Paglieri, R. A., Allen A., S. (1993). An Experimental Assessment of Facilitated Communication. *Mental Retardation, 31*(1), 49-60.