

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 12. ročník, 2018, číslo 1

Vychází třikrát ročně.

Časopis byl založen v září 1990 pod názvem *Konfrontace*. Do prosince 2006 vyšlo 66 čísel (17 ročníků), od ročníku 2007 vychází pod názvem *Psychoterapie*.

Vychází na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity (<http://psychoterapie.fss.muni.cz>).

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

Doc. RNDr. Petr Bob, Ph.D. – Centrum pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu & Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Doc. Mgr. Júlia Halamová, Ph.D. – soukromá psychologická a psychotherapeutická praxe, Institut aplikované psychologie, Fakulta sociálních a ekonomických věd, Komenského univerzita, Bratislava

Jakub Hučín – soukromá psychotherapeutická praxe, Praha

PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor) – soukromá praxe, Brno, Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

PhDr. Jiří Jakubů, Ph.D. – Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Terapeutické centrum Cetera, Praha

Mgr. Radim Karpíšek – Psychosomatická klinika, Praha

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D. – Psychiatrická klinika FN Brno, Brno

Doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc

Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D. – Centrum adiktologie PK VFN a 1. LF UK, Praha 2

Doc. MUDr. Jan Roubal, Ph.D. (vedoucí redakční rady) – soukromá praxe, Havlíčkův Brod, Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

Doc. Mgr. Tomáš Řiháček, Ph.D. – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

MUDr. David Skorunka, Ph.D. – Lékařská fakulta UK, Hradec Králové

Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D. (senior editor) – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D. – Evangelická teologická fakulta UK, Praha

Prof. Louis Castonguay, Ph.D. – The Pennsylvania State University (USA)

Prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc. – Psychologický ústav AV ČR, Brno

PhDr. Petr Goldman – Psychiatrická léčebna, Praha-Bohnice

PhDr. Šárka Gjuríčová – Institut rodinné terapie, Praha

PhDr. Martin Hajný, Ph.D. – psychotherapeutická praxe, Praha

Doc. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D. – Psychiatrická klinika FN, Trenčín (SK)

MUDr. David Holub, Ph.D. – psychotherapeutická praxe, Praha

MUDr. Vladislav Chvála – Středisko komplexní terapie, Liberec

Doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc. – Psychiatrická nemocnice, Praha-Bohnice

Mgr. Jiří Kubička – Institut rodinné terapie, Praha

Prof. PhDr. Petr Macek, CSc. – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

PhDr. Martin Mahler – psychoanalytik, Praha

Prof. Pavel Machotka, Ph.D. – University of Santa Cruz, California (USA)

MUDr. Petr Možný – Psychiatrická léčebna, Kroměříž

MUDr. Karel Nešpor, CSc. – Psychiatrická léčebna, Praha-Bohnice

Prof. MUDr. Hana Papežová, CSc. – 1. lékařská fakulta UK, Praha

Doc. PhDr. Ivo Plaňava – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

Prof. PhDr. Alena Plháčková, CSc. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc

Doc. RNDr. Dan Pokorný, University of Ulm, [University Hospital for] Psychosomatic Medicine and Psychotherapy Am (D)

Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D. – Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha

MUDr. Gabriela Šivicová – Krizové centrum RIAPS, Praha

Doc. Mgr. Ladislav Timulák, Ph.D. – Trinity College, Dublin (IRL)

Prof. PhDr. Jan Vymětal – 1. lékařská fakulta UK, Praha

Výkonná redakce / Editors:

PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor); kontakty romhyt@gmail.com, tel. 0420 549 497 970

Ing. Kateřina Holeczková, Mgr. Barbora Petránková, Mgr. Michal Čevelíček, Ph.D., Jana Takáčová

Adresa redakce:

Redakce *Psychoterapie*, Katedra psychologie FSS MU, Joštova 10, 602 00 Brno.

Objednávky on-line: <http://psychoterapie.fss.muni.cz>.

Příspěvky zasílejte elektronicky na adresu: psychoterapie@fss.muni.cz.

Uzávěrka čísla 1/2018 byla 30. 4. 2018, recenzní řízení bylo uzavřeno 28. 4. 2018. Vychází v květnu 2018.

Příspěvkům procházejí recenzním posouzením (kromě recenzí knih a krátkých zpráv).

The articles are peer-reviewed.

ISSN 1802-3983 / MK ČR E 18868

© **Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity**

Šířit celé číslo nebo větší ucelenou část časopisu nelze bez souhlasu vydavatele. Copyright k jednotlivým příspěvkům je duševním vlastnictvím autorů a další šíření jejich textů je možné jen s jejich souhlasem.

Časopis je zařazen v databázích: Seznam recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR EBSCO, Erih Plus

OBSAH / CONTENT

EDITORIAL

Jiří Jakubů, Roman Hytych - - - 5

TÉMA / THEME

Peter Pöthe, Nika Neubertová: Mechanizmy terapeutického působení na dítě v podmínkách odlišného settingu (Mechanisms of therapeutic influence in different settings) - - - 9

Zuzana Gaššová, Tomáš Řiháček: Filiální terapie (Filial therapy) - - - 22

Petr Sakař: Uspořádání společné psychoterapie dítěte a rodiče (Infant – parent psychotherapy: a clinical framework) - - - 35

Ludmila Trapková: Možnosti rodinné terapie dětí s OCD (Possibilities of family therapy of children in obsessive-compulsive disorder) - - - 47

Kocourková, J., Koutek, J.: Psychoanalyticky orientovaná psychoterapie dětí a adolescentů (Psychoanalytically oriented psychotherapy in children and adolescents) - - - 62

Gražina Kokešová Kleinová: Klíčovou dírkou do pracovny herní terapeutky (Play therapy through the keyhole) - - - 72

DISKUSE / DISCUSSION

Jan Šíkl: Sen a symbol jako zdroj nevědění - - - 86

OHLÉDNUTÍ / LOOKING BACK

Jan Vymětal: Zemřel Eugene T. Gendlin - - - 91

RECENZE / REVIEWS

Irvin D. Yalom (2015). Hovory k sobě. Ohlédnutí za psychoterapií. (Martina Schimová) - - - 93

Děkujeme za finanční podporu Janu Poněšickému.

I EDITORIAL

Milé čtenářky, milí čtenáři

Předkládáme vám tematické číslo, věnované psychoterapii dětí a dospívajících a doufáme, že tím umenšujeme dluh, který vůči této oblasti naší práce pocítujeme. Před téměř 30 lety sepsali J. Langmeier, K. Balcar a J. Špitz první domácí monografii (Dětská psychoterapie 1989), věnující se této problematice. V jejím úvodu Langmeier říká: „*vývoj psychoterapie u dětí se vůbec – zejména u nás – zřetelně opožďoval proti terapii u dospělých*“. Důvody tohoto opožďování shledává jak v důsledcích informační izolace během druhé světové války a po ní¹, tak i v samotných specifikách této oblasti, podmíněné dětským vývojem a jeho narušením, schopnostmi dítěte rozlišit a vyjádřit své emoční a mentální stavy prostřednictvím jazyka, samotným jeho životním prostředím, otázkami motivačními (dítě do terapie v naprosté většině nepřichází samo) i právními.

Je skutečně podivuhodným paradoxem, že právě terapie dětí zůstávala tak dlouho ve stínu terapie dospělých. A přitom to byl již r. 1896 L. Witmer, který založil při Pensylvánské universitě první psychologickou kliniku, zaměřující se primárně na práci s dětmi; zároveň v tomtéž období formu-

loval ve Vídni S. Freud svou teorií a praxí, ve které vycházel z formativního vlivu dětských traumatických či traumatizujících zážitků. Opět se tedy vraťme k J. Langmeierovi, který rozlišuje dva konstitutivní kořeny při rozvoji dětské psychoterapie. Prvním jsou příspěvky z dětské psychologie, které posléze vedly k utváření specializované institucionální péče (zmiňovaná Witmerova klinika, „poliklinika“ v Berlíně r. 1906 či Pedologický ústav v Praze r. 1910). Druhým kořenem jsou příspěvky původně psychoanalytické (S. Freud, A. Freudová, M. Kleinová) nebo vůči nim alternativní (H. Zulliger). Skutečný „boom“ dětské psychoterapie přichází po druhé světové válce jak s akademickým, výzkumným a institucionálním rozvojem celého oboru, tak s rozvojem nových psychotherapeutických směrů, jejich rozdílných pojetí zdraví a nemoci a možnostmi terapeutického ovlivnění².

Z pohledu domácího je potřeba připomenout významnou skutečnost, že v bývalém Československu existovala přes všechny nesnáze silná a vlivná škola vývojové psychologie, která, byť už mnohdy nereflektovaně či implicitně, ovlivňuje i současné dětské psychoterapeuty. Za mnohé můžeme uvést již legendární práci Psychická deprieve v dětství J. Langmeiera a Z. Matějčka (1963), kterou s uznáním v druhém svaz-

¹ Pro mladší čtenáře: šlo o důsledky komunistické mocenské totality, která v rozhodující míře znemožňovala svobodný život, natož ideologicky nezatížené bádání a praxi, což ovšem být i jen naznačit v odborném textu vyžadovalo odvalu a mravní integritu autorů. Teprve po listopadu 1989 se začaly objevovat první vydání zásadních textů v oboru, jakými byly Majtěčkova Praxe dětského psychologického poradenství (1991) nebo Říčanova a Vágenerové Dětská klinická psychologie (1991).

² Nechceme zde podávat seznam známých jmen, neboť si čtenář může podrobnější informace dohledat v dalších vydáních Dětské klinické psychologie, případně v nové publikaci o terapii hrou od Valenty, Humpolíčka a kol. 2017.

ku své monumentální trilogie zmiňuje J. Bowlby (1969/2010)³.

V oblasti dětské psychoterapie má na základem výzkumných zjištění i praktických zkušeností, a to zejména u malých dětí, podstatný význam hra. Již M. Kleinová (1955/2005, s. 156) říká, že způsob, jakým si dítě hraje s hračkami, které si samo vybralo, je ekvivalentem volných asociací dospělého člověka. Dětská hra tak má zároveň význam diagnostický a terapeutický. Hra, aby mohla být spontánní a aby v ní dítě mohlo tvořivě využít své schopnosti a fantazie, musí probíhat v bezpečném a důvěrném, dle Kleinové přímo „*v soukromém a intimním vztahu*“ (tamtéž). Jinými slovy to říká V. Axlineová, zakladatelka nedirektivní terapie hrou: „*dítě, kterému se dá příležitost, má dar komunikovat čestným a přímým způsobem*“ (Axline 2017, 288). Winnicott (1963) poukazuje na to, jakým způsobem tyto možnosti v dítěti uvolňuje, podporuje a spoluvytváří jeho matka (či jiná vztahová osoba a rozlišuje dva druhy mateřské péče. V tom prvním je matka objektem, který uspokojuje potřeby dítěte (*object-mother*), ve druhém je to matka láskyplně pečující a vytvářející takovou ochranu a bezpečí, v němž se může dítě spontánněji rozvíjet (*environment-mother*).

Publikované příspěvky lze rozdělit přibližně do tří okruhů. V prvním jsou texty, zaměřující se na různé formy psychoanalytické práce s dětmi a dospívajícími. V dru-

hém jsou články, které se týkají nedirektivní terapie hrou vycházející z PCA přístupu. Třetí okruh je tvořen ukázkou procesu rodinně terapeutické práce.

Jana Kocourková a Jiří Koutek jsou erudovaní autoři: ve svém přehledovém článku představují vývoj, proměny východisek i specifika psychoanalytické psychoterapie dětí a adolescentů od S. Freuda přes A. Freudovou, M. Kleinovou, D. Winnicotta až po současnou metodu tzv. mentalizace, spojovanou zejména s jménem P. Fonagyho. Upozorňují na vliv věku účastníků procesu a jejich genderu, vyzdvihují potřebu delikátního vyvažování sil a protisíl v rámci vztahového pole mezi terapeutem, dítětem a rodiči, ve kterém je terapeut cizím elementem. Kromě samozřejmého nároku na teoretické vzdělání a rozvíjení dovedností terapeuta poukazují na další specifický požadavek: terapeut je při práci s dětským klientem vystaven vysokým nárokům na zvládnutí vlastních protipřenosových reakcí. Petr Pöthe a Nika Neubertová nastiňují teoretická východiska psychoanalytické práce s dětmi. Ke změně v tzv. vnější realitě (typicky v chování dítěte) může dojít až tehdy, pokud je navozena změna vnitřní. Místem i nástrojem takového ovlivňování a změny je bezpečný a důvěrný vztah mezi terapeutem a dítětem, jehož vliv autoři ilustrují i neurovědnými poznatky. U dětského pacienta je však podstatný rozdíl oproti pacientovi dospělému: dítě do terapie nepřichází samo. Terapeut je tak od počátku konfrontován nejen s požadavky jeho rodičů (či zástupců), tak i s vlastními neuvědomovanými tendencemi a přáními. Svůj přístup autoři prokreslují třemi klinickými ukázkami. Petr Sakař uzavírá první blok představením společně psychoanalytické

³ Je skutečně obdivuhodné, že v době „železné opony“ o sobě a své práci tyto badatelé navzájem dobře věděli a jakého významu československá „škola“ v zahraničí požívala. V třetím vydání *Psychické deprivace v dětství* z r. 1974 je Bowlby (spolu s R. Spitzem a W. Goldfarbem) jedním ze tří nejvíce uváděných zahraničních autorů.

terapie dítěte a rodiče. V samotném textu jakoby autor postupoval dle zásad své klinické praxe: spolehlivě a předvídatelně, krok za krokem, dialogickou formou otázek a odpovědí představuje svou metodu, její základní předpoklady a jejich naplňování v konkrétních situacích. Vtipně dokáže využít nabízející se situaci s dětskými pleny, a to jak k diagnostické úvaze, tak k flexibilnímu terapeutickému zpracování.

Zuzana Gaššová a Tomáš Řiháček předkládají přehledovou, teoretickou studii o relativně málo známém terapeutickém přístupu – filiální terapii. Ta je založena na předpokladu, že pokud si rodič osvojí a dokáže vhodně používat ve vztahu s dítětem a při jeho výchově dovednosti z ne-direktivní terapie hrou, mělo by mít jeho působení významnější efekt než samotná terapie. Filiální terapie není pouze vzdělávacím kurzem pro rodiče, ale má také některé prvky skupinové terapie. Pokud terapeut umí pracovat s dynamikou skupiny, rozšíří zisk rodičů z roviny informativní do roviny prožitkové a napomáhá tak k jejich vnímavějšímu sebeuvědomění. Autoři svou studii doplňují mnoha výzkumnými poznatky. Příspěvek Gražiny Kokešové Kleinové plynule navazuje na studii Gaššové a Řiháčka a doplňuje ji přesvědčivým kazuistickým příkladem, vycházejícím z ne-direktivní terapie hrou. Autorka nás svým jazykovým stylem vtahuje do své pracovny, kde můžeme sledovat její práci, resp. společnou hru s dítětem. „*Hra je jako kouzlo. Při hře se může stát úplně všechno*“, říká – a my toto kouzlo zažíváme také. Cenným doplňkem je druhá část textu, kde autorka na příkladech, s lehkostí a srozumitelně vysvětluje základní principy této terapie podle V. Axlineové.

Ludmila Trapková je renomovanou představitelkou terapie dětí a dospívajících, která svoje rodinně terapeutické ukotvení originálně doplňuje rozličnými inspiracemi. V předložené kazuistice vyjadřuje své terapeutické úvahy a přesvědčení, popisuje rozložení sil a rolí v rodině, snaží se ovlivnit rodinné nevědomí, otevřít jiný pohled i prostor pro sdílení, získat rodinu pro práci na externalizaci příznaku. Je posluchačem i moderátorem, stratégem i trenérem, který podněcuje, podporuje a oceňuje v silném osobním nasazení.

Považujeme za cenné, že se nám v tematickém čísle podařilo shromáždit příspěvky vysoké úrovně, a to jak teoretické, tak i kazuistické. Jsme rádi, že se s námi autoři otevřeně podělili o své osobní zkušenosti i intimní prožitky z vlastních terapií, že nás „přizvali dovnitř“ a zároveň splnili etická publikační kritéria. Jsme vám za to, milí kolegové, vděční, za vaši nezištnou práci a důvěru v náš časopis, za překonávání překážek na cestě k publikaci textů. Mezi takové nesnadné úkoly patří i projít dvojím anonymním recenzním řízením. Děkujeme našim recenzentům – také díky nim si může časopis udržovat svou odbornou úroveň. Děkujeme kolegům a přátelům z užšího redakčního týmu, Zbyňkovi Vybíralovi a Janu Roubalovi za pomoc při komplikovaných rozhodováních a práci v pozadí, která se, doufáme, promítá v obsahu čísla, do kterého jsme bohužel nemohli zařadit všechny došlé texty, ale věříme, že některé budou publikovány v číslech dalších. Doufáme také, že někteří z vás se rozhodnou poslat svou vlastní práci ke zveřejnění.

Před více než sto lety S. Freud (1999, s. 169) prohlásil, že „*Nejmilejším a nejintenzivnějším zaměstnáním dítěte je hra. Snad smíme říci: každé hraje si dítě se*

chová jako básník, když si vytvoří vlastní svět nebo, správněji řečeno, přenese věci svého světa do nějakého nového, sobě vyhovujícího řádu“. Při zamyšlení se nad touto větou, historií psychoterapie a příspěvky našich autorů si uvědomujeme, že postupy z psychoterapie dospělých nelze mnohdy uplatnit při psychoterapii dětí. Jak se však ukazuje v současné psychoterapii, opačná cesta, založená na tvořivé práci s imaginací, fantazií, spontancitou a hrou je nejen možná, ale také plodná.

Jiří Jakubů a Roman Hytych

LITERATURA:

- Axline, V. M. (2017). Dibs v hledání seba samého při terapii hrou. Bratislava: Vydavatelstvo F.
- Bowlby, J. (1969/2010). Vazba. Praha: Portál.
- Freud, S. (1908/1999). Básník a vytváření fantazií. In. Sebrané spisy, sv. č. 7 (169–177). Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Kleinová, M. (1955/2005). Závist a vděčnost a další práce z let 1946 – 1963. Praha: Triton.
- Langmeier, J., Matějček, Z. (1968/1974). Psychická deprivace v dětství. Praha: Avicenum
- Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J. (1989). Dětská psychoterapie. Praha: Avicenum.
- Winnicott, D. W. (1963/2011). The Development of the Capacity for Concern. In. Reading Winnicott. London: Routledge.

MECHANISMY TERAPEUTICKÉHO PŮSOBNÍ NA DÍTĚ V PODMÍNKÁCH ODLIŠNÉHO SETTINGU

Mechanisms of therapeutic influence in different settings

Peter Pöthe¹, Nika Neubertová²

¹ Ordinační dětské psychiatrie a psychoterapie, Plaská 7, Praha, CZ; peter.pothe2@gmail.com

² DDŠ, Kolín, CZ; Neubertova.Nike@seznam.cz

Psychoterapie. 12 (1), 9–21; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Jeden z cílů psychoanalyticky orientované terapie dětí a dospívajících je dosažení změn ve vnější realitě prostřednictvím změn ve vnitřní realitě. Do vnější reality řadíme i chování a vnější vztahy dítěte. Pod její změnou rozumíme především změnu intrapsychických pracovních modelů, které jsou výsledkem přeměny nejisté a/nebo dezorganizované vazby na bezpečnou/organizovanou vazbu. Výsledkem této změny je nastartování emočního vývoje a psychický růst. Místem a nástrojem psychické změny je terapeutický vztah. Autoři na příkladu tří kazuistik demonstrují proces vytváření a působení terapeutického vztahu v odlišných vnějších podmínkách.

Klíčová slova: dětská psychoterapie, dětská psychoanalytická terapie, vztahová vazba, vnitřní pracovní model, terapeutický vztah, emoční vývoj, emoční ztráta

ABSTRACT

One of the goals of psychoanalytically and oriented psychotherapy of children and adolescents is changing their external reality through internal reality. The shift of internal working model may result in emotional development and growth. The place and the instrument of such change is

the therapeutic relationships which is sometimes realised in different therapeutic settings. The authors are presenting three cases of therapeutic work with in a therapist – child, therapist – parent, therapist – child – institution settings. They are demonstrating the mechanisms of internal change through internal working models.

Key words: child psychotherapy, child psychoanalytic therapy, attachment, internal working models, therapeutic relationship, emotional development, emotional loss

TEORETICKÝ ÚVOD

Psychoterapie je proces, jehož cílem je změna. Kdy, kde a jakým mechanismem tato změna probíhá, popisují různé psychotherapeutické směry odlišně. Psychoanalyticky orientovaní psychoterapeuti usilují o to, aby změny probíhaly v psychické realitě klienta. Za psychickou realitu považujeme soubor mentálních procesů, reprezentací, afektů, který jsou převážně nevědomé. Psychoanalýza při tom vychází ze dvou předpokladů. Prvním je, že většina mentální aktivity je nevědomá, druhá je, že prožitky z minulosti ovlivňují emoce, vztahy a postoje v současnosti (Hoffman, L., Blum L., 2018).

Zvláštěností psychoterapie dětí je okol-

nost, že (většinou) o změnu nežádá klient, ale osoba, která jej zastupuje. Rodičovské autority přivádějí děti k psychoterapeutům obvykle z důvodu své nespokojenosti s jejich projevy v oblasti sociálního, akademického a tělesného fungování. Péče o blaho dítěte často skrývá nevědomé obavy z rodičovského selhání a mezigeneračního konfliktu. Jindy je motivace rodičů daná obavou z opakování vlastních traumatických zkušeností. Jen málokdy se stane, že rodič žádost o terapii dítěte zdůvodňuje slovy: „Přál bych si, aby se syn více radoval ze života a častěji si hrál.“ Při tom právě schopnost volného hraní je pro dítě spolehlivějším indikátorem psychického zdraví, než dobré známky ve škole nebo „hodné“ chování. Vědomá, zejména však nevědomá motivace rodiče je v terapii dítěte podmínkou zahájení a udržení terapeutického procesu. Práce s rodičem, která je součástí psychoanalytické terapie dítěte, obvykle probíhá formou terapeutických konzultací s frekvencí jednou měsíčně. Cílem práce s rodičem je změna mentální reprezentace dítěte a udržování motivace rodiče. Jedním z nejdůležitějších úkolů dětského terapeuta je práce se závistí a rivalitou rodiče, který je důvěrou dítěte k „cizí“ osobě často narcisticky ohrožen a zraněn. Klientem psychoanalytické terapie dětí je však dítě, nikoli rodič. Toto pravidlo platí i v případech, kdy k ovlivňování psychické reality dítěte dochází přes terapeutický vztah s rodičem.

Místem a nástrojem psychické změny je terapeutický vztah. Jedná se o vztah, ve kterém dítě i terapeut prožívají sami sebe a sebe navzájem v souladu s tím, co doopravdy cítí a na co myslí, tedy v souladu se svým pravým self (true self, Winnicott

1960). Díky této bezpečné vztahové zkušenosti se v části orbitofrontálního laloku mozku aktivují systémy odpovědné za vnímání a regulaci emocí (Stein T. Ph., Kendall C. J. 2004). Dle Schoreho (2002, 2004) je schopnost regulace negativních emocí základní podmínkou duševního zdraví. Modulace úzkosti, hněvu anebo



Peter Pöthe

MUDr., psychoanalyticky orientovaný dětský psychiatr a dětský psychoterapeut, vede výcvik vztahové dětské psychoterapie v Institutu pro psychoterapii dětí a rodičů (IPDAR).

smutku se při tom děje nejen během terapeutických sezení, ale i v době mezi nimi a po ukončení terapie. Z pohledu Bowlbyho teorie vazby tento proces chápeme jako působení vnitřního pracovního modelu (internal working model). Jedná se v zásadě o druh implicitní vzpomínky, která se nevědomě odžívá (aguje) ve stresových situacích a emočních vztazích (Palková, Pöthe 2015). Nevyhnutnou součástí změny vnitřních pracovních modelů je i práce s protipřenosem. Protipřenosové pocity u dětských terapeutek a terapeutů často pramení z jejich narcisticky motivované potřeby reparovat vnitřní reprezentace svých vlastních

rodičů. Nedostatečný náhled na protipřenos hrozí zejména v případech, kdy odborná příprava terapeutů neobsahuje dostatečnou sebezkušenost.

Změny v psychické realitě dětských klientů nejsou samoučelné. Psychoanalyticky „vycvičené“ dětské terapeutky a terapeuti nevidí v těchto změnách cíl, nýbrž prostředek nastartování emočního vývoje a psychického růstu. Úrovně emočního vývoje se relativně spolehlivě dají odhadnout z charakteru psychických obran. Čím méně zralé obrany klient využívá, tím v ranějším stádiu se jeho vývoj nachází. Neurotickou úzkost odvozenou od nevyřešených triadických vztahů tak například nebudeme pozorovat u dítěte, mezi jehož hlavní obrany patří štěpení (splitting), projektivní identifikace, popření nebo omnipotence. Používání zralejších psychických obran je jedním z indikátorů nastartování emočního vývoje a úspěšného terapeutického procesu.

Na následujících příkladech se snažíme ukázat, že proces psychické změny může probíhat bez ohledu na technické a materiální uspořádání sezení. Zatímco první dvě ukázky jsou z praxe privátní ordinace psychoanalyticky orientovaného dětského psychoterapeuta, třetí případ ilustruje terapeutický proces probíhající mezi analyticky orientovanou psychoterapeutkou a dítětem v ústavní péči.

Nikolas:

12letý chlapec, kterého nazveme Nikolasem, se v psychoterapeutické péči ocitl na žádost svého otce. Důvodem návštěvy byla smutná nálada, pasivita, ztráta koncentrace a nepředvídatelné „záchvaty vzteku“. Od otce a od babičky chlapce, která o něj aktuálně pečovala, se terapeut dozvěděl,

že matka Nikolase umřela při autonehodě ve 4. měsíci jeho života. Otec o něj následně pečoval v cizině, kde s ním bydlel v domě své matky. V rané péči hrály hlavní roli profesionální chůvy, které matka otce průběžně najímala a propouštěla. Do čtyřech let žil chlapec asi pět chův, z nichž některé o něj pečovaly 24 hodin denně v periodách kolem třech až osmi měsíců. Několik týdnů v roce trávil i s druhou babičkou, matkou matky, která žila v Česku. Poslední chůvou chlapce byla slečna, kterou si otec vzal za manželku. Poté, co se mu v sedmi letech narodil bratr, rodina se přestěhovala do Česka. Přibližně v této době začaly konflikty mezi Nikolasem a macechou. Ta jej měla údajně psychicky i fyzicky týrat. Po jedné z vážných konfrontací se otec rozhodl chlapce předat do péče české babičky. Kontakt Nikolase s otcem byl od té doby sporadický. Po několika úvodních konzultacích byla domluvena terapie dvakrát týdně. V době zahájení terapeutické péče chlapec užíval antidepresiva a stimulancia, které mu předepisovala psychiatricka.

Na prvních asi deseti sezeních působil Nikolas apatickým dojmem. Verbálně a emočně ožíval pouze při tématech týkajících se biologické matky, kterou „pamatoval“ zejména z fotek a idealizujícího vyprávění babičky. K otcovi ventiloval pohrdání za to, že se nerozvede se ženou, která jej týrala. Na babičce se zdá být závislý. Přenechával jí zodpovědnost za svůj život, za školu i péči o sebe. Při zmínkách o škole se teatrálně chystal za hlavu, jakoby se bál, že mu exploduje. Sám sebe vnímal jako oběť násilí a zrad. Jeho největším nepřítelem byla macecha, otec a nadnárodní korporace, které vnímal v duchu různých konspiračních teorií. Více radostný se zdál být při popisování

hraní na PC, při němž se se zdál být disociovaný od vnější reality. Protipólem pozice oběti bylo jeho přesvědčení o své výjimečné inteligenci a talentu, pro které však mimo PC her nenacházel žádné potvrzení.

Asi po deseti týdnech si na sezení přivedl společníka. Domácí potkan jménem „Willi“ se svolením terapeuta pak pravidelně lezl



**Nika
Neubertová**

Mgr., psycholožka a frekventantka České společnosti pro analytickou psychologii. V současnosti pracuje v dětském domově se školou a v ordinaci klinické psychologie a psychoterapie.

po terapeutické místnosti i po terapeutovi. Zdálo se, že Willi reprezentuje pozitivní emoce, které do něj chlapec mohl projíkovat a přijímat. Několik měsíců ve společnosti potkana skončilo jeho ztrátou. To, že potkan už nežije se terapeut dozvěděl během konzultace s babičkou. Nikolas jeho ztrátu překvapivě nijak nekomentoval. Po týdnů přišel s novým potkanem, kterého představil jako „Žolí“. Po té, co se terapeut zeptal na předešlého potkana, dostalo se mu lakonické odpovědi, že „se někde ztratil“. Terapeut na toto sdělení reagoval pocitem lítosti, který nabídl i klientovi. Ten však namísto smutnu začal intenzivně nadávat

na jednu nadnárodní korporaci. Po čtyřech měsících docházení do sezení s Žolí, se na jednou potkan opět ztratil. Nikolas terapeutovi lakonicky oznámil, že jej nemůže najít. Když se chlapec po několika týdnech opět objevil s novým potkanem, začal mít terapeut strach o jeho osud. Jeho obavy se naplnily, když po šestitýdenní letní přestávce přišel chlapec sám. Absenci potkana komentoval slovy „utekl do kanálu“. Během několika dalších týdnů se jeho nálada zhoršila. Namísto smutku však jeho verbálním projevem dál dominoval hněv a nenávisť. Na jednom ze sezení se odehrál následující rozhovor:

T: Nevím, jestli si to nenamýšlím, ale zdá se mi, že to co cítíš, je nejen vztek, ale i lítost.

Pokrčil rameny a zatvářil se nepřítomně.

T: Já bych se nedivil, kdyby ti z celé situace bylo smutno...

N: Z jaké situace?

T: No, z toho co se ti v životě děje a dělo... Co si zažil s potkany, s macechou, s mámou....

N: No jo, Pavla (jméno nevlastní matky) je píča a táta je debil...

T: Chápu, že se na ně zlobíš, a pochopil bych, kdyby ti bylo i smutno...

N: Nevím, jsem unavenej...

T: Dokonce mě Žolí a Willi tady občas chybí, toho třetího jsem sice moc neznal, ale přijde mi to blbý, žes ho také ztratil...

Nikolas si unaveně povzdechl a zadíval se před sebe do prázdna...

N: Jo, asi jo...

T: Je smutné, když někdo, koho máme rádi, odejde z našeho života...

Terapeut a klient spolu mlčeli do konce hodiny. Při loučení se během podávání rukou vzájemně podívali do očí. Oba věděli,

že vědí, co ten druhý cítí a co si myslí. Terapeuta napadlo, že se jedná o moment setkání myslí, tak jak jej popisuje Stern (Stern 2004; Palková, 2009, 2011).

Sezení za čtyři dny začalo chlapcovým vyprávěním o osobě, o které ještě nikdy před tím nepromluvil. Jmenovala se Clair a byla jeho chůvou, když mu byly tři a čtyři roky. Se zasněným pohledem popisoval její černé vlasy a voňavou pleť, kterou před usnutím dlouho hladil. Jednoho dne Clair zmizela. Babička ji vyhodila z domu, snad kvůli krádeži. Při vyprávění o této události se chlapec, poprvé od zahájení terapie, rozplakal. Na terapeuta působil ještě křehčím a opuštěnějším dojmem, než jindy.

Během následujících týdnů se Nikolas dál věnoval svým oblíbeným tématům. Budil však dojem, že se k vnější realitě vztahuje více diferencovaně a komplexně. Ve škole se mu podařilo navázat vztah s novým spolužákem. Učitelku, kterou dříve nenáviděl, vzal částečně na milost. Na padesátém sezení představil terapeutovi nové zvířátko. Jmenoval se Karlík a dostal ho od otce ke třináctým narozeninám. Příchod nového potkana do života a do terapie komentoval slovy „už budu na něj dávat pozor“. Milovaný Karlík po několika měsících onemocněl na rakovinu. Po té, co ho veterinář odmítl operovat, Nikolas s ním trávil několik hodin denně. Příkladně o něj pečoval a před smrtí jej vzal do náruče. Navzdory zákazu babičky jej spolu s otcem pohřbil na zahradě. Zdálo se, že za ním opravdu truchlí.

Asi po dvou měsících se v jeho externí realitě objevila skupina vrstevníků, která navštěvovala skatepark blízko jeho bydliště. Nikolas se s nimi proti vůli babičky začal pravidelně stýkat a brzy se sám naučil jezdit na skateboardu. Vyvrcholením jeho

nové zábavy měl být letní „skatekemp“, na který se velmi těšil. Při návštěvě psychiatricky, kam chodil v doprovodu babičky, se však stala událost, která jeho plány a novou radost ze života málem pohřbila. Lékařka totiž prohlásila, že na to, aby strávil dva týdny mimo domov, není „zdravotně způsobilý“. Chlapec se na místě rozzuřil a při odchodu z ordinace dokonce prokopnul skleněnou výplň vchodových dveří. O incidentu se terapeut dozvěděl z emailu od otce. Uvědomil si, že psychiatricku nenávidí možná stejně, jako jeho klient. Už delší dobu pocítoval frustraci z přístupu kolegyně nejen ke klientovi, ale i k sobě. O průběh terapie se nezajímala, ani o jeho názor na stav klienta. Zároveň si uvědomoval, že o incidentu v psychiatrické ordinaci má informace jenom od chlapce. Ten se cítil zjevně odmítnutý a poníženy, zřejmě podobně, jako terapeut sám. Vědom si svého narcistického zranění, terapeut se rozhodl svoje pocity s klientem sdílet. Věřil, že tímto způsobem mu umožní jeho negativní emoce a představy regulovat bezpečněji a lépe, než jejich násilným odehráním (agováním) ve vnější realitě, tak jak se to už stalo.

T: Ty jo, docela mě to zaskočilo, přiznám se, že je mi z toho blbě.

N: Svině jedna!

T: Ufff, já mám taky vztek. Mám pocit, že doktorka vůbec neví, co tady spolu děláme...

N: Hmm.

T: A taky mám pocit, že s tím nemůžu nic dělat, štve mě ta bezmoc...

Chlapec si zhluboka povzdechnul...

N: Jo, je to kráva!

T: Jo. Ale nic s tím asi neuděláme. Je mi z toho smutno.

N: Mě taky...

T: Já vím.

Po několika minutách Nikolas se svěšenou hlavou řekl:

N: Chybí mi Karlík.

V tuto chvíli bylo terapeutovi a klientovi smutno tak, jako nikdy dříve. Vydrželi spolu sedět beze slov do konce sezení, na jehož konci mu terapeut soucitně dal ruku na rameno.

Nikolas se nepřestal stýkat s kamarády a dál se zajímal o kulturu, která byla přiměřena jeho věku. Na letní „kemp“ sice neodjel, ale jednoho ze starších kamarádů přiměl k tomu, aby jej pravidelně trénoval na skateboardu. Terminace terapie trvala dva měsíce. Na poslední hodině mluvil Nikolas o svých plánech po ukončení základní školy a ukázal novou profilovou fotku na FB, na které byl s Karlíkem.

Diskuze k případu Nikolase:

Případu Nikolase lze rozumět jako průběhu dítěte, jehož psychosociální růst se zastavil v preoidipickém stádiu vývoje. Jeho pregenitální fixace na úroveň závislého a dyadického vztahu nastala patrně v důsledku vztahových traumat v raném věku. Podle teorie Melanie Klein bychom mentálnímu fungování Nikolase mohli rozumět ve smyslu konceptu paranoidně-schizoidní pozice, ve které dochází ke štěpení (splitting) vnitřní a vnější reality, k projektivní identifikaci a idealizaci částečných objektů (Segal, 1988). Tato forma mentální organizace mu nedovolovala postoupit do vyšších stádií vývoje a osvojit si zralejších obranné mechanismy a komplexnější vztah k vnějším objektům. Změna, která v průběhu terapie nastala, chlapci zřejmě umožnila postoupit do depresivní pozice,

díky které dokázal lépe přijmout a regulovat emoce spojené se ztrátou milovaných osob. Riskantní odehrávání (agování) vztahové traumatické zkušenosti s domácími mazlíčky tak mohlo být nahrazeno symbolickým, čili bezpečným zpracováním. Vývoj chlapce tak mohl nastartovat a dál pokračovat směrem k autonomii, vyšší kreativitě a stálým vztahům. Této psychické změny se dosáhlo i díky zažívání a internalizaci terapeutického vztahu, v rámci něhož mohl ne-traumaticky odžívat a regulovat své negativní emoce odvozené z minulosti a z přenosového vztahu s terapeutem. Klient v rámci přenosu vnímal terapeuta zpočátku jako idealizovaného spojence v obranném boji proti odštěpeným a projikovaným částem jeho emoční zkušenosti. Protipřenosově s ním terapeut prožíval lítost a potřebu chránit před těmi objekty, které mu podle fantazie terapeuta bránily v růstu v terapii a mimo ní. Terapie probíhala po dobu 34 měsíců s prázdninovými pauzami a s frekvencí dvakrát nebo jednou týdně. Publikování bylo odsouhlaseno klientem. Terapeut by se dnes snažil více komunikovat s psychiatričkou klienta.

Další ukázkou dosahování změn v psychické realitě klientů je i případ pětileté holčičky.

Natálka

Pětiletá Natálka byla ohlášena u terapeuta matkou, která požádala o konzultaci z důvodu „selektivního mutismu“ dcery. Dle matky a otce Natálka „oněměla“ před dvěma lety a to po té, co jí jedna známá paní pohrozila, že pokud nezarecituje básničku, nepřijmou jí do školy. Natálka se dle rodičů v tu chvíli „zablokovala“ a od té doby mimo nich a babičky, která s nimi bydlí,

s nikým ani jednou nepromluvila. Po návratu z letních prázdnin se matka rozhodla ve školce všem oznámit, že Natálka „vůbec nemluví“. Překvapené učitelky a děti si na její „němotu“ postupně zvykly a maximálně se jí přizpůsobily. Asi po roce začala matka s holčičkou navštěvovat logopedické centrum, kde vyslovili podezření na „poruchu autistického spektra“. Natálka však byla dle rodičů od narození velmi komunikativní a sociálně odvážná. Matce bylo v centru doporučeno, aby dceru naučila komunikovat pomocí obrázkových kartiček. Natálka se s kartičkami brzy spřátelila stejně jako její okolí. Po dvou letech mlčení mimo domov se však rodiče, zejména na popud otce, rozhodli vydat jinou cestou. Při jejich první návštěvě s terapeutem dozvěděl, že holčička se narodila jako první a očekávané dítě. Těhotenství i první měsíce a tři roky života strávila ve výhradní společnosti matky v dobré náladě i ve zdraví. Vyrůstala bez větších úrazů a nečekaných nebo potenciálně traumatických událostí. Ráda si hrála s dětmi, tancovala a zpívala a bez většího stresu začala navštěvovat školku krátce po třetích narozeninách. Ačkoli měla vlastní pokojíček, spávala s matkou v ložnici, ze které se otec odstěhoval, když jí byly dva roky.

Po rozhovoru s rodiči se terapeut setkal s holčičkou, která do té doby v čekárně sledovala pohádku na tabletu. Roztomilé děvčátko na něho nepůsobilo vůbec uzavřeně nebo úzkostně. Mile se usmívalo a pohotově reagovalo na pozdrav a úvodní slova. Jedinou jeho zvláštností bylo, že vůbec nemluvílo a to ani tehdy, kdy jí mlčení zjevně bránilo v tom, aby dostala vybranou hračku. Nakonec se s terapeutem „domluvili“, že budou společně stavět něco z lega.

Oba skládali kostičky bez plánu, na kterém se ze zjevných důvodů samozřejmě nešlo ani domluvit. Terapeut spontánně stavěl domečky a různé postavičky a ukládal je různě vedle sebe tak, jak ho to napadlo. Holčička jeho stavění se zájmem pozorovala a bavila se na tom, jak si figurky hlasem terapeuta povídaly. Oba se pak srdečně smáli scénkám, kdy jedna figurka zlobila druhou nebo když se navzájem honily a hlasitě pšoukaly. Asi za dvacet minut hry se Natálka z pasivní pozorovatelky přeměnila na tvůrce hry. Z pečlivě vybraných kostiček postavila velkou figurku, která měla tvar nebezpečného zvířete. Terapeutův odhad, že by to mohl být pes, potvrdila rázným příkývnutím hlavíčkou. Pes se v jejich ruce stal hrozbou pro všechny postavičky a domečky. Zuřivě narážel do kostiček, boural stavby, ničil lidi, které nezachránil ani útek do domečků. S divokým zvířetem prohrávali i policisté a vojáci. Na konci hodiny se Natálka snažila pečlivě schovat zlou figurku pod stůl, snad aby nesežrala terapeuta.

Terapeut se po týdnu sešel s rodiči. Předmětem hovoru byly obavy o osud Natálky a její životní příběh. Ani na podruhé se terapeut nedozvěděl nic, co by v děvčátku mohlo jen teoreticky vyvolat trauma nebo obrannou regresi na preverbální úroveň vývoje. Výrok nějaké paní, na kterou se rodiče odvolávali, se nezdál být sám o sobě tak závažný, nebo dokonce traumatizující, pokud „neotevřel okno“ do jiného traumatu. Terapeutovi přišla významná zjevná ochota matky přistoupit na stav, kdy dcera odmítá verbální komunikaci s vnějším světem. Z vyprávění rodičů vyplynulo, že na svou dceru v této oblasti nekladli velké nároky a spíše než na ní, působili na vnější prostředí. Dělo se tak navzdory tomu, že oba

vyjadřovali obavy ohledně budoucnosti a jejího zdraví. Během terapeutické konzultace s nimi si terapeut položil otázku, zda hrozba, kterou Natálka zinscenovala v úvodní hodině, neodrážela spíše psychickou realitu matky, než její. Tuto hypotézu opatrně vyslovil i před rodiči, s kterými se domluvil na pokračování konzultace za dva týdny. Ten samý den obdržel zprávu od matky s naléhavou žádostí o dřívější setkání. Při setkání za dva dny se matka hned zkraje konzultace rozplakala. Po zklidnění vyprávěla terapeutovi příběh vlastního dětství, který byl plný fyzického násilí, týrání, zanedbávání, ztrát rodičovských postav a nedobrovolných pobytů v dětských domovech. Matka se během několika dalších konzultací emočně otevřela a dokázala své traumatické vzpomínky sdílet a dávat do souvislosti s obavami, týkajícími se její dcery.

Při dalších naplánovaných setkáních s oběma rodiči se terapeut rád dozvídal o pokroku ve fungování dcery. Holčička se během několika týdnů přestávala bát cizích lidí a dokázala dokonce komunikovat s rodiči i mimo domov, což před tím dlouho nebylo možné. Namísto kartiček se s dětmi a učitelkami dorozumívala posunky a občas i šepem vyslovila nějaké to slovíčko. Po šesté terapeutické konzultaci s matkou, které vzhledem k bydlišti matky probíhaly s frekvencí jednou za 14 dní, proběhlo další společné sezení s oběma rodiči. Dojaty oba referovali o tom, jak jejich dcera vystoupila na školní besídce a zaspívala písničku.

Diskuze k případu Natálky:

Smyslem terapie rodiče je ovlivňování psychické reality dítěte přes psychickou realitu rodiče. V případě Natálky se terapeu-

tovi zdál tento postup efektivnější, než samotná terapie dítěte, jehož sociální úzkost a mutismus byly zřejmě důsledkem projektní identifikace matky. Terapie matky měla za cíl rozlišení mezi obsahem psychické reality matky a dítěte. Při zpracování traumatické zkušenosti matky tak mohlo postupně dojít k desidentifikaci s dcerou a k získání náhledu na její skutečné vývojové potřeby. Díky regulaci negativních emocí v rámci terapeutického vztahu se matka mohla stát pro dceru více emočně odpojenou, ale, paradoxně, lépe dostupnou. Úzkost dítěte tak mohla být lépe kontejnována. Kontejnování pojmenoval a vysvětlil kleiniánský psychoanalytik Wildred Bion (1962). Jedná se o přijímání, transformaci a vrácení negativních emočních obsahů klienta v rámci bezpečného vztahu. Terapie byla publikována se souhlasem matky klientky.

Filip

Filip je patnáctiletý chlapec, který žije v ústavní péči od svých devíti let. Do diagnostického ústavu a do dětského domova se školou se dostal po té, co mu po těžké nemoci zemřela matka, která se dva roky onkologicky léčila. Po její smrti se ocitl v péči otce, který se o něj nedokázal postarat a po soudním umístění chlapce do ústavní péče se odstěhoval za svojí původní rodinou do zahraniční. Dle zdravotnické dokumentace psychiatra, který chlapce vedl pod diagnózou „atypický autismus“, „LMR“ a „hyperkinetická porucha“, byl Filip již v mateřské školce často odmítaný za „nevyzpytatelné, nebezpečné až agresivní“ chování. Po jeho umístění do ústavní péče bylo z pravidelných písemných hodnocení vychovatelů zřejmé, že se na nové prostředí adaptoval velmi pomalu, obtížně

se začleňoval a zapojoval do kolektivu a společných aktivit. Postupem času se však se svojí „rodinnou skupinou“ sžil, jeho agresivní projevy vymizely.

V době, kdy se jej v dětském domově ujala terapeutka, měl již za sebou pětiletý pobyt. Terapeutka jej vnímala jako velmi citlivého, důvěřivého a nekonfliktního chlapce, kterému vyhovují řád, stereotypy a rituály. Jakákoliv nová neznámá situace, například změna třídy nebo odjezd s dětmi na výlet, v něm vyvolávala viditelný neklid se somatizací. První rozhovor, který se odehrál dva dny po nástupu terapeutky do zařízení, proběhl u vánočního stromku. Tam se se Filip terapeutky zeptal, zda má terapeutka manžela a děti. Po prvních seznamovacích setkáních se domluvili na pravidelných schůzkách s frekvencí jednou týdně a to v odpoledním čase a po dobu dvou hodin. Pro zajištění stálosti a bezpečných hranic terapeutického prostoru si terapeutka svůj kontakt s chlapcem zorganizovala tak, aby náhodná „provozní“ setkání nenahrazovala výlučný prostor pro terapeutická setkání, odehrávající se mimo zdi instituce, v okolních lesích. V případě výjimečné nepřízně počasí, se setkání mohly přesunout do kanceláře terapeutky. Filip vždy čekal na terapeutku několik minut před setkáním sportovně oblečen a s lahví limonády v ruce. Na pobyt venku byl zvyklý i z hippoterapie, na kterou chodil už několik let. I z těchto důvodů je na společných procházkách někdy doprovázel jeho oblíbený poník. Terapeutka mu doprovod jeho oblíbeného zvířete umožnila, protože vnímala jeho potřebu bezpečí, kterou mu poskytovaly známé objekty.

Každou „výpravu“ do lesa vedl chlapec v přesvědčení, že ví přesně, kam jdou a jak

se dostanou zpátky. Protože se zpočátku striktně odmítal spoléhat na terapeutku, často cestou zpátky zabloudili. Terapeutka mu empaticky umožňovala, aby cestu zpátky našel sám, ačkoli mu na konci ráda poskytla určité usměrnění. Během procházek Filip vyprávěl o katastrofických scénářích týkající se jeho a jeho bezprostředního okolí. Mluvil o možném výbuchu jaderné elektrárny Temelín, o vládě Hitlera (byl přesvědčen, že jeho pobyt v předchozím ústavu narušili Němci) a sdílel fantazie o možném svrnutí bomby na jeho dětský domov. Terapeutce se zdál být sugestibilní a náchylný z běžné zprávy v médiích vyrobil katastrofu, kterou pak často prožíval, jakoby byla reálná. Terapeutka se snažila jeho úzkosti, které v něm tyto fantazie vyvolávaly, regulovat pomocí vyhodnocení skutečné míry rizika, ale zároveň reflektovala úzkost vyplývající z možných katastrofických prožitků v jeho životě. Mimo těchto témat mluvil obvykle bez přerušení i o tématu „ďábla“ a jeho armádě, která byla zamčená v podzemí. S vážným výrazem kladl terapeutce otázky, zda je možné, že by ďábel ovládl celý svět. Přibližně po deseti setkáních začal vyjadřovat strach z toho, že by se spolu ztratili v lese. Obával se možných útoků a přepadení během procházky. Vypytával se, co by měl dělat pro případ, že by se terapeutce něco zlého stalo, například kdyby omdlela. Téma strachu o život dominovalo většinou v té první ze dvou terapeutických hodin. Druhou hodinu obvykle mluvil o rodičích. Povídal o tom, že matka před svojí smrtí brala drogy, o tom, jak jí odvezli do nemocnice a už se nikdy nevrátila a on zůstal s kočkou doma sám. Při vzpomínkách na matku se často rozplakal. Na otce vzpomínal ve zlém, protože ho prý bil. Terapeut-

ky se pak následně ptal na to, jaké to je „mít mámu“, zda je lepší mít „mámu nebo tátu“. Odpovídala mu, že většinou je to dobré, co obvykle rodiče a děti dělají, ale také, že ne vždy se to povede. Filip se opakovaně potřeboval ujistit, že obsah rozhovorů nebude probírán s vychovateli. Žádal, aby mu terapeutka předváděla situace, kdy se někdo z personálu Domova bude dotazovat na to, co během terapie říká. Terapeutka se mu v ujištění snažila vždy vyhovět a snažila se mluvit o jeho skutečných pocitech bez toho, aby bezezbytku potvrzovala jeho vnímání reality. Tvrdil, že hodně dospělých mu nevěří. Zároveň míval fantazie o tom, že natočí velmi dlouhý film o celém svém životě. Dotazoval se, jestli by takový film lidi zajímal, zda by vydrželi koukat do konce, co by si o filmu mysleli. Terapeutka se snažila Filipovi přiblížit emoce, které by takový zajímavý film u lidí mohl vyvolávat v kontextu jeho konkrétních životních událostí. Zároveň však vyjádřila obavu nad časovou náročností takového filmu.

Jednou z důležitých terapeutických seší (třináctá) byla ta, při které terapeutka a chlapec „zabloudili“ ke hřbitovu. Tam Filipa zaujala socha anděla, která stála u vchodu na hřbitov. Obrátil se na terapeutku se slovy:

F: To je anděl, že jo.

T: Jo, myslím, že ano.

F: Proč tu je? Víte to?

T: No asi střeží hřbitov, nebo ty lidi, kteří jsou tu pohřbeni, takový anděl strážný možná.

F: A můžu si na něj sáhnout? To by nikomu nemělo vadit, že ne?

T: Jistě, můžeš si na něj sáhnout.

Po té, co se chlapec dotknul anděla, pokračovali dál v procházce. Během ní překot-

ně vyprávěl o možných teroristických útocích, o Temelínu a dalších katastrofách, které terapeutka z důvodu únavy a zahlcení informacemi již nebyla schopna rozlišovat. V rámci supervize terapeutka přemýšlela, proč hned po tomto setkání s andělem na hřbitově nereflektovala Filipovi její pocity zahlcení z obsahů katastrofických scénářů a mohla tak v daný moment téma udržet u „doteku anděla smrti“.

Na následujícím setkání vyprávěl Filip sen, který se mu zdál v noci po setkání s andělem na hřbitově. Anděl jej ve snu navštívil a nabídl pomoc. Měl slíbit, že mu pomůže být silnějším, aby si poradil s kluky v Domově. Terapeutce přišlo významné, že namísto démonů se Filipovi snad poprvé zdálo o andělovi. Přemýšlela, zda tím andělem, který je spojován s tématem smrti a ochranou, nemůže být v přenosu ona sama. Hřbitov, kde mohla teoreticky odpočívat i jeho matka, byl místem smrti, ke kterému se tak možná mohl přiblížit jak fyzicky tak v představách. V dalších venkovních seších chlapec nahlas přemýšlel, jaké je to nemít mámu ani tátu. Jeho velkou starostí bylo, že jej nikdo nechce do pěstounské péče, ačkoli je na seznamu vybraných dětí. Ptal se na důvody, proč si jej zaměstnanci dětského domova nevezmou domů alespoň na víkend. Terapeutka bývala v těchto chvílích zahlcena protipřenosovými pocity bezmoci a lítosti, které byly tématem na supervizích. V několika setkáních řešil pocity viny za smrt matky. Nechával se ujišťovat, že za její nemoc ani smrt nemůže. V tuto dobu si terapeutka všimla, že se přestal bát toho, že cestu zpátky do „děčáku“ nenajdou.

Asi po dvaceti terapeutických seších měl potřebu začít testovat terapeutku, zda si

pamatuje „opravdu vše“, co jí během dvou hodin říkal. Vyžadoval dokonce, aby mu jeho sdělení převyprávěla, což se částečně i dařilo. Více se na ni dokázal spolehnout a nechal si i poradit. V době, kdy začal uvažovat o tom, že nastoupí na internát se školou s učilištěm, se už odvažoval podnikat čím dál delší procházky mimo Domov. Po pěti měsících terapie se Filip ve svém překotném a zahlcujícím projevu začal mírnit a zpomalovat, jakoby více empaticky vnímal kapacitu terapeutky. Vedle fantazií o zlém ďáblu, které terapeutka interpretovala jako odštěpené a stínové „zlé a úzkostné obtěžující myšlenky a vzpomínky“, začal referovat i o „dobrých myšlenkách“, které jej samozřejmě těšily. Byly chvíle, kdy dokonce připouštěl, že kdyby se přidal na stranu Boha, v kterého dříve odmítal i věřit, „možná“ by ďábla přemohl. Na jednom z posledních setkání, po kterých Filip nastoupil na internátní školu, došli s terapeutkou nejdál od budovy Domova. Terapeutka si snad poprvé uvědomila, že cestu zpátky tentokrát nezná ani ona. Poté, co zděšeného Filipa ujistila, že společně cestu najdou, se chlapec usmál a řekl: „Naše fantazie nám pomůž.“

Terapie byla po osmi měsících z důvodů nástupu na internátní školu ukončena, Filip je však dál s terapeutkou v kontaktu v rámci běžného režimu Domova. Pro Filipa bylo náročné si zvyknout na novou internátní školu a často vnímal nový kolektiv „děti“ jako nepřátelský a zlý. Po šesti měsících částečné separace od Domova, se na nové prostředí částečně aklimatizoval a našel si nové kamarády. Při krátkém rozhovoru s terapeutkou vyjádřil přání jí a etopedovi ukázat prostředí, kde přes týden pobývá.

Diskuze k případu Filipa:

Terapeutka, která s klientem pracovala pod dohledem supervizora, navázala s Filipem terapeutický vztah v rámci specifických podmínek institucionální péče. V ní se děti ocitají obvykle nedobrovolně po traumatické zkušenosti ve formativních vztazích. Součástí jejich života jsou často opakované nebo ireverzibilní ztráty nejbližších osob, které obvykle nemají možnost emočně zpracovat. Největším rizikem jejich umístění do institucionální péče je absence vztahu, ve kterém by mohly své traumatické zkušenosti bezpečně propracovat a emoce s nimi spojené regulovat. V případě Filipa se terapeutka stala možná první osobou, která byla ochotna být mu k dispozici, tak aby mu traumatické prožitky nebránily v emočním růstu a vývoji. Smyslem psychoterapeutického procesu, který se v rámci jejich výlučného vztahu rozvinul, bylo znovuprožití a propracování emočních traumat, zejména traumatu ztráty a odmítnutí, na které chlapec reagoval disociací a štěpením, projekcí a odehráváním ve fantaziích. Pro zahájení terapeutického procesu bylo důležité, že se terapeutka nenechala odradit „akademickými“ námitkami některých kolegů, které ji od provádění smysluplné psychoterapie v zařízení typu dětského domova se školou odrazovaly. Podmínky ústavní péče se rozhodla brát nikoli jako překážku, nýbrž jako výzvu pro terapeutický proces, který je vždy unikátní a neopakovatelný. Důležitou podmínkou a možná i předností zahájení terapeutického procesu byla přímá motivace chlapce a jeho nevědomá volba terapie a osoby terapeutky. Specifický setting odrážející životní podmínky, kde faktický domov a rodinu tvoří technické a personální vybavení

instituce, využila terapeutka k vytvoření neutrálního prostředí v blízkém okolí zařízení, kde bylo možné objevovat a zažívat někdy lépe, než během klasického settingu v terapeutické místnosti. Procházky lesem se daly terapeuticky plně využít pouze za předpokladu, že se odehrávaly v předvídatelných hranicích, které hlídala a zaručovala terapeutka. Její dostupnost v pravidelnou dobu byla vyvážena relativní nedostupností mezi sezeními, kdy si pečlivě hlídala terapeutický prostor a snažila se tak předejít odehrávání emočních potřeb klienta během běžných aktivit. Výsledkem působení terapeutického vztahu bylo, že Filip mohl navázat bezpečný emoční vztah, ve kterém se cítil v kontaktu s tím, co doopravdy prožíval. Propracování jeho fantazií a „uskřínutých“ emocí v terapeutickém vztahu mu pomohlo objevit a zapojit zralejší psychické obrany, které mu umožnily vytvořit bližší kontakt s dříve neúnosnou vnější realitou a následně i lepší sociální a intelektové fungování. Kazuistika byla zveřejněna se souhlasem Filipa a jeho zákonného zástupce.

ZÁVĚR:

Uvedené příklady terapeutického působení na psychickou realitu dětí demonstrují možnost jejího ovlivnění prostřednictvím terapeutického vztahu. Autoři se pokusili demonstrovat svojí empirickou zkušenost, že vnější terapeutický setting nemusí být překážkou dosažení psychických změn za předpokladu, že mezi klientem i terapeutem se vytvoří bezpečná vazba. Ta pak ve formě bezpečného vnitřního pracovního modelu, kterou můžeme chápat jako implicitní vzpomínku, pomáhá klientovi regulovat negativní emoce tak, aby je nemu-

sel rizikově odehrávat ve vztahu k sobě a blízkým osobám. Autoři musí s lítostí konstatovat, že příležitostí k takto prováděné psychoterapii je v České republice výrazně méně, než by to děti potřebovaly. Tento nepříznivý stav mimo jiné souvisí i s preferencí medicínského a farmakologického přístupu k potížím v emočním a sociálním fungování, které jsou paušálně chápány jako „nemoci“, namísto toho, aby se jim odborníci a rodiče snažili porozumět z perspektivy jedinečných životních příběhů jedinečných dětí (Pöthe, 2009).

LITERATURA

- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann.
- Eagle, M. N. (2014). *Attachment and Psychoanalysis: Theory, Research, and Clinical Implications*. The Guilford Press.
- Fonagy, P. G. (2004). *Affect Regulation, Mentalization and the development of the Self*. London: Karnac.
- Hoffman, L., Blum L., (2018). *How Psychoanalysis Helps*, www.psychologytoday.com.
- Gallese, V. (2005). Embodied simulation: From neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 4, 23–48.
- Lewis, L. (2000). Repairing the Bond in Important Relationships: A Dynamic for Personality Maturation. *American Journal of Psychiatry*, 1375–1378.
- Lyons-Ruth, K. (1998). Implicit Relational Knowing: Its Role in Development and Psychoanalytic Treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282–289.
- Palková, M. (2009). *Situace „tady a teď“ jako faktor terapeutické změny*, Diplomová práce, Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie.
- Palková, M. (2011). Přítomný okamžik jako průvodce změny v psychoterapii podle D. Sterna a jeho kolegů z Boston Change Process

- Study Group, *Revue Psychoanalytická Psychotherapie*, XIII. ročník, zima 2011, číslo 2.
- Palková, M.; Pöthe, P. (2015). Změna intrapsychoických pracovních modelů v rámci psychotherapeutického působení na děti, *Psychotherapie* 2015/2.
- Pöthe, P. (2001). *Teorie vazby a prevence týrání a zanedbávání dětí*. In Sborník Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence“, Praha: Futurum.
- Pöthe, P. (2007). *Emoční poruchy v dětství a dospívání – 2.*, doplněné a aktualizované vydání, Brno: Grada.
- Pöthe, P. (2009). Vnitřní realita „šílených“ dětí z pohledu psychoanalýzy, *Psychotherapie* 2009/3.
- Pöthe, P. (2009). Vnitřní realita „šílených“ dětí z pohledu psychoanalýzy, *Psychotherapie* 3/3–4.
- Schore, N. A. (2003). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. New York: WW Norton & Company.
- Schore, A. (2002). Advances in Neuropsychology, Attachment Theory, and Trauma Research: Implications for Self Psychology. *Psychoanalytic Inquiry* 22: (3), 433–484.
- Segal, H. (1988). *Introduction to the Work of Melanie Klein*. London, Karnac: The Institute of Psychoanalysis.
- Stein, T. Ph.; Kendall, C. J. (2004). *Psychological trauma and the developing brain, Neurologically based interventions for troubled children*. New York: The Haworth Maltreatment and Trauma Press, An Imprint of Haworth Press Inc.
- Stern, D. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. London: Karnac.
- Stern, D. (2008). Forms of Relational Meaning: Issues in the Relations Between the Implicit and Reflective-Verbal Domains. *Psychoanalytic Dialogues* 18, 125–148.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Tronick, E. Z. (1998). Dyadically Expanded States of Consciousness and the Process of Therapeutic Change. *Infant Mental Health* 19(3), 290–299.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of parent infant relationship, in Cadwell L., Joyce A., *Reading Winnicott* (2011), str. 147. London: Routledge.
- Winnicott, D. W. (2005). *Playing And Reality*. London: Routledge.
- Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 2. 2. 2018. Revidované znění došlo 19. 3. 2018, k publikaci přijato 26. 3. 2018.*

FILIÁLNA TERAPIA

Filial therapy

Zuzana Gaššová¹, Tomáš Řiháček²

¹ Katedra psychológie, Fakulta sociálnych štúdií, Masarykova univerzita, Brno, CZ; zuzana.gassova@gmail.com

² Katedra psychológie, Fakulta sociálnych štúdií, Masarykova univerzita, Brno, CZ; tomas.rihacek@gmail.com

Psychoterapie. 12 (1), 22–34; ISSN 1802-3983

Táto štúdia vznikla za podpory špecifického vysokoškolského výskumu, projekt č. MUNI/A/1024/2016, ktorú poskytlo MŠMT.

Kľúčové slová: filiálna terapia, na dieťa zameraná terapia hrou

ABSTRAKT

Filiálna terapia je tréningový program, v ktorom sa rodičia učia používať špecifické zručnosti využívané v nedirektívnej na dieťa zameranej terapii hrou. Tieto zručnosti následne uplatňujú v špeciálnych hrových stretnutiach s dieťaťom. Medzi ciele filiálnej terapie patrí zlepšenie vzťahu a empatickej komunikácie medzi rodičom a dieťaťom, rozvoj realistickejšieho a tolerantnejšieho vnímania seba a dieťaťa, zníženie výskytu problematického správania, či zvýšenie dôvery v rodičovské schopnosti. Výsledky mnohých štúdií ukazujú, že filiálna terapia úspešne pomáha znížiť výskyt rôznych emocionálnych, behaviorálnych, či sociálnych ťažkostí u detí a slúži i ako prevencia vzniku problémov. Niektoré výsledky dokonca naznačujú, že filiálna terapia môže mať väčšiu účinnosť ako terapia hrou vedená terapeutom. Tento článok stručne popisuje teoretické pozadie filiálnej terapie, jej štruktúru, ciele a set zručností, ktoré si rodičia osvojujú. Približuje tiež výsledky štúdií zaoberajúcimi sa výskumom procesu a výsledku tohto prístupu.

ABSTRACT

Filial therapy is a training program, in which parents learn specific child centered play therapy skills and apply them in play sessions with their children. Among the goals of filial therapy are strengthening the child-parent relationship and empathy, development of more realistic and tolerant perceptions towards self and child, reduction of problematic behaviors, and increase of confidence in parenting skills. Results of multiple studies show that filial therapy is successful in reducing emotional, behavioral, or social problems of children, as well as preventing future problems. Furthermore, some research findings suggest that filial therapy can be more effective than play therapy led by a therapist. This paper briefly outlines theoretical background of filial therapy, its structure and goals, and skills that parents learn during the training. Research outcomes of studies investigating the process and outcome of this approach are also described.

Key words: filial therapy, child centered play therapy

Hra je dominujúcim prvkom činností detí a tvorí nevyhnutnú súčasť ich života. Je najprirodzenejším prostriedkom detského sebaujadrenia (Vymětal a Rezková, 2001) a, najmä u detí v predškolskom veku, tvorí oiazistný základ komunikácie (Humpolíček, 2005). Deti nie sú vývinovo vybavené k tomu, aby vedeli svoje myšlienky, pocity, skúsenosti vyjadrovať pomocou abstraktných významov a slov tak ako dospelí (Bratton et al., 2005). Je preto prirodzené, že sa hra stala i základom psychoterapeutických prístupov pre detskú klientelu.

Jedným z týchto prístupov, u nás doposiaľ nepríliš rozšíreným, je filiálna terapia, ktorá by sa dala začleniť pod rodinné prístupy terapie hrou. Na rozdiel od iných prístupov v terapii hrou, v ktorých terapeut pracuje priamo s dieťaťom, je filiálna terapia založená na tréningu rodičov v princípoch a zručnostiach na dieťa zameranej terapie hrou. Tie potom rodičia sami aplikujú pri hre s deťmi, ktoré sú zvyčajne vo veku od 3 do 12 rokov, i keď existujú rôzne adaptácie pre mladších a starších (VanFleet et al., 2010). Keďže filiálna terapia vychádza z na dieťa zameranej terapie hrou, najprv predstavíme tieto východiská.

NA DIEŤA ZAMERANÁ TERAPIA HROU

Na dieťa zameraná terapia hrou je nedi- rektívnym prístupom, ktorý v hrovej situácii s dieťaťom aplikuje princípy na človeka zameraného prístupu. Za zakladateľku na dieťa zameranej terapie hrou je považovaná Virginia Axline, žiačka Carla Rogersa (Landreth a Bratton, 2006; VanFleet et al., 2010). Axline (1947) verila, že ak dospelí môžu hovoriť o svojich problémoch v bezpečnej atmosfére akceptácie, ktorú

zabezpečuje terapeut, podobné musí platiť i pre prácu s deťmi, no formou hry, keďže tá je prostriedkom komunikácie detí. Autorka popísala osem hlavných princípov na dieťa zameranej terapie hrou, v ktorých definuje úlohu terapeuta. Pre ich prehľad vid' Rámček 1.

Jadrom na dieťa zameranej terapie hrou je teda presvedčenie, že dieťa má potenciál samo vyriešiť svoje problémy (Vymětal a Rezková, 2001). Dieťa má vrodennú tendenciu smerovať k rastu a zreniu a terapeutovým cieľom je poskytovať mu bezpečnú



Zuzana Gaššová

Mgr. et MS, pracovala ako výskumný a pedagogický asistent na University of Kentucky, kde aj absolvovala terapeutický výcvik v rodinnej a párovej terapii. Následne pracovala ako konzultantka detského vývinu pre University of Kentucky Family and Consumer Sciences Extension. Tri roky bola členkou rady vedenia Kentucky Association for Play Therapy.

atmosféru, v ktorej bude môcť prejavíť tento potenciál a explorať svoje self. Fokus terapie je teda nie na probléme a jeho korekcii, ale na dieťati samotnom – terapia nemá špecifické zameranie. Terapeut sa nesnaží zmeniť dieťa, pretože verí, že jeho správanie

Rámček 1. Princípy na dieťa zameranej terapie hrou (Axline, 1947)

1. Terapeut rozvíja vrelý, priateľský vzťah s dieťaťom, v ktorom sa snaží čo najrýchlejšie naviazať terapeutickú alianciu.
2. Terapeut akceptuje a prijíma dieťa také, aké je.
3. Terapeut vytvára pocit tolerancie vo vzťahu, aby sa dieťa cítilo úplne voľne vyjadrovať vlastné pocity.
4. Terapeut si všíma pocity dieťaťa a reflektuje tieto pocity naspäť dieťaťu, aby získalo vhľad do svojho správania.
5. Terapeut si udržiava hlboký rešpekt voči schopnosti dieťaťa vyriešiť vlastné problémy, pokiaľ má k tomu dieťa príležitosť. Zodpovednosť za rozhodovanie a navodenie zmeny patrí dieťaťu.
6. Terapeut sa nesnaží viesť kroky alebo konverzáciu dieťaťa nijakým spôsobom. Dieťa udáva smer, terapeut ho nasleduje.
7. Terapeut neurýchľuje terapiu. Je to postupný proces.
8. Terapeut stanovuje len tie hranice, ktoré sú nezbytné na ukotvenie terapie v reálnom svete a ktoré umožňujú dieťaťu byť si vedomé svojej zodpovednosti vo vzťahu.

je vždy motivované vnútornou tendenciou k pozitívnemu rastu (Landreth a Bratton, 2006; Robinson, 2011).

FILIÁLNA TERAPIA

Na dieťa zameranej terapii hrou býva vytykávané, že sa spolieha len na zmeny u dieťaťa a nereaguje na širšiu rodinnú situáciu (Vymětal a Rezková, 2001). Filiálna terapia reaguje na túto kritiku. V pozadí jej zrodu stojí presvedčenie, že rodič (resp. blízka osoba poskytujúca primárnu starostlivosť) je najdôležitejšou osobou v živote dieťaťa a má tak prirodzene výrazný vplyv na vývin a duševnú pohodu dieťaťa. Výskumy v oblasti vzťahovej väzby potvrdzujú, že detské vzťahy s rodičmi súvisia s ďalším správaním a vzťahmi v živote dieťaťa (Bowlby, 2010; Holmes, 1999). Ďalšie štúdie naznačujú, že deti, ktoré majú konfliktne vzťahy so svojimi opatrovníkmi, vykazujú dlhotrvajúce

behaviorálne a emocionálne ťažkosti (Campbell, 1995). Bernard Guerney (1964), zakladateľ filiálnej terapie, predpokladal, že i len malé množstvo pozitívneho správania (náklonnosti, vrelosti, pozornosti a pod.) zo strany rodiča k dieťaťu, bude mať pravdepodobne väčší terapeutický účinok než veľké množstvo toho istého zo strany terapeuta. Domnieval sa, že ak by sa rodičia naučili efektívnejšie spôsoby interakcie s dieťaťom, naskytnol by sa väčší potenciál pre dlhotrvajúcu pozitívnu zmenu. Guerney sa preto rozhodol trénovať skupiny rodičov v princípoch terapie hrou, aby boli sami schopní viesť hrové stretnutia. Rodičov školoval pomocou didaktických inštrukcií, hrania rolí, supervízie, či spracovávaní pocitov rodičov v skupine (Cornett a Bratton, 2015; Guerney, 1964).

Pôvodná terapia Guerneyho trvala približne rok, neskôr ju skrátil takmer o polovicu

(Guerny, 2000). Z potreby väčšej dostupnosti však začali vznikať kratšie modely. Pravdepodobne najznámejším je model Garryho Landretha (Child Parent Relationship Therapy), pozostávajúci z 10 stretnutí skupiny rodičov detí vo veku 2–10 rokov; ako jeden z mála modelov je i manualizovaný (Landreth a Bratton, 2006; Bratton et al., 2006). Autori manuálu (Landreth a Bratton, 2006, s. 11) filiálnu terapiu definujú ako:

Unikátny prístup používaný hrovými terapeutmi k trénovaniu rodičov k tomu, aby sa stali terapeutickými činiteľmi pre svoje vlastné deti skrz formát didaktických inštrukcií, demonštrácie hrových sedení, požadovaných domácich hrových stretnutí s dieťaťom a supervízie v podpornej atmosfére. Rodičia sa učia základné princípy a zručnosti na dieťa zameranej terapie hrou vrátane reflektívneho počúvania, rozoznávania a reflektovania pocitov dieťaťa, terapeutického zadávania hraníc, budovania sebaúcty dieťaťa a štruktúrovania vyžadovaných týždenných hrových stretnutí so svojimi deťmi s použitím špeciálneho setu vybraných hračiek. Rodičia sa učia ako vytvoriť neodsudzujúce, chápujúce a akceptujúce prostredie, ktoré podporuje vzťah medzi rodičmi a deťmi a facilituje osobný rast a zmenu u rodiča i dieťaťa.

Hlavným fokusom filiálnej terapie je skvalitnenie a posilnenie puta medzi rodičom a dieťaťom (čo reflektuje i názov terapie – filiálny znamená synovský/dcérsky). VanFleet (2009) dokonca tvrdí, že klientmi v tomto prístupe nie sú ani rodičia, ani deti, ale ich vzťah. Konkrétne ciele tohto prístupu potom môžeme formulovať z pohľadu rodiča, dieťaťa, alebo ich vzťahu. Ich prehľad vid' Rámček 2.

Podľa Landrethovho modelu sa rodičia

zvyčajne stretávajú raz za týždeň na 2 hodiny v skupine 5–8 členov vedenej jedným alebo dvomi terapeutmi. Počas tohto obdobia majú za úlohu vykonať 7 špeciálnych 30 minútových hrových stretnutí. Tieto stretnutia, ktoré zvyčajne robia doma s jedným vybraným dieťaťom (v takomto settingu teda nemusí dôjsť k osobnému kontaktu medzi terapeutmi a deťmi), sú veľmi podobné terapeutickým stretnutiam v terapii hrou s terapeutom. Rodičia sú na začiatku explicitne vedení k tomu, aby naučené zručnosti využívali len počas týchto hrových situácií, ukazuje sa však, že majú tendenciu tieto zručnosti spontánne uplatňovať i mimo určený čas (Landreth, 2002).

Hračky vo filiálnej terapii sú podobné hračkám v na dieťa zameranej terapii hrou. Podstatné je, aby hračky neboli nebezpečné a aby umožňovali prehranie rôznych scén, situácií, príbehov a emócií. Set hračiek by mal obsahovať hračky z reálneho života (napr. rodinu bábik, autíčka, hračkárske peniaze, zvieratá), hračky, ktoré umožňujú prejaviť agresivitu (napr. hraciu pištoľ, agresívne zviera, vojačikov) a hračky na tvorivé vyjadrovanie (napr. plastelínu, papier, voskovky, nožnice) (Bratton et al., 2006). Niektorí autori odporúčajú prispôbiť set hračiek pre rôzne vekové obdobia či deti (napr. preadolescentov – Packman a Solt, 2004; deti so život ohrozujúcou chorobou – Steen, 2004). Packman a Solt (tamtiež) navrhujú, aby staršie deti mali možnosť vybrať si, či sa budú hrať s hračkami (materiálmi) alebo by radšej spoločne s rodičom robili nejakú činnosť (napr. pečenie), pričom aktivitu môžu plánovať dopredu (napr. spoločne nakupovať suroviny).

Rodičia si vo filiálnej terapii osvojujú tie isté zručnosti, ktoré si osvojujú i hroví

Rámček 2. Ciele filiálnej terapie (podľa Landreth a Bratton, 2006, s. 120–121; ďalej pozri VanFleet, 2009; VanFleet et al., 2010)

Ciele pre rodičov

- Zväčšiť ich porozumenie, akceptáciu, a citlivosť voči deťom, predovšetkým k ich emocionalite.
- Naučiť sa princípy a zručnosti na dieťa zameranej terapie hrou.
- Naučiť sa, ako podporovať sebariadenie dieťaťa, jeho zodpovednosť a seba-dôveru.
- Rozvinúť realistickejšie a tolerantnejšie vnímanie a postoje voči sebe i dieťaťu.
- Získať vhľad do seba samého vo vzťahu k dieťaťu.
- Zvýšiť rodičovskú sebaakceptáciu a dôveru vo svoje rodičovské schopnosti.
- Rozvinúť efektívnejšie rodičovské zručnosti založené na vývinovo primeraných stratégiách.
- Znovuobjaviť „radosť“ z rodičovstva.

Ciele pre deti

- Komunikovať rodičovi myšlienky, potreby a pocity skrz hru.
- Zažiť pozitívnejšie pocity sebaúcty, cenenia si samého seba, sebaistoty a kompetentnosti vďaka prežívaniu akceptácie, porozumenia a váženia.
- Zmena negatívneho vnímania pocitov, názorov či správania rodičov vďaka zvýšenej dôvere a pocitu bezpečia.
- Znížiť alebo eliminovať výskyt problematického (sebaobraného) správania.
- Rozvinúť vnútorný lokus kontroly, stať sa viac sebariadiacim, prijímať zodpovednosť za svoje činy a vyberať si vhodnejšie spôsoby vyjadrovania a napĺňania potrieb.
- Rozvinúť efektívnejšie stratégie riešenia problémov.

Ciele z pohľadu vzťahu

- Posilniť vzťah medzi rodičom a dieťaťom a podporovať pocit dôvery, bezpečia, istoty a blízkosti.
- Zlepšiť interakcie v rodine a vyjadrenia náklonnosti.
- Zvýšiť úroveň hravosti a potešenia medzi rodičom a dieťaťom.
- Zlepšiť copingové stratégie a stratégie riešenia problémov.

terapeuti v na dieťa zameranom prístupe. Rozdiel je len v intenzite a šírke tréningu (Landreth, podľa Watts a Broadus, 2002). Prehľad týchto zručností uvádzame nižšie a vychádzame pritom z niekoľkých zdrojov (Dubeková-Tatárová, 2009; Landreth

a Bratton, 2006; Lenická a Lednická, 2011; VanFleet, 2009; VanFleet et al., 2010).

Zadávanie hraníc: Ak dospelí nestanovia vhodné hranice, deti môžu prežívať úzkosť či neistotu. Deti vychované v prostredí, kde neboli používané efektívne hranice

a nebola dodržiavaná disciplína, boli náchylnejšie k egocentrizmu a opozičnému správaniu (Aunola a Nurmi, 2005). Hranice tak pomáhajú k vývinu sebakontroly a pocitu bezpečia. Rodič okrem zadávania hraníc, ktoré slúžia na ochranu fyzickej a emocionálnej bezpečnosti dieťaťa a rodiča, hračiek či miestnosti a 30 minútového limitu hrového stretnutia, nerobí žiadne iné úsudky ohľadom hry dieťaťa. Landreth a Bratton (2006) popisujú základné 3-krokové zadávanie hraníc: 1. pomenovanie pocitov dieťaťa (napr. „Veľmi by si chcel kresliť na stenu.“), 2. zadanie hranice (napr. „Ale stena nie je na kreslenie.“) a 3. poskytnutie vhodných alternatívnych možností (napr. „Môžeš kresliť na farebný alebo biely papier.“). Rodičia sú trénovaní aj v pokročilejších metódach zadávania hraníc.

Prenechávanie zodpovednosti na dieťa: Sú to špeciálne výroky, ktoré pomáhajú dieťaťu budovať sebavedomie, rozhodovať sa samé za seba či riešiť problémy. Takýmto výrokom môže byť odpoveď rodiča na otázku dieťaťa, s čím sa má hrať. Rodič môže reagovať: „Tu sa môžeš hrať, s čím *ty* chceš.“ Tým sa zodpovednosť za rozhodnutie preniesie na dieťa. Keď sa dieťa pre niečo rozhodne, rodič môže na to reagovať napríklad: „Sám si sa rozhodol,“ čo tiež prispieva k budovaniu sebavedomia dieťaťa.

Výroky podporujúce sebavedomie dieťaťa (oceňovanie): Rodič sa napríklad namiesto používania pochvál (napr. „To je ale pekné.“), ktoré vyjadrujú pohľad rodiča, snaží používať výroky podporujúce vnútorný fokus kontroly dieťaťa (napr. „Dal si si s tým veľa námahy.“).

Štruktúrovanie: Štruktúrovanie znamená pomáhanie dieťaťu k tomu, aby pochopilo podstatu hrového stretnutia, jeho špeciálno-



Tomáš
Řiháček

Doc. Mgr., Ph.D., je psychológ a psychoterapeut. Pôsobí na Katedre psychológie Fakulty sociálnych štúdií Masarykovej Univerzity v Brne, kde sa zaoberá predovšetkým výskumom psychoterapie. Mimo to má privátnu psychoterapeutickú prax a pôsobí tiež ako výcvikový lektor.

st. Rodič sa snaží pomôcť dieťaťu uvedomiť si, že sa môže hrať rôznymi spôsobmi a že je to dieťa, kto hru vedie, a nie rodič. Táto zručnosť zahŕňa i správanie rodiča voči dieťaťu – rodič by mal sedieť na úrovni dieťaťa a vždy k nemu smerovať, aby ho mohol plne vnímať a venovať mu všetku pozornosť.

Na dieťa zameraná imaginatívna hra: Ak dieťa požiada rodiča, aby sa zapojil do hry, rodič sa zapája, ale nie ako ten, kto hru vedie. Rodič je skôr v pozícii herca, ktorého režíruje dieťa. Tak sa môže na povrch dostať taká téma hry, ktorú dieťa potrebuje.

Stopovanie: Stopovanie či slovné nasledovanie hry dieťaťa je slovné pomenovanie činnosti dieťaťa. Ak napríklad dieťa zbúralo kocky, rodič môže reagovať: „Teraz si zbúral kocky.“ Takýmto popisovaním dáva rodič najavo, že venuje dieťaťu pozornosť a že ho zaujíma, čo dieťa robí.

Reflektívne počúvanie (zrkadlenie): To pozostáva z opakovania toho, čo dieťa ho-

vorí, inými slovami. Napríklad, ak dieťa hovorí pri búraní kociek: „Teraz do nich narazí lietadlo a všetko sa zrúti,“ rodič môže reagovať: „Lietadlo všetko zbúralo.“ Výrokmi dáva rodič najavo, že dieťa počúva, že mu rozumie a navyiac dieťa môže spätne počuť, čo vlastne samo hovorí, čo tiež prispieva k uvedomeniu si toho, čo robí.

Pomenovávanie pocitov: Ak sa dieťa teší z toho, že zbúralo kocky, rodič môže reagovať: „Veľmi sa tešíš, že si to zbúral.“ Rodič týmito výrokmi pomáha dieťaťu uvedomiť si vlastné pocity a zároveň mu dáva najavo, že mu rozumie a prijíma tieto pocity. Rodičia sa učia, že majú akceptovať všetky pocity svojich detí, i agresívne a negatívne. Akceptácia všetkých pocitov však automaticky neznamená i akceptáciu hocikakého správania (viď zadávanie hraníc).

Terapeuti rodičom zdôrazňujú, že používanie techník je bezvýznamné, ak ich používajú len mechanicky. Musia byť prejavom ozajstného porozumenia a empatie voči dieťaťu (Guerney, 1964; Dubeková-Tátarová, 2008).

Filiálna terapia nie je iba edukačným kurzom pro rodičov, má i prvky skupinovej terapie. Terapeut používa svoje na človeka zamerané zručnosti nielen preto, aby rodičom pomohol zamýšľať sa nad významami a správami ukrytými v detskej hre, ale tiež pri počúvaní a odpovedaní na pocity strachu a iné pocity, ktoré môžu vzniknúť v rodičoch samotných (Rye, 2006). Rodičia majú často veľmi silné pocity a reakcie a potrebujú ich spracovať, aby mohli byť plne prístupní tomu, čo sa deje na stretnutiach. Práve toto spracovanie vlastných pocitov a reakcií tvorí začiatok zmeny vo vnímaní vlastného dieťaťa, aj keď pocitom rodičov nie je venovaný rovnaký priestor ako

ich hre s deťmi (Landreth a Bratton, 2006). Úlohou terapeuta počas stretnutí rodičov je i facilitácia skupinovej dynamiky a podpora skupinovej kohézie (tamtiež). Ďalším prvkom, ktorý odlišuje filiálnu terapiu od obvyčajného setu prednášok, je experienciálnosť. Rodičia si totiž princípy a zručnosti osvojujú cez hranie rolí na skupine a skúšajú si ich počas hrových stretnutí, čo umožňuje priestor pre supervíziu terapeutmi. Rodičia často na skupinu prinášajú videonahrávky svojich hrových stretnutí a terapeuti tak majú možnosť vidieť, či si rodičia zručnosti osvojili alebo nie, a môžu tak poskytnúť vhodnejšiu spätnú väzbu (tamtiež).

Filiálna terapia sa nepovažuje len za intervenčný program pre deti s rôznymi emocionálnymi a behaviorálnymi problémami, ale slúži i ako prevencia vzniku problémov (Landreth, podľa Watts a Broadus, 2002; Ryan, 2007; Vafa a Ismail, 2004). Existuje i upravená filiálna terapia pre učiteľov, ktorí vedú hrové stretnutia so žiakmi (Morrison a Bratton, 2010; Sepulveda et al., 2011; Smith, 2002) či pre stredoškóľakov, ktorí hrové stretnutia vedú s mladšími deťmi (Goetze a Grskovic, 2009; Jones et al., 2002). I keď skupinový formát je pravdepodobne najčastejší, filiálna terapia sa dá previesť aj individuálne (Guerney, 2000; VanFleet, 2009). Tým sa síce stratia pomáhajúce faktory závisiace na skupinovom procese, no terapeut má aspoň možnosť pracovať s rodičom/rodinou viac do hĺbky a prípadne sa venovať i rodinným či manželským problémom, ktoré rodičia môžu prežívať (VanFleet et al., 2010). Dá sa použiť ako samostatná či doplnková metóda, závisiac od potrieb konkrétnej rodiny. Johnson (1995) popisuje prípad rodiny, v ktorej účasť jedného rodiča (mat-

ky) v skupine filiálnej terapie slúžila ako premostenie do rodinnej (párovej) terapie s oboma rodičmi. Matka vyhľadala terapeutku so záujmom o individuálnu terapiu pre 6 ročného syna kvôli jeho agresivite a neochote dodržiavať pravidlá. Po niekoľkých nie veľmi úspešných sedeniach vo formáte rodinnej či hrovej terapie, počas ktorých mala matka problém efektívne interagovať s dieťaťom, terapeutka navrhla filiálnu terapiu. Tento zážitok nakoniec slúžil ako systemická intervencia – inicioval pozitívne zmeny v systéme rodiny – a poskytol matke hlbší vhľad do správania seba samej i manžela, ktoré potom motivovali oboch rodičov k ďalšej práci venovanej najmä téme rodičovstva a partnerského vzťahu. A to i napriek tomu, že druhý rodič sa na začiatku odmietal zúčastniť akéhokolvek formátu terapie.

Tento prístup však nie je vhodný pre každého. Nie je odporúčaný rodičom, ktorí nie sú emocionálne pripravení byť týmto spôsobom s dieťaťom, mentálne zaostalým rodičom, ktorí by neboli schopní sa naučiť a osvojiť si potrebné zručnosti, ďalej rodičom, ktorí nemajú spracovanú veľkú zlosť voči dieťaťu a rodičom, čo nemajú dotyk s realitou (napr. rodičom trpiacim halucináciami) (Landreth, podľa Watts a Broaddus, 2002). V prípade nemotivovaného rodiča je vhodnejšia terapia hrou priamo s terapeutom (Bratton et al., 2010).

FILIÁLNA TERAPIA VO VÝSKUME

Filiálna terapia je pomerne často skúmaným prístupom. Rennie a Landreth (2000) a Cornett a Bratton (2015) v prehľadoch doposiaľ publikovaných výskumov sumarizujú, že filiálna terapia (vrátane krátkych

modelov) je účinnou intervenciou, ktorá napomáha rodičom k zvýšeniu empatie a akceptácie voči deťom, zvýšeniu sebavedomia, zníženiu stresu a navodeniu pozitívnych zmien v rodinnom prostredí. U detí zase prispieva k zvýšeniu ich prispôsobenia a sebavedomia a redukcii problematického správania. Niekoľko štúdií tiež naznačuje, že pozitívny efekt presahuje dyádu rodič-dieťa a má širší systemický vplyv, napríklad na vzťah medzi manželmi, súrodencami či širším okolím (Bavin-Hoffman et al., 1996; Vafa a Ismail, 2010; Wickstrom, 2009).

Bratton et al. (2005) v metaanalýze 93 štúdií rôznych terapií hrou z rokov 1953–2000 zistili, že priemerná veľkosť účinku terapie hrou bola $ES = 0,80$, čo je porovnateľné s inými psychoterapeutickými prístupmi (Lambert a Ogles, 2004). Zaujímavé ale je, že ak terapia hrou bola vykonávaná rodičom, veľkosť účinku bola značne väčšia ($ES = 1,15$) ako veľkosť účinku terapie hrou, ktorú vykonával profesionál ($ES = 0,72$), pričom rozdiel medzi týmito veľkosťami bol štatisticky signifikantný. Výsledky teda naznačujú, že terapia hrou vykonávaná rodičom má väčší účinok ako terapia dieťaťa s terapeutom. Veľkosť účinku len pre Landrethov model bola dokonca ešte vyššia ($ES = 1,25$), a keď boli vzaté v úvahu len štúdie, v ktorých sa filiálnej terapie zúčastnili len rodičia (nie napríklad učitelia a pod., s ktorými sa tiež filiálna terapia zvykne robiť), stúpla veľkosť účinku až na $ES = 1,30$. Zároveň takýto veľký efekt dosiahla filiálna terapia i pri malom počte stretnutí (Bratton et al., 2010). Metaanalýza teda ukázala, že i krátkodobý model môže byť účinným terapeutickým prístupom.

Filiálna terapia bola aplikovaná pre rôz-

ne skupiny klientov. Štúdie preukázali efektívnosť i pri práci s matkami a otcami vo výkone trestu (Harris a Landreth, 1997; Landreth a Lobaugh, 1998), rodičov detí s poruchami učenia (Kale a Landreth, 1999), adolescentnými matkami (Ford Sparks, 2010), rodičmi-obetami domáceho násillia (Kinsworthy a Garza, 2010) či rodičmi chronicky chorých detí (Tew et al., 2002). I keď väčšina výskumov pochádza z USA, filiálna terapia bola aplikovaná i pre rodiny z odlišného kultúrneho prostredia – poznáme výskumy terapie s iránskymi (Vafa a Ismail, 2010), nemeckými (Grskovic a Goetze, 2008), čínskymi (Guo, 2005), hispánskymi (Garza et al., 2009), kórejskými rodinami (Jang, 2000), pôvodnými Američanmi (Glover a Landreth, 2000) a ďalšími.

Štúdií venujúci sa procesu filiálnej terapie existuje len niekoľko a začali sa objavovať najmä v posledných rokoch. Väčšina z týchto štúdií mala podobu fenomenologickej analýzy skúseností s touto terapiou (napr. Kinsworthy a Garza, 2010; Garza et al., 2009; Sangganjanavanich et al., 2010; Sepulveda et al., 2011) alebo podobu prípadových štúdií (napr. Edwards et al., 2007; Solis et al., 2004).

Zaujímavá je napríklad štúdia autorov Foley et al. (2006), v ktorej rodičia evaluovali proces terapie (Landrethov model skrátene na 9 týždňov) mesiac po jej skončení. Pomocou zakotvenej teórie autori analyzovali rozhovory so šiestimi rodičmi. Okrem zmien, ktoré sú bežne uvádzané v kvantitatívnych výskumoch (zníženie stresu vyplývajúceho z rodičovstva, zlepšenie vzťahu medzi rodičom a dieťaťom), si rodičia všimli, že ich deti začali prejavovať viac empatie a kooperácie a samy používať

zručnosti, v ktorých sa rodičia trénovali. Rodičia tiež oceňovali určité špecifické komponenty tohto prístupu, ako napríklad prítomnosť dvoch lídrov na skupine, vďaka ktorej videli odlišné spôsoby uplatňovania zručností, čo ich motivovalo k vytvoreniu si vlastného spôsobu interakcie s dieťaťom. Taktiež oceňovali experienciálne zameranie terapie (hranie rolí pozorovanie, hrové stretnutia, spätnú väzbu skupiny, supervíziu), ktorá im pomohla v integrovaní zručností do praxe. Pozitívne vnímali i skupinový proces – zdieľanie informácií, pozorovanie a komentovanie hrových stretnutí, povzbudenie a podporu získavanú od skupiny. Rozvoj pocitu blízkosti k členom skupiny a svojim vlastným deťom ich motivoval v skúšaní si zručností. Rodičia sa po intervencii cítili viac sebaistí v rodičovských zručnostiach a zvládání stresových situácií. Okrem pozitívnych zmien im však osvojenie nových vedomostí spôsobilo i stres. Ten rodičia prežívali pri aplikácii zručností, keďže tá vyžadovala nové nároky mimo ich bežného fungovania, cítili sa neprirodzene. Stres pociťovali i vďaka neustálemu uvažovaniu o tom, akú zručnosť by mali použiť (mimo hrových stretnutí). U niektorých bol stres spôsobený absenciou partnera na terapii, čo spôsobilo nerovnováhu vo výchove a v rodinnej dynamike.

Podobné výsledky sa objavili i v štúdiu z nášho kultúrneho prostredia (Gaššová, 2012). Z tematickej analýzy rozhovorov so siedmimi slovenskými rodičmi 3–4 týždne po skončení intervencie (Landrethovho modelu) vyplynulo, že všetci rodičia sa vzťahovali k terapii veľmi pozitívne a prejavili záujem pokračovať v uplatňovaní naučených princípov a zručností i po jej skončení. Mnohí považovali za potrebné

zdôrazniť, že by tento prístup mal byť prístupný širšiemu množstvu rodičov či odborníkov pracujúcimi s deťmi. Všetci oceňovali, že boli vďaka novým informáciám a skúsenostiam obohatení o nový pohľad, ktorý rozšíril ich možnosti reakcií a spôsobil, že začali mnohé veci v súvislosti s rodičovstvom vnímať odlišným spôsobom. Ako i vo výskume vyššie, taktiež vnímali experienciálne zameranie a rôzne techniky používané počas skupinových stretnutí (hranie rolí, sledovanie videonahrávok hrových stretnutí, písomné materiály, prehranie nahrávky Landrethovej prednášky) za veľmi užitočné a prispievajúce k lepšiemu pochopeniu a zapamätaniu si teórie. Niektorí si želali, aby takýchto konkrétnych techník bolo ešte viac. Zo strany terapeutiek rodičom pomáhala najmä ich spätná väzba, podpora, úprimný záujem, či podnecovanie k aktivite. Dôležité pre nich bolo i profesionálne pôsobenie terapeutiek, ktoré reflektovalo ich skúsenosti s teóriou a praxou v terapii hrou. Rodičia tiež pripisovali dôležitú úlohu ostatným členom skupiny. Zaujímavé je, že niektoré nápomocné skupinové procesy, ktoré vyplynuli z analýzy (univerzalita – pocit, že aj ostatní majú podobné problémy, zástupné učenie, skupinová súdržnosť), reflektujú pomáhajúce prvky známe z výskumov skupinovej terapie (viď Fuhriman a Burlingame, 1990; Kratochvíl, 1999; Yalom, 1999). Tieto výsledky teda prízvukujú, aké dôležité je pre terapeuta mať adekvátny výcvik a skúsenosti v na dieťa zameranej terapii hrou a terapeutickom vedení skupiny, keďže tieto výrazne ovplyvňujú celý proces filiálnej terapie a jeho výsledok. Podobné zdôrazňujú i VanFleet et al. (2010) či Landreth a Bratton (2006) a navyše spomínajú i dôležitosť

skúsenosti vlastnej supervízie v terapii hrou i filiálnej terapii.

ZÁVER

Filálna terapia sa ukazuje ako vhodný terapeutický prístup pre rodičov a deti, ktorý slúži na upevnenie ich vzťahu a redukcii rôznych emocionálnych a behaviorálnych problémov detí či stresu z rodičovstva. Neslúži len ako intervencia, ale i ako prevencia vzniku neskorších ťažkostí. Dá sa použiť s rodičmi individuálne alebo v skupine. Terapeutom môže poskytnúť formu systematickej intervencie a spôsob, ako rodičov aktívne zahrnúť do procesu terapie hrou a posilniť ich rodičovské zručnosti. Krátke modely môžu byť príťažlivé najmä pre rodičov, ktorí zápasia s nedostatkom času či finančnými obmedzeniami. Odborníkom so záujmom o tento prístup je odporúčané prejsť adekvátnym výcvikom a supervíziou.

ROLE AUTOROV

Text vychádza z diplomovej práce prvej autorky (Gaššová, 2012) písanej pod vedením druhého autora. Prvá autorka spracovala prehľad literatúry a koncept textu. Druhý autor text revidoval a skrátil. Autori neuvádzajú žiadny konflikt záujmov.

LITERATÚRA

- Aunola, K., Nurmi, J. (2005). The role of parenting styles in children's problem behavior. *Child Development*, 76, 1144–1159.
- Axline, V. (1947). *Play therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Bavin-Hoffman, R., Jennings, G., Landreth, G. (1996). Filial therapy: Parental perceptions of the process. *International Journal of Play Therapy*, 5(1), 45–58.
- Bowlby, J. (2010). *Väzba: Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.

- Bratton, S. C., Landreth, G. L., Kellam, T., Blackard, S. R. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual. A 10-session filial therapy model for training parents*. New York: Routledge.
- Bratton, S. C., Landreth, G. L., Lin, Y-W. D. (2010). Child parent relationship therapy: A review of controlled-outcome research. In J. N. Baggerly, D. C. Ray, S. C. Bratton (Eds.), *Child-centered play therapy research. The evidence-base for effective practice* (267–294). Hoboken, New Jersey: John Wiley and sons, Inc.
- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 367–390.
- Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113–149.
- Cornett, N., Bratton, S. C. (2015). A golden intervention: 50 years of research on filial therapy. *International Journal of Play Therapy*, 24(4), 119–133.
- Dubeková-Tatárová, Z. (2008). *Filiálna terapia, tréning rodičovských zručností. Manuál pre trénerov*. Nepochikovaný manuál.
- Dubeková-Tatárová, Z. (2009). *Filiálna terapia, aplikácia na dieťa zameranej terapie hrou do práce s rodičmi*. Získané z http://pca.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=63&Itemid=118
- Edwards, N. A., Ladner, J., White, J. (2007). Perceived effectiveness of filial therapy for Jamaican mother: A qualitative case study. *International Journal of Play Therapy*, 16(1), 36–53.
- Foley, Y. C., Higdon, L., White, J. F. (2006). A qualitative study of filial therapy: Parent's voices. *International Journal of Play Therapy*, 15(1), 37–64.
- Ford Sparks, C. V. (2010). *Filial therapy with adolescent parents: The effect on parental empathy, acceptance and stress*. Liberty university. Dizertačná práca.
- Fuhriman, A., Burlingame, G. (1990). Consistency of matter: A comparative analysis of individual and group process variables. *Counseling Psychologist*, 18, 6–63.
- Garza, Y., Kinsworthy, S., Watts, R. E. (2009). Child-parent relationship training as experienced by Hispanic parents: A phenomenological study. *International Journal of Play Therapy*, 18(4), 217–228.
- Gaššová, Z. Pomáhajúce a brániace prvky vo filialnej terapii očami rodičov a terapeutov. Masarykova Univerzita. Diplomová práca.
- Glover, G. J., Landreth, G. L. (2000). Filial therapy with native Americans on the Flathead reservation. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 57–80.
- Goetze, H., Grskovic, J. A. (2009). The effects of peer-facilitated filial therapy: A play tutor approach. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 8(4), 282–298.
- Grskovic, J. A., Goetze, H. (2008). Short-term filial therapy with German mothers: Findings from a controlled study. *International Journal of Play Therapy*, 17(1), 39–51.
- Guerney, B. G. Jr. (1964). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28(4), 303–310.
- Guerney, L. (2000). Filial therapy into the 21st century. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 1–17.
- Guo, Y. (2005). Filial therapy for children's behavioral and emotional problems in mainland China. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(4), 171–180.
- Harris, Z., Landreth, G. (1997). Filial therapy with incarcerated mothers: A five week model. *International Journal of Play Therapy*, 6(2), 53–73.
- Holmes, J. (1999). *John Bowlby and attachment theory*. London: Routledge.
- Humpolíček, P. (2005). Diagnostika a terapie hrou. *Psychologie Dnes*, 11(1), 30–32.
- Jang, M. (2000). Effectiveness of filial therapy for Korean parents. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 21–38.
- Johnson, L. (1995). Filial therapy: A bridge between individual child therapy and family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 6(3), 55–70.

- Jones, L., Rhine, T., Bratton, S. (2002). High school students as therapeutic agents with young children experiencing school adjustment difficulties: The effectiveness of filial therapy training model. *International Journal of Play Therapy*, 12(2), 43–62.
- Kalc, A., Landreth, G. (1999). Filial therapy with parents of children experiencing learning difficulties. *International Journal of Play Therapy*, 8(2), 35–56.
- Kinsworthy, S., Garza, Y. (2010). Filial therapy with victims of family violence: A phenomenological study. *Journal of Family Violence*, 25, 423–429.
- Kratochvíl, S. (1995). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
- Lambert, M. J., Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 3–15). New York, NY: Wiley.
- Landreth, G. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2nd ed.). New York: Brunner- Routledge.
- Landreth, G., Bratton, S. C (2006). *Child-parent relationship therapy (CPRT): A 10 session filial therapy model*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Landreth, G., Lobaugh, A. (1998). Filial therapy with incarcerated fathers. *Journal of Counseling and Development*, 76(2), 157–165.
- Lenická, L., Lednická, J. (2001, marec). *PCA v práci s deťmi a adolescentmi, workshop s názvom: PCA v hrovej a filiálnej terapii*. Nепublikovaný materiál k workshopu.
- Morrison, M. O., Bratton, S. C. (2010). Preliminary investigation of an early mental health intervention for head start programs: Effects of child teacher relationship training on children's behavior problems. *Psychology in the Schools*, 47(10), 1003–1017.
- Packman, J. Solt, M. D. (2004). Filial therapy modifications for preadolescents. *International Journal of Play Therapy*, 13(1), 57–77.
- Rennie, R., Landreth, G. (2000). Effects of filial therapy on parent and child behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 19–37.
- Robinson, S. (2011). What play therapists do within the therapeutic relationship of humanistic/non- directive play therapy. *Pastoral Care in Education*, 29(3), 207–220.
- Ryan, V. (2007). Filial therapy: Helping children and new carers to form secure attachment relationships. *British Journal of Social Work*, 37, 643–657.
- Rye, N. (2006). Empowering the parent. *Therapy Today*, 17(7), 25–28.
- Sangganjanavanich, V. F., Cook, K., Rangel-Gomez, M. (2010). Filial therapy with monolingual Spanish-speaking mothers: A phenomenological study. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 18(2), 195–201.
- Sepulveda, C., Garza, Y., Morrison, M. O. (2011). Child teacher relationship training: A phenomenological study. *International Journal of Play Therapy*, 20(1), 12–25.
- Smith, D. M. (2002). *Filial therapy with teachers of deaf and hard of hearing preschool children*. University of North Texas. Dizertačná práca.
- Solis, C. M., Meyers, J., Varjas, K. M. (2004). A qualitative case study of the process and impact of filial therapy with an African American parent. *International Journal of Play Therapy*, 13(2), 99–118.
- Steen, R. L. (2004). *Adapting filial therapy for families who have a child with life-threatening illness*. University of North Texas. Dizertačná práca.
- Tew, K., Landreth, G. L., Joiner, K., Solt, M. (2002). Filial therapy with parents of chronically ill children. *International Journal of Play Therapy*, 11(1), 79–100.
- Vafa, A. M., Ismail, K. H. (2004). Filial therapy works best for preschoolers' children with challenging behavior. *Jurnal e-Bangi*, 3(13), 1–13.
- Vafa, A. M., Ismail, K. H. (2010). Parents as agents of change: What filial therapy has to offer. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 2165–2173.
- VanFleet, R. (2009). Filial therapy: Theoretical integration, empirical validation, and practical application. In A. Drewes (Ed.), *Blending*

- play therapy with cognitive behavioral therapy. Evidence-based and other effective treatments and techniques (257–280).* Hoboken, New Jersey: John Wiley & sons.
- VanFleet, R., Sywulak, A. E., Caparosa Sniscak, C. (2010). *Child-centered play therapy*. New York: The Guilford press.
- Vymětal, J., Rezková, V. (2001). *Rogersovský přístup k dospělým a dětem (2. vyd.)*. Praha: Portál.
- Watts, R. E., Broadus, J. L. (2002). Improving parent-child relationship through filial therapy: An interview with Garry Landreth. *Journal of Counseling and Development*, 80, 372–379.
- Wickstrom, A. C. (2009). The process of systemic change in filial therapy. A phenomenological study of parent experience. *Contemporary Family Therapy*, 31, 193–208.
- Yalom, I. D. (1999). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace.
- Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 12. 1. 2018. Revidované znění došlo 19. 3. 2018, k publikaci přijato 26. 3. 2018.*

USPOŘÁDÁNÍ SPOLEČNÉ PSYCHOTERAPIE DÍTĚTE A RODIČE¹

Infant – parent psychotherapy: a clinical framework

Petr Sakař

Soukromá praxe, Brno, CZ; sakar@post.cz

Psychoterapie. 12 (1), 35–46; ISSN 1802-3983

“There is no such thing as an infant. Whenever one finds an infant one finds maternal care, and without maternal care there would be no infant.”

DONALD W. WINNICOTT (1965, s. 39)

ABSTRAKT:

V příspěvku se zabývám technickými aspekty psychoanalyticky orientované společné psychoterapie dítěte a rodiče. Ukazuji na podobnosti a rozdíly v uspořádání společné psychoterapie dítěte a rodiče u různých autorů a různých psychoanalytických „škol“. Popisuji základní rámec společné psychoterapie dítěte a rodiče, tedy v jakém složení, jak často a kde se setkáváme. V závěru stručně přibližuji aranžmá prvního sezení v podmínkách soukromé psychotherapeutické praxe v Česku. Teoretické úvahy doplňuji ukázkami z praxe.

Klíčová slova: společná psychoterapie dítěte a rodiče, psychoanalytická psychoterapie, technika psychoterapie

ABSTRACT:

In my article, I discuss technical aspects of psychoanalytically oriented infant-parent psychotherapy. I point out some similarities and distinctions in setting of the infant-parent psychotherapy in different authors and different psychoanalytic “schools”

and describe the basic framework of this therapy: how often and where I meet the children with the parent/parents. Finally, I explain the arrangement of the first mee-

¹ V článku pojednávám výlučně o psychoanalytické společné psychoterapii dítěte a rodiče. O ní se v češtině doposud publikovalo velmi málo. První zmínku najdeme v přehledové studii Martiny Pilařové a Markéty Kavale „Možnosti práce s rodiči malých dětí z psychodynamického hlediska“ (2001). O tři roky později Pilařová publikovala v Revue psychoanalytická psychoterapie úžeji zaměřenou přehledovou práci s výmluvným názvem „Společná psychoterapie malého dítěte a rodiče“. Ve stejném čísle časopisu vyšel český překlad článku Bjoerna Salomonssona „Psychoanalytická práce s nemluvnaty a jejich rodiči“ (2004). O čtyři roky později byla v tomtéž odborném periodiku publikována krátká kazuistika Věry Gabrielové s názvem „Společná psychoterapie rodiče a dítěte raného věku“. Kapitulu o krátké psychoterapii s kojencem a jejich rodiči z pera Dilys Dawsové (2005) nalezneme v českém překladu obsáhlé monografie o psychoanalytické psychoterapii dětí editované Ann Horneovou a Monicou Lanyadoovou. V roce 2014 vyšla v časopise Psychoterapie pod názvem „Společná psychoterapie dítěte a rodiče“ moje kazuistika čtyřleté holčičky a její maminky s krátkým historickým přehledem této metody psychoterapie a popisem jejich základních teoretických koncepcí. Propagaci společné psychoterapie dítěte a rodiče se v rámci odborných seminářů a konferencí věnují řádní i hostující členové dětské sekce České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii (www.cspap.cz). Aplikace společné psychoterapie dítěte a rodiče je u nás kvůli malému počtu psychoanalyticky orientovaných dětských psychotherapeutů zřídka a aktuálně se omezuje, pokud je mi známo, pouze na soukromé psychotherapeutické praxe. Cestu do zdravotnických zařízení a sociálních institucí si stále ještě hledá.

ting in psychotherapeutic private practise in the Czech Republic. The theoretical reflections are accompanied with case studies.

Key words: Infant-parent psychotherapy, psychoanalytic psychotherapy, technique of psychotherapy

S KÝM SE SETKÁVÁME?

Nejčastěji se společné psychoterapie dítěte a rodiče účastní dítě s matkou. Historicky jde o prototypické uspořádání společné psychoterapie dítěte a rodiče. Méně často docházejí v našich podmínkách na konzultace s dětmi jejich otcové nebo oba rodiče. Někteří autoři přítomnost obou rodičů jednoznačně preferují (Watillon, 1993; Daws, 1999), jiní takové uspořádání vnímají jako variantu, která může podpořit výsledky psychoterapie (Borrows, 2008; Emanuel, 2008a,b; Liebermann et al., 2000; Palacio Espasa, 2004; Pozzi, 1999). Druhé, doplněné vydání monografie z pera psychoterapeutek týmu Parent Infant Project z Centra Anny Freudové naznačuje, že zahrnutí obou rodičů do psychoterapeutického procesu se postupně stává standardem této psychoterapeutické metody (Baradon et al., 2016). Ať už je nebo není druhý z rodičů fyzicky přítomen na konzultacích, panuje shoda, že by měl být vždy začleněn do úvah psychoterapeuta o dítěti a jeho rodině, například jako součást „rodičovského páru“, jak o něm píše Barrows (2008), nebo jako „rodič přítomný svou absencí“ (Baradon, Joyce, 2016, s. 30).

Podobně je tomu i v případě sourozenců, kteří se na konzultacích společné psychoterapie dítěte a rodiče objevují, například z důvodu chybějícího hlídání nebo v dů-

sledku odehrání, kterým rodič nevědomě reaguje na odmítnutí požadavku na zahrnutí dalšího dítěte do psychoterapeutické péče. Sourozence, podobně jako zmíněného chybějícího rodiče, je třeba začlenit do celkového obrazu o dítěti a jeho rodině, který si v průběhu spolupráce vytváříme, třebaže se společných sezení pravidelně neúčastní.

Je-li dítě v přechodné péči jiné osoby (např. pěstouna), musí psychoterapeut s ohledem na primární vztah dítěte k biologick-



**Petr
Sakař**

Mgr., Ph.D., je dětský psycholog a psychoterapeut pracující v soukromé praxi v Brně. Absolvoval výcvik v psychodynamické psychoterapii pro zdravotnictví (Brněnský institut psychoterapie) a je kandidátem výcviku v psychoanalytické psychoterapii pro děti a adolescenty (Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii).

kému rodiči pečlivě zvážit, zda bude tato osoba přítomna, a pokud ano, jaké budou cíle spolupráce. Pro úplné vyloučení rodičů ze spolupráce je třeba vážných důvodů (např. násilné chování vůči dítěti, drogová závislost, vážná duševní nemoc).

Zvláštním případem uspořádání společné psychoterapie dítěte a rodiče, které jsem

ve své praxi s úspěchem vyzkoušel², je střídání rodičů na konzultacích, pokud je dítě ve střídavé péči. V téměř vyčerpávajícím přehledu variant společných psychoterapeutických sezení jej zmiňuje také zakladatelka Parent Infant Project Tessa Baradonová (2016) z Centra Anny Freudové.

Se skupinovou formou společné psychoterapie dítěte a rodiče, která doplňuje teorii a techniku psychoterapie o poznatky skupinové analýzy (James, 2016), nemáme v Česku dosud zkušenosti.

Volba uspořádání společné psychoterapie dítěte a rodiče musí vždy zohledňovat celkový kontext případu. Spolupráci s oběma rodiči lze doporučit jako možnost první volby. Pokud nelze zajistit přítomnost obou rodičů na sezeních, je možné navrhnout alespoň občasné konzultace s oběma rodiči bez dítěte nebo informativní setkání s nepřítomným rodičem³.

JAK ČASTO SE SETKÁVÁME?

Uspořádání společných konzultací s dětmi a rodiči nevyžaduje významnější vychýlení z pravidel psychoanalytické psychoterapie

² Možnost pozorovat interakci dítěte s každým z rodičů zvláště je také velmi užitečným diagnostickým vodítkem pro rozhodování o uspořádání péče o dítě po rozvodu (Sakař, 2014).

³ S uspořádáním společných konzultací dětí a rodičů se pojí **etické dilema** (Pozzi 1999, s. 66), které se týká momentů, kdy dochází přímo před očima psychoterapeuta k poškozování dítěte. Zatímco k přímým fyzickým útokům na dítě dochází zřídka, psychické ubližování se vyskytuje nepoměrně častěji. V případě fyzického napadení dítěte je role psychoterapeuta zřejmá, musí zasáhnout ve prospěch dítěte způsobem, který mu jeho fyzická konstituce nebo charakter situace dovoluje. U psychického ubližování je hranice nejasná a je otázkou, zda má psychoterapeut do dění, které je obvykle inscenací běžné domácí praxe, aktivně zasáhnout nebo ji pozorovat, analyzovat a posléze interpretovat.

děti. Čas jednotlivých konzultací se pohybuje v rozmezí od 45 do 90 minut. Četnost sezení se odvíjí od potřeb klientů nebo odborného přesvědčení psychoterapeuta a variuje od intenzivní psychoterapie ve frekvenci několika konzultací týdně (např. Norman, 2001) po extenzivní spolupráci ve formě několika sezení rozložených do delšího časového období (např. Tavistocký model krátkodobé psychoterapie dítěte a rodiče). Ve své praxi se s dětmi a jejich rodiči setkávám nejčastěji jednou týdně na 50 minut.

Společná psychoterapie dítěte a rodiče je většinou pojímána jako krátkodobá psychoterapeutická intervence (Stern, 1995). V rozmezí tří až dvanácti sezení se bez závažných komplikací během psychoterapeutického procesu dosahuje uspokojivého výsledku a spolupráce po dohodě končí (Cramer, 1995).

Zmíněný Tavistocký model krátkodobé psychoterapie dítěte a rodiče počítá s pěti konzultacemi, které mohou rodiče s dětmi v průběhu roku využít dle svého uvážení. Těchto několik sezení může situaci dítěte a jeho rodičů zlepšit natolik, že zcela postačují, nebo posloužit jako úvodní diagnostické posouzení rodiče a dítěte, na které naváže intenzivnější a dlouhodobější psychoterapeutická spolupráce (Emanuel, Bradley, 2008).

Přístup skupiny psychoterapeutek z Parent Infant Project Centra Anny Freudové naproti tomu charakterizuje flexibilita časového uspořádání sahajícího od krátkodobých intervencí po dlouhodobé psychoterapie s otevřeným koncem. Počítá i s možností měnit frekvenci konzultací v průběhu spolupráce s rodinou dle aktuální potřeby (Baradon, 2016).

Část psychoterapeutů zmiňuje případy dětí, u kterých došlo ke zlepšení obtíží hned po prvním sezení. Další spolupráce pak nebylo potřeba nebo posloužila pouze jako prostředek k upevnění dosaženého pokroku (Baradon et al., 2016; Emanuel, Bradley, 2008; Harris, Carr, 1966; Watiillon, 1993). Závažnější nebo přetrvávající potíže na straně dítěte, rodiče nebo obou, vyžadují změnu přístupu a zvážení jiných forem spolupráce.

V opodstatněných případech je společná psychoterapie dítěte a rodiče pojímána od počátku jako dlouhodobá intervence nebo jako psychoterapie s otevřeným koncem (Baradon et al., 2016). Spolupráce pak může trvat i déle než rok, a je většinou kombinována s individuální nebo párovou psychoterapií rodičů u jiného psychoterapeuta.

Maminka telefonicky domlouvá konzultaci kvůli vzdorovitému a agresivnímu chování staršího syna doma i v mateřské škole. Za problematický označí synův vztah k mladšímu bratrovi. Maminku s tří a půlletým Honzíkem doprovází na první setkání rok a půl starý Honzův bráška. Oba chlapci v krátké době přemění pracovnu na skládku hraček a knih, které různě přemisťují a rozhazují. Jejich počínání postrádá hravý charakter. Připomínají zmateně pobíhající pasažéry potápějící se loď, kteří nevědí, co si sebou na poslední chvíli sbalit. Kmitají v rychlém sledu mezi hračkami a maminkou, která se je pokouší marně a nepřesvědčivě usměrňovat. Když se mladší z bratrů uhodí do hlavy, maminka mu nabídne sušenku. Když se druhý také dožaduje sušenky, dostane od maminky láhev s pitím. S každým dalším pokusem matky výchovně

zapůsobit na děti se pozorování dění na konzultaci stává méně snesitelným. Scéna ve mně vyvolává škálu nepříjemných pocitů doprovázených „mrazením“ v zádech.

Z rozhovoru s maminkou zjišťuji hloubku jejích obtíží, které se netýkají jen chování staršího z obou synů. Hovoří o bolestném a konfliktním rozchodu s otcem chlapců i dlouhodobě špatných vztazích se svou matkou. Dovídám se, že otec z jejího života zmizel záhy po jejím narození. Jedinou skutečně blízkou osobou jí byla babička, která zemřela. Pozůstalost po ní je předmětem sporu v rodině. Sama už od raného věku chlapců musela pracovat, aby si udržela práci a mohla zaplatit nájemné a chůvu, která o Honzika pečovala od jeho deseti měsíců.

Vzhledem k závažnosti narušení vztahů v rodině a s přihlédnutím k osobnostní charakteristice matky je od počátku společná psychoterapie s Honzíkem koncipovaná jako dlouhodobá s otevřeným koncem ve frekvenci jednou týdně.

Matku na základě úvodních setkání zařazují do skupiny hraničně strukturovaných osobností. Konstatují četné a závažné nedostatky v rané péči o děti, vyplývající z její vlastní rané citové deprivace. Pro další spolupráci považují za rizikové, že matka v průběhu afektivních záchvatů souvisejících s rozchodem ohrožovala svým chováním sebe i děti. Pozitivně hodnotím její aktivní zájem o pomoc dětem i sobě. Matka si je vědoma, že její psychický stav má vliv na oba chlapce a že se na jejich problematickém chování může nějakým způsobem spolupodílet. Případ řeší místně příslušný odbor sociálně právní ochrany dítěte, který po úvodních konzultacích žádá zprávu, ve které podpořím setrvání chlapců v péči

matky a navrhu urychleně řešit konfliktní spor rodičů o děti, který vystavuje všechny zúčastněné neúměrné psychické zátěži.

Po opakovaných podpůrných intervencích maminka vstoupí do individuální psychoterapie. Společná psychoterapie matky se synem je po roce a půl po dohodě ukončena s uspokojivým výsledkem.

Není výjimečné, když se po ukončení léčby rodič s dítětem k psychoterapeutovi vrátí. Stern (1995) v této souvislosti píše o tzv. sériové krátkodobé léčbě (serial brief treatment) a doplňuje, že takových návratů do psychoterapie může být v životě dítěte několik. Postup ve vývoji zahrnující nové výzvy pro dítě a jeho rodiče může ve svých důsledcích vést k návratu obtíží nebo podpořit vznik nových, které rodina nedokáže bez pomoci zvládnout. To není nikterak překvapivé, uvědomíme-li si, že krátkodobé psychoterapeutické intervence mají kupříkladu jen omezený vliv na osobnostní charakteristiky rodičů, které mohou dlouhodobě negativně ovlivňovat dítě, rodiče i celou rodinu. Zátěžová situace, například nakročení dítěte do nové vývojové etapy, může znovu aktivovat více či méně adaptivní mechanismy stabilizace psychiky (psychické obrany) dítěte a rodiče, jejichž výstupy v podobě kompromisních výtvorů (příznaků) a odehrání ve vztahu rodič a dítě rodinu do terapie přivedly.

Rodiče žádají následné konzultace také proto, aby se ujistili nebo poradili o změnách v chování a prožívání dítěte, které přináší jeho další překotný vývoj. Jindy přicházejí s mladšími sourozenci, nezřídka ve věku, ve kterém psychoterapií prošlo první dítě, nebo žádají o psychoterapii pro sebe. Společná psychoterapie s dítě-

tem může odhalit některá vytěsňená nebo popřená témata týkající se osobní historie rodiče. Jejich zvědomění, spolu s dříve získanou důvěrou v osobu psychoterapeuta, poskytuje podmínky nezbytné pro další psychoterapeutickou léčbu. Proto je třeba ošetřit ukončení spolupráce způsobem, který umožní dětem a jejich rodičům návrat.

Honzíkova maminka z výše nastíněného terapeutického příběhu mě s odstupem dvou let požádala o psychoterapeutickou péči pro mladšího z obou synů. Spolupráci jsem odmítl. Vysvětlil jsem mamince, že bych byl ovlivněn předchozí zkušeností s Honzíkem a zároveň mohl takovým rozhodnutím podpořit rivalitu, která mezi bratry panovala. Matčina předchozí dobrá zkušenost s psychoterapií a její uspokojivý výsledek umožnily bezproblémové zahájení individuální psychoterapie chlapce u důvěryhodné kolegyně, kterou jsem jí doporučil.

KDE SE SETKÁVÁME?

Společnou psychoterapii dítěte a rodiče realizují výlučně ve své psychoterapeutické praxi. Někteří psychoterapeuti, zvláště pak ti, kteří pracují v institucích pečujících o děti a jejich rodiny, vyjíždějí za svými dětskými klienty do jejich domovů (Renschler, 2009; Liebermann et al., 2000; Seligman, 1999; Baradon et al., 2016) nebo do jiných zařízení, kde se děti s rodiči zdržují (Daws, 2005). Někteří z nich považují návštěvy v rodině za „integrální součást společné psychoterapie dítěte a rodiče“ (Renschler, 2009, s. 152). Vstřícnost tohoto druhu vůči dětem a jejich rodičům charakterizovala už původní model práce Fraibergové (1980), která se svým týmem často intervenovala v rodinách sociálně, ekonomicky nebo ji-

nak vyloučených. Rodiny, běžně neúplné, žijící na okraji společnosti, disponují na základě své předchozí špatné zkušenosti značným odporem a obavami vůči institucím, které jim nabízejí pomoc (Seligman, 1999)⁴. Vydat se za nimi domů je jednou z mála možností, jak jim účinně pomoci, a zabránit tak například odebrání dítěte z rodiny. Na základě vlastních zkušeností s psychologickými intervencemi v rodinách se domnívám, že pozitivní efekt relativní pohody klienta, který zůstává v bezpečí svého domova, je v takových případech vyvažován nejistotou na straně psychoterapeuta. Výsledek intervence pak závisí na tom, zda je psychoterapeut schopen zvládnout svou zranitelnost a zachovat si psychoterapeutický postoj ve chvíli, kdy je vytržen z bezpečí známého prostředí své pracovny a vystaven zahlcení množstvím podnětů z neznámého prostředí klientova domova. Pokud se psychoterapeut po zralé úvaze rozhodne pro intervenci v rodině, může nejen „nasát“ celkovou atmosféru obklopující dítě, ale také získat jinak nedosažitelné informace o rodičích a dítěti (více k tématu Seligman, 1999; Renschler, 2009).

Watillonová (1993), která srovnává své zkušenosti s praktikováním společné psychoterapie dítěte a rodiče pod křídly zdravotnické instituce a v soukromé praxi, si povšimla, že v soukromé praxi pracuje častěji s dětmi staršími, předškolními. Mám obdobnou zkušenost a domnívám se, že tento trend může mít obecnější pozadí, totiž tendenci vnímat problémy nejmladších dětí více tělesně (medicínsky) a méně vztahově (psychologicky).

⁴ Seligman (1999) pro tyto situace zavádí termín byrokratický přenos („bureaucratic transference“), který v textu podrobněji objasňuje.

Vybavení pracovny, je-li přizpůsobené individuální psychoterapii s dětmi různého věku, není pro společnou psychoterapii dítěte a rodiče třeba měnit ani doplňovat (např. příkrmy, plenami, přebalovacím pultem). Maminky malých dětí mívají potřebné vybavení pro všechny případy sebou a v civilně zařízené pracovně zahrnující sedací nábytek, pohovku a herní kout najdou dostatek místa pro kojení nebo přebalení dítěte. Konkrétní a detailní popis vybavení pracovny pro společnou psychoterapii dítěte a rodiče nabízí, jako jedna z mála, prakticky pojatá monografie psychoterapeutek Parent Infant Project Centra Anny Freudové (více Baradon et al., 2016).

Co se hraček týká, je třeba rodiče upozornit, že některé obsahují i malé části, které může dítě vdechnout nebo spolknout a po dohodě s nimi učinit oboustranně vyhovující opatření. Pro některé rodiče není přítomnost potenciálně ohrožujících malých hraček problémem. Většinou jde o rodiče dětí se starším sourozencem.

Následující kazuistický zlomek ukazuje, že vybavení pracovny, resp. jeho absence, může sehrát zajímavou a podnětnou roli v psychoterapeutické intervenci.

Maminka přichází s dítětem na první společnou konzultaci. Tříletý chlapec si na začátku sezení stěžuje na bolesti břicha. Maminka se mě s vysvětlením, že „kakat může syn jen do pleny“, dotazuje, zda zde v pracovně mám pleny. Reaguji poznámkou, že bych musel mít pleny hned několika velikostí, abych mohl každému dítěti posloužit dle jeho potřeb. Moje odpověď maminku rozesměje. Následně využiji matčin dotaz k prozkoumání její tendence k idealizaci autorit (především mužských), a také trva-

le aktivních symbiotických potřeb. Jak se v dalším průběhu psychoterapie ukáže, jde o klíčová témata, která se spolupodílejí na vývojových obtížích syna, kvůli nimž vyhledala pomoc.

Bezbariérový přístup do psychotherapeutovy pracovny a prostor pro dočasné uskladnění kočárků by byl pro práci s malými dětmi výhodný, na druhou stranu mi situace, kdy jsem například pomáhal maminkám s kočárkem do schodů, mnohokrát nabídlý příležitost pro další prozkoumání atmosféry v rodině a v psychotherapeutickém vztahu.

Otázka **placení** společné psychotherapie dětí a rodičů je v odborné literatuře okrajovým a do jisté míry tabuizovaným tématem. V tomto směru se situace neliší od ostatní psychotherapeutické literatury, kde je toto důležité téma rovněž opomíjeno. Většina autorů citovaných v textu působí na specializovaných pracovištích, kde jsou služby klientům nabízeny zdarma, resp. hrazeny třetí stranou (např. státem, zdravotní pojišťovnou, nadačním fondem). Dá se předpokládat, že také citovaní kolegové působící v soukromých praxích mají alespoň část své práce hrazenou z veřejných zdrojů, například ze zdravotního pojištění. Výlučně přímá úhrada za služby je za našimi západními hranicemi méně obvyklá. Dle mých zkušeností přitom vede k selekci klientů ve prospěch těch lépe přizpůsobených a vímotivovaných. Ekonomická stránka vztahu psychotherapeuta a klienta tak významně promlouvá do organizace psychotherapie a výběru klientů. Rozdíl mezi klienty docházejícími do soukromých praxí a těmi, kteří podstupují se svými dětmi psychotherapii ve zdravotních nebo sociálních institucích, potvrzuje ve svém kritickém přehledu

psychodynamických psychotherapií dítěte a rodiče například Salomonsson (2014).

PRVNÍ SETKÁNÍ

Ve většině příspěvků o společné psychotherapii dítěte a rodiče je zdůrazňována krátkodobost této psychotherapeutické metody (Emanuel, Bradley 2008; England, 1997; Pilařová, 2004; Stern, 1995 aj.). Společná psychotherapie dítěte a rodiče má v tomto pojetí blízko ke krizové intervenci, v níž jsou hranice mezi úvodním diagnostickým rozhovorem a první psychotherapeutickou konzultací setřeny. Anamnestický rozhovor není některými psychotherapeuty vyčleňován z celé krátkodobé psychotherapeutické intervence, ale stává se její nedílnou součástí (viz Emanuel, Bradley 2008). Jinými jsou formální přijetí klienta a úvodní diagnostické posouzení pokládány za natolik samozřejmé procedury, že jim není v příspěvech o společné psychotherapii dítěte a rodiče věnována pozornost (viz Biseo, 2016).

Psychodynamická formulace případu v mysli psychotherapeuta má počátek v situaci ohlášení klienta a prolíná se v podobě předběžné hypotézy celým procesem psychotherapie (Baradon, Joyce, 2016). Jak s nadsázkou poznamenávají Blanckovi (1992) ve své klasické učebnici ego-psychologie: „psychoanalytická diagnóza může být kompletní až po kompletní léčbě.“ (s. 57). Mohu potvrdit, že se totéž pravidlo týká i společné psychotherapie dětí a rodičů.

Stručně, přehledně a výstižně popisuje úvodní setkání s rodinou britská psychoanalytička Dilys Dawsová (1999). Dawsová se v rámci „volně se vznášející pozornosti“⁵

⁵ Jde o termín zavedený Sigmundem Freudem, který podrobněji objasňuje v úvodu stati „Rady lékaři při psychoanalytické léčbě“ (Freud, 1912/ česky 1997).

vůči všemu, co sebou do pracovny rodiče a dítě přinášejí, otevřenými otázkami doptává na charakter obtíží dítěte a vzpomínky rodičů na okolnosti početí, těhotenství, narození a raného věku dítěte. Povzbuzuje rodiče k vyprávění o vztazích v nynější i v původních rodinách. Takto formulované otázky, spolu s autentickým zájmem psychoterapeuta o příběh dítěte a jeho rodiny, mohou v rodičích sami o sobě podnítit chuť přemýšlet o sobě a o dítěti jinak než dosud, a stát se tak impulzem k nastartování kýžených změn.

Úvodní setkání se nemohou omezovat na pouhé získávání informací o rodičích, dítěti a jejich vzájemných vztazích. Jejich nezbytnou součástí musí být také podpora a rozvoj terapeutického spojení (Zetzel, 1956), které je pro další průběh psychoterapie a její výsledek esenciální.

Na specializovaná pracoviště dětské psychoterapie⁶ jsou odkazováni indikovaní klienti z jiných pracovišť nebo jsou v jejich zdech rodiče s dětmi přeposíláni kolegy, kteří s nimi již prošli procedurou formálního přijetí do péče a úvodního diagnostického posouzení. V individuální soukromé praxi nelze přijetí klienta a anamnestický rozhovor s diagnostickou rozvahou od psychoterapie podobným způsobem oddělovat. Ve své stávající praxi potřebuji na počátku spolupráce vždy nejprve zhodnotit problém, s nímž rodiče přicházejí, a až poté se spolu s nimi domluvit na nejvhodnější intervenci

(viz Sakař, 2014). K tomu účelu mi slouží **úvodní rozhovory s rodiči**.

Výjimečně, například z důvodu nouze o hlídání, proběhne první konzultace společně s dítětem. V takovém případě je nutné dítě zahrnout do průběhu sezení a odložit anamnestický rozhovor s rodičem na oboustranně vyhovující termín.

Následující příběh popisuje méně obvyklou situaci, kdy se od počátku intervence setkávám s matkou a s dítětem společně. Dokládá, že už první setkání může psychoterapeutovi nabídnout příležitost porozumět obtížím ve vztahu mezi matkou a dítětem a poskytnout podnět k významné terapeutické změně.

Maminka ročního chlapce vede již několik měsíců spor o svěření dítěte do péče s jeho otcem. V rozporu s vývojovými potřebami dítěte je rodiči s podporou opatrovníka realizována střídavá péče. Soudem požadované psychologické posouzení situace chlapce se pro maminku stane příležitostí pro sdílení pochyb, které má ve vztahu k synovi a svému mateřství.

Mou obvyklou úvodní pobídku „Povídejte, co vás ke mně přivádí?“ maminka využije a souvisle a srozumitelně popíše významné zážitky ze své současné i původní rodiny. Opakovaně mě v průběhu rozhovoru ujišťuje o pozitivním vztahu k synovi, jakoby chtěla preventivně ošetřit očekávanou kritiku a pochybnosti z mé strany. Činí tak způsobem, který nepřímou vyjadřuje její vlastní pochyby o kvalitě mateřské péče a charakteru vztahu k synovi: „Ne, že bych nebyla připravená být mámou“ nebo „Ne, že bych ho neměla ráda“. V jejích úvahách o budoucím osudu syna figuruje fantazie, ve které by jej předala do péče otce, jež by

⁶ Např.: Under Five Service Tavistocké kliniky (Londýn, Velká Británie), více Emanuel, Bradley, 2008. Parent Infant Project Centra Anny Freudové (Londýn, Velká Británie), více Baradon et al., 2016. Infant Mental Health Programme v Royal Children's Hospital (Melbourne, Austrálie), více Thomson Salo, 2007.

mu zajistil lepší hmotné zázemí a možná i péči.

Maminka mě upozorňuje na vývojové opoždění syna a jeho zneklidňující, odmítavé chování vůči ní. Chlapeček nesedí a neleze. Na koberci v pracovně se překuljuje a zvedá hlavičku. Na maminčino oslovení a pokyny nereaguje a dál se věnuje hračkám, které má k dispozici.

Oslovuji přímo chlapečka. Když vyslovím jeho jméno, přeruší hru a pohlédne mi dlouze do očí. Stále ještě leží na podložce u matčiných nohou. Zmíním se, že si může na zemi připadat opuštěný, když my sedíme tady nahoře a on leží tam dole. Maminka chlapce vezme do náručí. „Přijde mi, jako byste nemohla být velkou mámou“, konfrontuji maminku.

Zcela úmyslně volím slovní spojení „velkou mámou“, protože tou „malou“ už se stala ve chvíli, kdy sobě i světu dokázala, že může počít a porodit dítě. Případá mi, jakoby zůstala někde na půli cesty mezi dětskou představou matky a dospělým rodičovstvím. Malé holčičky si často vycpávají oblečení polštáři, aby se staly na chvíli maminkami. Tato maminka si břicho „vycpala“ živým dítětem, s jehož potřebami si ale nyní neví rady.

Chlapec se uvelebí v matčině klíně a živě se zajímá o mou lesklou propisovací tužku. Nabídnu mu ji. Vezme ji, prohlíží si ji a zkoumá. Když ho požádám, aby mi ji vrátil, podá mi propisovačku zpět. Společně stvoříme hru, kterou mnohokrát opakujeme. Motiv „vzájemné výměny“, která v páru matka – dítě chyběla, je v následujících několika sezeních propracován. Chlapec si se mnou a s maminkou vyměňuje hračky, posílá autíčka, kutálí míček. Všichni tentokrát sedíme na zemi.

Již na druhé konzultaci se obraz dvojice zásadně promění. Matka hlásí, že jsem jí dal „vítr do plachet“. Její pochyby o tom, zda žádat syna do výhradní péče, se rozptýlily. Je přesvědčená, že je v zájmu syna, aby byl s ní. Neschopnost matky a dítěte najít k sobě cestu, která se ukázala být zrcadlovým odrazem nejistého vztahu matky k vlastním rodičům (především otci), je postupně nahrazována opatrným prozkoumáváním možností vzájemného vztahu.

Domnívám se, že počátečním předpokladem pro postupnou změnu ve vztahu matka – dítě bylo zvědomění obranné odtazitosti matky vůči synovi v konfrontaci, zážitek vztahového chování dítěte v interakci se mnou a podpora vztahové výměny mezi matkou a synem prostřednictvím hry.

V mé psychoterapeutické praxi většinou předchází společným konzultacím dětí s rodiči „povídání mezi dospělými“, které se v zásadě neodlišuje od výše popsaného přístupu Dawsové (1999). Zahrnuje nejen povídání o dítěti a jeho potížích, ale také o rodičích a jejich starostech. Poskytuje příležitost k prozkoumání rodinné historie dítěte a rodičů, která zahrnuje také množství osobních fantazií a tradovaných „rodinných legend“.

Při úvodních rozhovorech s rodiči mám prostor pro obširnější a důkladnější prozkoumání osobní a rodinné anamnézy. Zcela úmyslně se vyhýbám strukturované formě vedení anamnestického rozhovoru. Snažím se nevtíravými dotazy podpořit rodiče ve chvílích, kde se zarazí ve vyprávění svého životního příběhu. Dotazy podporují konkretizaci zastřených, nesrozumitelných nebo vágně popsaných událostí. Zajímám se o jejich subjektivní pocity a názory,

pokud je jejich líčení vedeno snahou „být objektivní“. Testují a v duchu vyhodnocují jejich potenciál těžit z tohoto typu psychoanalytické intervence. Po celou dobu sledují své vlastní pocity, myšlenky a fantazie, které ve mně jednání rodičů vyvolává. Závěr úvodních rozhovorů doplňuji stručným popisem toho, co by mohlo v dalších hodinách následovat, pokud se domluvíme na spolupráci. Nabídnou prostor pro dotazy.

ZÁVĚR

Klíčovými charakteristikami uspořádání společných konzultací s rodiči a dětmi jsou **spolehlivost a předvídatelnost**. Psychoanalytický terapeut by měl všechny zúčastněné srozumitelně seznámit s uspořádáním psychoterapie a jejími základními pravidly (předvídatelnost), a pak je sám důsledně dodržovat (spolehlivost). Jsou-li naplněny tyto základní podmínky, stává se méně podstatným, zda se sezení budou odehrávat pravidelně nebo nárazově dle momentálních požadavků rodičů, v domácím prostředí, komunitním centru nebo soukromé praxi psychoterapeuta, zda budou hrazeny z vlastních zdrojů nebo financovány třetí stranou. Celkový rámec jakékoli psychoanalytické práce by měl v klientech vzbuzovat **důvěru a pocit bezpečí**. V případě společné psychoterapie dítěte a rodiče se ještě přidává podmínka zvýšené **flexibility** psychoanalytického uspořádání, která reflektuje specifické potřeby každého malého psychoanalytického klienta a jeho vyvíjejících se potřeb.

LITERATURA:

- Baradon T. (2016). The clinical framework and participants. In Baradon T., Bisco M., Broughton C., James J., Joyce J. *The practice of psychoanalytic parent-infant psychotherapy: Claiming the baby*. London/New York: Routledge, s. 41–49.
- Baradon T., Bisco M., Broughton C., James J., Joyce J. (2016). *The practice of psychoanalytic parent-infant psychotherapy: Claiming the baby*. London/New York: Routledge.
- Baradon T., Joyce A. (2016). *The theory of psychoanalytic parent-infant psychotherapy*. In Baradon T., Bisco M., Broughton C., James J., Joyce J. *The practice of psychoanalytic parent-infant psychotherapy: Claiming the baby*. London/New York: Routledge, s. 30–40.
- Barrows P. (2008). Locating the ghost in the nursery: importance of the parental couple. In Emanuel L., Bradley E. (Eds.). *“What can the matter be?” Therapeutic interventions with parents, infants, and young children*. London: Karnac Books, s. 171–186.
- Bisco M. (2016). *Parent-infant psychotherapy: Engaging and beginning the work*. In Baradon T., Bisco M., Broughton C., James J., Joyce J. *The practice of psychoanalytic parent-infant psychotherapy: Claiming the baby*. London/New York: Routledge, s. 67–86.
- Blancková G., Blanck R. (1992). *Ego – psychologie: teorie a praxe*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Cramer, B. (1995). Short-term dynamic psychotherapy for infants and their parents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4(3), 649–660.
- Daws D. (1999). Parent-infant psychotherapy: Remembering the Oedipus complex. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 267–278.
- Dawsová D. (2005). *Krátká psychoterapie s kojenci a jejich rodiči*. In Lanyadoová M., Horneová A. (Eds.). *Psychoterapie dětí a dospívajících – psychoanalytický přístup*. Praha: Triton, s. 345–359.
- Emanuel L. (2008a). *A slow unfolding-at double speed: therapeutic interventions with parents and their young children*. In Emanuel L., Bradley E. (Eds.). *“What can the matter be?” Therapeutic interventions with parents, infants, and young children*. London: Karnac Books, s. 81–98.

- Emanuel L. (2008). *Father “there and not there”: the concept of a “united couple” in families with unstable partnerships*. In Emanuel L., Bradley E. (Eds.). “What can the matter be?” Therapeutic interventions with parents, infants, and young children. London: Karnac Books, s. 187–199.
- Emanuel L., Bradley E. (Eds.) (2008). “*What can the matter be?*” *Therapeutic interventions with parents, infants and young children*. London: Karnac Books.
- England B. (1997). Parent-infant psychotherapy: A review article. *Journal of Child Psychotherapy*, 23, 255–264.
- Fraiberg S. (1980). *Clinical studies in infant mental health*. New York: Basic Books.
- Freud S. (1997). *Sebrané spisy z let 1909–1913*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Gabrielová V. (2008). Společná psychoterapie rodiče a dítěte raného věku. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, X (1), 49–54.
- Harris M., Car H. (1966). Therapeutic consultations. *Journal of Child Psychotherapy*, 1, 13–31.
- James J. (2016). *Parent-infant psychotherapy in groups*. In Baradon T., Biseo M., Broughton C., James J., Joyce J. The practice of psychoanalytic parent-infant psychotherapy: Claiming the baby. London/New York: Routledge, s. 138–157.
- Lanyadoová M., Horneová A. (Eds.) (2005). *Psychoterapie dětí a dospívajících – psychoanalytický přístup*. Praha: Triton
- Lieberman A., Silverman R., Pawl J. (2000). *Infant-parent psychotherapy: Core concepts and current approaches*. In Zeanah C. (Ed.). Handbook of infant mental health. New York: Guilford Press, s. 472–484.
- Norman J. (2001). The psychoanalyst and the baby: A new look at work with infants. *International Journal of Psycho-Analysis*, 82, 83–100.
- Palacio Espasa F. (2004). Parent-infant psychotherapy, the transition to parenthood and parental narcissism: Implications for treatment. *Journal of Child Psychotherapy* 30(2), s. 155–171.
- Pilařová M. (2004). Společná psychoterapie malého dítěte a rodiče (infant-parent psychotherapy). *Revue psychoanalytická psychoterapie*, VI (1), 59–66.
- Pilařová M., Kavale M. (2001). *Možnosti práce s rodiči malých dětí z psychodynamického hlediska*. In Pilařová M., Pöthe P. (Eds.). Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence, Sborník 2001. Praha: Futurum, 45–63.
- Pozzi M. E. (1999) Psychodynamic counselling with under-5s and their families: Clinical and technical issues. *Journal of Child Psychotherapy*, 25, 51–70.
- Renschler T. S. (2009). Sleeping on the couch: Interpretation-in-action in infant-parent psychotherapy. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 8, 145–155.
- Sakař P. (2014). *Opatrovnický spor pohledem dětského psychologa: posouzení a krátkodobá intervence v případech předškolních dětí*. In Kolařík (Ed.), XII. národní konference o manželském, partnerském a rodinném poradenství: současné podoby partnerského a rodinného soužití: sborník příspěvků (s. 158–170). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Sakař P. (2014). Společná psychoterapie dítěte a rodiče. *Psychoterapie*, 8 (1), 55–64.
- Salomonsson B. (2004). Psychoanalytická práce s nemluvyaty a jejich rodiči. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, VI (1), 51–58.
- Salomonsson B. (2014). Psychodynamic therapies with infants and parents: A critical review of treatment methods. *Psychodynamic Psychiatry*, 42(2), 203–234.
- Seligman S. (1999). *Applying psychoanalysis in an unconventional context. Psychoanalytic Study of the Child*, 49, 481–500.
- Stern D. (1995). *The motherhood constellation*. New York: Basic Books.
- Thomson Salo, F. (2007). Recognizing the infant as subject in infant-parent psychotherapy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 88, 961–979.
- Watillon A. (1993). The dynamics of psychoanalytic therapies of the early parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74, 1037–1048.
- Winnicott D. W. (1965). *The maturational*

processes and the facilitating environment. London: Karnac Books.
Zetzel E.R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369–375.

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 7. 1. 2018. Revidované znění došlo 21. 2. 2018, k publikaci přijato 28. 2. 2018.

PSYCHOSOM

**NEZÁVISLÝ ČASOPIS PRO PSYCHOSOMATICKOU
A PSYCHOTERAPEUTICKOU MEDICÍNU**

ISSN 2336-7741 (Print) ISSN1214-6102 (Online)

Časopis zaměřený na psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu zařazený v seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v ČR od r. 2015. Vychází 4x ročně od r.2002 a je určen především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať v medicínské praxi, v dalších humanitních oborech, ve výzkumu či při studiu. Je indexován v ERICH Plus. **Vychází nezávisle na farmaceutických firmách.**

www.psychosom.cz

MOŽNOSTI RODINNÉ TERAPIE DĚTÍ U OBSEDANTNĚ KOMPULSIVNÍ PORUCHY

Possibilities of family therapy of children in obsessive-compulsive disorder

Ludmila Trapková

Ordinace klinické psychologie, Ověnecká 34, Praha 7 – Letná, CZ; trapkova@mybox.cz

Psychoterapie. 12 (1), 47–61; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Obsedantně kompulsivní porucha (F42.1) bývá považována za terapeuticky těžko ovlivnitelnou diagnózu, jejíž léčba se neobejde bez dlouhodobé psychofarmakoterapie (WHO, 2017). Na našich pracovištích se s ní setkáváme především u dětí a rodinnou terapii pokládáme za metodu volby. Obtížné chování a myšlení dítěte vždy ovlivňuje celou rodinu. Z našeho hlediska jde o typický příznak, který vzniká i zaniká v závislosti na kvalitě a proměnách rodinných vztahů. Na zlomcích jedné kazuistiky ukážeme, jak lze tuto diagnózu úspěšně ovlivňovat v modu narativní rodinné terapie s externalizací za předpokladu dobré spolupráce s oběma rodiči, případně dalšími klíčovými postavami v rodině. Často je nezbytné pracovat paralelně s více rodinnými subsystemy: v dětském, dospělém, v subsystemech rodičovském a partnerském, případně transgeneračně. Zabývat se budeme významem symptomu v rodině, a jak právě proměna významů, které jednotliví členové rodiny poruše přisuzují, vede k nevratné změně druhého logického řádu tak, že symptom ztrácí svou náhradní regulační funkci v nevědomí rodiny.

Klíčová slova: obsedantně kompulsivní porucha, rodinná terapie, narativní terapie, externalizace

ABSTRACT:

Obsessive compulsive disorder (F 42.1) is considered rather challenging disease for treatment. A long-term pharmacotherapy is usually necessary (WHO, 2017). We work primarily with children at our clinic and we see family therapy as a therapeutic method of choice. The child's troublesome behaviour and a way of thinking always affect the entire family. In our view, these could be the symptoms, which typically emerge and disappear depending on the quality and changes of family relationships. Through extracts of a case study, we will demonstrate how symptoms of the above mentioned disorder could be effectively relieved during narrative-informed family therapy including externalisation. A good therapeutic alliance with parents or other significant family members is a prerequisite for such therapeutic approach. Frequently we must work in parallel within various family subsystems such as the children's and the adults', the parents' and the partners'. Sometimes we must even work in transgenerational modality. In the paper, we focus on the meanings of the symptom in the family. It is the transformation of meanings, which are ascribed to the disorder by each family member, that can result in irreversible second order change. In

this process, the symptom loses its regulatory function in the unconscious of the family.

Key words: obsessive compulsive disorder, family therapy, narrative therapy, externalisation

ZAJIŠTĚNÍ ANONYMITY A PODĚKOVÁNÍ RODINĚ

Rodina, jejíž příběh nám poslouží k výkladu, s uvěřejněním souhlasila, ba dokonce s potěšením, že může posloužit podobně postiženým. Hlavní protagonista, třináctiletý chlapec, se po vyléčení sám už dříve podělil veřejně o svou zkušenost, diagnózu obsedantně kompulsivní poruchy si zvolil jako téma písemné školní práce.

Přesto jsem z pochopitelných důvodů upravila reálie tak, aby rodinu pokud možno nepoznal nikdo jiný než rodina sama. Anonymitu zajišťuji rutinně ve všech svých záznamech ještě důkladněji obecným označováním členů rodiny:

M (otec), F (matka), X (nejstarší dítě), Y (druhé dítě v pořadí mezi sourozenci), Z (dítě narozené jako třetí).

Za ochotu svědčit celé rodině a zejména prostřednímu synovi vděčně děkuji.

PRVNÍ SEZENÍ JE KLÍČOVÉ

Podobně jako pacient sděluje pozornému lékaři už v prvním setkání diagnózu, tak také rodinný terapeut by neměl přehlédnout v chování rodiny minimální klíče, které napovídají, odkud a kam rodina směřuje, v jaké vývojové fázi se asi nachází, odhaduje aktuální rodinnou dynamiku, všimá si nápadností a případných distorzí v rodinné struktuře. První sezení bývá nejnáročnější. Vyplácí se zaznamenat si jej

co nejpodrobněji, neboť některé byt letmé dojmy se teprve později ozřejmí a terapeut i rodina až s odstupem a v konfrontaci s dalšími událostmi pochopí jejich význam. Už první sezení může mít léčebný potenciál a způsobit v rodině příznivou změnu, anebo alespoň přilákat skeptičtější členy rodiny a vzbudit v nich zvědavost, že nejen tomu, kvůli kterému přicházejí, ale také jim samotným, by se mohlo dařit lépe.

1. sezení (M+F+X+Y+Z)

V dubnu 2012 jsem přijala rodinu se třemi dětmi. Prostřední 13letý syn (Y) se asi rok a půl potýká s obsedantně kompulsivní poruchou (OCD, Obsessive-compulsive disorder). Matka (F) upozorňuje, že míval ruce neustálým mytím ekzematické, nyní už je má teplé a hladké. Ale OCD mu také zakazuje sahat na různé věci, kliky, koš na odpadky, peníze. Hranice toho, co mu nedovoluje, je neostrá, jeho OCD není důsledné. Když není nikdo, kdo by za něj otevřel dveře, nebo odklopil koš na odpadky, anebo když se pohybuje mimo rodinu, dokáže si poradit sám. To znamená, že všechny tyto úkony sice s velkým napětím, ale zvládne. Doma jej ostatní litují a pomáhají mu zbavovat tenze tak, že za něj většinu nepříjemných činností udělají. Porucha trápí všechny v rodině a cítí se proti ní bezmocní.

F je výjimečně krásná, otevřená, milující, empatická, muž a oba synové ji zbožňují. Alespoň tak se to napoprvé jeví. Nejmladší holčička je v roce a půl jako obrázek, přechází z náruče do náruče. Narodila se tak trochu jako druhá generace dětí v této rodině. Starší bratři, 16letý X a 13letý Y se k ní chovají jako další dvě maminky. Jsou ke kouzelné sestřičce milí, pozorní, empa-

tičtí. Y sám vypadá jako jemná plavovlasá dívka s polodlouhými vlnitými vlasy.

Přidávám se k rodině a okouším, jaké to je s nimi pobývat a pomalu se nořím do jejich skutečnosti, kam až mi dovolí. Otázkami pozorně ohmatávám, odkud a kam plyne spojení dvou rodů, které se v dětech propojily. A současně už vím, že tam mají vetřelce s provizorním názvem OCD. Je jich tam šest: Máma (F), táta (M), tři děti (X, Y, Z) – a vetřelec OCD. To je šest. Jak je možné, že se mu u nich tak daří? Kdy se k nim nastěhoval a kdo ho tam živí? F ví přesně, kdy přišel, ujímá se slova za všechny, má hotovou legendu o tom, jak se to stalo. M se asi tak před čtyřmi lety zamiloval a odstěhoval se. Po roce se sice vrátil, ale pochopím, že hlavně kvůli dětem, kdežto se ženou už to byl spíš slepovaný hrnec. „Když bylo zase všechno v pořádku“, hezky mile sděluje matka, otěhotněli a na usmířenou se narodila Z.

F se s velkým entuziasmem pouští do vyprávění o poměrech v původních rodinách. Brzdím ji, že je to na mě moc rychlé a jdu kreslit propletenou změť vztahů, aby se staly přehlednějšími, a také s nadějí, že se zapojí ostatní. M se směje, on prý by nepochopil vztahy v rodině F ani za padesát let. F sedí v samostatném křesle proti ostatním, Y mezi otcem a starším bráchou na gauči. Matku mám po pravé ruce, ostatní po levé a Z si hraje u našich nohou. Otázky cirkulují v rychlém sledu, všichni jsou milí, vstřícní, ale přeci jen, muž a chlapci dávají přednost matce, ta to umí vyjádřit nejlépe. Y matku přímo hypnotizuje očima, aby mu pomáhala a odpovídala za něj, zapojuje ji do obvodu mezi sebe a mne, používá její mysl i ústa. A matka se nevyslovovaného úkolu ujímá, snímá z Y břemeno odpo-

vědnosti nasazováním mateřské empatie. Také M se neskrývá se svým obdivem k její schopnosti vyjadřovat za druhé, co prožívají. On je technik, to by nedokázal, tvrdí beze všeho.

Začínám se zajímat o konkrétní podobu právě toho jejich OCD. Bývá pořád stejné, až je to nuda to poslouchat. Ale každá rodina, kam OCD vstoupí, je jiná, každá s ním zachází a také jej udržuje jinak. Ptám se tedy: Co všechno vám všem způsobuje? Jak, komu? V čem by se vám ulevilo, kdyby zmizelo? Dovedete si to ještě vůbec představit? Zvykli jste si na něj jako na nepřijemného nájemníka a naučili jste se jej prostě tolerovat? Kdo nejspíš? Kdo nejméně? Obracím se ke každému zvlášť, případně kladu tak zvané cirkulární otázky, které je nutí zamýšlet se nad vztahy mezi ostatními (Tomm, 1989).

Matka je nejrychlejší a má také nejlogičtější představu. Zpozorovali ho přibližně v době, kdy se narodila Z. Všimnu si, že jejich OCD je středního rodu. OCD je Ono, To, Něco. Hej, k čemu všemu vás „To Něco“ nutí? Pokouším se je probudit k jinému pohledu na věc. Ještě se nechytají. F sleduje dál svou vlastní myšlenku. Y byl přečistotný už předtím, mají to v otcově rodě. Také děda, otec otce (MM), byl takový. Ostatně tahle linie děda – otec – syn (MM-M-Y) předává z generace na generaci i další nepříjemné vlastnosti, jsou to cholericí. F lituje své prostřední dítě, co všechno musí nést a snést ještě i za starší generace. A teď ještě ta nemoc, bojí se o syna.

Podle čeho poznali, že to je nemoc? Přijali Y na psychiatrii, nemoc dostala jméno podle mezinárodní klasifikace nemocí a psychiatr předepsal Zoloft. Pomáhá to? Trochu se to zlepšilo. Nepatrně. Nejistota

Ludmila
Trapková



PhDr., vystudovala Fakultu tělesné výchovy a sportu (obor tělesná výchova – matematika) a později též Filozofickou fakultu UK (jednooborovou psychologii). Pracuje jako dětská klinická psycholožka a psychoterapeutka v Praze a v Liberci. Vyučuje rodinnou terapii a je supervizorkou rodinné terapie. Spolu s MUDr. V. Chválou napsali knihy *Rodinná terapie psychosomatických poruch (Rodina jako sociální děloha)*. Portál, nové vyd. Praha 2017 a *Rodinná terapie a teorie jin jangu*. Portál, 2. vyd. 2016.

a strach v rodině narůstaly. Vyzkoušeli kde co. M a kluci se pouštějí posměšně do matky, byla s Y i na kineziologii! F se brání, ona také není pro kdovíjaké podivné metody, ale co dělat, hledala by pomoc i v pekle, jen aby bylo líp. V nesourodém seznamu institucí, autorit a metod padne, že dvakrát zkusili ještě i KBT (kognitivně behaviorální terapii), ale taky nic. Tady upozorním a nedám se odlákat k jiným tématům. Obracím se přímo na Y: „Jaké to tam bylo?“ Máma nemusí vědět všechno, nebyla tam s ním. Pochopím, že právě tam se Y začal proti OCD vlastními silami stavět a ocením to. „Už to nenecháváš jen na druhých, že?“ Přisvědčí. Tak se raduji: „No, to už máme padesát procent práce za sebou, stačí pokračovat. A tady na to navíc nejsi sám. Všichni ti můžeme fandit!“ Y se hezky, na holčičí způsob, culí.

F je skeptická: „Lékaři říkají, že OCD je těžká porucha, někdy na celý život!“ Ráz-

ně vracím naději, bez které nemá cenu, abychom se dál snažili, a tak relativizuji: Možná v dospělosti, když už je porucha zafixovaná, ale v dětství se všechno rychle a pružně mění. Záleží na vás, jestli OCD dovolíte, aby vám škodilo. Znam dost dětí, které se proti OCD postavily a dokázaly vyhrát. Záleží na tobě, Y, jestli se staneš silnějším než OCD! Zatím, jak slyším, prohráváš. To nevádí. Jsi proti Němu jen choulostivý. Choulostivost se jako každá slabost neléčí, ale posiluje, parafrázuji jednu z okřídlených vět profesora Matějčka. Stačí jen trochu trénovat. Až fyzicky cítím, jak se atmosféra mezi námi uvolňuje a jim se ulevuje. Pochopitelně. Nejen že Y trpí úzkostí, která jej, ztělesněná v OCD, nutí do těch všech nesmyslných rituálů, ale ještě má proti sobě úzkost všech milujících v rodině, největší tu matčinu!

Co ta ženská musela zažít za ten dlouhý rok, co zůstala s dvěma malými dětmi sama, a muž za horama s jinou? Co úzkosti z ní muselo po celou dobu přetékat na děti! Ten proud se ještě nezastavil? Je už opravdu „vše v pořádku“, jak F až příliš nápadně opakuje? Postupy KBT jsou racionální, úzkost je iracionální. Myslím na zranění důvěry v samozřejmou celistvost rodiny, když z ní M odešel. Představuju si řeznou ránu v psychice pozůstalých, kterou je třeba po návratu ošetřovat, chránit před novým otevřením a čekat, až se v klidu čistě zajizví. Hodně prý s kluky o tom, co se stalo, mluvili. Nic zatím nevím od Y, v jakém stavu se jeho rána/jizva nachází? A v jakém stavu je u těch ostatních? Jak u koho? A co samotný otec? Jakými proměnami právě on prošel? Jaký byl, když rodinu opouštěl? A kým byl, když se do ní vracel? Rituály mívají, a nejen u dětí s OCD, hluboký smysl: V tom, že se

opakují, nacházíme ujišťování, že je všechno tak, jak má být, a že se nemusíme bát.

Dávám si za úkol získat M pro myšlenku, že právě on má ve svých rukou tu hlavní léčebnou potenci. Říkávám rodinám, že už chodím zkratkami, aby mi uvěřili. Totiž že otcové mívají v takových případech jako je OCD, proti ne-moci tu největší moc! Nejen pro to ohrožení, které rodina zažila, a všichni dnes spolu alespoň navenek souhlasí, že je zažehnáno, ale má ji ještě i z čistě praktických důvodů. Y potřebuje trenéra! Podle mých ženských zkušeností je výhodnější muž! V situaci nouze by se mohla trenérkou stát i matka. Ale když žena a muž dělají totéž, není to totéž. Lidské děti mají stejné instinkty jako zvířecí mláďata. Matka je samice a muž samec. Všechna mláďata to vědí a dobře rozlišují. To jen dospělí se pokoušejí tvrdit, že instinkty kultura převrstvila. Jsem také žena a pro svou práci otce rodiny potřebuji (Loucká, Trapková, & Chvála, 2014).

Na závěr prvního sezení, ve kterém jsme se stačili sotva seznámit, kladu otázky pro další sezení: Kdo si přeje znovu přijít, a co by se mělo do té doby stát? F o pokračování živě stojí a hned zase mluví za všechny. Děkuje za můj čas. Vybídnu ostatní, aby se vyjádřili každý sám za sebe. Zatím nepochybuji o rodičích, že by si přáli, aby se Y zbavil svého nutkání, které je tak obtěžuje. Avšak přeje si to také Y? To není zdaleka tak triviální otázka, jak by se mohlo na první pohled zdát, přestože matce souhlasně přikyvuje. Ozve se M. Je vstřícný, plný ochoty, ale požádá mě, aby sem s Y mohli docházet se ženou každý zvlášť, uvádí všelijaké časové a organizační důvody.

Pocítím křehkost a labilitu pudy, po které se pohybuji. Má-li mít otec tu hlavní léčeb-

nou moc, musím mu ji odevzdat a sama se nechat vést. Jsem připravená být otcí k ruce, a tak nezbyvá než souhlasit. Jen si všimnu, že se prozatím společným sezením s F vyhnul. Všichni dospělí se shodujeme, že účast sourozenců není v nejbližší době nutná. Starší X se spokojí s tím, že jej zase pozveme, až to bude potřeba, děkuji mu za jeho dnešní účast. Malá Z je netrpělivá, i tak s námi vydržela na její věk obdivuhodně dlouhý čas. Oba sourozenci mi pomohli, abych se seznámila se všemi a okusila atmosféru celé rodiny

Na cestu pokusně rozdávám úkoly:

1. Y bude OCD lépe pozorovat. Jaké má vlastnosti? Jak se chová? Má OCD nějaké výhody? Co proti Němu Y už vyzkoušel? Všiml si, že F a M jsou proti OCD na jeho straně? Anebo se někdy někdo z rodičů, aniž to tuší, přidá k OCD proti Y? Je v tom rozdíl mezi M a F?
2. Rodiče budou zase pozornější k tomu, kdy se baví s Y a kdy s OCD. Předpis je jednoduchý: S OCD se nebavit, ale o nejvíce se zajímat o Y.

CÍLEM PRVNÍHO SEZENÍ BYLO SEZENÍ DRUHÉ¹

2. sezení (F+Y)

Po týdnu přišli v sestavě, která odpovídá a podporuje průběh první separační vývojové fáze (Trapková & Chvála, 2017). Matka a syn jsou úzce propojeni, matka usedá do dominantnějšího místa než syn. Y je miloučkový, snadno kooperující s empatickou matkou. Mám pocit, že se k sobě tulí, přestože neseď vedle sebe. O otcí

¹ Výrok přičítaný kolegovi Jiřímu Mrkvičkovi

se Y vyjadřuje ambivalentně. Vyčítá mu, že není tak vstřícný jako matka. F se k Y s pochopením přidává a ilustruje vztah M-Y konfliktem v koupelně. M na Y křičel, že toho má dost, zase tam nacákal. Ptám se hned, na koho křičel? Na Y nebo na OCD? Zarazí je ta otázka a překvapeně zjišťují, že Y už překonal horší období. Ještě nedávno mu OCD bránilo, aby se po sprchování utřel do ručníku. Běžel pak mokrý do postele, za sebou nechával cestičku plnou louží jako vodník. Matka pochválí Y, že teď už tam najde jen několik kapek.

Ptám se, jak velkou sílu mělo OCD tento týden? Pravou a levou rukou ukazují a gesty porovnávají, jak velkou sílu mělo OCD a jakou Y? Oba si myslí, že nutkání bylo slabší. Y si vybaví úspěch v metru. Jeli s kamarády ze školy. Y se před nimi ovládl a chytil se tyče! Vydržel to! OCD mu totiž přikazuje, aby na tyč nesahal. F se soucitně vyptává, jak se Y cítil, když se držel jako ostatní? Y spolehlivě znejistí, tehdejší nepříjemnost znovu ožívá. Věnuje jí pozornost a F tu pozornost pomohla zesílit. No jasně, ani si nevšimla, a OCD ji využilo pro sebe proti růstovým silám a statečností Y. Ach ty mamincečky! Představuju si, jaká by z ní byla trenérka, jak by asi dítě chránila před každou nepříjemností. Jenže Y už dávno není miminko.

Chválím Y, připojuji se k jeho hrdosti, že se dokázal tyče přidržet. Připomínám, že mě překvapila skepse F k výsledkům předchozí léčby. Y, ty jsi výborně plnil úkol! A co ty výhody? Má pro tebe OCD nějaké? Přípouští, že mu zajišťuje zájem matky. Pak to je vlastně spojenec, že? Když za ním F přijde večer před spaním a mají společný rituál s motlitbou, OCD se už neozve. Běda však, když za ním matka

nepřijde. Kolik tanců musí Y absolvovat, než se OCD nasytí! Pomyslím si, a co malá sestřička, kdy musí počkat?

Nechci pospíchat. To, co se rodí v mé mysli, je málo platné, podstatnější je proces v myslích rodiny, především v hlavě Y. Jen on sám se může uzdravit. Proměnamí svého procesu, dopomáhám vytvářet lepší podmínky pro ten jeho. Věnuji se relativizaci symptomů. Určitá míra strachu ze špíny je zdravá, nechtěla bych jej zbavit čistotnosti úplně. S matkou se smějeme, čeho všeho jsme se v dětství obě bály. Ještě ve věku Y jsme měly strašidla pod postelí, vstávaly jsme skokem co nejdál, aby nás Něco nechtylo za nohu. Je OCD také takové strašidlo?

Sahám po názorné pomůcce, míse s kameny, ukazujeme si proměnlivou mapu rodiny, nefixujeme žádnou z jejích podob, vyprávíme si, v bohaté síti vztahů nejširší rodiny ztělesňujeme a personifikujeme OCD (Štípek, 2010). Vyptávám se znova a znova, kdy do rodiny vstoupilo, kdo si ho všiml jako první, kdo mu byl nejbližší, co komu způsobovalo, jestli se mu bránili, kdo prohrával a na koho neplatilo, kdo byl proti němu nejsilnější a kdo nejslabší? Kdo s ním koketoval? Koho s kým spojovalo a kde způsobovalo hádky a rozkol?

Syn i matka prokreslují pro mne i sobě navzájem období, ve kterém jim doma chyběl M. Odešel do neznáma krátce po přestěhování rodiny do starého domku se zahradou. Bylo to před vánoci, topit se dalo jen v jedné malé místnosti. Y pohybuje kameny a ukazuje, jak se F+X+Y tiskli úzce k sobě, snad aby jim bylo tepleji. To tam prý OCD ještě nebylo, ale „já jsem si zvykl na blízkost maminky“, vzpomene Y. F se zamyslí, Y byl největší bojovník.

Pouštěl se do nepřítomného otce, nadával mu, křičel, ať se vrátí, zatímco F a X jen tiše trpěli. Starší brácha brečel a F nemohla jíst, hubla, nemohla spát.

Po nějakém čase se vztah M s milenkou vyčerpal, v malé garsonce přišli na to, že si vlastně vůbec nerozumí, a M si o ní začal chodit, pro F absurdně, povídat. Nakonec se „jako zralá hruška“ vrátil k rodině. Y vezme do ruky jeho kámen a přitlačí jej k jejich sevřenému hloučku. Od té doby se jeden druhého nemohou pustit, sevření nepovolilo, jen jich tam je o jednoho víc. F zvažní, když se ptám, jaké by to bylo, kdyby si už dovolili trochu prostoru mezi sebou? Ještě stále je každé oddálení ohrožuje? Jakou chybějící funkci v rodině na sebe přijalo OCD? Vstoupilo tam po narození Z, která se stala plodem návratu a zachráncem manželství.

Podrobně otázkami zkoumám, kdy a jak si Y může užívat matky, a jestli o to stojí. Připouští, že s ní je moc rád. Pochválím večerní rituály, pokud je neurčuje OCD, ale slouží jim dvěma. Očekávám další sezení v sestavě M+Y tak, jak bylo v minulém sezení dohodnuto. Zasévám také ještě další možnosti rodinných sestav do budoucna: rodiče bez dětí (M+F), nebo rodiče s Y bez druhých dvou dětí (M+F+Y).

Úkoly:

1. Y bude zaznamenávat do jednoduchého grafu velikost své síly proti OCD v procentech, a bude pozorovat, kdy za něj rozhoduje OCD a kdy je pánem situace on sám.
2. Druhý úkol je pro všechny tři, M+F+Y: Večer při uspávání se bude rodina pokoušet vyměňovat rituály, ve kterých je řídí OCD, rituály svými vlastními. Ve-

černí pravidelnou chvilku před usnutím budou pěstovat tak, že se budou pravidelně po dni F a M u Y střídat.

3. F bude dál pozorovat a pokoušet se odhadnout, kdy Y řídí OCD, a kdy naopak OCD řídí Y. S OCD se rozhodně nebavit! O to víc se má zajímat a vyhledávat příjemné chvílky s Y. Pro každou otravnou bytost je největším trestem, když si jej ostatní přestanou všímat.

Čtenář mohl zpozorovat, že od prvního kontaktu, od první věty, kterou s rodinou prohodím, příznak v jazyce externalizují (Tomm, 1995). Důsledně oddělují jeho nositele (diagnózou označovaného pacienta) od příznaku (od diagnózy) a poněkud tvrdšíjše jej považují za schopného úspěšně s příznakem bojovat prostředky, kterých bývá víc, než by ho mohlo napadnout. V tomto smyslu mu dávám najevo, že pro mne je zdravý kluk, a k této jeho zdravé části se hodlám připojovat se všemi svými předchozími zkušenostmi.

Ovšem jasná je také skutečnost, že na druhé straně symptom někdy už vyrostl do takových rozměrů, že má obrovskou sílu. Jako každý úspěšný příživník spotřebovává svého nositele a udržuje jej při životě jen tak tak. Je třeba uznat, že stavět se proti němu, bojovat s ním, by bylo momentálně nad síly každého člověka. A tomu učím všechny blízké v okolí dítěte svým vlastním příkladem. Samozřejmě je, že strach z nemoci, o které se mohou domnívat, že nikdy nepřejde, nikomu sil nepřidá. Rodiny bývají zaplavovány stupňující se a postupně i generalizovanou úzkostí. Ale kdo má strach, nesmí do lesa. Naděje spočívá v tom, že na tom zdaleka nejsou v rodině všichni stejní. Méně empatictí členové rodiny bývají

ve výhodě, právě u nich je třeba začít hledat a posilovat síly k uzdravování. Říkáváme, že přiměřená „mužská tupost“ je životadárná. Za podmínky ovšem, pokud se muž, otec, strýc, děda, nebo trenér své vlastní mužské energie nebojí, nepotlačuje ji a umí s ní efektivně a bezpečně zacházet. Jungián by snad řekl, že má zdravě integrovanou animu. Uvedená kazuistika je toho zářným příkladem. První část rodinné terapie bývá náročná a připouštím, že i nudná, když zvedám otce ve prospěch jeho vlastních dětí.

CÍLEM DRUHÉHO SEZENÍ BYLO SEZENÍ TŘETÍ

Za měsíc, před dalším termínem volá F, že nemohou přijít. Y má teplotu, bolesti v krku, léčí se bez antibiotik. Je povinností rodinného terapeuta nebrat jakýkoli příznak, který se během terapie v rodině objeví, na lehkou váhu. Organismus rodiny umí vygenerovat jakýkoli symptom, jedno jaký, vedle psychického, somatický i sociální. Symptomy dokážou systémově „převlékat kabáty“. Přivítala bych sezení s manželským párem, synka mohli nechat doma. Ale partnerství rodičů, jak tuším, je v této rodině křehká věc, nesmím předbíhat.

3. sezení (F+Y)

Mezi druhým a třetím sezením vznikla prodleva téměř dva měsíce. Rodinná terapie se rozebíhá ztuhla a nedůsledně. Ohlášená sestava Y+M se nekoná, před námi jsou letní prázdniny, sladování termínů není snadné. Možný je až srpnový termín, ale ani tehdy si M nemůže udělat čas. Pracuji proti své vůli v bezzubé sestavě bez otce. Uvažuji, zda OCD nezačíná rozhodovat i o mně a zda mě nestahuje do svých sítí. Jeden termín, právě ten pro M+Y zanikl.

Co je s M? Tuším, že by tam mohl být zakopaný pes. Úkoly neplnili. F to konstatuje a současně zmiňuje, že interval od posledního sezení byl příliš dlouhý. Y zapomněl, že vůbec nějaký úkol dostal. Večer se při usínání rodiče nestřídali. M neměl čas a F na tom nebyla lépe, nechce zanedbávat Z, je náročnější na pozornost a přítomnost F než dřív. Y referuje, že se OCD zhoršilo. F si nevšimla. Měla za úkol nevšímat si OCD, ale neví o tom, vyšlo to náhodou, nevěnovala se ani Y a OCD se ujalo vlády. F pochválí Y, jak hezky umí zacházet se Z, je vidět, že ji má rád. Když se ptám Y, jestli by chtěl mít F někdy také jen pro sebe, Y se ke mně přidává jen slabě, skoro jako z povinnosti. F si pochvaluje, že Y rád dělá ostatním dobře, je prý rozeným pečovatelem.

Raději změním téma a ptám se, kdo se v rodině (včetně OCD) umí nejvíc prosadit? Evidentně tu jde především o mužskou trojici M, X a Y. Šestnáctiletý X si už většinou dělá, co chce a rodiče to přijímají s pochopením. Y vyčítá otcí, že když se hádají, nechce slyšet jeho argumenty. Je mu zatím zcela cizí můj odhad, že M někdy asi prostě jen žádá, aby Y poslechl. Nemusí uvádět žádné argumenty. Převládá tu ideologie chránící matky? Ráda bych se k ní přidala, ale kde tu má místo otec? Kdo rodinu otevřeně a nekomplikovaně řídí? Jak se mu prosazuje bez diskusí to, co pokládá za jednoduchou a nepříjemnou povinnost? Pokaždé má s dětmi diskutovat, jako to s grácií dělá matka? Demokracie je pro dospělé, ne ještě v plné míře pro děti. Děti potřebují jasná zadání, aby měly šanci zvnitřnit pravidla, jejichž samozřejmost jim v dospělosti usnadní prožívat stabilitu, která je předpokladem zdravé tvořivosti.

Kultura společnosti se předává z generace na generaci právě v rodinách. Kdo v této rodině tvoří pravidla?

Další možný termín za účasti M vychází až na druhou polovinu září, tedy za tři měsíce! Nahlas zapochybuji o smyslu svého počínání za takových okolností. Y si bude možná muset OCD ponechat, dokud se nenaučí u M a ostatních se prosazovat. Do té doby uznávám, že je užitečné, aby mu OCD bylo bodyguardem. Na moje slova se Y prudce vzepne a protestuje: „Ale já se ho chci zbavit!“ Dávám najevo skepsi a nechávám moderování dalších termínů a pokračování rodinné terapie na rodičích. Spoléhám přitom na matku, která, stejně jako já, vidí synovo zoufalství i odhodlání. Ale sám to nezvládne.

Zatím jsme se nedostali za pátý bod externalizace (Chvála & Trapková, 1995). Jsou to dva měsíce od prvního sezení a OCD si s nimi dělá, co chce. Y je při loučení nezvykle aktivní. Chce, abych mu znova vysvětlila, jaké že to byly úkoly, a jak by se mohl pokoušet přivést sem otce. Pomyslím si, že mě matka se synem budou vsávat do otcovského místa, pokud otec nepřijde.

TÉMĚŘ JSEM NEDOUFALA V SEZENÍ ČTVRTÉ

4. sezení (M+Y)

Stalo se, otec je tu! Po pěti měsících a on podruhé. Jako poprvé je otevřený, vstřícný, upřímný, ochotný. Souhlasím, že prázdniny nedovolovaly pro terapii výhodnější režim. Zkoumám, zda otec stojí o pokračování, po tak dlouhé době je třeba zpevnit kontrakt. Otevřeně se chystám předávat léčbu do jeho rukou, ale nevím, jestli souhlasí? Otec se diví, proč o něm pochybuji. Zajíímám se, jak on vidí OCD? Prý „lepší

standart“. To podle něj znamená, že je to o něco lepší, ale vlastně všechno při starém. Procházím s nimi v sestavě otec-syn podobnou cestou, jako když tady byl Y s matkou. Pomalu ukazují, že by se mohli společnými silami stavět proti OCD a vybojovat synovu samostatnost a svobodu. Ano, jde o boj za osvobození z mocenské nadvlády Nemoci. Nenapadlo by je přiléhavější jméno pro toho škůdce? Nenapadlo. M si sedl do submisivního místa. Jeví se mi jako jemný muž. Ale má chlapecké povolání! Y si vybral místo tam, kde minule seděla matka. Vynikají jeho dívčí blondáté vlasy, dlouhá ofina vlající do čela.

Znovu využíváme hru s kameny. Vystřídají se čtyři verze rodinných sestav, kdo kde stojí, kdo je komu blíž či dál, a v jakém místě a koho otravuje OCD? Jedna podoba vztahů se do druhé přelévá. Y nejprve bezmyšlenkovitě postaví sebe do středu rodiny a ostatní kolem jako okolo ohně. Když ho pobídnu, aby to promyslel, přistrčí dovnitř místo sebe Z a sám se zařadí do kruhu. Otec postaví do středu dění matku a dlouze vysvětluje, že ona tvoří rodinu. Kdyžby odjela, postavil by se na její místo sám, ale matku by nenahradil. Ukazuje gestem ruky lehkost, s jakou F snadno vidí to, co on musí těžce racionálně vyhledávat. Oběma jim jako omylem ujede, že je F manipulativní, ale hned se těch slov leknou a berou je zpět. Oceňují matčinu přesvědčovací taktiku. Netrpělivě poznamenám, aha, ona vás všechny umí překecat, že? Zasmějí se. Y uvede příklad:

Starší bratr chtěl opustit gymnázium, kde se mu nelíbilo, a F jej tak zviklala, že tam sám od sebe nakonec zůstal. M snášel racionální argumenty, proč školu neměnit, zatímco F šla po emocích. Prý jak by se

v jiné škole cítil, a jak by mu to bylo líto, že ztrácí bývalé spolužáky, a jak by mu tam nakonec bylo stejně špatně jako tam, kde právě je.

Divím se a ptám se, jestli je F svou empatickou výřečností někdy neuspává, připadá mi totiž, že upadají do transu, jen na ni vzpomenu. Může to být její zvláštní nadání? M se pochlapí a tvrdí, že on by byl rád přeci jen důraznější a důslednější, vyžadoval by dodržování pevnějšího řádu a plnění povinností. Tak sakra, ztrácím trpělivost, uměl by se postavit vedle Y proti OCD, a třeba i jiným vetřelcům? Cítím, jak se ve mně zvedá zlost, asi testosteronu, kterého nemám nadbytek a nestojím o to jím plýtvat. Vyklízí M pole dobrovolně? Stupňuji svou zvědavost. Ptám se, jestli tam má někdo někdy na OCD zlost? Umí se tam vůbec někdo naštvat? Jak se ho chcete zbavit bez zlosti na to, co vám kazí život? Otec opatrně připouští, že se vztekat umí. Nespokojím se s neslanou nemastnou odpovědí a pokračuji: „Vztekáte se ze slabosti, anebo je to taková ta pořádná mužná zlost, že věci nejdou tak, jak mají jít?“ Ano, v práci se opírá do chlapů. Šéfuje jim. Ale jako by si netroufal vedle F se uplatnit. Y vedle pípne, že už mu OCD také vadí. K pořádné bojovné zlosti zatím mají oba daleko. Přece je nebudu zvedat já, hájím si své ženství.

Vypracujeme úkoly:

1. Y zaujme, že by si mohl zaznamenávat svou sílu v procentech proti OCD den po dni na počítači.
2. Strategický plán proti OCD budou řešit pouze M+Y. Ať ode mne mile pozdraví F, ale účast na jejich mocenském komplotu ať jí zakáží.
3. Y bude naopak matku vyhledávat, kdy-

koli se mu zachce, ale rozhodně i pro něj bude trvat zákaz bavit se s ní o OCD. Jakmile pocítí nutkání k podivnému rituálu, má matku zakázanou a vyhledá otce. Poradí se s ním, i kdyby mu měl telefonovat do práce. Na kamenech si ukazují taktické přemístování bojových pozic, ve kterých spojí oba své síly proti OCD. V tom jim přeci radit nebudu ani neumím, jsem přece ženská, jako jejich matka.

V SEZENÍ PÁTÉM SVITLA
NADĚJE, ŽE SE OTEC SYNKA
UJAL

5. sezení (M+Y)

Ještě v tomtéž měsíci nechali matku doma a dobrovolně znovu přišla mužská dvojice. Svitla mi naděje, že se otec synka ujal a já se budu moci stahovat do pozadí.

Y záznamy o své síle nevedl. Avšak muži se začali zabývat OCD sami dva a přestali počítat s matčíným angažmá. Znovu udiveně zjišťuji, jak příjemně jemný muž je M, přestože tak nevypadá. Zaujme mě, že byl kdysi gymnastou, o to se opírám. Popíšu práci trenéra, kterou dobře zná. Kromě toho snad umí být i důsledný, jinak by přeci s chlapy nevyšel! Vzpomínám na jeho respekt k ženské empatii a obávám se, že i já mohu být překážkou. Jak neuspávat jeho mužnou sílu, kterou tak potřebuje jeho feminní syn! Ještě žádná ženská nevychovala chlapa (Loucká, Trapková, & Chvála, 2014)!

Y se ujímá slova, za mého pobízení popisuje události mezidobí. Nevyjadřuje se dost jasně, mám v hlavě zmatek. Má ho tam i on? Byl na škole v přírodě, terorista OCD ho honil, myl se nejméně 10x denně. Jakoby se omlouval, zkouší pro mne po-

slušně alespoň zpětně vylovit nějaký ten úspěch. Několik posledních dnů se mu prý dařilo mytí omezovat. Řekl si, že nebude používat mýdlo s výjimkou dvou případů: po příchodu ze školy a po WC. Otec se k synovým úspěchům zrovna moc nepřidává. Před odjezdem na školu v přírodě se spolu chytli. M na Y prý „agresivně nalehl“ a mytí mu prostě zakázal. OCD se vzbouřilo a Y se otci postavil. Tedy vlastně kdo se mu postavil? OCD nebo Y? Jisté je, že otec trval na svém. Kosa padla na kámen. Stáli tam proti sobě otec a syn proti OCD, anebo měl syn proti sobě dvojí přesilu OCD a navíc ještě i otce? To by nebyla chytrá taktika! Nepřidal se otec náhodou, aniž to chtěl, k OCD proti synovi? Po příjezdu domů ze školy v přírodě se Y pokusil s OCD vyjednávat. Řekl mu, že se bude mýt ne podle pocitu, ale podle racionální úvahy „když je to potřeba“. Myl se bez mýdla, ale často. Hledáme, co považovat za úspěch a jak úspěchy zaznamenávat.

M je zcela bezmocný, jeho rady nezabírají a má tendenci obviňovat syna, že kdyby jen chtěl, tak by i mohl. Ve skutečnosti poznává odolnou sílu nepřítele, který mu ničí syna. Má dobré nápady, ale mají jednu vážnou chybu: nejsou synovy. Úkolem otce není vláčet syna za sebou anebo ho tlačit před sebou, ale doprovázet ho a fandit mu. Nejde o silovou disciplínu, ale o hledání chytré strategie proti chytrému nepříteli. Chytré děti mají chytrá strašidla, říkával dánský dětský psychiatr Torben Marner (Marner, 2000).

Nakonec se nám podařilo vypracovat následující úkoly:

1. Y si povede za asistence M dva grafy: V jednom bude zaznamenávat den po dni na třech stupních, zda se mu dařilo ne-

mýt se mýdlem. (Byl by to jiný a ještě moc těžký úkol, aby omezoval mytí. Cenné je, že si úkol stanovil sám.)

2. Na druhém grafu, zase třístupňovém, bude zaznamenávat „Dotyky“. Bude si udělovat kladné body za to, když se mu podaří nevyhovět OCD, až mu bude zakazovat dotýkat se kliky, peněz, tyče v metru, však Y ví sám, čeho všeho ještě. M si jako trenér každý večer s Y prohlédne úspěchy a spolu postaví strategický plán na další den.

ŠESTÉ SEZENÍ BYLO ZASE OHROŽENO A OCD SE PROMĚŇUJE V NUDU

6. sezení (M+Y)

Otec odjel na pracovní konferenci na druhý konec republiky a jeden termín zrušil, přestože předtím ujišťoval, že se pokusí pravidelnost termínů dodržovat. Y se už už těšil, že může přijít zase s F, ale M si to nakonec rozmyslel a vrátil se z konference dřív. Pomýšlím na sezení s oběma rodiči bez dětí, abychom se orientovali v širším kontextu, do kterého mě rodina zatím nepouští, a já nevstupuji. Jisté je, že se v něm OCD daří.

Nebudu čtenáře unavovat dalším líčením detailů, přestože práce rodinného terapeuta je právě práce s detailem, jak už jsem ostatně ukázala. Někdy si připadáme s kolegy V. Chválou, pokud pracujeme ve dvou, jako dědek a bába s bubínkem, kteří lákají lišku z nory ven. V téhle rodině jsem neměla dědka ani bubínek, jen jsem trpělivě čekala, až uzrají. Bez mužné síly trenéra, a také otcovské lásky, to nepůjde. Ne drezúra, ale chlapské entuziastické povzbuzování k výkonu to chce. Zná to každý sportovec, který miluje svůj sport. Když miluje otec syna

a syn otce, dokážou hory přenášet. Je to pak pro ženskou opravdová radost, přihlížet.

V šestém sezení teprve s tréninkem začali a zjišťovali, v jak chatrném stavu jsou jejich síly, a jak úporného mají před sebou nepřítele. Starala jsem se, aby to nevzdali. Sahám po metaforách z pohádek o boji dobra se zlem. M se našťestí nebojí, ale také nebojuje. Nebaví ho to. Rituály, rituály, rituály. Taková blbost! Rád by se synem, když už spolu mají čas, dělal něco užitečnějšího. To je voda na zdravý mlýn, raduji se. Kdybych byla OCD, měla bych zlost, že můj kredit klesá. Bavím se s M a Y necháváme stranou. Y se začíná nudit v mé ordinaci i doma. *OCD dostává v rodině nový význam.* Už není zdrojem strachu a úzkosti a nepřitahuje péči, ale vyvolává zlost. Případně, a to je novinka, nyní už jen tak zvané OCD. Nutkání k nesmyslným rituálům sílí, když se Y nudí a do něčeho se mu nechce. Například, když mu M zakáže počítač za průšvih ve škole. *Symptomy se v rodinách udržují kromě jiného také významem, jaký jim rodina přisoudí.* OCD začíná tuto rodinu nudit. A tak se postarám, aby změnili jméno. Je třeba stavět se proti Nudě. Když nemůžeš na počítač, když máš vysávat, když tě to nebaví na návštěvě u dědy a babičky, kde není co zajímavého dělat. Obzvlášť když tam nejsou rodiče a nemůžete jít ani na houby. Mohl by zkoušet ovládat Nudu, aby ona neovládala jeho. Ostatně, tvrdím, z nudy se rodí tvořivost.

HISTORKA, NA KTERÉ SE
UKAZUJE, JAK ODLIŠNĚ
„ČTE“ SITUACE F A JINAK M

Všichni tři (F+M+Y) líčí komickou situaci. Starší brácha sedí na WC v prvním patře a volá dolů, že potřebuje toaletní pa-

pír. Nikomu se nahoru nechce, ale rodiče usoudili, že Y má nejmladší nohy. Jenže papír leží na lednici, která je „špinavá“. F synka polituje a donese papír staršímu synovi nahoru sama. A co bylo dál, zajímám se? Y z toho měl blbý pocit a M vadilo, že tam šla F a ne Y. Ptám se na rozdíl, jaké by to bylo, kdyby tam Y odmítl jít z neochoty nebo lenosti a nemohlo by za to OCD? Blbý pocit by měl přeci tak jako tak. Už zase hrozí, že se F začne oběma nepříjemným pocitům Y ze všech stran věnovat. Ale M se nepřidává a Y se tu s námi viditelně nudí. F mluví do prázdna. I já se nudím. Říkám, že si připadám tou nudou mezi námi špinavá. Téma OCD splasklo a objevilo se prázdno. Ohromná prázdna díra. F se objednává na příště sama.

Zdálo se, že to dopadne jinak. Na další, už deváté sezení se otec omluvil pro neodkladné pracovní povinnosti a přišli zase F+Y. A tak po několika větách ozřejmím generační hranici, posílám Y do čekárny a vidím, že ten odchází rád.

Celé sezení pak patří ženskému světu. F vypráví o tom, jak se s M seznámili, jak se stalo, že spolu zůstali, jak si byli také nevěrní, ale jak jsou si souzeni. Když se M vrátil, bylo to jako nové zamilování, Z je toho důkazem. Už tehdy si řekli, že nenechají Z, o tolik mladší než starší bratři, samotnou. Znovu otěhotněli a očekávali, věkem přiměřeně ke svému třetímu, ještě i čtvrté dítě. Ale to nedopadlo dobře, museli jej oplakat a úsilí o další dítě vzdát.

F si klade stále stejnou otázku, co dělají špatně, že se u nich OCD drží? Přehlédla by, že už zdaleka nemá takovou moc, jako když jsme se seznamovali. Mnoho rituálů zmizelo, Y se myje stejně často jako ostatní, zůstává pár her kolem „dotyků“, ale rodina

už Y nelituje. Když si otevírá dveře loktem, nechávají ho být. Mohli bychom pomýšlet na ukončování terapie, ale světe div se, skoro současně s tím, jak se ulevovalo Y, zhoršil se starší syn (X), začal padat do depresivních stavů. Pro rodinného terapeuta to není velké překvapení. V rodině všechno souvisí se vším, co se jednomu stane, všem se stane. Proměnění-li se jeden, vyvolává to změny u ostatních, ať chtějí nebo ne. Když rodina nepřeladí to podstatné (změna 2. řádu), může se stát, že na místo původního symptomu, který ztrácí svůj význam, nastoupí jiný, který v rodině zase platí (změna 1. řádu) (Breunlin, 1989).

Avšak nezačínáme od nuly. Rodina je už zkušenější než poprvé a zažila, co pomáhá. F jen tak mimochodem referuje, že Y za asistence psychiatra vysadil Zolof. Po přechodném mírném zhoršení, se Y trvale stabilizoval a další psychofarmaka nejsou potřeba. O rituálech se už nezmiňují. Otevřel se prostor pro X, který se také potřeboval vrátit do krizového období rodiny, když ji M opustil. Poučení rodiče se nevěnují symptomu, nepečují o depresi, ale o syna. Trochu je přístrčím, aby si všimli podobnosti v dynamice rodiny. Zase jde trojúhelník matka-dítě-otec, jen stačí na místo Y dosadit X (F-X-M). Je mi jedno, jakým symptomem rodinný organizmus signalizuje, že ještě není čas na oslavy. V případě X a depresí, zase, jako v trojúhelníku F-Y-M, pomohlo přeladění rodičovských polarit, matčiny soucitné empatie a z druhé strany otcovy pevnosti. Matka se už sama krotí a povzbuzuje energické jednání otce se syny. Deprese, možná jen smutek, tak, jak přišel, zase odešel a X na něj nebyl sám. Deprese nekrmlila a mám za to, že je společný zážitek posílil.

BYLO ZAPOTŘEBÍ JEŠTĚ DALŠÍCH DEVÍTI SEZENÍ

Bylo zapotřebí ještě dalších devíti sezení, aby se změny v rodině stabilizovaly a aby se nová podoba vztahů stávala samozřejmostí. Nemohu si odpustit vyličení dvou událostí.

Jednu mi vyprávěli všichni tři, M, F a Y: Y vysával a F měla Z ve vaně. Y si tam šel, když skončil, umýt ruce mýdlem. M přišel zrovna z práce a rázně mu mýdlo zakázal. Y se hrozně naštvál a běžel do druhé koupelny v přízemí. M za ním. F viděla vytřeštěné oči Z a slyšela naprosté zoufalství Y, ale vydržela. Y do M kopal, zuřil, až mu M vlepil facku. Y utekl do svého pokoje, mlátil do věcí. Když mu i to M zakazoval, řval, že jsem mu to doporučila, vyndávat zlost a dávat ji najevo. Zvědavě se ptám, a jak to dopadlo? Mytí se nekonalo! A kdo s kým to bojoval? Otec si dobře vzpomíná, že on nejdřív bojoval s Y, ale pak mu to došlo, objal Y, pevně ho podržel a rázně oznámil, já tě tomu hajzlovi nedám! A byl klid.

To se stalo někdy před šestnáctým sezením.

Na předposledním sedmnáctém sezení Y ohlašuje, že už OCD nemá. Říká: „staly se zásadní kroky“. Na školní povinné brigádě odklízeli odpadky. Y s tím měl opravdu velký problém. Přišel domů, hrozně se naštvál a vzbouřil se. Začal se schválně válet po zemi, pak si schválně neumyl ruce, dotýkal se zlostně všeho, co mu přišlo pod ruku, i kliky od branky! A zase se neumyl! Nic nezapisoval, na grafy se vykašlal. Ještě si k tomu zapomněl nový mobil, po kterém dlouho toužil, ve „špinavé“ bundě a pračka, vlastně OCD, mu jej zničilo. Naštvaní nemělo konce. Chytil se tyče v metru i tramvaji, dokonce stiskl i knoflík se-

maforu, schválně začal hladit i zvířata. Vrchol byl, když se dostal na fotbale do brány. Dřív se vyhýbal pádům do bahna, takže mu brankáře raději nedávali. Teď to zkusil padat, spoluhráči to ocenili. Směju se a říkám, že se z něj stává „mužské...“, otec doplní „prase“? Rodiče jsou nadšení. Trvám na tom, že tohle zaslouží odměnu. Otec rozhodne: „Když vydrží ještě měsíc, dostane mobil.“

Nejenže vydržel, ale na poslední sezení přišel ostříhaný na kluka! Kdo nezažil to velké roční úsilí celé rodiny, mohl by to nazvat zázrakem.

KRÁTKÝ EPILOG

Objevili se znovu po roce a půl. Oba kluci zmužněli, Y vyrostl. Když referují o dětech, F se drží ukázněně v pozadí. Otec je po noční a nemá mnoho energie. Nejaktivnější je Y, spontánně vypráví. Léky nebere, rituály jej už neotravují, ale cítí, že by se o něj OCD rádo pokoušelo, i když už zdaleka nemá takovou sílu jako dřív. Má podobu nepříjemných myšlenek. Stačí pár otázek a je zřejmé, že to jsou obvyklé obavy, které patří dospívání. Záleží mu na tom, co si o něm ostatní myslí. Zkouší hledat pravou míru mezi tím, kdy vyhovět druhým a kdy si prosadit to, co chce sám. Může to probírat s otcem? Může a dělá to a je to fajn. Mám zvláštní pocit, že nepřišel kvůli sobě, ale že mi přivedl rodiče. Jak se daří jim dvěma?

Manželství obsahuje dvě odlišné funkce, rodičovství a partnerství. Šťastné partnerství emočně zahřívá rodičovství a děti jsou v bezpečí, jako když zdravá placenta vyživuje plod. M a F jsou výbornými rodiči, ale jejich partnerství je stále ohrožené. Následovala krátká párová terapie.

SHRNUTÍ, DISKUSE A STATISTIKA

Rodinná terapie s třináctiletým chlapcem, který trpěl obsedantně kompulzivní poruchou (OCD, Obsessive-compulsive disorder), trvala od dubna 2012 do dubna 2013. Uskutečnila se v osmnácti sezeních, ve kterých se střídala práce s různými rodinnými subsystemy v následující sekvenci:

(M+F+X+Y+Z), (F+Y), (F+Y), (M+Y), (M+Y), (M+Y), (M+Y), (M+F+Y), (F+Y), (M+F), (M+F), (M+F), (M+F+Y), (M+F+X+Y), (X+Y), (M+F+X+Y), (M+Y), (M+F+X+Y).

Chlapec měl předchozí velmi krátkou individuální zkušenost s KBT (kognitivně behaviorální terapií), kterou rodina považovala za neúspěšnou, a proto ji opustila. Z mého hlediska však usnadnila začátek rodinné terapie, která prvky KBT také obsahuje, mohli jsme dobře navázat. Paralelní farmakoterapii (Zoloft) u psychiatra pokládáme za podpůrnou a v případě OCD za užitečnou, často nezbytnou. Sama o sobě by však pravděpodobně trvala výrazně déle než v kombinaci s psychoterapií. Rodinná terapie je pro nás metodou volby jako efektivnější než psychoterapie individuální. Chronické psychosomatické symptomy, ke kterým řadíme také OCD, bývají udržovány systémovými silami v organismu rodiny, ve kterém je dítě tím nejslabším článkem. Bez práce s celým rodinným organizmem je často uzdravování dítěte nad jeho síly a možnosti. Proměnou musí projít přinejmenším i rodiče.

Jako terapeutka jsem se k rodině připojovala, abych se v každém dalším sezení stávala indikátorem rodinné kultury, ve kte-

ré se vyrazil a udržoval nežádoucí symptom, a stal se její chronickou součástí. Léčba se odehrávala primárně v mé mysli. Krok po kroku jsem provázela rodinu svými hypotézami, ze kterých se rodily vědomě mířené otázky. Ověřování jejich validity zůstávalo na rodině. Svou vlastní vnitřní proměnlivostí jsem inspirovala a zasévala možnosti takových změn v rodinné kultuře, aby symptom ztratil v její dynamice svou regulační funkci.

Kazuistika je ukázkou psychotherapeutické praxe, která je podložena nejen samotnou rodinnou terapií, ale čerpá také z teorie psychoanalýzy a dalších psychotherapeutických směrů. Speciálně je ukázkou narativní rodinné terapie s externalizací. Pracovala jsem s poměrně jasnou představou dynamiky separačního procesu v triádě matka-dítě-otec, ve které má každý své místo a vývojové úkoly tak, jak jsme je popsali s V. Chválou (Trapková, Chvála, 2017). Symptomy, jejichž nositeli může být kdokoli z této triády, bývají projevem stagnace tohoto vývojového procesu. Bylo tomu tak i v uvedeném příběhu jedné reálné rodiny.

LITERATURA:

- Breunlin, D. C. (1989). Clinical implications of Oscillation Theory: Family Development and the Proces of Change. V N. Christian, & J. R. Ramsey, *Family systems in Medicine* (stránky 135–149). New York, London: Guilftfort Press.
- Chvála, V., Trapková, L. (1995). Externalizace – nový nástroj psychosomatiky. *Praktický lékař*.
- Chvála, V., Trapková, L. (2008). *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál.
- Loucká, P., Trapková, L., Chvála, V. (2014). *Žena a muž v rodině*. Praha: Vyšehrad.
- Marner, T. (2000). *Letters to Children in Family Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Simon, F. B., & Stierlin, H. (1995). *Slovník rodinné terapie*. Hradec Králové: Konfrontace.
- Štípek, P. (14. 9 2010). *Využití terapeutického potenciálu projektivních technik v práci s rodinou. Technika Zakleté kameny. Diplomová práce*. Načteno z <https://is.cuni.cz/>: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/32047DPTX_2009_2_0_129523_0_89327.pdf?sequence=1.
- Tomm, K. (1 1989). Jak působí otázky III: Zamýšlíte klást lineární, cirkulární, strategické nebo reflexní otázky? *Kontext*, stránky 48–71.
- Tomm, K. (2 1995). Externalizace problému a internalizace osobního působení. *Kontext*, stránky 32–36.
- Trapková, L., Chvála, V. (2017). *Rodinná terapie psychosomatických poruch (Rodina jako sociální děloha)*, 2. vydání. Praha: Portál.
- WHO. (2017). *Aktuální verze MKN-10 v ČR*. Praha: ÚZIS.
- Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 6. 2. 2018. Revidované znění došlo 27. 3. 2018, k publikaci přijato 30. 3. 2018.*

PSYCHOANALYTICKY ORIENTOVANÁ PSYCHOTERAPIE DĚTÍ A ADOLESCENTŮ

Psychoanalytically oriented psychotherapy in children and adolescents

Jana Kocourková¹, Jiří Koutek²

¹ Dětská psychiatrická klinika FN Motol, 2. LF UK Praha, CZ; Jana.Kocourkova@lfmotol.cuni.cz

² Dětská psychiatrická klinika FN Motol, 2. LF UK Praha, CZ; Jiri.Koutek@lfmotol.cuni.cz

Psychoterapie. 12 (1), 62–71; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Psychoanalytická psychoterapie dětí a adolescentů je významnou terapeutickou modalitou, která prošla v oblasti teorie a praxe podobným vývojem jako psychoanalýza. Autoři připomínají původní myšlenky A. Freudové, M. Kleinové a dalších psychoanalytiků, kteří dětskou psychoterapii ovlivnili. Zabývají se také současnými tématy, jako je například otázka indikace dětských pacientů pro psychoanalytickou psychoterapii, aspekty terapeutického procesu, úloha rodičů, problémy protipřenosu terapeuta.

Klíčová slova: Psychoanalytická terapie, děti a adolescenti, terapeutický proces

ABSTRACT

Psychoanalytic psychotherapy in children and adolescents is an important therapeutic modality with a similar development as psychoanalysis in the area of theory and practice. Authors mention original ideas of A. Freud, M. Klein and other psychoanalysts who influenced child psychotherapy. They address present topics too, such as the matter of the indication of child patients for psychotherapy, the aspects of the therapeutic proces, the role of parents and

the problems of the countertransference of the therapist.

Key words: Psychoanalytic psychotherapy, children and adolescents, therapeutic proces

ÚVOD

Psychoanalýza prošla dlouhým vývojem, dokázala integrovat různá teoretická hlediska a vytvořila základ praktických psychoterapeutických postupů ve spektru psychoanalýzy, psychoanalytické psychoterapie, psychodynamické psychoterapie, krátké (fokální) psychoterapie, skupinové terapie, rodinné terapie a dalších terapeutických modalit. Specifika těchto modelů byla předmětem mnoha diskuzí, které vedly k tendenci vidět tyto rozdíly s větší nebo menší důrazností. V množství současných publikací zaměřených na dětský věk je více směrem k psychoanalýze orientovaná práce Hofera (2005), psychoanalytická psychoterapie dětí a dospívajících je zpracována v monografii Lanyadoové a Hornové (2005), psychodynamickou psychoterapii prezentuje například Abbass et al.(2013). Psychodynamická psychoterapie se stala jedním ze způsobů terapie, které jsou náplní rezidenčního vzdělávání amerických psy-

chiatrů, o rozšíření dynamického myšlení v psychiatrii se zasloužil například Gabbard (2014). Pro dětský věk jsou určeny v oblasti klinické praxe podrobné doporučené postupy psychodynamické psychoterapie (Kernberg et al. 2012). V českém prostředí se vzděláváním v psychoanalytické psychoterapii zabývá zejména dětská sekce České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii, ale i řada klinických psychologů a psychiatrů, kteří prošli psychoterapeutickým výcvikem v některém z psychodynamicky nebo psychoanalyticky orientovaných tréninkových programů a pracují s dětmi. Tito kolegové také užívají poznatky získané z psychoanalytického teoretického základu.

Teoretická východiska psychoanalyticky a psychodynamicky orientované psychoterapie jsou odvozena od psychoanalýzy (Sigmund Freud) a v aplikaci pro dětský věk jsou historicky spojována zejména s autory jako je Anna Freudová, Melanie Kleinová, Donald Winnicott a další. Klasická psychoanalýza, někdy označovaná jako „pudová teorie“, považovala za determinující sílu ve vývoji dítěte zejména libido, které prochází stadii psychosexuálního vývoje (orální, anální a falické stadium). Za uzlový moment vývoje je považován oidipovský komplex a jeho řešení. V tomto směru byla psychoanalytická práce zaměřena především na řešení vnitřních konfliktů, například u dětí s neurotickými symptomy a obtížemi. Další psychoanalytické vývojové modely zdůrazňují zejména zkušenost a mateřskou péči v raném (preoidipálním) období, vztahové aspekty a vývojově potřebný pocit bezpečí, lásky a podpory. Do terapie se tak dostávají děti, v jejichž osobnostním uspořádání můžeme pozorovat de-

ficity, které ztěžují adaptaci na vývojové úkoly příslušných věkových období a ovlivňují se obtížněji, než děti s tzv. neurotickými konflikty. Nelze však striktně odělovat potíže dítěte vyplývající z deficitu ega od potíží, které vyplývají z vnitřních konfliktů, může jít i o smíšení obou (Sherick, Chopra, 2014). V terapeutických přístupech dochází ke změnám, od orientace na minulost ke zdůraznění zkušenosti dítěte „tady a teď“, a dále od interpretační, vysvětlující terapeutické práce spíše k emoční zkušenosti v intersubjektivním vztahovém prostředí dítěte s terapeutem. Jednotlivé psychoanalytické modely z pohledu vývojové psychopatologie popsali autoři Fonagy a Targetová (2005). Pro psychoanalyticky a psychodynamicky orientované terapeutky jsou důležité následující předpoklady: 1. základní význam nevědomí v duševním fungování, 2. symbolický význam chování, 3. existence nevědomých internalizovaných konfliktů, 4. přesvědčení, že symptomy mají význam, 5. důraz na přenos (Delgado, 2008).

HISTORIE

Před více než sto lety léčil S. Freud matku chlapce, který se kolem pátého roku svého života začal bát koní. Byl to „malý Hans“, který měl těsný vztah se svou matkou, chtěl spát v posteli rodičů, chodil za matkou do koupelny a patrně viděl sex rodičů. Dle Freuda souvisela jeho fobie se zakázanými erotickými přáními k matce, přáním smrti otci a strachem z kastrace. S Freudem konzultoval otec chlapce a spolu řešili intervence, které by byly pro dítě terapeutické. Pohled na potíže chlapce vycházel z klasického freudovského pojetí. Bylo ale zřejmé, že je obtížné psychoanalýzu dospělých aplikovat stejným způsobem na děti.

Anna Freudová (1895–1982), přestože vycházela z pudové teorie svého otce, věnovala více pozornosti vývoje ega a obranným mechanismům (Freudová, 2005), jakými se ego vyrovnává s úzkostmi, objektním vztahům a také se věnovala vlivům reálného pečování o děti. Vytvořila teorii vývojových linií (Freud, A. 1963), v nichž popisovala interakce vyzrávání dítěte (pudo-



**Jana
Kocourková**

Doc. PhDr., klinická psycholožka, tréninková a supervizní psychoanalytička České psychoanalytické společnosti a IPA, oblast zájmu psychoanalýza, psychoterapie, poruchy příjmu potravy, trauma.

vé aspekty), spolu s vlivy prostředí – zejména způsobů chování rodičů. V rámci vývojových linií dochází k diskrepancím, které vedou k emočním problémům dítěte a v závažném případě až k psychopatologickým symptomům. Terapie umožňuje vrátit dítě na cestu normálního vývoje. Anna Freudová zdůrazňovala v psychoanalýze děti a dospělých rozdíly. Uváděla, že děti samy terapii nehledají a mohou mít malou motivaci, mají tendenci konflikty popírat a externalizovat, preferují více odehrávání problémů než jejich mentální řešení. V terapii není účinným prostředkem pouze interpre-

tace, ale v terapeutickém vztahu lze užít i sugesce a určité výchovné usměrnění dítěte. Oproti důrazu na přenos Freudová akcentovala potřebu dítěte vytvořit nový vztah (terapeut je nový objekt), který dítěti pomáhá překonat opakování dřívějších problémů a opravit komplikace na těch liniích vývoje, kde došlo k obrannému a neadaptivnímu řešení.

Vývojová orientace Anny Freudové inspirovala řadu dalších psychoanalytiků, kteří obohatili pohled na dětský vývoj, jako byla například Margaret Mahlerová (1897–1985). Ta popsala linii vývoje, která s narozením dítěte začíná obdobím autismu, následuje symbióza s mateřskou osobou a poté separačně-individuační období, se subfázemi diferenační, praktikující a znovusbližovací. Ke stadiu objektní stálosti dochází převážně na konci třetího roku života, kdy si dítě umí představit a v mentálním prostoru udržet matku, i když není přítomná. Duševní procesy, které Mahlerová popsala, byly inspirací pro autory, kteří se zabývali problémy hraniční (bordeline) organizací osobnosti, u adolescentů například Masterson (1985).

Melanie Kleinová (1882 – 1960) se sama pokládala za následovnici S. Freuda, ale její zájem směřoval více k duševním procesům preoidipálního období. Kleiniánská teorie předpokládá od narození dítěte existenci rudimentárního ega, které je schopno zažívat úzkost, užívat obranné mechanismy a formovat primitivní objektní vztahy ve fantazii a realitě. Dvěma základními vývojovými pozicemi jsou paranoidně-schizoidní pozice a depresivní pozice. Paranoidně-schizoidní pozice je nejranější fází vývoje, je charakterizovaná vztahem k částečným objektům, převahou štěpení a paranoidní úzkostí. De-

presivní pozice je charakterizovaná tím, že dítě již vnímá matku jako celý objekt, k němuž směřují jeho libidinosní i agresivní pudy, prožívá ambivalenci a depresivní úzkost, objevuje svoji bezmocnost a závislost na matce. Soubor prací Melanie Kleinové obsahuje kniha *Závist a vděčnost* (Kleinová, 2005). Pro Kleinovou byla dětská psychoanalýza založena na třech základních principech – hru dítěte pojímala jako volné asociace u dospělých, důraz byl kladen na přenos a úloha analytika byla směřovaná k interpretaci nevědomých zdrojů úzkosti (Segal, 1972). Hra představovala přirozený způsob, kterým dítě symbolicky vyjadřuje svá přání, obavy, úzkosti, internalizované vztahy. Inhibice ve hře představovala totéž, co byla inhibice ve volných asociacích dospělých. Detailně bylo popsáno herní prostředí, včetně herního materiálu a charakteru hraček (Isaacs, Elmhirst, 1988). Kleinová prosazovala názor, že děti vyvíjejí přenos, projikují aspekty internalizovaných rodičovských postav v minulosti, a to i z preverbálního období. Intervence analytika by měly směřovat k interpretaci nevědomých obsahů. Cílem analýzy je posílení ega, oslabení projekcí dítěte na současné důležité osoby a lepší schopnost odlišit vnitřní a vnější realitu.

Dětskou psychoanalýzu rozšířila teorie objektních vztahů, jejímž významným představitelem byl Donald Winnicott (1986–1971), původem pediatr, nejvíce známý v zaměření na vztah dítěte a primární pečující osoby. Tento model představoval určitý ústup od „pudové teorie“ a soustředil se na význam vztahů dítěte s jeho blízkými osobami, i když nikoliv pouze v realitě, ale též ve vnitřním světě, včetně nevědomého významu těchto vztahů. Oproti klasické pu-

dové teorii, v níž „libido hledá slast“, bylo pro zastánce této teorie přesvědčivější, že „libido hledá objekt“. Změnil se pohled na agresivní pohnutky dítěte, které byly vnímány spíše jako reakce na frustraci, než výraz samotných pudových agresivních pohnutek. Za nejdůležitější vývojovou okolnost byl pokládán význam raného prostředí pro dítě ve vztahu s matkou, které poskytuje pocit bezpečí, porozumění, možnost vyjádřit pravé pocity a potřeby. Koncept „holding“ (držení) nepředstavoval pouze fyzickou kvalitu kontaktu matky a dítěte, ale též mentální kvalitu podržení dítěte v mysli matky, nastavení na jeho potřeby nejen ve smyslu krmení, ale též citových potřeb, lásky a zrcadlení. Winnicott propracovával myšlenky pravého a falešného self a podmínky jejich vzniku, pro které je podstatná úloha rané mateřské péče.

K britské škole objektních vztahů ze skupiny „nezávislých“ (Mitchell, Blacková, 1999) bývá řazen i John Bowlby (1907–1990), zakladatel teorie přimknutí (attachment), který pokládal ranou vazbu dítěte k matce za potřebnou k přežití. Bowlby byl klasickými psychoanalytiky kritizován pro svoji výraznou inspiraci etologií, opomíjením klasických psychoanalytických konceptů a přílišné zdůrazňování chování pečující osoby. Následovníci Bowlbyho popsali vzorce přimknutí v kojeneckém věku (jistá vazba, úzkostně vyhýbavá vazba, úzkostně rezistentní vazba), projevy dítěte, které můžeme vidět v situaci separace od matky. Později byla popsána i dezorganizovaná vazba, která, již v době snadnějšího přijímání odlišných psychoanalytických názorů, byla přirovnávána k freudovské teorii traumatické úzkosti nebo kleiniánské teorii projektivní identifikace (Diamond,

2004). K lepšímu přijetí přispělo i to, že se teorie přimknutí přestala soustředit výhradně na chování a začala se zabývat vnitřními reprezentacemi u dítěte i rodiče (Fonagy, Targetová, 2005).

SOUČASNÁ TÉMATA

Současné období v psychoanalytické teorii bývá označováno jako integrativní, zaměřené spíše na klinickou praxi než na koncipování velkých teorií. Psychologie jedné osoby, kterou lze nezaujatě studo-



**Jiří
Koutek**

MUDr., PhD., primář Dětské psychiatrické kliniky FN Motol, oblast zájmu psychoterapie, rodinná terapie, suicidalita u adolescentů, poruchy příjmu potravy.

vat, ustoupila psychologii dvou osob a významu terapeutického vztahu. Významnými autory, kteří ukazují na potřebu změny v koncipování psychoanalytických modelů, zejména ve vztahu k terapii dětí, jsou Fonagy a Targetová (1998, 2000). Uvádějí, že vidíme více dětí s „komplexní psychopatií“ oproti těm, které byly původně indikovány pro psychoanalytickou terapii. Původní indikací pro psychoanalytickou terapii jsou děti s převážně neurotickými

problémy, úzkostné, inhibované, s dobrou inteligencí, schopností se verbálně vyjadřovat a mají vcelku stabilní a podporující rodinné prostředí. Netrpí významnějšími ego deficitem a jejich konflikty mají internalizovaný charakter. Jsou schopné vytvářet vztahy a jsou motivované pro terapii. Tyto děti jsou ideálními adepty pro více méně klasicky inspirovanou psychoanalytickou terapii, která pracuje s přenosem, interpretací a snaží se o vhled. Předpokládá se, že tyto děti mohou vyřešit vnitřní konflikty, terapii ukončit a neproblematicky pokračovat ve své vývojové trajektorii. Do terapií však v současnosti častěji přicházejí děti s jiným typem problémů, ať už děti deprivované a traumatizované, nebo děti s ego deficitem, děti s poruchami autistického spektra či jinými neurobiologicky podmíněnými potížemi. Jejich slabá mentalizační kapacita, propustnost hranic mezi vnitřní a vnější realitou, nedostatky v emoční regulaci a charakter objektivních vztahů vedou k tomu, že obvyklé postupy nefungují a vedou k potřebě hledání nových přístupů. Koncept mentalizace představuje přístup integrující poznatky z kognitivní teorie, psychoanalytické objekt-vztahové teorie a vývojové psychologie zaměřené na téma primární vazby (attachment). Mentalizace je definovaná jako schopnost rozumět pocitům, myšlenkám a významům duševních stavů a obsahů u sebe i druhých osob. Kapacita rozumět sobě a druhým ve vztahovém a emočním kontextu je základní podmínkou pro sebereflexi a regulaci emočního prožívání. Základy této schopnosti se začínají rozvíjet v raném dětství a závisí na charakteru rané vazby dítěte s primární pečující osobou, která poskytuje pocit bezpečí, je připravena sdílet prožitky dítěte a umož-

ňuje dítěti internalizovat proces mentalizace.

Fonagy a Targetová doporučují, spíše než terapeutické přístupy orientované na vnitřní konflikt a vhléd, přístupy orientované na mentalizaci. Teorie mentalizace je použitelná nejen v rámci dětské psychoanalýzy, ale i v dalších psychotherapeutických modelech a zdá se, že je i mimo oblast psychoanalýzy snadněji akceptovatelná. Postupy které vychází ze současné psychoanalýzy, jako je zaměření na zlepšení mentalizační funkce, schopnosti symbolizovat a řešení problémů „here and now“, lze použít i v práci s dětskými pacienty s ADHD (Solomonsson, 2006), poruchami autistického spektra (Alvarez, 1992), nebo poruchami příjmu potravy (Skarderud, 2007).

TERAPEUTICKÁ PRAXE

Děti / adolescenti / rodiče

Psychotherapie dětí a adolescentů má řadu odlišností od dospělých. Děti, zejména v mladším věku, mají menší kapacitu pro introspekci, mají tendenci externalizovat své vnitřní konflikty a příčiny svých potíží hledají zejména ve svém okolí, svoje problémy vysvětlují jako vnější události. Významným rozdílem mezi dětmi a dospělými je charakter vyjadřování a komunikace. Souvisí s vývojovými obdobími, úrovní kognitivních funkcí, úrovní verbalizace, ale také dosažené schopnosti introspekce, sebereflexe a úrovně mentalizace. Malé děti komunikují a vyjadřují se zejména chováním (depresivní dítě neočekávaně zlobí) a v nejmenším věku zejména somatickými projevy (například dítě v batolecím věku se začne pomočovat v období, kdy se narodí sourozenec). Nelze tedy počítat s tím, že se s malými dětmi v psychotherapii

budeme domlouvat jako s dospělými a že psychotherapeutické techniky budou spolehat pouze na verbální výměnu. Jedním ze základních komunikačních prostředků je hra a s pomocí hry se můžeme dovědět, co dítě prožívá, aniž by to bylo vyjádřeno přímo. Navíc v komunikaci s dospělým, kterého dítě nezná, bývá ostych, nejistota, úzkost a podobně, tedy pocity, kterým můžeme pomoci hry (například maňásky, zvířátky, panenkami) nejen lépe rozumět, ale také je zmírnit a umožnit dítěti, aby v terapeutické situaci prožívalo více bezpečí. U starších dětí a adolescentů bývá snadnější se slovně domlouvat, ale verbální prostředky nemusí vždy sloužit pouze k introspekci, důvěrnosti, sdílení a sebepoznání, ale mohou být využity pro testování terapeuta, zejména v začátcích psychotherapie, kdy ještě není nastolena základní důvěra a dítě nebo adolescent prožívá strach, nejistotu, nebo se stydí.

Děti samy odborníka v oblasti duševního zdraví nevyhledávají, samy se nerozhodují o vstoupení do psychotherapie ani samy nepřemýšlejí o volbě psychotherapeutické modality. Jsou to ve velké většině rodiče, kteří psychotherapeutickou pomoc pro dítě vyhledávají a domlouvají podmínky, za kterých bude dítě psychotherapeuticky léčeno. Terapeut tedy na reálné rovině vytváří kontrakt a spolupráci s rodiči, což může zejména zpočátku ovlivňovat charakter kontaktu s dítětem, které může mít pocit, že se terapeut o něm s rodiči domlouvá. U menších dětí, které jsou závislé na tom, že je rodiče k psychotherapeutovi budou vodit, je psychotherapie bez dohody a spolupráce s rodiči, zejména v ambulantních podmínkách, nerealizovatelná. Zároveň je potřeba myslet na charakter dohody o terapii s dítě-

tem, kterému musíme podat přiměřeně věku informaci o tom, jak bude terapie probíhat. Důvěrnost sdělení má větší omezení než u dospělých, neboť bazální odpovědnost za dítě leží na rodičích. Dítě potřebuje ve vztahu s terapeutem cítit dostatek důvěrnosti, terapeut by se v žádném případě neměl domlouvat „za zády“ dítěte, měl by dítěti sdělit, že s rodiči bude mluvit, a dítě by mělo mít informaci o tom, co terapeut rodičům sdělí. Dítě i dospívající by měli vědět, že rodiče mají právo na informaci zejména o okolnostech, které představují reálné nebezpečí pro dítě samé nebo pro někoho jiného. Hranice nebezpečnosti chování dítěte a z toho plynoucí ohrožení není vždy přesně klasifikovatelná. Záleží na psychoterapeutovi, jak takové okolnosti, které se v psychoterapii od dítěte dozví, vyhodnotí, například v otázkách dětského chování, které rodiče vnímají jako nepřijatelné (např. čtrnáctiletý chlapec nebyl ve škole a rodiče to nevědí). Když je terapeut příliš úzkostný, může obsah terapie s dítětem rodičům sdělovat z vlastních obranných důvodů. Když by byl terapeut nevnímavý k riziku, mohl by přehlédnout problémy v chování dítěte, které by již rodiče měli vědět (např. experimentace s návykovými látkami).

Rozhodování o psychoterapii dítěte a zajištění jejího průběhu tedy výrazně závisí na spolupráci rodičů a také na tom, jak jsou sami schopni snášet změny dítěte, k nimž v průběhu psychoterapie dochází (například změny, kdy sice dítě projevuje méně symptomů, pro které psychoterapie začala, ale více rodičům oponuje). Zejména u menších dětí je motivace rodičů pro psychoterapii dítěte rozhodujícím faktorem. Motivace rodičů může mít různé důvody, v nichž nehraje roli pouze objektivní zhodnocení

adaptačních nebo vývojových potíží dítěte či psychopatologických symptomů a rozumná snaha o jeho terapii. Rodiče mohou mít řadu emočních a iracionálních důvodů, proč o psychoterapii dítěte usilují, ale i na druhé straně, proč indikaci k psychoterapii dítěte neakceptují, i když je odborníky navrhována. Snaha rodičů o realizaci terapie může být motivovaná pocity viny u rodičů, kteří jsou zvýšeně úzkostní a na vývojové obtíže dítěte reagují se zvýšenou pozorností. Naproti tomu mohou rodiče i zanedbávat potřebu psychoterapie u dítěte, kdy se obávají, že budou sami terapeutem kritizováni a obviňováni za potíže dítěte. V psychoterapeutickém uspořádání s dítětem je třeba delikátně vyvážit důvěrnost psychoterapeutického vztahu s dítětem a zároveň udržení vztahu s jeho rodiči, včetně možnosti analyzovat i jejich emoční a konfliktní postoje ve vzájemných vztazích, k dítěti i k terapii. To platí zvláště tehdy, když léčebný proces probíhá formou individuální terapie (nikoliv rodinné terapie) a také kdy pro rodiče není dostupný jiný terapeut.

Vztah dítěte a terapeuta se postupně vyvíjí a mění, může být provázen různými vnitřními konflikty. Rozvíjející se vztah vytváří na straně dítěte citovou vazbu a závislost, která se může projevat tím, že dítě o terapeutovi mluví s rodiči a prezentuje jeho názory (mnohdy zkrácené), nebo s tímto vztahem zachází jako s vlastním tajemstvím a tím rodiče rozčiluje. Někdy může dítě výrazně emočně reagovat na to, že v nějakém období, například o prázdninách, je kontakt s terapeutem omezen a prožívá smutek z odloučení. Vztah dítěte s terapeutem tedy vstupuje do emočního pole jeho vztahů s rodiči, což jsou zejména v mladším věku nejdůležitější osoby, a terapeut, z hlediska

rodiny „cizí“, najednou na sebe váže intenzivní city dítěte. Na straně rodičů může docházet k pocitům žárlivosti na terapeuta, ohrožení vlastní rodičovské autority, obavy z oslabení vazby s dítětem. Na straně dítěte může docházet ke konfliktům loajality, může sice cítit pozitivní city k nové osobě (terapeutovi), která mu rozumí a podporuje ho, ale zároveň může prožívat pocity viny vůči rodičům, zvláště když rodiče dávají najevo vlastní citové rozpoložení, které pocity viny u dítěte posiluje.

Rozdíly existují i mezi dětmi a dospívajícími na různých stupních vývoje. Zdá se, že méně pozornosti se věnuje adolescentům, jako specifické skupině, kdy již rodiče nemají takovou váhu, aby o psychoterapii dospívajícího mohli sami rozhodnout. Vytvoření pracovní aliance s terapeutem je těžké také pro to, že přirozeným vývojovým úkolem adolescenta je osamostatňování se a uvolňování vazeb s autoritami. Adolescence přináší pohotovost k agování, což přináší vysoké nároky na terapeuty, zejména když jde o nezvládnuté sexuální nebo agresivní motivy a vedle toho zájmy, obavy, racionalizace a úzkosti rodičů. Adolescenti v terapii jsou již schopni s terapeuty komunikovat verbálně, ale slova často vnímají v konkrétní podobě, jako akci, na kterou reagují protiakcí, někdy i předčasným opouštěním terapie. Netolerují dlouhé pauzy a mlčení (zejména když jde o terapii „face to face“). Terapeut musí být aktivní, nikoli však intruzivní.

TERAPEUT

V psychoanalyticky orientovaných terapiích je kladen velký důraz na dynamiku přenosu pacienta a protipřenosu terapeuta. Otázka přenosu dětských pacientů byla

v dřívější době také předmětem neshod mezi A. Freudovou a M. Kleinovou, zejména v tom směru, zda dítě, dosud závislé na reálných rodičích, může vůbec přenosové reakce vytvářet. V současné době je převážná shoda na tom, že přenosové projevy u dětí existují, je potřeba si jich všimnout a pracovat s nimi, což vede rovněž k orientaci na protipřenosové prožitky a chování terapeuta (Rasic, 2010). Protipřenos při práci s dětmi, adolescenty a jejich rodinami je všudypřítomný a bývá obtížné jej zvládat (Gabel, Bemporad, 1994). Kontakt s dítětem vyžaduje interakci, která může být pro terapeuta různým způsobem zatěžující (Ferro, Basile, 2006), zejména přihlídneme-li k věku dítěte a také k genderovým aspektům. Pro muže – terapeuty může být například nesnadné „starat se“ o malé dítě, které vyžaduje fyzický kontakt. Nárok na „mateřské chování“ u mužů aktivuje nejruznější vnitřní konflikty a fantazie. Pro ženy – terapeutky může být nesnadné pracovat s adolescenty, zejména tehdy, když vyjadřují rivalitní a pohrdavé chování, což může aktivovat komplikované vztahy s vlastními rodiči. Obecně komplikujícím faktorem je vztahové pole, kde se terapeut setkává s rodiči dítěte, kteří mohou představovat „super ego instanci“ a terapeut se bojí jejich verdiktu o své terapeutické schopnosti či neschopnosti. Terapeut se může identifikovat s dítětem proti hrozným, nechápajícím, náročným a neempatickým rodičům, ale může také vytvářet koalici s rodiči proti dítěti, které je třeba usměrnit a ukáznit. Variant těchto projevů je nespočetně. Jednou z nejobtížnějších situací je zvládnání protipřenosu v práci se sebedestruktivními adolescenty. Postoje terapeuta mohou kolísat mezi přesvědčením,

že by mohl být perfektním objektem, který zachrání trpčícího adolescenta (s přesvědčením, že za jeho potíže může neempatické prostředí), až po otevřeně hostilní postoje (s přesvědčením, že adolescent je manipulativní, hraniční a destruktivní jedinec) (Ginnakopoulos, 2014).

U psychoterapeutů se předpokládá, že jsou vybaveni dobrou mentalizační kapacitou a schopností kontejnovat projevy pacientů, které je obtížné zvládat (pseudospolupráce, autodestruktivní projevy, destrukce terapeutické aliance, apod.). Zlepšení schopnosti mentalizace a sebereflexe je také jedním z cílů psychoterapeutického výcviku. V psychoterapii ale může dojít i k tomu, že terapeut v zátěži ztrácí mentalizační (seberefektivní) nastavení a s pacientem může zacházet neempaticky. Obtíže v mentalizaci terapeuta vedou k zablokování terapeutického procesu, k extrémním, někdy protichůdným mentálními pozicím – například odtažení se z emočního kontaktu s pacientem s hostilními, ale nepřiznanými prožitky, jindy se naopak pacient stane speciální osobou, kterou se terapeut nadměrně zabývá, má zachraňující fantazie, hostilita a kritičnost, zejména v práci s dětmi, směřuje k rodičům dítěte. V takových případech je indikovaná supervize, zejména ve směru řešení protipřenosu terapeuta a obnovení normální mentalizační a seberefektivní kapacity.

ZÁVĚR

Psychoanalyticky a psychodynamicky orientovaná psychoterapie dětí a dospívajících má svoje pevné místo v terapeutických přístupech a technikách, které současní psychoterapeuti používají. Vývoj psycho-

analýzy a integrace původní pudové teorie s dalšími pohledy, jako je teorie objektních vztahů, psychologie self, teorie vazby a další, pomohly tomu, že se rozšířilo spektrum dětských pacientů, kteří mohou z takto orientované terapie profitovat. Domníváme se, že indikace k psychoanalyticky orientované terapii zahrnuje nyní nejen děti s internalizovanými neurotickými problémy, ale i děti s neurobiologicky podmíněnými poruchami, děti, které prožily trauma, děti s osobnostními deficity a další. Efektivní terapie v rámci této modalit vyžaduje teoretické znalosti, klinické dovednosti, a navíc zvládnání protipřenosových reakcí, které práce s dětmi, adolescenty a jejich rodinami u terapeutů vyvolává.

LITERATURA

- Abbass, A. A. et al. (2013). Psychodynamic Psychotherapy for Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Short-Term Psychodynamic Models. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(8), 863–875.
- Alvarez, A. (1992). *Live company. Psychoanalytic psychotherapy with autistic, borderline, deprived and abused children*. London: Routledge.
- Delgado, S. V. : Psychodynamic Psychotherapy for Children and Adolescents: An Old Friend Revisited. *Psychiatry*, 2008 (5), 67–72.
- Diamond, D. (2004). Attachment dizorganization. The Reunion of Attachment Theory and Psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 21 (2), 276–299.
- Ferro, A., Basile, R. (2006). Unity of Analysis: Similarities and Differences in the Analysis of Children and Grown – UPS. *Psychoanalytic Quarterly*, 75 (2), 477–500.
- Fonagy, P., Target, M. (1998). Mentalization and the Changing Aims of Child Psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8 (1), 87–114.
- Fonagy, P., Target, M. (2000). *Mentalization*

- and the Changing Aims of Child Psychoanalysis. In: *Psychoanalysis in Childhood and Adolescence*. Von Klitzing, K., Tyson, P., Bürgin, D. (eds). Basel: Karger, 129–139.
- Fonagy, P., Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie: perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.
- Freud, A. (1963). The concept of developmental lines. *The Psychoanalytic study of the Child*, 18, 245–265.
- Freud, A. (2005). *Já a obranné mechanismy*. Praha: Portál.
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington: American Psychiatric Press.
- Gabel, S., Bemporad, J. (1994). Variations in Countertransference Reactions in Psychotherapy with Children. *American Journal of Psychotherapy*, 48 (1), 111–119.
- Giannakopoulos, G., et al. (2014). Self-Destruction and Countertransference Reactions in Adolescent Psychotherapy: A Psychoanalytic Case Report. *J Psychol Clin Psychiatry*, 1, (4), 1–7.
- Hofer, A. (2005). *Psychoanalysis with children and adolescents: Applications, setting and controversies*. London: Karnac.
- Issacs Elmhirst, S. (1988). The Kleinian setting for child analysis. *Int Rev Psycho-Anal*, 15 (1), 5–12.
- Kernberg, P. F. et al. (2012). Practice Parameter for Psychodynamic Psychotherapy With Children. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51 (5), 541–557.
- Kleinová, M. (2005). *Závist a vděčnost*. Praha: Triton.
- Lanyadoová, M., Hornová, A. (2005). *Psychotherapie dětí a dospívajících – psychoanalytický přístup*. Praha: Triton.
- Mahler, M. S. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: J. Aronson.
- Masterson, J. F. (1985). Treatment of the borderline adolescent: A developmental approach. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Mitchell, S. A., Blacková, M. J. (1999). *Freud a po Freudovi*. Praha: Triton.
- Rasic, D. (2010). Countertransference in Child and Adolescent Psychiatry – A Forgotten Concept? *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 19 (4), 249–254.
- Salomonsson, B. (2006). The impact of words on children with ADHD and DAMP. *Int J Psychoanal*, 87, 1029–47.
- Segal, H. (1972). *Melanie Klein's Technique of Child Analysis*. In: *Handbook of child psycho-analysis*. Ed. Wolman, B. B. New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Sherick, I., Chopra, L. (2014). Conversion from child psychotherapy to child analysis. *Psychoanalytic Review*, 101 (5), 463–490.
- Skarderud, F. (2007). Eating one's words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa – an outline for a treatment and training manual. *Eur Eat Disord Rev*, 15(5), 323–339.
- Článek vznikl v rámci programu UK Progres č. Q15 s názvem „Životní dráhy, životní styly a kvalita života z pohledu individuální adaptace a vztahu aktérů a institucí“, byl podpořen projektem MZD ČR koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (Fakultní nemocnice v Motole).
- Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 13. 1. 2018. Revidované znění došlo 26. 3. 2018, k publikaci přijato 30. 3. 2018.

KLÍČOVOU DÍRKOU DO PRACOVNY HERNÍ TERAPEUTKY

Play therapy through the keyhole

Gražina Kokešová Kleinová

Psychosomatická klinika, Praha, CZ; kokesova.kleinova@seznam.cz

Psychoterapie. 12 (1), 72–85; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Hra je jako kouzlo. Při hře se může stát úplně všechno. Hru nelze předstírat, stejně jako nelze obelhat děti. Buď je získáte a pak se dozvíte mnohé. Nebo ne a pak nebudou zastírat, že se s vámi nechtějí bavit. Děti nepřicházejí do ambulance psychologa z vlastního rozhodnutí. Děti přivede jejich dospělák, kterého něco trápí. Neznám lepší způsob, jak se opravdu potkat s dítětem, než si s ním hrát. Terapeutického potenciálu hry využila Virginie Axline, když formulovala 8 principů nedirektivní terapie hrou vycházejících z přístupu zaměřeného na člověka (Person Centred Approach, resp. PCA). Terapie hrou je určena především dětem – lidským bytostem ve věku 3–10 let, ale i komukoliv staršímu, pokud má chuť si hrát.

Cílem autorky textu nebylo pouze představení nedirektivní terapie hrou (the non-directive play therapy), resp. na dítě zaměřené terapie hrou (the child centered play therapy), ale ukázat každodenní praxi v ambulanci dětské psycholožky. Kazuistika zahrnuje nejen terapii ale i rozhovory s maminkou, navázání vztahu s dítětem včetně využití hry jako komunikačního nástroje, diagnosticko-terapeutické rozvahy kladoucí důraz na rodinný kontext, konzultace s kolegyní či supervizi. V druhé teoretické čás-

ti článku jsou představeny principy nedirektivní terapie hrou Virginie Axline. Na závěr se autorka zamýšlí nad tím, co představuje nedirektivní terapie hrou pro ni osobně.

Klíčová slova: hra, nedirektivní terapie hrou, na dítě zaměřená terapie hrou, psychoterapie dětí

ABSTRACT:

Play is like a magic. Anything can happen while playing. Play must be real. No pretending. It is like in contact with children. If they like you, they will share a lot of secrets with you. If they do not like you, they will not even talk to you. Children would never come to a psychologist by themselves. Their adult would bring them because he or she has been worried. I do not know of a better way how to be in real contact with children than playing with them. Virginie Axline used the therapeutic potential of play when she formulated 8 principles of the non-directive play therapy based on the Personal Centered Approach or PCA. This PCA approach is very useful especially for children – human beings between the age of 3 to 10. However, anybody older than that can benefit from this approach if he or she is willing to play.

The author intended not only to introduce the non-directive play therapy, or more precisely the child centered play therapy, but also to describe the daily work of a child psychologist. Besides the play therapy, this case study goes through the dialogues with the mother, it shows how the relationship with the child was established, incl. the indication how playing was used as a tool for communication. In addition, it mentions the consultations with a colleague or the supervision and it elaborates on the contemplation involving both diagnostics and therapeutic procedures that stress the family context. The second theoretical part of the article outlines the principles of the non-directive play therapy, as introduced by Virginia Axline. In the conclusion, the author discusses what the non-directive play therapy means to her personally.

Key words: play, non-directive play therapy, child centered play therapy, child psychotherapy

ÚVOD DO KAZUISTIKY:

Hra je královskou cestou do duše dítěte, protože pro něj představuje nejpřirozenější způsob vyjádření. Tohoto jedinečného prostoru k setkání s dítětem využívá i psychoterapie. „Terapie hrou je dynamický proces mezi dítětem a herním terapeutem, ve kterém dítě prozkoumává svým vlastním tempem a svým vlastním přístupem ty minulé a současné události, které vědomě i nevědomě ovlivňují jeho současný život. Vnitřní zdroje samotného dítěte, aktivované vztahem s terapeutem, přinášejí růst a změny. V centru terapie hrou je dítě, hra je primárním médiem a řeč sekundárním“ (West, 1996, s. xi). Pokud si chce terapeut

s dítětem při terapii hrát, musí být ochoten se nechat vtáhnout do dynamického procesu, který vyžaduje jeho aktivní zapojení po stránce psychické i fyzické. Nesmí se bát svého vlastního sebevyjádření. Herní



Gražina Kokešová Kleinová

PhDr., dětská klinická psycholožka, psycho-terapeutka. Jednooborové studium psychologie na FF UK v Praze, výcviky: Rodinná terapie psychosomatických poruch (PhDr. Trapková, MUDr. Chvála, LIRTAPS, Liberec), Pomoc dětem a rodinám po ztrátě blízkého (Iván Gómez, Plamienok, Bratislava), Nedi- rektivní terapie hrou (Sandra Pedevilla, Person Center, Praha). Praxe: Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha; Dětské krizové centrum, Praha; Dětská psychiatrie Thomayerova nemocnice, Praha. Od r. 2008 pracuje na Psychosomatické klinice v Praze, od r. 2014 je členkou podpůrného týmu mobilního hospice Cesta domů, od r. 2016 působí jako dobrovolník v týmu Plamienku, který organizuje terapeutické tábory pro děti po ztrátě (úmrtí) blízké osoby na Slovensku.

terapeut nemůže zůstat symbolicky suchý, musí se namočit do procesu hry společně s dítětem (Rezková – Kleinová, 2012). Proto i následující řádky úvodu jsou osobní. Ani při samotném psaní o terapii hrou nedokáži a nechci stát neutrálně stranou.

Proč jsem se rozhodla napsat právě tuto kazuistiku? Protože se mne tento příběh

emočně dotkl více než jiné. O nevědomé důvody se podělit nemohu, ale ty vědomé jsou jednoznačně citové. Lákalo mne znovu se ponořit do příběhu a reflektovat, co jsme spolu vlastně prožili. Uspokojena byla i moje ješitnost, když jsem si vybrala kazuistiku, u které mám pocit, že jsem odvedla dobrou práci. Mohla bych nyní hledat důvody racionální (jakým tématem se kazuistika zabývá atd.), ale tyto úvahy u mne nebyly důležité. Neexistuje dítě a rodina, o nichž by nebylo zajímavé napsat článek. Rozhodující pro mne při výběru konkrétního případu bylo, že mne psát o Pavlíkovi a naší společné cestě bavilo. Měla jsem chuť realizovat šilný nápad – pokusit se sdělit nesdělitelné neznámému čtenáři. Pokud se nebojíte umazat v herně od modelíny a zadýchat při hře na honěnou, pojdte dál.

1. setkání

Dopoledne v práci. Naproti v křesle sedí upravená žena středního věku. Nejistě se usmívá. Vidíme se poprvé. Přišla kvůli synovi. Potřebuje poradit. Kývnu hlavou, poslouchám.

Pavlíkovi je pět let, chodí do školky. Vychovává ho sama, protože manžel zemřel. Rozpláče se. Slzy rychle utírá. Omlouvá se. Klidně řeknu: „Kdy jindy plakat, než když nám někdo zemře.“ Zvedne hlavu, díváme se navzájem do očí. Znovu se rozpláče. Slzy utírá s menší intenzitou. Čekám, až začne mluvit.

Manžel byl úžasný. Nejlepší člověk, jakého kdy potkala. Nejlepší táta. Pavlíka miloval. Když onemocněl, chodili za ním pravidelně do nemocnice. Nebydleli v Praze, takže ho mohli navštěvovat jen 1x týdně. Trvalo to několik měsíců. Pak umřel. Už je to 2,5 roku. Pavlík to dodnes nepřijal. Pořád

se na tatínka ptá. Pořád čeká, že se vrátí. Už mu to mockrát vysvětlovala. Nechápe to. Proto se rozhodla objednat Pavlíka k psychologovi. Potřebuje pomoc. Její bezradnosti rozumím. Ráda Pavlíka poznám.

Ptám se na pohřeb. Žádný nebyl. Jen žeh bez obřadu. Urnu mají doma. Nekomentuji. V tuto chvíli ještě ne. Při prvním setkání obvykle jen naslouchám. Vyladuji se na jedinečný příběh. Kladu několik otázek týkajících se rodinné anamnézy, psychosomatického vývoje chlapce, jeho začlenění mezi vrstevníky, fungování ve školce atd. Mnoho cenných informací. To nejdůležitější se však odehrává mezi řádky. Když maminka Pavlíka odchází, už si nejsme cizí.

2. setkání

V čekárně sedí maminka, Pavlíka má na klíně. Vítám je. Chlapec kulí oči, vše je pro něj nové. Seznamujeme se. Jsem zvědavá a natěšená. Nikdy nevím, s kým se v práci potkám a co se mezi námi odehraje.

Povídáme si. Ptám se Pavlíka na tatínka. Otázka přichází tak přirozeně, že si skoro nevšímnu, že jsem ji položila. Maminka ano. Začne plakat. Vnímám její pláč, ale pozornost plně věnuji chlapci. Byla to otázka pro něj. Pavlík začne vyprávět. Tatínek byl moc nemocný. Bolely ho nohy, nemohl chodit. Musel být v nemocnici. Jezdili ho navštěvovat. Pak umřel. Pavlík nepláče. Mluví klidně. Ptám se, co ještě si pamatuje. Tatínek jezdil na vozíku. Brali ho s maminkou do parku. Dával mu dárky.

Přeruší oční kontakt se mnou a podívá se na maminku, která pláče. Pavlík otočí hlavu na druhou stranu. V zorném poli matrace s polštáři. „Jééé, udělám si domeček!“ vstává ze židle. Maminka ho napomíná. Uklid-

ňuji je oba, že je to v pořádku. Pavlík skáče mezi polštáře. Sedám si k němu na podlahu. Maminka přestává plakat. Tohle nečekala. Pavlík si staví domeček z polštářů. Pomáhám mu. Důležitá je i střecha. Je tam schovaný, ale sám. Nabízím mu plyšového králíčka. Radostně ho objímá. Vypráví, jaké má doma plyšáky. S čím si hraje. Co má rád.

Pavlík odstrkuje polštáře. Už je mu moc teplo. Je zvědavý, zda tu mám nějaké hračky. Ano. Ukážu mu je příště. Alespoň nakoukne za závěs, kde jsou hračky schované. Chápu, že by si chtěl ještě hrát, ale čas nám dnes už vypršel. Příště.

Loučíme se. Pavlík se usmívá. Maminka vypadá zmateně. Trochu se uklidní, když připomenu, že závěry psychologického vyšetření budou až příště.

Přehrávám si v hlavě průběh prvního setkání s Pavlíkem. Jakou má postavu, rysy v obličeji, vlasy. Jak byl oblečený. Jak se choval, jak mluvil. Co říkal a co to dělalo s maminkou. Jak se měnily jeho emoce. Jaký jsme spolu navázali vztah. Co jsem dělala já a jak jsem se v tom cítila. Když jsem Pavlíkovi podala plyšového králíčka, bylo to v pořádku, protože v této fázi využívám hru jako komunikační nástroj. Při nedirektivní terapii hrou by to bylo příliš, při terapii vede dítě. Přemýšlím dál. Potřebuji použít testové metody pro komplexní diagnostiku? Asi ne. Psychomotorický vývoj orientačně v normě, řeč obsahově bohatá. Patlavost, příště doporučím logopedii. Emotivita přiměřená situaci, celkový projev odpovídá věku. Očekávání, že mrtvý tatínek oživne, patří do předškolního období. Shrnuto – bez záchyty výraznější patologie. Takže žádný test. Trochu mne to mrzí. Diagnostiku s využitím testů mám ráda.

Hypotéza o příčině problému? Rodinný kontext. Maminka zřejmě uvízla na samotném počátku procesu truchlení. 5,5letý Pavlík v tom zůstává s ní. V době úmrtí otce mu byly 3 roky. To, jak se s úmrtím tatínka vyrovnává, je odrazem situace v rodině. Bylo by dobré získat pro psychoterapii maminku. Bez vnitřní změny u maminky se dítě předškolního věku jen velmi těžko bude měnit. Navíc změna prožívání u Pavlíka směřem k většímu vyrovnání se se smrtí tatínka by mohla vést k narušení jeho vztahu s maminkou. Mohlo by se ztratit něco důležitého, co je spojuje. Cítím hluboký respekt k tomu, že v této rodině má neutišitelný pláč svoje místo. S uzdravováním Pavlíka je třeba zacházet opatrně.

3. setkání

Pavlík jde do pracovny sám. Sám? V každé ruce jednoho plyšáka. Maminka tentokrát v čekárně. Hračky. Prostor a čas si hrát, jak Pavlík sám bude chtít. Dřevěný domeček. Podává mi jednu z figurek. Pozorně Pavlíka sleduji. Snažím se být krok za ním nebo raději dva. Intuitivně jet na stejné vlně, nebo se raději zeptat, co ode mne čeká. Pohroužení do hry. Bytí ve hře, bytí mimo čas a prostor. Pro mne jen částečně. Hlídat čas je můj úkol. Za 10 minut budeme končit. Už za 5 minut. Už nám čas vypršel. Tady se uklízet nemusí.

Maminka sama s psycholožkou. Mluvíme o smrti tatínka-manželka-zetě v rodinném kontextu. O provázanosti všech a propojenosti jejich truchlení. O významu pohřbu a rozloučení. O ztrátě. O bolesti. O životě. O naději. Maminka pláče. Je to více než dva roky, ale pro ni je to stále moc čerstvé. Ne, nepotřebuje o tom s někým mluvit. Zvládá to dobře. Potřebuje, aby to někdo vysvětlil

Pavlíkovi. Aby pochopil, že se tatínek nevrátí. Aby na něj nečekal. Aby se tím už tolik netrápil. Minule maminka viděla poprvé, jak Pavlík mluví o tatínkovi, aniž by u toho plakal. Byl to pro ni silný zážitek. Tohle Pavlík potřebuje. Přikyvuji. Zkusím mu pomoci. V jeho věku je vhodná terapie hrou. Domlouváme tři setkání po týdnu, poté rekapitulace jen s maminkou.

V hlavě mi zůstává připomínka „logopedie“. Musím se vnitřně přepnout z polohy terapeutické do diagnostické. Moc se mi nechce. Tak trochu se to nehodí. Ale jsem přesvědčena, že je to potřeba. Před koncem konzultace zevrubně hodnotím Pavlíkův psychomotorický vývoj včetně sociálního chování a řeči. Doporučuji logopedické vyšetření. Maminka je překvapena. Pavlík vyslovuje „r“ a „ř“ celkem dobře. Ano. Vzhledem k věku je to v pořádku. Logopedii doporučuji kvůli sykvám. Maminka děkuje. Zařídí to.

Loučíme se. A přitom právě něco začíná.

Intervize s Jindřiškou v Cestě domů. Lámu si hlavu, jak zapojit do terapie maminku. Pouze individuální terapii Pavlíka vnímám jako nedostatečnou. Pozvat ji do pracovní. Ať je přítomna Pavlíkově terapii. Nemůže to na ni nepůsobit.

Supervize s Vlastou. I dobrý nápad má svá úskalí. Probíráme pro a proti. Těch prvních je více.

4. setkání

V čekárně Pavlík v doprovodu maminky kamarádky. Jsem trochu zklamaná. Takových příprav a maminka nikde. Musela do práce. Do pracovní jen s Pavlíkem. Rychle se vzpamatovat. Pavlík není „jen“. Hračky, knížky, papíry a pastelky. Pojme-

novávám knížky. Jedna vypráví o zajíčkovi, kterému umřel táta zajíc. Nechávám ji ležet mezi ostatními knihami. Domeček z polštářů. V něm Pavlík, jeho plyšák přinesený z domova a několik plyšáků z herny. Pavlík chce přečíst knížku. Tu o zajíčkovi. Je to anglicky. Vyprávím podle obrázků. Poslouchá, ani nedutá. Pozorně si prohlíží obrázky. Je klidný. Povídáme si, jak to bylo, když umřel jeho tatínek.

Hra s domečkem pro panenky bez panenek. Pavlík schovává drobné předměty po domě. Pak je hledá. Někdy hledáme společně. Nacházíme je všechny. Úleva. Nic se neztratilo.

5. setkání

Čekárna plná pacientů, kteří míří ke kolegům. Zvláštní atmosféra. Nechci nechávat Pavlíka samotného v čekárně. Nelze tedy hovořit s maminkou individuálně. Nemohu jí dopředu vysvětlit principy nedirektivní terapie hrou a požádat o její přítomnost bez ovlivňování Pavlíkova chování. Ach jo. Snad se netvářím moc zklamaně. Oba zvu dál.

Maminka překvapená. Dobře, může si tu sednout. Pavlík má z přítomnosti maminky radost. Staví domeček z polštářů. Těsně k němu přisunout domeček pro panenky. Nábytek v domě je třeba uspořádat. Pavlík trpělivě přesunuje nábytek z místa na místo. Maminka sděluje, když se jí něco nelíbí. Pochvalné komentáře si nechává pro sebe. Přes veškerou Pavlíkovu snahu to v domečku stále není ono. Většina nábytku je nacpaná v jedné místnosti. Skříně na posteli, židle na stole, chaos. Dvě místnosti jsou úplně prázdné. V poslední místnosti samotná postel.

Konec příprav. Pavlík se podívá na ma-

minku. Budeme si hrát! Podporuji maminku, aby jeho žádosti vyhověla. V domě bydlí medvědi. Čas jít spát. Obě figurky do jedné postýlky. Ještě přikrýt. A je to.

Pavlík se choulí v polštářovém domečku. V náručí plyšového pejska. Prosí si pohádku o zajíčkovi. Držím knížku tak, aby viděl na obrázky. Vyprávím. Snažím se o stejné formulace jako minule. Pavlík poslouchá. Pavlík se usmívá. Maminka od začátku vyprávění pláče. Podíváme se na sebe přes její slzy. Je to pro ni těžké. Ale Pavlík to má jinak. Je těžké u toho být. Je uklidňující u toho být. Atmosféra je laskavá. Je možné být jakkoliv.

6. setkání

Pavlík se v čekárně ptá, zda by mohl jít do pracovny sám. Ano. Čas a prostor jsou tu pro něj. Píše na tabuli písmena i klikyháky. Mám to přečíst. Čtu, co se přečíst dá. Popisují tvar klikyháků, kterým nerozumím. Ani on neví. Je to tak v pořádku. Uf. Podařilo se mi uniknout z pasti opravování špatně napsaných písmen. Bude malovat. Postupně všechny barvy. Dlouhé tahy přes celou tabuli. Vše vybarvit. Žádné bílé místočko. Otočí se na mne. „Líbí se ti to?“ „Óóóó. Je to tady červené, tady zelené, tady modré a dole úplně černé.“ Spokojeně přitakává. Ano. Je to přesně takto. Smějeme se. Pavlík je s obrázkem evidentně spokojený.

Vykřikne: „Budu pes a ty kočka!“ Padáme na podlahu na všechny čtyři. Pavlík výhružně vrčí. Ptám se, jak se budu jako kočka chovat. Zavrčí: „Bojiš se mne.“ Vrčí, prská a já utíkám. Běháme po čtyřech po pracovně. Už nemůžu. Zalezu pod stůl. Špička nosu vystrčená a ozve se vrčení. Dlouhé minuty zahnání do kouta. To jsou moje prožitky. Pes Pavlík běhá šťastně po pracovně. Má prostor jen pro sebe. Je volný.

Mohu vylézt. Budeme vařit. Budeme vařit ze slizkých potvor, které lze házet na zeď. Pavlík krájí, krájí a krájí. Je v tom agrese, je v tom energie, je v tom život. Je evidentní, že to potřebuje. Já zase potřebuji v herně slizké potvory. Mám tři. Může nakrájet jednu. Smlouvá. Dobře, tak druhé může odkrojit čtyři z mnoha nožiček. Třetího slizouna raději schovávám na vyvýšenou poličku. Vaříme až v posledních minutách před koncem. Klíčové bylo krájet.

Přemýšlím. Pavlík si rád čte knížku o zajíčkovi, kterému zemřel tatínek. Asi by uvítal, kdyby ji mohl mít doma. Asi by to mohlo mít pozitivní vliv i na maminku. Ale je potřeba maminku na čtení takové knížky nejpve připravit.

Večer doma. Vyrábím knížku o zajíčkovi. U kuchyňského stolu lepím barevné kopie obrázků na tvrdý papír. Myslím na svoje děti. Doufám, že takovou knížku nikdy nebudou potřebovat. Doufám, že pokud ano, tak ji dostanou.

7. setkání

Individuální rozhovor s maminkou. Z terapie má dobrý pocit. Pavlík sem chodí rád. To je pro ni nejdůležitější. Hodně vypráví o zajíčkovi. Více chápe, co se stalo.

Maminka se rozhodla, že uloží urnu. Jak na to Pavlíka připravit? Nikdy na hřbitově nebyl. Maminka se toho trochu bojí, ale nepláče. Cítí, že je potřeba udělat další krok a potřebuje poradit, jak ho udělat co nejlépe. Cítím, že kromě empatie je na místě podat věcné informace. Úměrně věku dopředu Pavlíkovi vysvětlit, co se bude dít. Umožnit mu aktivní zapojení. Např. vybrat do kolumbária dárek, nakreslit obrázek, cokoliv. Jak mu vysvětlit žeh? Spálení je tak

drastické. Ano, je to těžké. Ale děti nemají předsudky. Přijme to, co mu maminka podá jako vysvětlení. Žeh lze popsat jako obřad, při kterém jiskřičky ohně stoupají až do nebe. Se zářivými jiskrami vylétla do nebe i duše tatínka. Pro Pavlíka je tatínek hvězdou na nebi. Příběh o jiskřičkách mu bude dávat smysl. Může se mu dokonce líbit. Ano. Tohle se líbí i mamince. Pokračuji. Přijměte jakékoliv chování, kterým bude Pavlík na emočně náročnou situaci reagovat. Buďte s ním. Buďte spolu. Prožijte to společně bez nároků na to, jak to má být správně.

Ukazuji mamince knížku o zajíčkoví. Domlouváme další tři terapeutická setkání ve frekvenci 1x za 2–3 týdny. Kvůli mamčině práci bude Pavlíka vodit babička. Na poslední setkání před létem maminka přijde. Po dvou měsících prázdnin se sejdem. Uvidíme, co bude na podzim potřeba.

8. setkání

Mnoho různých her. Vaření. Kreslení na tabuli. Krájení slizké potvory. Autíčka. Mám pocit, že to důležité teprve přijde.

Domeček pro panenky. Žijí v něm medvědi. Medvědí maminka spí. Malí medvědi se opakovaně dostávají do nebezpečných situací. Maminka spí, ale i tak je dokáže na poslední chvíli zachránit. Hra je o tenké hranici mezi životem a smrtí. O potřebě bezpečí při uvědomění si konečnosti života.

Před odchodem dávám Pavlíkovi knížku o zajíčkoví. Má radost. Podle obrázků sám vypráví příběh.

9. setkání

Pavlík přelévá vodu z různě velikých nádob. Relaxuje. Moje role spočívá v utírání vylité vody.

Boxuje do boxovacího válce. Postupně přidává na síle. Nakonec válec povalí. Vyhrál!

Vrací se k nádobám s vodou. Přelévá a přelévá. Voda teče a teče.

10. setkání

Mluvím s maminkou. Široký úsměv, veselé oči. Co sem Pavlík chodí, tak je všechno lepší. Už nepláče tak často. Ani se na tatínka tak často neptá. Když pláče, tak se rychleji uklidní. Uvědomím si, že maminka taky nepláče. Pavlík však začal s něčím jiným. Shání nového tatínka. Na ulici si všímá dospělých mužů a nahlas komentuje, který by se mu líbil za tatínka. Smějeme se. Oběma se nám vybavuje film „Jak vytrhnout velrybě stoličku“. Pohlédneme si do očí. Mlčíme. Ve vzduchu je cítit pokora vůči tomu, co život přinese. Cítím však ještě něco dalšího. Prostor. Uvolnění a prostor pro to, aby mohlo něco nového přijít.

Usměvavý Pavlík. Uvolněný a klidný. Dřevěný domeček. Přestavuje nábytek. Jsem jeho hře přítomna, ale nejsem aktivně zapojená. Vybavení domu uspořádává sám. Už nehromadí všechen nábytek v jedné místnosti. Zaplňuje celý prostor domečku. Ve všech místnostech se dá dýchat. Všechny místnosti mají svůj účel. Každý kus nábytku má svoje místo. Hotovo. Tentokrát tam ještě nikdo nebydlí. Ale vše už je připraveno.

Hra s vodou. Pavlík přelévá vodu z jedné nádoby do druhé. Relaxuje. V ruce držím utěrku a dle potřeby bez komentáře utírám rozlitou vodu. Potřebuje odpočívat. Ne se soustředit na bezchybné přelévání.

Za 10 minut budeme končit. Pavlík se přesouvá k pískovišti. Zahrabáváme kousky slizké hmoty, které nakrájel v předchozích

sezeních. Ještě že jsem je nevyhodila. Vyhrabáváme je. Hledáme všechny. Ukládáme do papírové krabičky od čaje. Mlčíme. Není k tomu co dodat.

V čekárně se loučíme o něco vřeleji než obvykle. Pavlík mne obejmě. Dva měsíce se nevidíme. A pak se zase uvidíme.

Během léta posílám Pavlíkovi terapeutický dopis pro udržení kontaktu. Dopis 5letému klukovi je vlastně pohlednice. S medvědem. Ahoj Pavlíku! Hezké léto a hodně sluníčka. Pozdravuj maminku. Hodí se to? Nehodí? Většinou posílám dopis určený jen dítěti. Tento pozdrav však patří celé rodině. Takže: Pozdravuj maminku a babičku. Paní psycholožka.

Je po prázdninách. Jsem zvědavá, kdo dnes přijde. Děti vždy přes léto hodně vyrostou. Nejen fyzicky, ale obvykle i psychicky. Cestování, zážitky. Bez pravidelného režimu školky či školy vzniká prostor pro nové věci. Proměny bývají tak výrazné, že je potřeba se znovu vyladit. Na toho Pavlíka, který teď sedí za dveřmi. Na jeho současnou maminku. Otvírám dveře pracovny ...

Tady kazuistika končí. Skutečný příběh Pavlíka však nekončí. Lidský příběh nekončí nikdy. Ani po smrti.

ZÁKLADNÍ PRINCIPY NEDIREKTIVNÍ TERAPIE HROU VIRGINIE M. AXLINE

Virginie Mae Axline (1911–1988), psychologka, která jako jedna z prvních začala při terapii s dětmi využívat hru. Na základě principů PCA formulovaných Carlem Rogersem vytvořila ve 40. letech minulého století nedirektivní terapii hrou, pro

kteřou definovala osm základních principů (Axline, 1993). Tyto principy ani po letech neztratily nic ze své hloubky, síly a účinnosti. Přesto si autorka článku dovolila přidat k jednotlivým principům komentáře, které vycházejí z její osobní zkušenosti a odrážejí kontext současné doby. Čtenářům, kteří se chtějí dozvědět o tomto jedinečném terapeutickém přístupu více, lze vřele doporučit četbu knih (Axline, 1990) přímo od Virginie M. Axline a dalších odborníků, kteří se na dítě zaměřené terapii hrou věnují a dále ji rozvíjejí (Landreth, 2002).

1. Terapeut zaujímá k dítěti přátelský, vřelý vztah, který vede co nejdříve k vytvoření dobrého kontaktu.

Při navazování kontaktu s dítětem není terapeut neutrální, ale přiměřeně aktivním způsobem se snaží dítě získat. Herní terapeut by měl mít děti primárně rád, těšit se z jejich přítomnosti, mít chuť si s nimi hrát. Toto jeho bytostné nastavení vytváří podmínky pro rozvoj přátelského vztahování k dítěti, které může dítě opětovat. Vzájemně dobrý kontakt mezi dítětem a terapeutem je základní a nezbytnou podmínkou pro terapii. Je dobré mít pro terapii hrou místnost vybavenou hračkami, ale bez toho se lze obejít (např. při terapii hrou u lůžka dítěte hospitalizovaného na pokoji s dalšími pacienty). Nelze však realizovat terapii hrou mimo bezpečný vztah mezi terapeutem a dítětem. Právě jejich vztah je jediným nenahraditelným „místem“, kde může terapie hrou léčit.

Vítám je. Chlapec kulí oči, vše je pro něj nové. Seznamujeme se.

Matce podávám ruku, poté si dřepnu před chlapce, abych měla oči ve stejné výšce.

Díváme se na sebe. Lehce se usmívám a upřímně sděluji přímo jemu, že ho tady vítám. Podávám mu ruku a říkám svoje jméno – jen křestní. Pokud dítě váhá s představením sebe, přímo se ho na jeho jméno zeptám. Pokud se stydí a schovává za maminku, pak nenaléhám, vstanu, popojdu v pracovně směrem ke křeslům a nabízím, že se mohou posadit.

Jsem zvědavá a natěšená.

Emoční naladění terapeuta je pro navázání kontaktu s dítětem klíčové. Samo o sobě dobrý průběh nezajistí, ale bude-li pozitivní nastavení terapeuta chybět, zcela jistě to způsobí při navazování kontaktu s dítětem problém.

2. Terapeut přijímá dítě takové, jaké je.

Terapeut nemá vůči dítěti žádná očekávání ani nároky. Přijímá ho a jeho chování přesně v té podobě, jaké dítě aktuálně nabízí. Např. pokud je dítě úzkostné a nechce odejít z čekárny bez maminky, terapeut beze spěchu čeká, až s ním dítě naváže v čekárně natolik bezpečný vztah, že může samo odejít, nebo s pochopením umožní zahájení terapie v přítomnosti rodiče. Čas, který stráví terapeut s dítětem v čekárně, není o nic méně hodnotný než čas strávený v pracovně „opravdovou terapií“. U dětí divokých a překračujících pravidla terapeut vymezuje hranice jejich chování, ale neodmítá je jako takové. Neoznačí si dítě jako „zlobivé“, nestaví se k němu kriticky jako k člověku. Pokud terapeut musí vymezit pravidla chování, tak vyjadřuje pro jednání dítěte pochopení, i když mu ho nemůže dovolit.

Tento princip zní jednoduše a samozřejmě, ale jeho naplnění může být ve skutečnosti těžké. Terapeut je jenom člověk,

kterému jsou některé děti sympatické více a některé méně. Může se stát, že je terapeutovi některé dítě nejen nesympatické, ale bytí s ním až nepříjemné. Toto je důvod k supervizi. Ať je dítě „objektivně“ sebestodivnější, terapie není místo, kde by mělo zažívat odstup či dokonce odmítání ze strany terapeuta.

3. Terapeut vytváří přijímající a bezpečnou atmosféru, ve které dítě může volně vyjádřit všechny své pocity.

Pocit dítěte, že je nebo není bezvýhradně přijímáno, vychází z autentické zkušenosti s terapeutem a jeho skutečným postojem k dítěti. Bezpečná atmosféra je budována konkrétním chováním terapeuta. Ten by měl respektovat soukromí dítěte, takže nevypráví rodičům, co konkrétně se během terapie dělo. Pokud je terapie hrou nahrávána na video pro účely supervize, rodiče jsou dopředu informováni, že nebudou moci nahrávku sledovat. Pokud dojde k narušení terapeutického sezení z vnějšku, terapeut chrání prostor dítěte stejně jako by tak činil u dospělého klienta. Např. k významnému progresu v terapii došlo poté, co jsem během terapeutického sezení zapoměla vyvěsit telefon. Když terapii hrou vyrušilo zvonění, informovala jsem paní primářku, že s ní aktuálně nemohu hovořit, protože se věnuji jedné holčičce. Pro sedmiletou holčičku bylo vyslechnutí tohoto krátkého rozhovoru klíčovým zážitkem pro získání pocitu bezpečí a vlastní hodnoty.

I tento princip má však svá úskalí. Spolupráce terapeuta s rodiči je žádoucí a rodiče zcela pochopitelně očekávají, že budou o průběhu terapie informováni. Často je i v zájmu samotného dítěte, aby poznatky o dítěti, jeho prožívání, starostech atd. zís-

kaných v terapii, byly vhodným způsobem předány rodičům a vedly tak ke změnám v jejich vztahování se k dítěti. Navíc rodiče jsou právními zástupci dítěte, na informace mají nárok a v některých případech se v průběhu terapie objeví podezření, které je nezbytné s rodiči (a případně i s jinými odborníky) sdílet. Nelze tedy dítěti slibovat absolutní mlčenlivost. Pokud je nutné některé informace z terapie vynést, pak by o tom mělo být dítě vždy předem informováno. Je potřebné úměrně jeho věku mu vysvětlit, proč takový postup považuje terapeut za nezbytný.

Vytváření bezpečné atmosféry pro vyjadřování pocitů je jednodušší. Terapeut by neměl mít problém, pokud dítě vyjadřuje jakékoliv emoce – vztek vůči rodičům házením figurek ze střechy domu, žárlivosti na mladšího sourozence zahrabáním zvířecích mládat do písku apod. Terapeut neříká dítěti, že „takto se s panenkami nehraje“ a že „dělat takové věci není správné“. Někdy se rodiče obávají, že když bude mít dítě možnost projevit se zcela svobodně během terapie hrou, začne si společensky nevhodným způsobem hrát i ve školce nebo u kamarádů, kde to bude přinášet problémy. K tomu obvykle nedochází – dítě velmi dobře rozezná výjimečnou a bezpečnou atmosféru terapie od jiných prostředí.

4. Terapeut se snaží rozpoznat pocity dítěte a reflektovat je takovým způsobem, aby se v nich dítě lépe vyznalo a porozumělo svému chování.

Reflektování toho, co se v rámci hry děje a jak se přitom dítě nejspíše cítí, je křehkou záležitostí. Vyžaduje ze strany terapeuta citlivost a jemnost, s níž dokáže rozpoznat prožitky dítěte a vystihnout vhodný způ-

sob, jak je reflektovat. V knihách Virginie Axline se setkáváme především s verbální formou – herní terapeutka pojmenovává pocity dítěte. Při reflektování je důležité respektovat nastavení dítěte. Např. pokud dítě dokáže vyjádřit své pocity jen prostřednictvím zástupné hry s medvídkem, terapeut komentuje, jak se cítí medvídek. Někdy může nabídnout podobnost s pocity dítěte, ale teprve když dítě samo začne používat „já“, tak ho terapeut následuje formulacemi „ty“.

Pavlík chce přečíst knížku. Tu o zajíčkovi. Je napsána anglicky. Vyprávím podle obrázků. Poslouchá, ani nedutá. Pozorně si prohlíží obrázky. Je klidný. Povídáme si, jak to bylo, když umíral jeho tatínek.

Nejprve mluvím o zajíčkovi a jeho pocitech. Následně nabízím zamyšlení, že i lidé mohou prožívat smrt milovaného člověka podobně. Když Pavlík zareaguje vyprávěním o vlastních zážitcích, pokračuji v rozhovoru směřovaným přímo na jeho prožívání.

Jinou formu reflektování představuje spoluprožívání. Tento styl si našla autorka textu intuitivně sama. Ve výcviku nedi- rektivní terapie hrou vedeném Sandrou Pedeville dodatečně zjistila, že se jedná o tzv. interaktivní rezonanci (interactive resonance, resp. interaktionsresonanz) – princip teoreticky popsany herním terapeutem Michaellem Behrem (Behr, Cornelius-White, 2003). Terapeut nezůstává v pozici někoho, kdo hru dítěte „pouze“ aktivně sleduje a komentuje, ale přímo se do hry zapojuje, resp. si s dítětem hraje. Terapeut tak nemusí říkat, když dítě se smíchem poskakuje, že má dítě radost, protože poskakuje a směje se společně s ním. Atmosféra v herně je radostí tak nabitá, že není třeba

ji verbalizovat. Prožitek společně sdílené radosti je nade všechna slova.

Pavlík se přesouvá k pískovišti. Zahrabáváme kousky slizké hmoty, které nakrájel při předchozích sezeních. Ještěže jsem je nevyhodila. Vyhrabáváme je. Hledáme všechny. Ukládáme je do papírové krabičky od čaje. Mlčíme. Není k tomu co dodat.

Tento způsob reflektování osobně vnímám jako více odpovídající vývojovému nastavení dětí (potřeba porozumět si s terapeutem beze slov) a bezpečnější než je verbalizace. Protože pokud terapeut špatně vystihne emoci dítěte a pojmenuje ji nepřesně, může dítě jeho označení přijmout, neboť si pojmenování pro svoje prožitky teprve tvoří a nedokáže se tedy vymezit proti špatnému označení.

5. Terapeut věří, že je dítě schopno se samo vyrovnat se svými těžkostmi, pokud dostane příležitost. Zodpovědnost za volbu určitého chování a začátek vnitřní změny jsou záležitostí dítěte.

Absolutní důvěra v dítě jako lidskou bytost, která je schopna využít vlastních vnitřních sil k uzdravení, ke svému osobnímu růstu a k naplnění svého bytostného potenciálu, je důležitou podmínkou pro nabídnutí PCA přístupu komukoliv bez ohledu na věk. Tento princip vyjadřuje hluboký respekt k dítěti jako rovnocenné lidské bytosti vůči dospělému. Pokud toto terapeutovo nastavení nesouzní s očekáváním dospělých, kteří zahájení terapie u dítěte iniciují, bývá někdy velmi obtížné ho obhájit a uhájit. Děti přicházejí do terapie obvykle ve chvíli, kdy jsou s nimi nějaké problémy, a řada dospělých v jejich okolí má jasnou představu o tom, co by mělo dítě dělat, aby už problémy nebyly. Postoj tera-

peuta, že on nebude určovat dítěti témata, kterým se budou v terapii věnovat, že ho nebude učit konkrétním dovednostem, jak něco zvládnout, že nebude cíleně zjišťovat určité informace apod., bývá pro rodiče překvapující, a ne vždy to naplňuje jejich očekávání od terapie.

Důvěra ve vnitřní moudrost dítěte bývá bohatě odměněna. Mnohokrát jsem zažila během terapie hrou momenty, které byly mimořádně těžké a v kterých jsem neměla ani tušení, jak by dítě mohlo situaci vyřešit a z bolestného zážitku vyrůst. Trpělivě jsem čekala a věřila, že samo dítě to zkrátka zvládne, že ono samo jediné ví, jak s tím naložit. A opakovaně jsem měla tu čest být přítomna zázraku – okamžiku, kdy dítě našlo v sobě tu správnou odpověď na životní situaci, do které se dostalo. Moje fantazie vždy bledne před tím, co všechno děti vymyslí a s jakou lehkostí to pak realizují.

Pokud terapie hrou vede v chování dítěte ke změnám, které lidé v jeho okolí vítají, terapeuta to nepochybně těší. Avšak tyto změny nejsou primárně jeho cílem. Jen samo dítě ví, jak se potřebuje v určité životní situaci chovat a zda došlo ke změně.

6. Terapeut žádným způsobem neovlivňuje jednání ani mluvu dítěte. Dítě ukazuje cestu, terapeut je následuje.

Nedirektivní terapeut nabízí dítěti čas a prostor, v kterém si může hrát tak, jak ono samo chce. Terapeut si nemyslí, že je nějaká hra moc primitivní, nebo že určitá hra nemá terapeutický potenciál. Terapeut se nesnaží přivést dítě k jiné „smysluplnější“ hře. Terapeut nechává zcela na dítěti, které hračky si zvolí a jak je při hře využije. Např. dítě si vybere deskovou hru, ale začne rozvíjet vlastní hru, která neodpovídá standardním

pravidlům. V takovém případě ho terapeut neopravuje, že je potřeba házet kostkou a postupovat po vyznačených políčkách, ale projeví zájem o hru vytvořenou dítětem. Pokud dítě řekne: „Budeme si hrát s domečkem“, ale během chystání figurek rozehraje zcela jinou hru, tak mu terapeut nepřipomíná, že si původně chtělo hrát s domečkem. Když dítě řekne něco fakticky špatně, třeba „tygr je ryba a teď je ve vodě sežere“, tak terapeut neulpívá na objektivní správnosti výroku o tygrovi, ale v souladu s motivem hry se zajímá, koho tygr-ryba sežere.

Píše na tabuli písmena i klikyháky. Mám to přečíst. Čtu, co se přečíst dá. Popisují tvar klikyháků, kterým nerozumím. Ani on neví. Je to tak v pořádku. Uf. Podařilo se mi uniknout z pasti opravování špatně napsaných písmen.

Když má terapeut přečíst, co dítě napsalo, nebo se vyjádřit k tomu, co namalovalo, bývá to velmi ošemetná situace. Napsaná písmena lze hodnotit objektivně z hlediska jejich správnosti a někdy děti opravdu vyžadují, aby jim terapeut řekl, v kterých písmenech udělaly chybu. Pak je pravdivé popsání situace dítětem vyžadováno, nicméně i tak může narušit křehkou rovnováhu rovnocenného terapeutického vztahu, když se terapeut stane odborníkem na psaní. Někdy to lze vyřešit nabídnutím hry „při které bude terapeut jako pan učitel říkat, jak by to mělo být správně“. Častěji navíc dítěti o správné pojmenování písmen ani nejde, ale chce sdílet s terapeutem obsah sdělení, který ale nemusí být terapeutovi zřejmý. Dítě hrdě stojí před čmáranicí na tabuli a čeká, až to terapeut přečte. V takových chvílích bývá skutečným uměním dítěti vyhovět, nezklamat jeho očekávání a přitom udržet vzájemné naladění. Naštěstí nebývá

žádnou tragédií, když se to terapeutovi nepodaří. Pokud cítí dítě k terapeutovi důvěru, bez rozpaků mu sdělí, že se spletl a prozradí mu, co je tam napsáno.

Když terapeut „ztratí v rámci hry nit“, dítě mu dá obvykle šanci, aby se opět chytil a následoval ho zpět do říše fantazie.

7. Terapeut se nepokouší průběh terapie urychlit. Je si vědom toho, že se jedná o proces, který musí probíhat krok za krokem.

Terapeut je vůči dítěti trpělivý. Na dítě a jeho vnitřní proměnu nespěchá. V rámci nedirektivního přístupu terapeut nemá očekávání, jak rychle by se mělo dítě změnit. Tento princip bývá těžké uhájit mimo pracovní vztah k dospělým, kteří na žádoucí změnu chování a prožívání dítěte netrpělivě čekají. Přitom prožití času, který plyne beze spěchu a nároků na jeho „užitečné“ využití, bývá pro děti silný pozitivní zážitek.

Pavlík přelévá vodu z různých velikých nádob. Relaxuje. Moje role spočívá v utírání vylité vody. Boxuje do boxovacího válce. Postupně přidává na síle. Nakonec válec povalí. Vyhrál! Vrací se k nádobám s vodou. Přelévá a přelévá. Voda teče a teče.

8. Terapeut určuje jen takové hranice, které jsou nezbytné k zakotvení terapie v reálném světě a k tomu, aby si dítě uvědomilo spoluodpovědnost ve vztahu s terapeutem.

V rámci nedirektivní terapie hrou je limitů chování dítěte jen velmi málo. O to však jsou důležitější. Základním pravidlem je bezpečnost dítěte, případně dalších dětí při skupinové terapii. Nelze připustit, aby dítě sobě nebo jinému člověku – včetně

terapeuta – úmyslně ubližovalo. Další limity jsou dány vybavením herny. Nebývá dovoleno destruktivní chování. Např. místo úmyslného rozbíjení autíček lze dítěti nabídnout pro vyjádření vzteku trhání papírů, dupání na plastové láhve, házení plyšáků, boxování do pytle. Pokud terapeut nějaké chování dítěti zakáže a dítě v něm přesto pokračuje, je třeba na zákazu trvat a z opakovaného porušení vyvodit důsledky. Kritika terapeuta se však vztahuje pouze na konkrétní jednání, nikoliv na dítě jako takové.

Budeme vařit ze slizkých potvor, které lze házet na zeď. Pavlík krájí, krájí a krájí. Je v tom agrese, je v tom energie, je v tom život. Je evidentní, že to potřebuje. Já zase potřebuji v herně slizké potvory. Mám tři. Může nakrájet jednu. Smlouvá. Dobře, tak druhé může odkrojit čtyři z mnoha nožiček. Třetího slizouna raději schovávám na zvýšenou policičku.

V průběhu terapie hrou vznikne řada situací, jejichž řešení včetně nastavení hranic se bude u různých terapeutů lišit. Např. zda se dítě může při hře terapeuta fyzicky dotýkat (chytit se za ruce, sednout na klín), zda může vysypávat písek i mimo pískoviště, zda smí s temperovými barvami pouze malovat nebo si je může i patlat na ruce. Terapeut může být někdy překvapen svou vlastní reakcí. To si pak zaslouží následnou reflexi při supervizi.

ZÁVĚREČNÉ ZAMYŠLENÍ

Závěrem si dovolím několik postřehů z vlastní zkušenosti. Na nedirektivní terapii hrou podle principů PCA (Rogers, 1994; Behr et al., 2008) mám nejraději, že dění během terapie nemusím příliš rozumět. Je to přesný opak diagnostického uvažování, které k mé práci dětské kli-

nické psycholožky neodmyslitelně patří. Nedirektivní terapie hrou mi tak přináší nevídanou svobodu. Domnívám se však, že před samotným zahájením terapie bych měla alespoň částečně rozumět situaci dítěte a vědět, z jakých důvodů považuji v konkrétním případě nedirektivní terapii hrou za nejvhodnější terapeutický přístup. (S tímto názorem nejspíše nebude řada psychoterapeutů souhlasit.) Přes svoji mimořádnost je nedirektivní terapie hrou jen jedním z mnoha možných přístupů a v řadě případů může jiný postup přinést účinnější a rychlejší řešení problémů.

Pro mne osobně je nedirektivní terapie hrou laskavé a terapeuticky láskyplné tvořivé spolubytí, v kterém herní terapeut léčí dítě svou přítomností, akceptujícím přístupem a opravdovým zájmem. Terapeut si neklade nárok plně pochopit to, čemu je přítomen. I bez racionálního porozumění se aktivně účastní procesu, který je veden nevědomými sebeúdržavnými mechanismy samotného dítěte.

LITERATURA:

- Axline, V. M. (1993). *Play Therapy*. New York: Ballantine Books.
- Axline, V. M. (1990). *Dibs in search of self*. London: Penguin Books.
- Behr, M. (2003). *Interactive resonance in work with children and adolescents: A theory-based concept of interpersonal relationship through play and the use of toys*. Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 2 (2), 89–103.
- Behr, M.; Cornelius-White, J. H. D. (2008). *Facilitating Young People's Development. International perspectives on person-centered theory and practise*. Herefordshire: PCCS Books, 40–51.
- Landreth, G. L. (2002). *Play Therapy. The Art of the Relationship*. New York: Brunner-Routledge.

Rezková, V.; Kleinová, G. K. (2012). *Hra jako lék: teorie a praxe nedirektivní psychoterapie hrou*. Praha: Pražská pedagogicko-psychologická poradna.

Rogers, C. R. (1994). *Client-Centered Therapy*. London: Constable, 235–277.

West, J. (1996). *Child Centred Play Therapy*. London: Arnold.

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 16. 1. 2018. Revidované znění došlo 28. 4. 2018, k publikaci přijato 30. 4. 2018.

SEN A SYMBOL JAKO ZDROJ NEVĚDĚNÍ

(o zvláštním sourozenectví symbolu a snu)

Jan Šikl

*...pak zjistila, že je to zdání,
za domem tuň je pod hrází,
co jako snění přišlo za ní,
jako osud odchází.*

RILKE

Trochu apologetika proti rozumu, trochu volně asociace a snová řeč o snu. Pokus v přednášce ukázat aspekty, které jsou pro sen charakteristické. Pracovat chvíli se snem, něco si myslit o snu jako fenoménu a nabídnout rámec (vědomí a nevědomí), do kterého jej snad lze vložit; zmínit S. Freuda s C. G. Jungem jako dvě postavy, které klíčově ovlivnily naše uvažování o snu, zmínit hlavní mohutnosti snu, jak je osobně vnímám.

Nevím, jestli nezklamu vaši představu o psychoanalytickém příspěvku v povídání o snech. Psychoanalytici většinou vědí. Nebo se tak alespoň tváří. Vědí ledacos o snech, vědí o vědomí, vědí o nevědomí... Rád bych dnes zkusil hájit opačnou kvalitu, hodnotu nevědět. Myslím, že sen je dobrou baštou „nevědění“.

Freudovu větu o snu jako královské cestě do nevědomí, bych rád parafrázoval na cestu k nevědění.

Je proč. Tvořivou rovnováhu mezi věděním a nevěděním, hledáním a nalézáním, profánním a sakrálním, údivem a banalitou, otázkou a odpovědí... vnímám jako příliš posunutou k věděním a to i v našem oboru.

Freud se bál, jestli je jeho psychologie dost

vědecká, paradigma doby na něj tlačilo a tlačí na psychologii dodnes. Doufám, že se psychologie nikdy nestane zcela vědeckou, karteziánskou, kauzální vědou, nebo alespoň ne celá. Psychoanalýza nebyla a není dost vědecká – našťestí.

Byla fascinovaná, intuitivně chodící po jiných cestách...

Příznávám, že dnes nechápu „malověrnost“ psychoanalytiků, kteří s nadějí šilhají po důkazu, verifikaci a objektivizaci účinnosti psychoanalýzy (např. skrze zobrazovací techniky). Mám pocit, že plují po proudu s „duchem doby“, ale proti „duchu metody“.

Moje naděje ani inspirace to není. Síla psychoanalýzy pro mě není a nebyla ve věrnosti vědeckému paradigmatu, ale spíše v její radikální jinakosti, kterou asi ani Freud nepředpokládal a do určité míry s ní i bojoval. Nakonec odvážně podlehl a nechal se vést do nejistoty a proti paradigmatu doby. K iracionalitě, překrytí s uměním, v kreativité, „surrealitě“ a vůbec – otevřenosti jiným zdrojům. Imaginaci, symbolu, pudové síle, nevědomí a snu.

Sen chci hájit především jako oblast lidské psychiky (snad i její hlubinný základ), o kterém příliš nevíme. Rozhodně jej „nemáme“ k užitku, k dispozici, do tahu, či povozu...

Není to našťestí prohraná bitva. Nevíme zrovna příliš, co je to vědomí. I tudy možná aktuálně vede hranice mezi idealismem a materialismem, mezi Aristotelem, Descartem a Platonem. Psychologické školy se

ve věci vědomí tak úplně neshodnou ani v tom, jestli jeho základ je materiální povahy, jestli je vědomí „produktem“ a funkcí mozku, či naopak – jestli vědomí pochází z mimotělní reality, je ideální povahy a mozek je spíše jeho přijímačem a prostředníkem, než původcem a tvůrcem.

Víme-li tak málo o vědomí, co pak teprve nevědomí!

HOLD SNŮM

Ohledně snu: nevím, čím je. Rozhodně ne, čím vším je. Sen je tajemný zdroj. Je přirozeně transcendentní – překračující naše Já, ego, vědomí. Transendentní z nečekané strany: zdola, zevnitř, z hloubky. Ano, máte pravdu, zaznívá zde podobnost a blízkost s náboženským jazykem.

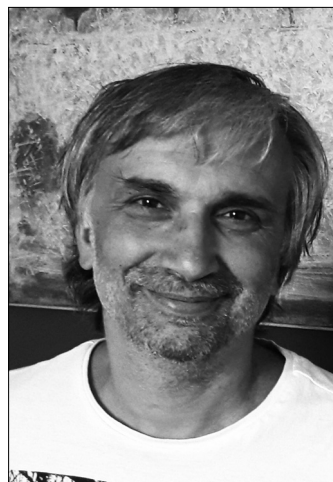
Sen je náš a není náš. Amplifikací k pohádkovým a mýtickým obrazům jsme rychle ve středu věcí.

Takový Jonáš. Z hlubiny, z nitra velryby, z hloubi oceánu. Z hloubi hloubky, z nitra pohlcení, ztracen sobě i Bohu a přeci sem dolehne naděje „jeho“ hlasu a vůle. Za hory, za doly, mé zlaté parohy – kde se pasou? Jelen není nikdy Smolíčkovi nekonečně vzdálen.

Nevíš, kde se vynoří, utíkáš před jeho hlasem jako před cizím, ale zjišťuješ, že to nelze – je zároveň hluboce Tvůj. Hlouběji, než sis myslél, protože je za myšlením, před myšlením... ani nahá, ani oblečená – nebo nebudu hrát, už jdu!

Stále je řeč o snu – spirituální kontext trvá. Sen jako zkušenost s transcendentním. Nesporně vnějším a přitom nesporně vnitřním hlasem.

Trochu pohádka, trochu mýtus, trochu symbol, trochu metafora, trochu hra, trochu duše, trochu duch. Není mnoho věcí takové povahy. A pokud jsou, nekamarádi



Jan
Šikl

PhDr., Ph.D. (1963). Psychoanalytik a jungiánský analytik, psychoterapeut a supervizor. Pracuje v soukromé praxi v Praze. E-mail: jansikl@volny.cz

se tolik s člověkem. Věrnost snu ke člověku je pozoruhodná. Mohl by si přece najít vhodnější, vznešenější a duchovněji místo. Proč se s námi motá? A my s ním? Proč se tak zapletl s člověkem, proč se takto „vtěluje“? Čím jsme zapleteni a propojeni, v čem a odkud je naše „sourozenectví“ se snem? Od prachu, od hoven, po věčnost. Nemáme moc tak dobrých a mocných přímluvců.

Nezobrazíš jej! Neovládneš jej! A pokud si myslíš, že ano, už jej nemáš. Máš modlu, kuklu, kosti bez duše.

Sen je nositelem skutečné inspirace – nádechem ducha. Lze mu naslouchat – tím je učitelem terapeutů, protože ti neléčí mluvením, ale primárně nasloucháním. Nasloucháním, které je metaforou mentálního prostoru pro druhého člověka. Prostoru, který předchází řeči, který umožňuje řeč.

SEN A DUŠE

Je výronem, erupcí duše, její vulkanickou aktivitou, obrazem, výrazem do našeho

vědomého já. Sen nám vypráví o povaze a dvoudomosti duše. Že je nějak naše a nějak ne, že svět a nějak ne, že je duše v já, ale ne jen. Sen s duší přátelí, s její „vtělenou“ částí i s tou „věčnou“. Vypráví jí o ní. O naději, o transcendentním zdroji, o návratu k němu a do něj. Sen jako čas, kdy jsme blízko duši. Nějak základněji celí a původní. Za Descartovým „Myslím, tedy jsem.“... „Sním, tedy jsem!“

HOLD FREUDOVI:

Jeho řeč a myšlení o snu osobního nevědomí je brilantní. Ukázal geniálně jeho intrapsychické funkce. Vrátil sen člověku, sen je subjektivizován. Člověka znova přivedl ke snu jako zdroji, tajemství snu je v člověku. Ukázal, jak moc se k člověku sen vztahuje, jak je s ním propojen, jak s ním spolupracuje. Vrátil sen z novověkého zavržení a banalizace, ze zaprášených snářů a mysteriózních technik do vždy jedinečného rozhovoru se snícím. Strhl jej zpátky k zemi a člověku z řeči orákul, mýtů a bohů. Ukradl jej bohům z Olympu a přinesl lidem, aby sen umazali sexem a výkaly, pudy, agresí, represí, cenzorem, kompromisním útvarem, kompenzací, strachem, nadějí, iluzí, symbolem, touhou, obrazy těla a zbytek dne.

HOLD JUNGOVI:

Vrátil sen ke kolektivnímu nevědomí, ke svému transcendentnímu zdroji. Položil tajemství snu znova mimo člověka, za naše ego. Za biologické, materialistické, kauzální a deterministické bytí. Vrátil jej nevědomí, jako možnému zdroji naděje pro člověka, který se k němu zná. „Sestupuje z hůry (v tomto případě spíše zdola), z neosobního k osobnímu“. Který se „zná

k člověku“ a „našel v něm zalíbení“. Je možným zdrojem a místem obnovy člověka. Místem, které věřím člověka nějak „myslí“ a „nosí v srdci“.

Především chci vzdát hold dialogu těchto odlišností, které Freud a Jung ve vztahu ke snu reprezentují. Dostatečných odlišností, aby zde mezi nimi, v jejich dialogu a polemice, mohlo být místo pro tvořivou inspiraci. Protože inspirace nutně potřebuje různost. Freudova a Jungova řeč o snu a jeho významu je dostatečně blízká, aby mohla spolu komunikovat, a dostatečně odlišná, aby bylo proč a co komunikovat. Jejich dialog vrací sen na původní místo. Neztratit jej pro subjekt, ale vrátit mu posvátnost.

SNOVÝ TRIPTYCH STARÉHO PÁNA:

88letý muž, který je teprve krátkou dobu v ústavu sociální péče. Má funkční rodinu která jej navštěvuje, třeba si jej i bere domů na kratší čas, ale jeho zdravotní stav vyžaduje průběžně intenzivní péči, kterou rodina již nemůže zajistit.

Je v bdělém stavu hodně „mimo“, oslabený akutním zánětem horních cest dýchacích. Během nemoci ví přesně, kdo je vedle něj, když je u něj dcera na návštěvě. Ale náhle vidí láhev minerálky na stole a myslí si, že je to spolužák ze základky, zná jej jménem. Další den sděluje zdravotní sestře na oddělení, že hodiny na zdi jsou plná klíšťat.

Vypráví své dceři sen 1:

Pohyboval jsem se v cizím městě a dostal se do haly, kde na židlích seděli mrtví lidé. S hrůzou jsem utekl, bloudil městem a znova přišel na stejné místo, kde někteří z těch

lidí již byli mrtví, jiní inkontinentní seděli na židlích. Nebyl jsem schopný si sednout na židli, protože sedadla byla příliš nízká.

Vzbudil se hrůzou, přes hlavu měl deku a snažil se o berlích uniknout z pokoje.

Starý pán je „živější“ v nevědomí než ve vědomí. Vědomí „neví“ – nevidí. Starý pán je v realitě „mimo“, ve vědomí má vážné defekty a zkreslení.

Nevědomí ví všechno o jeho situaci, reflektuje velmi komplexně jeho prožitkový svět a nabízí obrazy – symbolizace k jejímu zpracování. V nevědomí, ve snu je zcela „in“. Nevědomí je bdělé, aktivní, jasně reflektuje jeho vědomě nereflektovanou situaci. Symbolizuje ji, zpracovává, vytváří obrazy, které „myslí“ celého člověka. Vytváří kompenzační funkci vůči vědomí. Nehledě na orgánovou slabost (stav blízky smrti), nevědomí je živé. V nevědomí je zcela „při vědomí“.

Obsahově ke snu. Sen pracuje s obrazy blížkými žité realitě. Nikam složitě netransponuje svůj děj, asi není třeba. Snová realita navazuje blízce na žitou, která iniciuje snový děj. Co znamená těžkost sednout si na nízkou židli? Znamená to „již nestát na svých nohách“, ztratit svoji autonomní a vzpřímenou pozici? Je opakem ulehnutí a zemřít? Je nízká židle blízko zemi, smrti? A nebo „pracuje“ fyziologická zkušenost – z nízké židle se již nezvednu, nesmím usednout na tak nízké místo, na tak horkou židli? Na takovém verpánku i smrt se v pohádce přilepila...

Zdá se, že celý sen je konfrontací se slabostí umístěnou do druhých (oddálena do druhých). Zde ji vidí, utíká od ní, vrací se k ní zpět, aby na ni hleděl v její progresi. Ale znovu vzdoruje ji přijmout, usednout na takovou židli. I v realitě pak prchá ze snu,

trochu jako v jeho pokračování. S dekou na hlavě, o berlích, se snaží uniknout.

Sen 2.

Přichází k němu v realitě již mrtvá sestra a říká mu: „Pojď, je čas vstávat!“ Odpovídá: „Ještě ne, za chvíli!“

Co sen sděluje, co vypráví? Je to iniciační sen k procesu umírání? „VÍ“ naše nevědomí něco víc o našem umírání? Je kompetentnější, moudřejší v téhle záležitosti? „Vidí“ za tento svět, může být nevědomí průvodcem do oblasti, kam vědomí nevidí?

Sestra která jej přešla do smrti mu říká: „vstávej do smrti, je čas jít, zemřít.“ Vstávej zde znamenají umírejí? Sestra je reálná mrtvá sestra, či jeho druhá sourozenecká část a dialog s ní? A on smlouvá o odklad? (Jako v tolika příbězích, pohádkách, dramatech a filmech?)

Sen 3. Realita: Do domova důchodců má přijít i jeho exmanželka, odtud realitní konfrontace a impuls. Žili spolu kdysi v domě na vsi. Dům byl majetkově na půl.

Zdá se mu, že se potkali s bývalou manželkou ve zdravotním středisku ve vsi, kde spolu žili. Říká sám sobě „už bych měl jít domů“. A se znepokojením si uvědomuje: „Ale kde je to doma? Kam půjdu, do toho baráku už nemůžu. Nemám kam jít, nemám zde už domov.“

Obecně téma domova a krize domova. „Domova“ důchodců, kde je a jistě také není „doma“, místa, které připomíná sen a kde byl kdysi doma, domov jako země a náš pozemský svět. To vše se chvěje – téma domova ožívá ve všech rovinách, i v té existenciální, se kterou konfrontuje smrt.

(As.ter.: Jedna z organizací, kde dělám supervizi a která se zabývá pomocí umíra-

jícím se jmenuje Cesta domů. Název, podobně jako sen, pracuje s metaforou a připomínkou, že náš „domov“ je jinde a že je třeba se vydat na cestu.)

Nevědomí mu ve třech snech staví před oči (do vědomí) tři obrazy konfrontující se smrtí. Chová se jako průvodce procesem umírání. Jako by nevědomí bylo v této věci kompetentnější, mělo „mapu“, znalo cestu. Ateistické- bezvěrecké, vědecké vědomí neví, nevědomí ví – má přístup k archetypu. Zná obrazy mýtu cesty do smrti, věčnosti.

OBRAZ NA ZÁVĚR

Ten, kdo mi příběh vypráví, sděluje jak realitní část setkání je buď zmatená, či čistě

popisná. Co bylo ke snídani, kolik rohlíčků. Iracionální části, které má i personál za zmatené a chce je léčit psychiatricky, zmiňují například opakovaný „blud“, že v hodinách na zdi jsou klíšata. Pokud bychom uvažovali o takovém „bludu“ například jako o snovém obrazu (často používám takovou úvahu „a kdyby to byl sen? Jak bych tomu rozuměl?“ při práci s pacienty, abych se osvobodil z paradigmatu „reality“), pak by klíšata v hodinách mohl být další polosnový, polobdělý, ale vysoce srozumitelný obraz o tom, jak lpíme, jako klíšata se držíme našeho pozemského času.

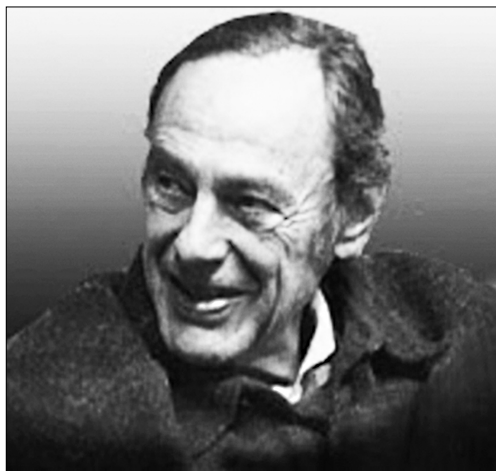
ZEMŘEL EUGENE T. GENDLIN

(25. 10. 1926 Vídeň – 1. 5. 2017 Spring Valley, New York)

Jan Vymětal

V loňském roce odešel do psychotherapeutického nebe v nedožitých 91 letech významný představitel americké psychologie, psychotherapie a filozofie. Eugene T. Gendlin je v odborném světě znám jako zprvu výzkumník, později jako aktivní psychotherapeut a myslitel, zabývající se zvláště otázkami navozování změny duševního života, a vůbec osobnosti, psychologickými prostředky. Obohatil teorii a praxi zejména o pojmy *experiencing* (aktuální proud prožívání), jenž je proměnnou psychotherapeutického procesu a metodu *focusing* (zaostřování či tělesně zakotvené prožívání). Eugene T. Gendlin patří mezi slavné a rodilé „Viedeňáky“, kteří se zasloužili kruciólním způsobem o rozvoj našich oborů a zanechali po sobě stálé dědictví.

Vzpomínaný psycholog, psychotherapeut a myslitel se narodil v židovské rodině jako jedináček a na prahu 2. světové války se s rodiči (tak jako mnozí a sebezáchovně) vystěhoval do Spojených států, kde žil až do své smrti. Vysokoškolské studium ukončil na univerzitě v Chicagu, kde získal v roce 1958 z filozofie doktorát. Jeho teoretický zájem byl tvořen duchovnědnou psychologií (Wilhelm Dilthey), pragmatismem a později i fenomenologií a existenciální filozofií. Během vysokoškolského studia se prvně setkal s Carlem R. Rogersem, s nímž v následujících letech spolupracoval – o vzájemném myšlenkovém ovlivňování není sporu. Sám sebe prý považoval za osobu pohybující se po celý život v intenci *Person Centered Approach*. Po dostudování



Eugene T. Gendlin

(v letech 1958–1963) pracoval pod vedením Carla R. Rogerse v pozici ředitele výzkumu v Psychiatrickém institutu univerzity ve Wisconsinu a věnoval se zejména empirickému zkoumání psychologické léčby a jejích výsledků u hospitalizovaných psychotických pacientů. Zde nalézáme počátek a zdroj jeho pozdějších názorů a teorií.

Výzkumnou cestou (např. analýzou nahraných terapií) dospěl k obecnému závěru, že úspěch psychotherapie souvisí s úrovní prožívání pacienta (klienta), jež je tělesně zakotvené a obsahuje různé představy, koncepty, významy a smysly. Jejich zpřítomnění a uvědomění je základem procesu vedoucího k žádoucím změnám v psychice a vůbec osobnosti člověka. V praxi je takto založený postup překvapivě jednoduchý, aplikovatelný u mládeže a dospělých, individuální i skupinovou formou, lze jej užít i v rámci svépomocných postupů a pro psychohygienu.

Eugene T. Gendlin strávil většinu svého tvůrčího života (1964–1995) na chicagské univerzitě, kde byl docentem na oddělení filozofie a psychologie. Netřeba jistě blíže popisovat jeho mnohostranné aktivity. Snad jen zmiňme, že v r. 1985 založil International Focusing Institute a vychoval četné pokračovatele, kteří se dnes sdružují v International Association for Focusing Oriented Therapists. Významná je jeho publikační činnost a dodejme, že do češtiny bylo přeloženo a také vyšlo několik jeho základních knih. Jeho vliv zachycujeme i v práci česko-švýcarského psychologa Miroslava Frýby (1943–2016), autora satiterapie, představující propojení focusingu, psychodramatu, rogersovského přístupu a zejména buddhisticky laděné meditace, v jeden systém.

Eugene T. Gedlin patří mezi myslitele, kteří přispěli snaze po vytvoření obecné (jednotlivé školy a směry překračující) psychoterapie. Ukázal, že lze v rámci empirické psychologie tvořivým způsobem spojovat duchovědný a výzkumně vědecký přístup.

Při vzpomínce na tohoto významného rakousko amerického psychologa, psycho-terapeuta a filozofa jsem si uvědomil, kolik

mimořádných osobností našich oborů se narodilo ve Vídni, která je pro nás místem opravdu výjimečným. Jen jejich pouhé vyjmenování by zabralo neúměrně místa. Z mnohých upozorňuji na Alfreda Adlera (1870–1937), dále Viktora E. Frankla (1905–1997), z autorek a autorů psychoanalytického směru to pak byla Anna Freudová (1895–1982), Heinz Hartmann (1894–1970), Otto Kernberg (nar. 1928), Melanie Kleinová (1882–1960), Heinz Kohut (1913–1981) ad. Z Vídně pocházejí i vynikající teoretici psychologie, jako jsou Petr R. Hofstätter (1913–1994) a Kurt Pawlik (nar. 1934). Poslední dva jmenovaní působili dlouhá léta na hamburské univerzitě, jíž byli ozdobou, byť se jejich kritici o nich vyjadřovali (s respektem) jako o „vídeňské mafii“. Dříve i dnes mnohonárodní město Vídeň je pro naše obory skutečným fenoménem a bylo by jistě záslužné se touto skutečností vážně a vědecky zabývat.

*prof. PhDr. Jan Vymětal
Ústav humanitních studií v lékařství
Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
Karlovo nám. 409
128 00 Praha 2*

POTÝKÁNÍ SE S POMÍJIVOSTÍ

Yalom, I. D. (2015). *Hovory k sobě: Ohlédnutí za psychoterapií*. Praha: Portál.

Martina Schimová

„Namále života všech, ať vzpomínajících, nebo vzpomínaných. Všechno je pomíjivé – jak paměť, tak zapamatované. Ten čas je blízko, až všechno zapomeněš. A ten čas je blízko, až všichni zapomenou na tebe. Vždy měj na paměti, že brzo nebudeš nikým, a nikde.“

MARCUS AURELIUS, HOVORY K SOBĚ

Tímto citátem od Marca Aurelia otevírá Irvin Yalom svou knihu *Hovory k sobě. Ohlédnutí za psychoterapií*. S tou „pomíjivostí všeho, časem, kdy všechno zapomeněš“, se čtenář setkává v celé knize. V deseti příbězích autor popisuje setkávání s osudy klientů, kteří se potýkají s vlastní konečností, se ztrátou, sebeobrazem, vyrovnáním se i smířením. Kniha je psána poutavě a nabízené detaily příběhů umožní čtenáři pohroužit se do děje. Na své si přijdou jak odborníci, tak i laici zaujatí psychoterapií. V konfrontaci s odborným termínem je čtenář s lehkostí, která nepřerušuje děj, obeznámen o jakou odbornost se jedná. Autor s nadnesením tyto pasáže začíná: „V odborné hantýrce se tomu říká...“.

Není to jen konečnost, která se týká klientů, ale mnohdy se obracejí na autora právě proto, že on sám dosahuje kmetského věku (letos oslaví úctyhodných 85 let). Nebo naopak, jak mohou tuto otázku otevřít před člověkem, který se ke smrti blíží možná ještě rychleji nežli oni sami? Autor popisuje, jak je sám konfrontován se svou konečností



a cesta smíření není jednoduchá. Neexistuje návod, jak se správně vyrovnat s koncem, nebo se ztrátou blízkého. Podtitul *Ohlédnutí za psychoterapií* vystihuje výběr příběhů. Nejedná se pouze o příběhy odehrávané nejbližše současnosti, ve kterých je jeho stáří zmiňováno, ale i ty z minulosti.

Cesta psychoterapie v podání Irvina Yaloma nenabízí jeden způsob pomoci. S jedinečností člověka se váže i jedinečný přístup. Terapeut se nechává vést svými zkušenostmi, ale i svou intuicí. Jsou případy, kdy je jasné a zřejmé, co klientovi pomoh-

lo. Druhý člověk může řešení vidět lépe nebo dříve než dotyčná osoba, ale zralost terapeutových zkušeností ho vede k tomu, aby klient došel k samostatnému poznání. V příbězích se lze také setkat s jistou neurčitostí, co přesně klientovi pomohlo. Dokonce člověk nabude dojmu, že setkání se nedaří nebo celá terapie skončila neúspěchem. V příběhu Alvina v kapitole *Děkují ti, Molly* se ukáže, že možná to, co bylo na jedné straně považováno za neúspěch, ve svém důsledku mělo pozitivní dopad. I když na toto rozřešení si i sám autor počkal pěknou řádku let.

Zřejmě nejstálější představou o psychoterapii je setkávání klienta a terapeuta po delší čas. Mnohdy je počet sezení stanoven dopředu, někdy se setkávání uskutečňují tak dlouho, dokud problém není vyřešen, nebo dokud mají setkávání význam. Čtenáře v knize může překvapit, že celá psychoterapie může mít formu jednoho sezení. Ať už byl důvod jednoho sezení jakýkoliv, tento druh práce v sobě nese jistý tlak a velkou zodpovědnost. Je možné zaznamenat autorovu snahu o efektivní využití veškerého času, který jim situace nabízí. Tím se otevírají čtenáři pohledy na různé formy psychoterapie. Nejedná se o ojedinělý pří-

pad, se kterým by se čtenář setkal jednou za celou knihu. Se situacemi, kdy na práci tlačí omezený čas, se lze potkat hned několikrát napříč celými příběhy, ale i částmi příběhů obsahující v sobě konkrétní sezení.

Čtenáře znalé Yalomových děl, zejména pak knihy *Každý den o trochu blíž*, dostane do nostalgie kapitola: *Pořídte si sakra svoji vlastní smrtelnou chorobu: pocta Ellie*. Struktura kapitoly se podobá zmíněné knize. Textem se proplétají zápisky ze sezení, které sepišovali jak Yalom, tak i sama klientka. Reflexe zápisků odhalují čtenáři hloubku myšlenek, které mohou být na první pohled skryté a tím být i úskalím pro terapeutickou práci. I když byl záměr se psaním zápisků ze sezení podobný jako ve zmíněné knize, i zde si lze připomenout jedinečnost každého člověka, se kterou se autor konfrontuje. A právě ta dala vzniknout této kapitole.

V neposlední řadě je třeba zmínit překlad knihy Lindy Bartoškové, který úspěšně rozšířil okruh čtenářů i v českých řadách. Přirozený jazyk dovolí pohroužit se do děje a čtenář se může s klidem nechat unášet k hlubokým myšlenkám ukrytým v celé knize.

Autorka je studentkou FSS MU.

Pokyny pro přispěvatele časopisu Psychoterapie (Praxe – Inspirace – Konfrontace)

Délka příspěvků:

Pro rubriky **Teorie, Praxe a Výzkum v psychoterapii** přijímáme texty do maximálního rozsahu 18 normostran (32 400 znaků včetně mezer), u výzkumných studií 23 normostran. Maximální rozsah zahrnuje také abstrakt v češtině a angličtině a seznam použité literatury. Pro rubriku **K diskusi** přijímáme texty do maximálního rozsahu 8 normostran (14 400 znaků včetně mezer). **Recenze knih** přijímáme v maximálním rozsahu 5 normostran (9 000 znaků včetně mezer).

Výzkumné studie a abstrakty strukturujte do oddílů: Problém, Metoda, Výsledky, Závěr.

Příspěvky zasílejte opatřeny:

1. Názvem v češtině (resp. slovenštině) a názvem v angličtině
2. Klíčovými slovy v češtině (3–5) a *key words* v angličtině
3. Abstraktem v rozsahu maximálně 1000 znaků v češtině a v angličtině
4. Popisem rolí autorů (viz níže „Role autorů“)
5. Seznamem literatury (viz níže „Pokyny pro citování“)
6. Připojte velmi stručný medailon autora v rozsahu maximálně 500 znaků

Ke jménům všech autorů uveďte vždy anglický i český název pracoviště ve formátu *Název instituce* (v případě akademického pracoviště *Název katedry, Název univerzity* NEBO v případě neakademického pracoviště *Název instituce*), *Město, Stát* a e-mailový kontakt na autora, který bude uveřejněn.

Recenzní řízení je oboustranně anonymní. Recenzovány jsou všechny příspěvky kromě krátkých zpráv. Příspěvky jsou posuzovány dvěma recenzenty. Redakce a redakční rada mají právo text odmítnout ještě před recenzním řízením z důvodu nedodržení pokynů pro autory.

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce přijímá původní příspěvky v českém jazyce, slovenštině nebo angličtině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky jsou přijímány v elektronické podobě ve formátu MS Word

zaslané jako příloha na e-mailovou adresu výkonné redakce psychoterapie@fss.muni.cz.

Stránku textu tvoří 1800 znaků včetně mezer (**zpravidla** 30 řádků při řádkování 2 po 60 úbozích a velikosti písma 12). **Nutné:** Klávesou „enter“ odděluje pouze odstavce. Stránky číslete. Pro zdůraznění kapitol lze použít dva stupně jejich členění (např. 1. Terapeutický přístup; 1.1. Dosavadní výzkumy).

Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění.

Role autorů:

Před seznamem literatury na konci článku popište **Role autorů** při psaní textu (jak se autoři podíleli na vzniku článku) a **Konflikt zájmů** (např. finanční podpora vzniku článku). Pokud žádný konflikt zájmu není, napište „Bez konfliktu zájmů“. Dobrovolně můžete uvést **Poznámky** (např. poděkování).

Příklad popisu Role autorů:

Výzkumná studie: První autor a druhý autor provedli sběr dat a jejich analýzu a podíleli se na sepsání kapitol Metoda, Výsledky a Diskuse, třetí autor provedl rešerši literatury a podílel se na sepsání kapitol Úvod a Diskuse. Všichni autoři přispěli ke vzniku textu článku a schválili jeho konečnou podobu.

Teoretická studie nebo studie z praxe: První a druhý autor se podíleli na rešerši literatury a psaní kapitol 1 (Úvod), 2 (Teoretická konceptualizace) a 5 (Závěrečné shrnutí). Třetí autor je autorem komentářů z praxe (kapitoly 3 a 4). Všichni autoři přispěli ke vzniku textu článku a schválili jeho konečnou podobu.

Pokyny pro citování:

Prosíme o dodržení následujícího vzoru při citování literatury v textu a sestavování seznamu literatury. Seznam literatury musí být uspořádán abecedně podle příjmení autorů a musí obsahovat všechny zdroje použité v textu. V textu musí být odkazy na literaturu uváděny příjmením autora a rokem vydání práce, při více pracích jednoho autora v jednom roce rozlišujte písmeny malé abecedy (2007a; 2007b). V případě dvou autorů uvádějte oba autory.

Má-li práce tři a více autorů, uveďte pouze prvního autora a zkratku „et al.“ nebo „a kol.“ (zvolte vždy jen jednu zkratku a používejte ji v celém textu).

Všechny odkazy použité v textu musejí být uvedeny také v závěrečném oddílu Literatura.

V seznamu literatury naopak neuvádějte knihy či články, na které se v textu neodkazujete.

V případě knih využívejte následující formát: Autor1, Autor2 a Autor3. (Rok vydání). *Název knihy, podtitul knihy*. Místo vydání: Nakladatel.

V případě časopisů vždy využívejte následující formát: Autor1, Autor2 a Autor3. (Rok publikace). Název článku. *Název časopisu*, Ročník(Číslo), Strany v časopisu.

Lze citovat i zdroje z internetu – vždy s uvedením internetové adresy a data přístupu.

Příklady citací v textu:

Citace práce jednoho autora:

Rogers (1998) tvrdí, že... **NEBO** ... alespoň to tvrdí existenciálně zaměřením psychoterapeuti (Yalom, 2006) **NEBO** (srov. Yalom, 2006) **NEBO** (viz Yalom, 2006)

Citace práce více autorů:

dva autoři: Fonagy a Target (2005) se ve své práci zabývají...

tři a více autorů: Vodáčková a kol. (2002) poukazuje na... **NEBO** Lambert et al. (2001) uvádějí, že...
Zvolte vždy pouze jednu zkratku v celém článku.

Odkazy na několik zdrojů (jména autorů se uvádí v abecedním pořadí):

Na této skutečnosti se shoduje více autorů (Polsterová, 2005; Yalom, 2006).

Přímá citace textu (uvedte stranu, kde se pasáž v původní práci nachází):

Někdy se považuje za důležité připomínat, že „zakladatelé gestalt terapie měli osobní zkušenost... v rámci herectví a výrazového pohybu“ (Mackewn, 2004, s. 165) **NEBO** (Mackewn, 2004:165). *Zvolte jednotně jeden typ uvedení strany v celém článku.*

Příklady záznamů v závěrečném oddílu LITERATURA:

Knihy (uvádějte i podtitul):

Fonagy, P., Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie: perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.

Článek v časopise:

Libiger, J. (2003). Placebo: klamání nemocného, nebo nástroj poznání? *Psychiatrie*, 7(4), 290–300.

Rosenzweig, S. (1936/2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 5–9.

Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974.

Dva letopočty (tj., Rosenzweig, 1936/2002) uvádějte, jen pokud je důležité zdůraznit rok první publikace textu.

Kapitola v knize nebo článek ve sborníku:

Polsterová, M. (2005). Gestalt terapie: vývoj a využití. In J. Zeig (Ed.), *Umění psychoterapie* (s. 516–533). Praha: Portál.

Etické aspekty

Pokud článek popisuje pokusy na lidech, uveďte, zda studie byla před zahájením schválena místní etickou komisí. U pokusů na zvířatech uveďte, zda byly dodrženy ústavní nebo národní předpisy a směrnice pro chov a experimentální používání zvířat nebo přiložte čestné prohlášení o souhlasu etické komise.

Odesláním rukopisu do časopisu Psychoterapie stvrzujete, že článek nebyl odeslán do další redakce a je určen k publikování výhradně v časopise Psychoterapie.

Pacienti/klienti mají právo na soukromí, které nesmí být porušeno bez jejich informovaného souhlasu. Identifikační údaje nesmí být uvedeny v psaném textu, na fotografiích nebo v rodokmenech, pokud není tato informace nezbytná z vědeckého hlediska a pokud pacient (nebo jeho rodič či opatrovník) neposkytl informovaný souhlas k uveřejnění těchto údajů. V tomto případě musí být pacient obeznámen s rukopisem. Poskytnutí informovaného souhlasu pacientem musí být oznámeno v otištěném článku. (podle: International Committee of Medical Journal Editors [“Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”] -- February 2006).