

PSYCHOTERAPIE

PRAXE - INSPIRACE - KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 1. ročník, 2007, číslo 2

Vychází čtvrtletně.

Časopis byl založen v září 1990 pod názvem Konfrontace. Do prosince 2006 vyšlo 66 čísel (17 ročníků).

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

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

PhDr. Dana Dobiášová – soukromá psychoterapeutická praxe, Hradec Králové

MUDr. Vladislav Chvála – Středisko komplexní terapie, Liberec

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

PhDr. Zdeněk Rieger – Středisko pro děti a mládež, Praha 4 (vedoucí redakční rady)

MUDr. Jan Roubal – soukromá praxe, Havlíčkův Brod, a Katedra psychologie FSS MU, Brno

MUDr. David Skorunka – Lékařská fakulta UK, Hradec Králové

Doc. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D. – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno (šéfredaktor)

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

PhDr. Bohumila Baštecká – terénní sociální práce

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

Ken Evans – FRSA, Director of Scarborough Psychotherapy Training

PhDr. Šárka Gjuríčová – Centrum rodinné terapie FN Motol, Praha

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

Doc. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D. – Psychiatrické oddelenie FN, Trenčín

MUDr. David Holub – psychoterapeutická praxe, Praha

Mgr. Jiří Kubička – Institut rodinné terapie, Praha

PhDr. Jiří Libra – Podané ruce, Brno

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

PhDr. Martin Mahler – psychoanalytik, Praha

MUDr. Petr Možný – Psychiatrická léčebna, Kroměříž

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

Doc. PhDr. Alena Plhánková, CSc. – Katedra psychologie, Filosofická fakulta ÚP, Olomouc

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

MUDr. Gabriela Šivicová – Krizové centrum RIAPS, Praha

Doc. Mgr. Ladislav Timufák, Ph.D. – Trinity College, Dublin

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

Výkonná redakce / Editors:

Mgr. Jiří Šupa SupaJiri@semam.cz, PhDr. Roman Hytych romhyt@seznam.cz, Mgr. Pavel Nepustil

pnepustil@centrum.cz, doc. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D. (šéfredaktor) vybiral@fss.muni.cz, tel. 549497970

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 1/2007 byla 8. května 2007, recenzní řízení bylo uzavřeno 29. května 2007.

Vychází začátkem července 2007.

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

The articles are peer-reviewed.

ISSN 1802-3983

© 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.

OBSAH ČÍSLA 2 ROČNÍKU 2007

EDITORIAL

Zbyněk Vybíral: Zastaralá a dnešní --- 64

PRAXE

Peter Tavel: O hledání smyslu života člověka s nevléčitelnou nemocí (kazuistika) --- 66

KONGRESY, KONFERENCE

Dana Dobiášová: První konference k 10. výročí založení ČSAP, Brno --- 71

Ladislav Nykl: X International Forum on the Person-Centered Approach, Mallorca --- 76

TEORIE

David Skorunka, Dana Hajná: Historické proměny rodinné terapie --- 77

Kamil Kalina, Veronika Čermáková, Zbyněk Vybíral: Rozhovor o supervizi --- 86

Aleš Fürst: Psychiatr v psychoterapii – psychoterapie v psychiatrii --- 91

K DISKUSI

Petr Moos: Diagnostika jako cesta tázání se --- 96

Gabriela Musilová: Poznámka k fenomenologii psychologie (a psychoterapie)
„mentální anorektičky“ --- 100

Radim Karpíšek: Teorie sexuální orientace: metodologický komentář --- 109

RECENZE KNIH

R. Oxnam: Roztříštěná mysl (P. Zámečník) --- 107

D. Uhrová: Imaginácia ako zrkadlo (J. Štúrová) --- 5

K. Nešpor: Zústat střízlivý (V. Kavenská) --- 110

Z. Vybíral: Psychologie jinak (J. Poněšický) --- 114

KRÁTCE

Reakce na článek J. Poněšického (E. Pávková) --- 117

ZRníčka (aneb nicka od Z. Riegera) --- 118

PO UZÁVĚRCE (15. 5. 2007 zemřel Tom Andersen) --- 119

Děkujeme těm, kdo finančně podpořili vydávání časopisu: J. Poněšickému, Renatě Ehm, Květoslavě Vejrostové, Josefu Zvoníčkoví, a Jaroslavu Simonovi

EDITORIAL

Zbyněk Vybíral

ZASTARALÁ A DNEŠNÍ

Čas od času čtu příspěvky, které vycházejí v časopisech ve světě. Například v *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* nebo v *Journal of Psychotherapy Integration* nebo v *Psychotherapy Research*. Čas od času zakoupím knihu, která se věnuje současné psychoterapii.

Velmi často mě napadne, že čtu o něčem, čemu se u nás nikdo nevěnuje. Anebo o tom nevím. Kdo tady například zkoumá, jaký dopad má adherence (= silná identifikace s přístupem či směrem) v terapeutově mysli a v jeho praktickování na účinky psychoterapie? Jak tato silná loajalita (někdy až servilnost k předchůdcům „svě“ školy) poznamenává vztah s pacientem / druhým člověkem v psychoterapii?

Čtu knihu *What works for whom?* (Co na koho platí?), která je kritickým a informacemi nabitým průvodem po výzkumech v psychoterapii. Čtu knihu *Rethinking the DSM*; jinou, věnovanou on-line psychoterapii; nadchla mne kniha o pseudovědeckosti v klinické psychologii a psychoterapii. Přemýšlím o koncepci *tailor-made therapy*, o psychoterapii šité na míru konkrétnímu člověku, kterou prozrazuje John Norcross.

Přemýšlím nad tématy, která autory ve světě přitahují. Jsou efekty různých psychotherapeutických přístupů srovnatelné? Zesiluje kombinace psychoterapie s farmakoterapií pravděpodobnost vyléčení, nebo je to jen nepodložený, již dlouho tradovaný předpoklad? Proč lidé psychoterapii nedokončují? Co vlastně může za to, že se druhý člověk podstatně změní? A jsou všechny změny žádoucí? Jak je to dnes s léčbou depresí, schizofrenie? Co vlastně funguje, a na základě čeho, myslíme-li si to, to víme? Jak spolehlivé byly v minulosti výzkumy? Máme být otevření i k zdánlivě bizarním, neověřeným přístupům? Jaká bude budoucnost... doplňte si sami: psychodynamické psychoterapie, kognitivní terapie?

Píšu o tom nebo nedávno psali Lester Luborky, Larry Beutler, John Norcross, Scott Lilienfeld, Louis Castonguay, Peter Fonagy;

Klaus Grawe († 2005), Hans Strupp († 2006) ... A říkám si: Co se děje v Čechách? Kolik lidí, kolik praktiků v psychoterapii nové články a nové knihy (v naprosté většině v angličtině) čte?

V Čechách stále vycházejí, často poprvé po půl století a teprve nyní v češtině základní a pionýrská díla – třeba kniha Karen Horneyové o neurózách. Bílá místa se nám zaplňují i (konečně!) vydáním sporných – proslulých – textů, jakým je Prvotní výkřik Arthura Janova. Ty knihy vycházejí bez doslovů a bez předmluv, vytrženy z kontextu, nekomentovány. Jako by patřily do dnešní psychoterapie. Kniha zásadní vedle pochybné až obskurní.

Psychoterapie v Čechách se zastavila a zastarala. Za psychoterapii se vydává mnoho přežilého, mnoho z éry Velkých Guruů minulého století. Pokorná práce výzkumníků z posledních 25 let není tak atraktivní. Jestliže je učení Virginie Satirové prezentováno jako moderní a dnešní, pak jde buď o omezenost nebo jde o přání uctívačů – udržovatelů odkazu. Ale dnešní psychoterapie by neměla připomínat ohřívání si rukou u táboráčku. Jestliže někdo nabízí jako léčivé pevné sevření v náručí, vykřičení se nebo konstelování (a tvrdí, že jeho metoda pomůže všem a vždy), je to riskér a je pro lidi nebezpečný. Do nekočné také stavět vzdělání v psychoterapii na knihách Berneho, Rogerse, Satirové, Freuda či Junga znamená duchem dlít v archivu.

Jednou z ambicí tohoto časopisu je poskytovat větší rozhled po současné psychoterapii.

A pak mě napadla dotěrná otázka: Bude to zajímat „lidi z praxe“? Schválně jsem dal ta slova do uvozovek, protože „lidi z praxe“ nejsou žádnou homogenní skupinou, tak jako jí nejsou teoretizující výzkumníci.

Copak tudy vede nějaká přirozená hranice, která by dávala smysl? Nevede mnohem zřetelnější hranice mezi těmi, kdo se zajímají o nové a o další a o jiné a o argumenty a o fakta, a těmi, kdo znají nanejvýš archiv?

V Brně 11. června 2007

O HLEDÁNÍ SMYSLU ŽIVOTA ČLOVĚKA S NEVYLÉČITELNOU NEMOCÍ (KAZUISTIKA)

Peter Tavel

Následující příběh se dotýká zásadního tématu v životě člověka – hledání smyslu existence, smyslu utrpení. Z kazuistiky je patrné, že tuto otázku musí velmi osobně a bolestivě řešit i ti, u kterých by se mohlo zdát, že se jich tato problematika vůbec netýká, že „už jsou dávno za vodou“ – u věřících lidí, kteří „opustili svět“ a žijí v klášteře.

PRVNÍ SETKÁNÍ – ZÍSKÁVÁNÍ DŮVĚRY, UZAVŘENÍ KONTRAKTU

Setkání s psychoterapeutem doporučovali rehořnímu bratru Patrikovi jeho představení už dávno. V minulosti se už dokonce rozhodl jednomu terapeutovi zatelefonovat v době, kdy chtěl spáchat sebevraždu., Pak si to ale rozmyslel, sebevraždu nespáchal a k psychoterapeutovi nešel. Uplynul nějaký čas. Na podnět duchovní kapacity, s kterou byl v kontaktu, a které důvěřoval, zkusil opět zavolat a setkání se tentokrát uskutečnilo.

Terapeuta vítá na vozíku v zahradě, kam ho spolubratři vyvezli na procházku, protože je krásné letní počasí. Dnes mu není zase až tak špatně, aby musel mluvit s psychologem, nechtěl však setkání odvolávat. Co ho trápí? Neví si rady se životem. Každý den se probouzí s vědomím, že zase musí žít.

Od představených, kteří k setkání museli dát souhlas, vím, že bratr trpí nevyléčitelnou degenerativní poruchou, v jejímž důsledku bude stále méně a méně pohyblivý, závislý na cizí pomoci. Téma nemoci však ještě nebylo vysloveno a pojmenováno. Nemoc je však mezi námi přítomná díky invalidnímu vozíku, který je jejím nepřehlédnutelným důkazem.

Případá si na obtíž a závislý, a to mu vadí. Tento stav přijímá rozumem, ale ne srdcem. Jakoby měl „schizofrenii“ – část osobnosti se se závislostí na pomoci druhých vyrovnala, část ne. Je už 5 let na invalidním vozíku. Občas není nikdo, kdo by ho ošetřoval, kdo by s ním byl.

Uzavíráme kontrakt na 5 sezení. Co by si přál? Moc by chtěl „objevit styl, způsob, naplnění života, který by měl smysl, i když trpí nevyléčitelnou nemocí“. A pak dodává: „Vy mi vlastně těmi otázkami dáváte možnost si utřídit myšlenky, zformulovat a vědět, co opravdu chci“. Zvažujeme i možnost modifikované rodinné terapie za účasti vedení kláštera. Bratr má pocit, že ho spolubratři ani představení neslyší, s pečovateli má neshody, které se týkají jeho nároků. Domlouváme se na časování a „obsazení“ jednotlivých sezení. Nejprve budeme jen spolu, „potřebuje to všechno někomu říci, někomu, kdo ho bude poslouchat a komu nebude na obtíž“.

Patrik začíná nastiňovat situaci v komunitě. Nemoc už trvá dlouho, a jak to vypadá, jsou z toho zničeni všichni. Zpočátku se všichni (komunita i Patrik) snažili proti nemoci postavit. Patrik měl dost síly k přijetí situace – postupně však, jak se zvyrazňovaly obtíže, dostavovala se větší úzkost a nejistota. Nemoc začala nabývat obludných rozměrů, zakrývala mu výhled na všechno. Postupně ho začala ovládat jedna myšlenka: „Co se mnou bude? Vstanu ještě zítra nebo už ne?“ Poté, co byl upoután na invalidní vozík, řeší otázku: „Kdy ulehnu úplně?“

Členové komunity, kteří byli zpočátku velmi vstřícní a snažili se Patrikovi jeho úděl všemožně ulehčit, zjistili, že se jedná o běh na dlouhou trať a že jim docházejí síly

už nyní. *Kromě péče o Patrika musí zabezpečovat běžný chod komunity a plnit každý své úkoly, které mají. Zároveň však řeší tíživé otázky: „Starají se o Patrika dostatečně? Nakolik jít přes své možnosti a hranice? Kolik snese Patrik? Kolik snesou a vydrží oni?“ Přitom všem čtou v očích Patrika němou výčitku, že dříve se mu věnovali málo. Snášení nálad, výčitek a občasných výbuchů Patrika je pro spolubratry velmi obtížné, proto se nemocnému začali vyhýbat. Udělají nejnutnější a spěchají (doděla rádi) za svou prací. Mezi nimi a Patrikem vzrůstá napětí, nedůvěra a nepochopení. A přitom se obě strany tak snaží.*

Patrik si uvědomuje, že jeho cholericke výbuchy (v důsledku úzkosti, nejistoty a skepse) neprospívají atmosféře v klášteře. Neumí si ale pomoci, neví, jak s negativními emocemi nakládat. Snaží se být statečný, nedávat nic najevo. Negativní emoce se snaží vždy v sobě dlouho udržet, pak však stačí maličkost a následuje velký výbuch, „naprosto neadekvátní situaci“. Je rád, že při terapii nemusí být statečný, nemusí být „jako věřící člověk plný důvěry, aby nepohoršil a nezklamal okolí“, může být sám sebou. Může si negativní pocity přiznat. S úlevou přijímá ujištění, že negativní emoce k této tíživé situaci patří, že spíše jejich absence by svědčila o něčem nepřirozeném. Otázkou zůstává, jak s těmito emocemi „soužít“, jak s nimi nakládat, aby jeho i spolubratry tyto negativní emoce příliš „nesoužily“. Pracujeme s metaforami, nejvíce se mu líbí metafora z technického prostředí – „Pokud stále vypadávají pojistky, je dobré provést revizi celého vedení, než neustále dodávat nové a nové pojistky. Pojistky plní důležitou funkci, jejich správná funkce zabraňuje katastrofám.“

V průběhu sezení se bratr uvolňuje, úzkost mizí a daří se navázat velmi dobrý kontakt. Domlouváme příští termín, ještě jen takto ve dvojici. Chce pokračovat v tématu emocí, je pro něj velmi osvobozující nehrát

žádnou roli, nemuset být pro nikoho vzorem, neodsuzovat sám sebe, ani nebýt odsuzován druhými, prostě jen tak být sám sebou.

DRUHÉ SETKÁNÍ – VERBALIZACE DŘÍVE POTLAČOVANÝCH EMOCÍ

Setkání se uskutečnilo zhruba po týdnu, opět v klášteře. Bratr je dobře motivován.

Hned v počátku Patrik znovu otevírá téma nemoci a emocí, které ji doprovázely a doprovázejí. Hodně o tom od minule přemýšlel. Již se negativních emocí nebál, jen je registroval. Zkusil jim „pohledět do tváře“. Úzkost a nejistota přicházely ve vlnách. Nejprve se musel smířit s faktem diagnózy, poté se začaly projevovat problémy s hybností. Se vzrůstající úzkostí pozoroval, jak ho přestávají poslouchat svaly a obával se dne, kdy už nebude moci stát na nohou. Zakoušel nesmírnou nejistotu, strach, co bude, jak to zvládne. Co jeho komunita, jejímž je členem? Nechají si ho a budou se o něj starat, nebo ho dají někam do ústavu pro staré a nemocné bratry, kde jeho jedinou životní náplní bude zakoušení stále rostoucí závislosti na okolí?

Okolí ho nechápe. On tomu na jednu stranu rozumí, zároveň ho to stále více zraňuje. Proč nedokážou pochopit, že nemůže mít pořád dobrou náladu, být vlídný a laskavý, když je ve stálém vnitřním napětí? Proč nedokáží pochopit, že i on má právo vybuchnout? Proč nedokáží pochopit, že on nepotřebuje jen ošetření tělesné, ale také pochopení, ošetření duševní? Má se za to, že když je v klášteře, když si už dopředu vybral v životě cestu vzdávání se sebe a svých nároků (jak to tenkrát ve svém idealismu při rozhodování se pro klášter viděl), tak přece nebude pro něj žádný problém vyrovnat se s nemocí. Je přece věřící, může svůj stav nabídnout jako oběť, může se modlit. Nemusí se přeci hýbat. Na jednu stranu tomu rozumí, na druhou stranu se v něm vše bouří. Není mu ještě ani čtyřicet let. Cítí, že i v klášteře by rád v životě něco dokázal,

rád by pomáhal druhým, rád by byl uznávaný, rád by měl pocit dobře vykonaného díla. A místo toho je většinu času sám, ve své cele – v posteli či na invalidním vozíku a musí čelit stále intenzivnějším myšlenkám, že takováto existence nemá smysl. Dokonce ho docela často napadá, že se musí co nejrychleji rozhodnout, zda bude žít dál nebo zda takovýto způsob života ukončí. Musí se rozhodnout, dokud mu ještě fyzické schopnosti alespoň částečně umožňují život ukončit...

Toto ještě nikdy nevyšlo. Cítí, jak se mu ulevuje, když může hovořit i o takovýchto tématech, které by mu „jako věřícímu vůbec neměly ani přijít na mysl“.

Hrůzu mu nahání situace, že by třeba v budoucnu chtěl skončit svůj život, ale už se nebude moci vůbec hýbat a bude tedy muset svůj život dožít...

Jsou chvíle, kdy se zdá, že se se svou nemocí smířil, že ji přijal. O to horší jsou pak propady dolů, chvíle naprosté beznaděje a bezvýchodnosti.

K závěru setkání sám přichází s tím, že by byl vlastně docela rád, kdyby se mohlo uskutečnit příští setkání ve větším fóru. Má z toho obavy, zároveň však vidí, že o problémech je potřeba mluvit, i když je to těžké, i když se člověk svým otevřením může vydat druhým všanc.

TŘETÍ SETKÁNÍ – EXTERNALIZACE „HRADEB“

Setkání v klášterní společenské místnosti. Všichni zdvořilí, pro většinu z nich je toto sezení prvním osobním kontaktem s psychoterapií. Patrná rozpačitost, nervozita.

Po chvíli „neutrálního hovoru“ se ukazuje hlavní problém – mezi bratrem Patrikem a jeho bývalým velkým kamarádem v řeholi, který se o něj dlouho starával, bratrem Brunem. Tito dva si nedokáží v posledních měsících spolu promluvit v klidu, ačkoliv

dříve si tak rozuměli... Když vyjde na Bruna služba k Patrikovi, bývá to zdrojem traumat pro obě strany. Patrik „dělá hrdinu“, vlastně nechce s Brunem mluvit, vyhovuje mu to. Toto verbální sdělení hodně zraní Bruna, těžko zadržuje slzy. Patrik mírně znejistí a po chvíli tiše dodává, že raději s Brunem nemluví, protože je to tak nejjistější. Toto upřímné sebeodhalení přináší zlom v sezení. Výrazně se proměňuje atmosféra. Najednou všichni mohli zahlédnout „živého Patrika“, ne jeho „ochranný val“, jak jsme potom následně toto chování pojmenovali. Technika externalizace se velmi ujala, účastníci ji brzy přijímají za svou. Postupně začínají za hradbou výbuchů, zdánlivého klidu, přezíravosti, sobectví, nadměrných nároků, zneužívání dobroty ostatních vidět živého Patrika, který je za „hradbou nemočí“ zmítán úzkostmi, pochybnostmi, starostmi... Přes hradby je ale velmi těžké se kvalitně dorozumívat. „Slova se na hradbách třísťí, takže výsledný efekt je spíše nedorozumění než dorozumění a porozumění“. Používáme metaforu deformujícího zrcadla. Obraz za hradbou je zcela jiný než objekt před hradbou. Postupně se daří odstraňovat pocity viny, jednotliví účastníci sezení se snaží oddělovat Patrika a „hradby“. S povděkem přijímají také metaforu pohádky O zakletém Patrikovi, který je držen v zajetí zlým čarodějem a hlídají ho štekající obludy. Teď je potřeba nepřítěžovat Patrikovi (nevydávat ho do moci oblud), zároveň však se nenechat obludami zranit a případně sežrat. Jinými slovy: zúčastnění budou dávat pozor na své hranice (nemohou dát více než je jejich kapacita), pokud jim to však kapacita dovolí, dají Patrikovi najevo svůj zájem.

Rozcházíme se s předsevzetím, že se společně budou učit rozlišovat Patrika a „Hradby“, budou se učit vnímat své hranice a o těchto hranicích informovat i okolí (metafora pozemku ohraničeného plotem, kde se dají otevřít dveře, aby mohla vejít návštěva)

Patrik nebude očekávat, že si někdo všimne, co on právě teď potřebuje, ale bude druhým říkat, co potřebuje (s vědomím, že oni právě teď ale nemusí mít kapacitu mu pomoci, pak mu to ale sdělí, aby mu „Hradby“ toto „nedesinterpretovaly“ tak, že o něj spolubratři nestojí).

Po sezení se dá číst ve tvářích přítomných velké uvolnění, nekonal se soud, nejsou zde strany ublížené ani ubližující. Najednou se dostali na jednu společnou loď, mají chuť společně napnout síly v boji proti „Hradbám“, příp. za nimi čtáhajícím obludám. Nikdo nemluví zbytečně, rozcházíme se téměř v posvátném mlčení. Je to ovšem úplně jiné ticho než ticho na začátku. Je to ticho velmi silné, naplněné.

ČTVRTÉ SEZENÍ – PRÁCE S DOPISEM, POZITIVNÍ KONOTACE

Dnešního sezení se zúčastnil oproti poslednímu jeden nový bratr. Po minulém sezení zařídili představení pro Patrika zlepšení péče. Na přechodnou dobu dostal ošetřovatele z jiného kláštera. Tento krok se ukázal jako velmi pozitivní. Bratr je ošetřovatelsky velmi schopný, není zatížený problémy, které se v průběhu onemocnění v komunitě vytvořily, je zvyklý řešit věci přímo, dovede si získat respekt a ochránit si své hranice. Patrik si s ním velmi rozumí.

Dostáváme se k předsevzetí z minulého sezení: bratři se s Patrikem dohodli, že některé věci mohou zařídit i lidé mimo klášter, vnější pomoc si bratr se svolením představených organizuje sám. Najednou zjišťuje, že už jeho situace není tak beznadějná. Možnost zasáhnout aktivně do péče o sebe ho zmobilizovala. Patrik s překvapením referuje o tom, že najednou je schopen zahlédnout zájem o sebe ze strany bratří, najednou si ho více všímají, více mu pomáhají.

Přes všechny pozitivní reference a výraznou úlevu ve vztazích je ale patrné stále ně-

jaké napětí. Nikomu se o tom nechce mluvit. Je to velký blok – hlavně mezi Patrikem a jeho kamarádem Brunem. Postupně se dozvídám, že po minulém sezení napsal Patrik několika spolubratřím otevřený dopis, který je dost zranil. Patrik mi podává také jednu kopii. Čteme ještě jednou dopis a ověřujeme si na něm, že to, co je vyřčeno, či napsáno, ještě nemusí být tak pochopeno.

Patrik v dopise otevřel komnatu svých negativních emocí, snažil se přiblížit ostatním, jak žije, co prožívá. Problém byl v tom, že vyjádření těchto negativních emocí si hlavně Bruno vzal velmi osobně (jako velký nevděk za to, co pro Patrika udělal...). Pracujeme s dopisem, používáme techniku pozitivní konotace, využíváme znalostí z teorie komunikace, „opečovávám Bruna“... A skutečně – v závěru setkání je patrné pročištění jejich vzájemného vztahu, zároveň je však vidět, že bude třeba tento vztah ještě nějakou dobu léčit, již bez přítomnosti ostatních. Používáme i nadále externalizační slovník.

Do příště ukládáme doporučení: Bruno se nyní nesmí o Patrika starat, vyjde-li na něj služba, pak udělá jen to nejnnutnější. Toto opatření je chápáno jako dovolená pro Bruna, aby se mu mohly uzdravit rány, které mu zasadily Obludy, když se chtěl dostat blíže k Patrikovi.

Po skončení sezení ještě chvíli “obvazují Brunovi rány”.

PÁTÉ SEZENÍ – ZÁVĚREČNÉ

Ačkoliv poslední sezení zpravidla bývají bilanční, toto poslední setkání bylo ještě „hodně pracovní“, hodně intimní, hodně náročné, pouze za účasti Patrika a Bruna. Dle kontraktu je to sezení poslední, Patrik ho tak vnímá a využívá ještě poslední příležitosti k proměně vztahů.

Zprvu opět má navrch Obluda, Patrik je opět schován za Hradbami, verbalizuje, že tento stav nekomunikace s Brunem mu vlastně vyhovuje. To je však v rozporu

s tím, že mu hodně záleželo na tom, aby se dnešní společné setkání uskutečnilo, dokonce jsme několikrát měnili termín, aby se to také Brunovi nejlépe hodilo. Opět používáme externalizační slovník: je zde přítomná „Obluda“, která nechce Patrika pustit ze svých spárů (projevuje se konstatováním: „Nechci mluvit s Brunem“) a Patrik, kterému na setkání hodně záleží. Necháváme oběma svůj čas, podporuji Bruna. Ten se po chvíli také osměluje a ukazuje svůj hrozný strach, který z Patrika (z Patrika či Obludy?) má. Pořád se mu chce zavděčit, snaží se dělat, co mu na očích vidí, ale sám si uvědomuje, že jen jakmile otevře dveře Patrikovy cely, celý ztuhne. sedne na něj „Strach“ a má hrůzu, co zase bude. Čím více se Patrikovi chce zavděčit, tím je situace horší... Oba mlčí, dívají se do země. Za pomoci kamenů si znázorňujeme celou situaci. Barikádu mezi bratry nevytváří jen „Hradby a za nimi Obludy“, z Brunovy strany ještě jejich vzájemnému setkání brání „Strach“, který Bruna velmi svazuje, takže není schopen se chovat přirozeně, což zase „vytáčí“ Patrika. Ten to komentuje slovy: „To je přesný. Já pořád nevěděl, co to tady na mě hraje. Choval se tak divně...“

Opět ticho. Po delší době Patrik přeruší bolestné ticho zásadní otázkou: „A proč se mě vlastně bojíš?!“ Tato otázka spustila lavinu. Otevřely se závory a Bruno ze sebe chrlí všechny nastřádaná a dlouho potlačovaná zranění. Už se neovládá, je mu jedno, že Patrik je nevyčísitelně nemocný, sype

ze sebe všechnu svou bolest. Když skončí, krátce pohlédne na Patrika a má tendenci se omlouvat a zkoumat, zda Patrikovi nepřítižil v nemoci. Patrik se však neurazil, ani nevybuchl, ani není nešťastný. Patrikovi se náramně ulevilo. I Bruno prožívá negativní emoce. Bruno se konečně vykašlal na svůj pečující přístup, konečně mu zase jednou řekl od plic, co si o něm myslí, tak jako dřív. Bruno se ho už nebojí?!? Úlevu a radost lze číst Patrikovi z tváře. Bruno však stále ještě neví, zda něco nepokazil. Nerozhodně postává u postele a neví, kam s očima. „No, pojd“, zašklebí se na něj Patrik a rozpřáhne ruce. Po dlouhé době se zase ze srdce obejmou. A není to jen bratrský pozdrav, běžný v klášteře, je to objetí dvou bývalých a nyní opět současných kamarádů, které od sebe oddělila nemoc jednoho z nich.

Naše sezení končí. Je vidět, že oni dva si mají po tolika letech co říci. Někdo další by se jim jen „pletl“. Potřebují být nyní spolu, sami, když se opět našli.

P. S. *Po tomto posledním sezení jsme se již neviděli. Přišlo však ještě několik dopisů, které jsou příliš intimní na to, aby se zveřejňovaly. Vypovídají však o tom, že Patrikovi se podařilo projít těžkým údobím života se ctí. Ještě i nyní je mu smutno, má strach z totální bezmocnosti a závislosti, ale už se s tím naučil žít.*

Odesláno k recenzím: 25. 4. 2006. Přijetí konečné verze k publikaci: 18. 5. 2007

1. KONFERENCE K 10. VÝROČÍ ZALOŽENÍ ČSAP (BRNO, 3. 3. 2007)

Dana Dobiášová

Česká společnost pro analytickou psychologii slavila desáté výročí a uspořádala v Brně na filosofické fakultě první konferenci. K významnému datu 3. 3. 2007. V ten den měl totiž, donedávna jediný český jungiánský analytik a zakladatel ČSAP, Ludvík Běťák, šedesáté narozeniny. A ještě jedna pozoruhodná událost se odehrála právě 3. března před sto lety. Jung se poprvé vydal na návštěvu za Freudem do Vídně a vedli spolu památný třináctihodinový rozhovor.

Konference byla jednodenní, účastnili se jí převážně absolventi a frekventanti výcviku v jungovské psychoterapii. Celý průběh konference měl úspěšný a studentský ráz. Organizaci zajišťovali frekventanti výcviku, stejně tak dvě třetiny příspěvků za-

jistili také oni. Ostatně s aktivní účastí na konferenci se v rámci výcvikového programu počítá. Snad i proto chyběli na konferenci zahraniční lektori, kteří doposud zčásti zajišťovali výcvikový program (Mario Jacoby, Verena Kast, Luigi Zoja, Jean Knox, Ursula Wirtz, aj.). Z našich známých osobností, které se k odkazu Junga hlásí, na konferenci vystoupili Karel Plocek a Ludvík Běťák.

První příspěvek přednesl **Martin Skála**, který pracuje v Sanatoriu pro léčbu psychóz Nad Ondřejovem. V kazuistické studii se zabýval rozbořením snů a obrazů pacientky, která se potýká s démonem. Pro pochopení dynamiky fantazií pacientky podal Martin Skála výklad k archetypové struktuře obran, kterou popisuje v knize „*The Inner World*



Denisa Jasová s historickými postavami za zády

of Trauma“ Donald Kalsched. Podle Kalscheda se aktivuje druhá linie obran Selbst, když selžou obrany ega. Tuto obranu Selbst označuje Kalsched jako archetypickou. Projevuje se štěpením Selbst na část „nevinou“ (před traumatem) a „falešné já“. Archetypická obrana, která má ve snech podobu démona, brání dětské části Selbst navázat kontakt s realitou a riskovat možnost retraumatizace. Aby Selbst zabránilo možností vnější retraumatizace, retraumatizuje se samo svou odštěpenou démonickou částí. Na základě této vnitřní dynamiky obran vysvětluje Kalsched dlouhodobé působení traumatu i po změně vnějších vlivů (viz „vnitřní identifikace s agresorem“ nebo „tendence k retraumatizaci“).

Na terapeutickou kazuistiku Martina Skály dobře navázala **Denisa Jasová**, spoluautorka empirické studie, zaměřené na výzkum disociativních symptomů u schizofrenních pacientů. V příspěvku nechyběl exkurs do historie pojmu disociace (z disociace, kterým se rozumí rozpojení asociací, rozštěpení psychických souvislostí), vztahení pojmu disociace k Jungově teorii komplexů a k diagnóze schizofrenie. Studie vycházela z předpokladu, že mezi etiologickými faktory u schizofrenie hraje významnou roli zvýšená hladina stresu, trauma a disociace. Výsledky studie u pacientů ze Sanatoria Nad Ondřejevem a z Psychiatrické léčebny v Bohnicích ukázaly významné souvislosti mezi traumatickými vlivy, subjektivně prožívaným stresem a disociací. Tyto poznatky jsou v souladu s Bleulerovou a Jungovou koncepcí štěpení u schizofrenie. Denisa Jasová měla studii pečlivě připravenou k prezentaci, doplněnou tabulkami a ve sborníku na CD byl uveden rozsáhlý přehled literatury. Stála u mikrofonu před portréty Pierra Janeta, Eugena Bleulera a C. G. Junga, které jí při přednášce jistily záda.

Andrea Scheansová zaujala příspěvkem „Archetyp iniciace a fenomén drogové závislosti“, který vycházel z koncepce Luigiho Zoji, v Americe žijícího italského

jungovského analytika. Podle Zoji lze užívání drog chápat jako nevědomý pokus o určitý druh iniciace, který je sám o sobě škodlivý pro nedostatek vhledu. Proces iniciace, který naplňuje iniciátorovy hlubší potřeby, lze rozdělit do tří fází. V první fázi jde o touhu přeměnit sebe sama v jinou, úspěšnou osobu, nesvázanou s konzumním stylem. V druhé fázi jde o stažení ze světa konzumního stylu (iniciační smrt), odmítnutí dřívější identity. Třetí fáze je fáze znovuzrození, která je psychologicky snadnější při sdílení zkušenosti s ostatními pomocí rituálu (např. kontrolovaného užití drogy). V našich podmínkách uživatelé drog v nevědomém procesu iniciace selhávají, protože vynechávají druhou fázi (iniciační smrt). Jsou intoxikováni nejen konkrétní látkou, ale také konzumním stylem života, který si přejí negovat. Konzumentství jim nedovolí něčeho se vzdát, prožít smutek a pocit prázdnoty. Dnešním drogově závislým chybí vnitřní prostor, který s vnějšími rituály pomáhá obsáhnout zkušenost znovuzrození. Důvodem, proč se u závislých ukazuje jako neefektivnější léčba v komunitě, je také atmosféra mystického společenství. Léčba v komunitě má nejbliže k tradičnímu modelu iniciace. V případě iniciace se podle Zoji zabýváme spíše archetypálními procesy než archetypálními postavami. Nicméně se u drogových závislostí setkáváme s personifikovanou archetypální postavou Negativního Hrdiny. Hlavní charakteristika zápasu Hrdiny spočívá v tom, že dává v sázku svou vlastní existenci, že bojuje celým srdcem, aby zvítězil nebo zemřel. Podle Zoji chybí civilizovaným společnostem nejen iniciační rituály, ale i rituály, vztahující se k tématu smrti. Smrt se tak stává potlačovaným tématem, podobně jako téma sexuality bylo tabu v začátku minulého století. A ve světě drog je téma smrti neustále ožíváno. Zoja považuje drogovou závislost za nevědomý pokus o vlastní iniciaci, která je však převrácená (znovuzrození předchází fázi „smrti“, fáze odříkání je potlačena, ale po-

zději se objevuje jako biologická deprivace v těle uživatele). Andrea Scheansová čerpala svůj příspěvek z knihy Luigiho Zoji: *Drugs, Addiction and Initiation*, která vyšla v roce 1989 v Bostonu.

Po suverénně přednesených příspěvcích, se v závěru prvního dopoledního bloku skromně posadila za stůl **Jana Mašková**, aby se soustředěně, jakoby víc pro sebe než pro posluchače, zabrala do tématu, pojednávajícím o a „Archetypu stínu a projekci stínu jako obrany před cizostí romského etnika v době jeho příchodu do Střední Evropy“. Zajímavé mi přišlo, že pokud má stín osobní povahu, je možné jej snáze poznat a integrovat do vědomí. Kde však, podle Junga, přichází v úvahu jako archetyp, tedy obsah kolektivního nevědomí, je vzdálenější a za normálních okolností rozpoznán velmi zřídka a nebo nikdy“.

Po přestávce vystoupil se sdělením o výzkumu skupiny psoriatických, zaměřeným na ovlivnění psoriatických obtíží skupinovou psychoterapií, zkušený brněnský psycholog a psychoterapeut, **Drahomír Balašík**. Výzkum probíhal v letech 2003–2005 a pořádko ho Oddělení klinické psychologie FN u sv. Anny v Brně s Dermatovenerologickou klinikou téže FN. Při opatrné interpretaci u malého souboru pacientů s lupenkou, Drahomír Balašík konstatuje, že skupinová psychoterapie je zúčastněnými hodnocena pozitivně, je vhodným doplňkem dermatologické léčby, ale v délce trvání 3 měsíční skupinové terapie, je krátká pro pacienty s těžší formou lupenky. Autor výzkumu slibuje podrobnější zprávu o výzkumu v Čs. psychologii. Doufejme, že se v ní objeví i zajímavé kresby členů skupiny, vztahující se ke skupině a procesům v ní a k samotné psoriáze.

Kateřina Lucká, jediná lékařka mezi přednášejícími, mě mile překvapila tím, jak může být téma homeopatie nahlíženo z jiného, tedy jungovského, pohledu. Prezentace byla velmi srozumitelná, názorná, k posluchačům laskavá. Zato pro příspěvek **Miroslava Filipa** „Revidovaný test sémantického výběru jako metody pro práci se

symbolickým materiálem“, jsem nepobírala dost pozornosti a zájmu. Obrázky, které umí počítač, mají dle mého názoru jinou symbolickou hodnotu. Autor pracuje v Psychologickém ústavu Akademie věd v Brně. Podal zprávu o revidovaném obrázkovém Testu sémantického výběru, který původně v 60. letech sestavil pražský biochemik a psychiatr Doležal). Nová verze má mít lepší teoretické a psychometrické podklady a stanovena pravidla pro interpretaci výsledků testu. Autor na příkladu z ambulantní praxe ilustroval terapeutickou práci s klientkou pomocí uvedeného testu.

Jan Šikl oslovil přítomné odvážnou sebereflexí a výzvou, která mířila jak mezi jungiány, tak do řad psychoanalytiků, mezi které patří. Název příspěvku „Zavolejte prosím Junga zpátky do Berggasse“, korespondoval s načasováním konference k výročí před sto lety, kdy Jung s Freudem vedli dialog. Sdělení bylo výzvou k navázání nového dialogu. Oživil posluchače, kteří již před polední pauzou poněkud zemdleli, s povděkem přijímali humor i nadsázku. Následně se **Ludvík Běťák** snažil posbírat zbytky pozornosti účastníků konference nad tématem „Snového stromu“. Metodu kresebného motivu stromu, rozšířenou o variantu snového stromu, rozvíjí řadu let ve spolupráci s Libuší Hršelovou. Ludvík Běťák dokumentoval na kazuistických ukázkách z terapeutické práce, jak lze využít v terapii tuto kresebnou metodu. Kéž by oba autoři zúročili řadu let práce se „Snovým stromem“ a napsali knihu, kde by uplatnili bohaté zkušenosti z klinické praxe.

Oběd zajistil organizační tým v blízké restauraci Fausto Coppi. Jídelníček si mohl každý dopředu sestavit na základě mailové objednávky. Ale i tak se odpolední program pozdržel, polední pauza byla přece jen krátká.

Jan Krása zahajoval odpolední program náročnou „Archetypologií Gilberta Duranda“. Durand se teoreticky a nepsycho-terapeuticky zabírá archetypologií a je předmětem speciálního zájmu se pokousat



Ludvík Běťák (vpravo) před konferencí

klasifikačním systémem jeho archetypů. Jan Krása doporučuje ke čtení Durandovu knihu *Antropologické struktury obrazivosti*, ve které je velké množství historického a kulturního materiálu. Jiří Černý nás zavedl ve „Vybraných aspektech katolické spirituality v pohledu analytické psychologie“ k Nejsvětější svátosti oltářní. Dokládá také citacemi z teologické literatury, jak je postava Krista inspirující pro individuální cestu a jak na symbolické rovině představuje Kristus „bytotné já“. V mnoha směrech inspiruje zejména ke sjednocování protikladů a jejich integraci. V závěru se vyslovil, že „bytotné já“ nelze ztotožnit s Bohem katolické víry, ale k Bohu katolické i jiné víry se nelze přibližovat, aniž by nebyl konstelován archetyp „bytotného já“. Ani po tomto příspěvku se nikdo do diskuse nepřihlásil. Pro konferenci bylo příznačné, že se nediskutovalo.

Karel Zezulka ve sdělení „Od nedostatečného pocitu vlastní hodnoty až k frag-

mentaci Já“ nás provedl třemi kazuistikami, jejichž společným tématem bylo narušení pocitu vlastní hodnoty, konstelace Jáskeho komplexu a narušení jeho stability. V rámci reparace se ve všech případech objevovaly grandiózní fantazie a fascinace pocitem výjimečnosti. Výsledkem byla dezintegrace a fregmentace, ale v každém ze tří případů probíhala jinak. Karel Zezulka vysvětlil, jak v jednotlivých případech situaci viděl a jak na ni reagoval (od možnosti nahradit selhávající Jáské funkce funkcemi terapeutovými, přes konfrontaci Já se Stínem–propojení vědomé a nevědomé části a dosažení stavu, kdy fantazie mají ego posilující charakter až po nemožnost navázat psychotherapeutický kontakt).

Další dva příspěvky byly teoretické. **Jolana Bucková** měla připravený hutný a dlouhý text o „Nové etice Ericha Neumanna“. Neumann byl Jungovým žákem, ale koncem 30. let odjel se ženou do Palestiny, kde oba pracovali v Tel Avivu jako



Karel Plocek při přednášce o „Szondiho pojetí rodinného nevědomí“

analytici. Z hlediska přínosu pro jungovskou psychoterapii znamená jeho „Nová etika“ odpovědi na otázky k individuálnímu a kolektivnímu stínu. Jeho odkaz je zatím v našich podmínkách nedoceněn. Jolana Bucová se snažila Ericha Neumanna co nejvíce přiblížit, objasnit také, co se míní „starou etikou“ (absolutizace hodnot s doprovodnými principy potlačování a vytěšňování nežádoucího), podala přehled jeho díla (Nová etika, Historie původu vědomí, Velká matka, Dítě a Tvořivý člověk). Zanedlouho má být pořádána celosvětová jungiánská konference s názvem 100 let Ericha Neumanna. I když bylo sdělení zajímavé, bylo ke škodě, že se hodně protáhlo nad limit 20 minut.

Karel Plocek má dar mluvit „spatrá“ a mít kontakt s publikem. Přišel na konferenci s příspěvkem k „Szondiho pojetí rodinného nevědomí“. Szondi je Jungův generační druh a Jung ho „vyreklamoval před transportem do koncentračního tábora. Zabýval se rodinným nevědomím, nevědomými dědičnými dispozicemi, akty nevědomé volby, analýzou osudu (genově podobnými osudy, nevědomou volbou nemoci). V „osudové terapii“ jde zejména o konfrontaci s linií předků.

V posledním odpoledním bloku se **Svataava Janošková** vzdala svého příspěvku „Sen v analytické psychologii: Struktura a výklad snu“ s tím, že jej zveřejnilo FORUM JUNGIANUM (časopis, který ČSAP začal vydávat, vyšlo zatím 1. číslo), a tak se konferenční program dostal do plánované časové struktury. Další dva příspěvky se týkaly rovněž práce se sny. Autorka této zprávy o konferenci prezentovala kazuistiku, která ilustrovala práci se sny v dlouhodobé terapii. **Michal Pacvoň** měl teoretické pojednání o „Symbolu hada ve snu“.

Konferenci uzavíraly pro zpestření příspěvky přibližující Tarot (**Lenka Štorková**) a Trickstera – Božského šibala nám představila a obrazovým materiálem vtipně a poutavě doplnila **Veronika Hublová**. Poslední příspěvek byl dobrým přeladěním na završení konference koštem vín a oslavou narozenin Ludvíka Běťáka v Osvětimanech, kam se účastníci konference autobusem přepravili a téměř do půlnoci koštovali vína i moravský folklór. Ludvík Běťák je stejně neodmyslitelnou součástí folklórního souboru v Osvětimanech, jako je neodmyslitelný od České společnosti pro analytickou psychologii. Který z těch stromů je ten reálný a který ten snový, ponechajme na něm. Tak ať se jim oběma ještě dlouho a dobře daří!

Foto: autorka



Ludvík Běťák na koštu v Osvětimanech

X. INTERNATIONAL FORUM ON THE PERSON-CENTERED APPROACH (7. 5.–12. 5., MALLORCA)

Ladislav Nykl

Desátá mezinárodní konference přístupu zaměřeného na osobu „International Forum on the Person-Centered Approach“ se tentokrát konala na Mallorce za účasti více než 200 delegátů z 27 zemí (Španělsko, Mexiko, Anglie, Německo, Rakousko, Francie, Argentina, USA, Norsko, Rumunsko, Rusko, Belgie, Brazílie, Itálie, Japonsko a jiné).

Denně probíhalo 7 souběžných přednášek a workshopů na téma psychoterapie, výuka a poradenství v rámci přístupu zaměřeného na člověka. Důležitou částí konference byly skupinové diskuse (komunity) všech účastníků, které často trvaly až 3 hodiny do pozdního večera, takže zbyl sotva čas stihnout večeři.

Problémem konference se stala její dvojjazyčnost (angličtina a španělština). Mnoho španělsky mluvících účastníků se anglicky nedomluvilo a překlad byl zajištěn pouze pro některé přednášky, s čímž anglicky mluvící účastníci nebyli srozuměni. Překlady a hledání společné řeči se staly tématy mnoha rozhovorů a konfliktů. Bylo až úžasné, jak se konference a jednotlivé skupiny vyvíjely – postupně bylo prakticky vše překládáno jednotlivými účastníky, kteří ovládali obě řeči, navíc často i portugalštinu. Ruský delegát Venijamin Kolpachnikov, profesor na Moskevské univerzitě, se nabídl organizovat příští forum v Moskvě nebo v Sankt Petěrburgu, což bylo přijato.

Pozdní odpoledne a večer třetího dne byl věnován kulturnímu pořadu a přivítání se senátorkou a ministryní kultury a se starostou města Palma. Večer se konala prohlídka nově renovovaného hradu v městě Palma, kde byly v kulatém nádvoří představeny národní tance. Večer skončil tancem a pří-

jemnou náladou. Po čtvrtěčním konfliktu ohledně překladů se v pátek vyvinula neobvykle příjemná a srdečná atmosféra a sobotní rozloučení pak bylo spojeno s velkým žalem jednoho norského účastníka.

Zkušenosti ze skupiny, která se na konferenci sešla, byly jistě pro každého účastníka obrovské: nejen rozplynutý konflikt, ale i spousta osobních výpovědí, akceptace a porozumění, odvaha mnohých účastníků vyjádřit osobní problémy i vlastní pocity. Je obohacující slyšet, jak se mnozí dokáží naslouchat a pozorně vnímat druhou osobu – je to způsob komunikace, který postrádáme.

Z rozhovorů o přestávkách jsem se dále dozvěděl, že například v Mexiku existuje magisterské studium sociálních věd („Human Development“), které je postaveno na přístupu zaměřeném na člověka a že v Argentině se v tomtéž duchu provádí výcvik pro učitele. V našem workshopu, vedeném Renatou Motschnig, Antonio Santosem a Ladislavem Nyklem, se sešli účastníci, kteří se zajímali o výuku v duchu přístupu zaměřeného na člověka, o blendid learning a encounterové skupiny na univerzitách. Dostalo se nám vysokého uznání za pionýrskou práci na tomto úseku.

Na konferenci se objevily i úvahy, které vybočují z filosofie přístupu, které však nebyly akceptovány. Jednou z perel konference byl jistě i workshop Natalie Rogers, která nabíla mnohé skupiny svou příjemnou a skromnou osobností, svým uměním přiblížit se k člověku. Celkový zážitek z konference byl mocný a jistě takový připraví i příští setkání v Moskvě nebo Sankt Petěrburgu.

HISTORICKÉ PROMĚNY RODINNÉ TERAPIE

David Skorunka *

Dana Hajná **

ABSTRAKT:

Článek je věnován nedávno zesnulým, významným postavám psychoterapie a zejména rodinné terapie, které položily základy specifických terapeutických přístupů a přispěly k rozvoji těchto oblastí poznání. Uvedeny jsou hlavní předpoklady a myšlenky čtyř osobností psychoterapie ve vztahu k rozvoji tzv. psychopatologie, roli terapeuta a terapeutického procesu. Uvedeny jsou též některé kritické připomínky k přístupům, jež zmíněné osobnosti vytvořily.

Klíčová slova: psychoterapie, rodinná terapie, strategický přístup, orientace na řešení, kontextuální terapie, výzkum rodiny

ABSTRACT:

The article is devoted to recently deceased, respected figures of psychotherapy and particularly family therapy, who laid the foundations for specific approaches and thus contributed to the development of the abovementioned disciplines. Main assumptions and ideas of those influential figures regarding psychopathology, a therapist's role and therapeutic process are overviewed including some critical comments towards approaches that those therapists developed.

Keywords: psychotherapy, family therapy, strategic model, solution-focused approach, contextual therapy, family research

ÚVOD:

V průběhu ledna a února letošního roku opustily tento svět významné osobnosti psychoterapie a zejména rodinné terapie. Jay Haley, Iván Boszormenyi-Nagy, Lyman Wynne a Insoo Kim Berg inspirovali psychoterapeuty a zejména rodinné terapeuty svými inovativními přístupy, ve své době

neobvyklými názory na terapeutický proces, roli psychoterapeuta i komplexnějším pohledem na vznik zdravotních a jiných potíží jedince či problémů v rodinném systému. Každá z uvedených postav ovlivnila dění v psychoterapeutické komunitě svým osobitým, nezaměnitelným způsobem, a proto není snadné je spolu poměřovat. Následující text je pouhým připomenutím těchto osobností a především shrnutím toho hlavního, čím vývoj v psychoterapii a rodinné terapii obohatily.

STRATEGIE

A RODINNÉ HRY

„Úkolem terapeuta je změnit pacienta a ne mu pomoci k tomu, aby si porozuměl.“

JAY HALEY

Jay Haley opustil tento svět 13. února 2007 v 83 letech. [1]

Patřil k tzv. pionýrům rodinné terapie, kteří v polovině minulého století přispěli k rozvoji různých forem psychoterapeutické práce s rodinou. Zkušenosti získával od Milтона H. Ericksona, v 50. letech 20. století byl členem slavného výzkumného týmu v kalifornském Palo Alto společně s Gregory Batesonem, Donaldem Jacksonem a Johnem Weaklandem. S těmito kolegy je také podepsán pod zpočátku vlivným, později velmi diskutovaným a v současné psychiatrii kontroverzním konceptem dvojné vazby (*double bind*). Během své profesionální dráhy spoluzakládal několik institutů rodinné terapie, podílel se na chodu slavného



* Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Hradec Králové

** RIAPS Praha, aktuálně mateřská „dovolená“

Mental Research Institute (MRI), působil na různých amerických univerzitách, napsal více jak sto odborných článků a také 21 knih. Ovlivnil nejen rodinnou terapii, ale i vznikající krátké, na řešení zaměřené psychoterapeutické přístupy.

Haley je jedním z hlavních zakladatelů a představitelů tzv. strategického modelu rodinné terapie. Ten přímo navazuje na komunikační/interakční přístupy vyvinuté v *Mental Research Institute* (MRI), jimž předcházely výzkumné projekty zaměřené na rodinnou komunikaci probíhající v letech 1952–1962 v kalifornském Palo Alto a později v MRI. Výzkumy a klinická zkušenost Haleyho a jeho kolegů včetně Paula Watzlawicka, Richarda Fishe a dalších měly později velký vliv na vznik Milánské školy. Je třeba připomenout, že v MRI působily i jiné postavy, např. Virginia Satirová či Steve de Shazer, kteří pak sami vytvořili vlivné modely psychoterapie/rodinné terapie. Celé toto období „kvasu“ charakterizoval vznik do té doby neobvyklých koncepcí a způsobů psychoterapeutické práce s duševně nemocným člověkem. Vždyť tehdy byla představa spolupráce s celou rodinou zcela radikální, pobuřující myšlenkou. Všímaní si rodinného kontextu a zapojení rodiny do spolupráce patří k zásadním změnám, které se v té době v psychoterapii odehrávaly. Byť z dnešního pohledu některé přístupy či domněnky mohou budit úsměv, zděšení, či kritické zamyšlení, „úprk“ do praxe provázený touhou vyzkoušet „něco jiného“, účinnějšího, přinesl do psychoterapeutické komunity nové myšlenky a svěží vítr.

Ve strategické rodinné terapii zaujímá terapeut aktivní roli. Je zodpovědný za navržení důmyslné strategie, jejímž cílem je prostě zbavit klienta příznaků. Některé strategie užívané v minulosti jsou nepochybně drastické, o čemž svědčí ústně sdělené příklady i název specifického přístupu *ordeal therapy* (angl. ordeal – muka, utrpení, zátěžkávací zkouška).² Haley svým přímým, někdy direktivním způsobem práce vyvolá-

val pobouření mezi svými kolegy, kteří zastávali jiný názor na vliv a působení terapeuta v psychoterapii. Z Haleyho strategického pohledu je boj o definování vztahu implicitní součástí všech mezilidských vztahů. Symptomatické chování jednoho z partnerů či členů rodiny považoval za maladaptivní strategii s cílem získat nad vztahem kontrolu. Později Haley své formulace upřesňoval. Příznak klienta chápal jako adaptivní strategii vzhledem k jeho současné situaci, když ve snaze mít nad vztahem s bližním kontrolu selhaly všechny předchozí strategie. Tento pohled i dnes uplatňují někteří terapeuti hlásící se k současné rodinné či systematické terapii, byť mnozí z nich nejsou tak strategicky důslední a provokativní (např. E. Asen).[3]

Mezi klasické strategické intervence patří tzv. předpis symptomu či problematického chování, přerámování chování či problému s cílem nastínit jeho možný pozitivní význam nebo smysl, návrh ke zhoršení problematického chování atd. Všechny strategické intervence mají mít tzv. paradoxní charakter, neboť vycházejí z předpokladu, že rodiny či klienti přicházející s žádostí o pomoc se změny obávají, nebo dokonce o změnu příliš nestojí a tudíž je nutné jejich odpor ke změně překonat. Jak poznamenal známý italský rodinný terapeut Maurizio Andolfi (ústní sdělení), terapeut se nesmí nechat chytit do pastí vzájemně si odporující logiky rodiny – pomozte nám se změnit, aniž bychom museli cokoli měnit. Snad každý psychoterapeut měl alespoň jednou podobnou zkušenost s rodinou či klientem, pro něhož by bývala byla vhodná nějaká strategická, paradoxní intervence. Přesto je otázkou, zdali je možné považovat tento postup za etický, zdali ho lze ospravedlnit názorem, že je jedno, jakým způsobem „pomáháme“. Sám Haley za svůj největší vklad považoval opakované připomínání, že psychoterapie je především souhrnem specifických dovedností – jednoduchých myšlenek, praktických postupů a technik.[1] V tomto případě jde o nemístnou skromnost. Haley

patřil totiž k prvním, kdo si všimli, že problémy v rodině se objevují častěji za určitých okolností:

1. Není jasná hierarchická struktura rodiny.
2. Rodina není dostatečně flexibilní při přechodu z jedné vývojové fáze do druhé.
3. Rodinné vztahy jsou založené výlučně na komplementárních či symetrických transakcích. [4]

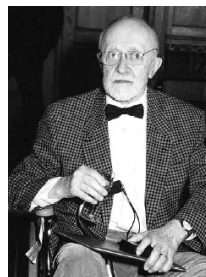
Těmito předpoklady, jakkoli diskutabilními, se strategické pojetí řadí k normativním modelům rodinné terapie a tak nepřekvapí, že Haley také jeden čas spolupracoval se Salvadorem Minuchinem ve slavné *Philadelphia Child Guidance Clinic*.

Haleyho strategický přístup se dočkal jednou ostré kritiky. Z různých kruhů zaznívaly výčitky, že strategií terapeuti zcela ignorovali humanistické metafory růstu, uzdravování, transformace, zatímco kybernetické (či spíše válečné) metafory strategie, hry, manévru a taktiky měli ve zvláštní oblibě. V této souvislosti je třeba připomenout, že popularita strategického modelu a jeho typických metafor zejména v 70. letech minulého století měla svůj společensko-politický kontext v podobě studené války a dobového společenského diskurzu. Jiné výtky zaznívaly na Haleyho příliš pragmatický přístup, v němž nebylo místo na sociální kontext potíží, kvůli kterým rodiny vyhledávaly psychoterapeutickou pomoc. To samé platí o místy nadměrně přímočarý postoj k projevům chování či potížím jednoho člena rodiny, které bezpochyby jsou součástí složitějších interakčních vzorců, rodinných příběhů a souvislostí. Ale strategické therapy, alespoň zpočátku, nezajímalo porozumění, vzhled, historie, dokonce zpochybňovali požadavky na vlastní sebepoznání budoucích terapeutů. Feministicky orientované terapeutky se s Haleym také neshodly v otázce moci v partnerském vztahu. Kritizovaly ho za ignorování důsledků plynoucích z tradičního pojetí man-

želství i za příliš ukvapené „pokusy“ o „odstranění“ potíží bez snahy o větší porozumění dění v rodině.

ETICKÝ ROZMĚR VZTAHŮ A TERAPIE

„Filozofování je zábava, ale klinikovi nepomůže. Rodinný terapeut si musí být vědom, že existuje nějaká realita a lidské bytosti. V praxi se musíme zabývat o to, co se děje, a co je efektivní.“



IVÁN BOSZORMENYI-NAGY

Iván Boszormenyi-Nagy, psychiatr, psychoanalytik a rodinný terapeut maďarského původu, zemřel 28. ledna 2007 v 86 letech. [5] Narodil se v Budapešti do velmi rozvětvené rodiny, jeho rodiče byli významnými soudci. Po druhé světové válce odešel z Maďarska do Rakouska, údajně po nátlaku komunistické strany, která v zemi získávala stále větší vliv. Z Rakouska přesídlil do Spojených států amerických, kde absolvoval lékařskou rezidenturu. Spolu s některými americkými psychiatry patřil k prvním, kdo překročili hranice individuálního výkladu psychopatologie a všimli si souvislostí mezi projevy duševní nemoci a navenek nepostřehnutelnými rodinnými fenomény. Na první pohled nepozorovatelným, ale o to významnějším projevům loajality a závazků mezi členy rodiny věnoval Boszormenyi-Nagy publikaci *Invisible Loyalties*, kterou napsal v sedmdesátých letech minulého století společně s Geraldine M. Sparkovou. Zejména ve Spojených státech amerických měla tato kniha velký ohlas; navíc v Maďarsku se i dnes ke koncepci Boszormenyi-Nagye hlásí mnozí rodinní terapeuti. Oba autoři považovali lojalitu za pojítko mezi generacemi, které může být pozitivní, sjednocující silou, ale které naopak může být i překážkou růstu, rozvoje a autonomie jedince nebo přímo

ohrožit separaci dospělého jedince od rodičů.

Boszormenyi-Nagy se lišil od svých spoluputníků právě tím, jaký důraz kladl na spravedlnost, důvěru, poctivost a závazek jako základní prvky vztahové etiky nejen v rodině ale i v psychotherapeutickém procesu. Jeho přístup se nazývá kontextuální terapií (*contextual therapy*) a klíčovým konceptem je tzv. vztahová etika (*relational ethics*). K hlavním pilířům kontextuální terapie patří předpoklad, že ve všech vztazích můžeme rozlišit čtyři základní dimenze:

1. fakta (např. věk, somatická onemocnění, rozvod, adopce apod.),
2. psychologii jedince (rozvoj ega, obranné mechanismy, náhled, fantazie apod.),
3. typické transakční vzorce (pozorovatelné chování, pravidla, hranice, role apod.),
4. vztahovou etiku, spravedlnost. [6]

V rozhovorech o čtvrté vztahové dimenzi Boszormenyi-Nagy opakovaně zdůrazňoval, že mu nejde o moralizování, ani o hodnocení. Etický rozměr či spravedlnost chápal jako součást subjektivně vnímaných vzájemných vztahů ve smyslu našich představ o tom, co lze považovat ve vztazích za čestné, spravedlivé neboli „fér“ jednání. Připouštěl, že je někdy obtížné tyto aspekty definovat, přesto je považoval za mimořádně důležité. „Kdo z nás by chtěl žít ve vztahu, v němž se cítí zneužíván, obelháván, v němž má pocit, že s ním ten druhý zachází nespravedlivě?“ ptával se Boszormenyi-Nagy sugestivně a dodával: „Vzájemnost typická pro blízké vztahy zahrnuje jak brání, tak dávání. Aby mohl vztah fungovat, mezi bráním a dáváním musí být rovnováha. Zároveň nelze očekávat, že vše okamžitě dostaneme zpátky.“ [6] Rovnováha mezi bráním a dáváním, citlivost k potřebám, péče a zodpovědnost jsou podle Boszormenyi-Nagye základní stavební kameny fungující rodiny. Symptomy se objeví tehdy, pokud je důvěra a péče v rodině z různých důvodů narušena. Byť většinou

nepoužíval psychoanalytické termíny, vliv psychoanalýzy se u Boszormenyi-Nagye projevil v připomínání nereflektovaných, transgeneračních „dluhů“ vztahové či emoční povahy, porušení loajality v rodině apod. Psychoanalytické vzdělání prozrazuje též důraz na „skryté“ vztahy, nevědomé závazky a požadavek na důsledné zkoumání rodinné historie. Spolu s Geraldine Sparkovou Boszormenyi-Nagy popsal, jak jsou některé děti v tzv. dysfunkčních rodinách delegovány k tomu, aby na sebe vzaly svému věku nevhodné role „rodiče“, „domácího mazlíčka“, „obětního beránka“ či „sexuálního objektu“ mnohdy s neblahými důsledky pro vývoj rodiny. [2]

Příznivci kontextuálního přístupu prosazují terapeutické zaměření na tři generace, bez kterého není možné dosáhnout vhladu, překonat patové situace ve vztazích, vyrovnat rodinné „účty“ a především dosáhnout usmíření. Svým pojetím se kontextuální terapie řadí mezi transgenerační modely rodinné terapie. Boszormenyi-Nagy se snažil o důslednou integraci analytických konceptů s předpoklady právě se rodící rodinné terapie a můžeme ho směle řadit k prvním psychoterapeutům, kteří integrativní přístup reprezentovali. Zdůrazňoval, že k adekvátní představě o rodinném fungování nestačí pozorování jednoduchých interakčních sekvencí mezi členy rodiny. Je nutné brát v úvahu vliv jak intrapsychických, tak mezigeneračních témat v rodině, především subjektivně chápané otázky potřeb, práv, požadavků a závazků každého člena rodiny k ostatním členům. To se snaže píše, než reálnizuje, zvláště když z předchozích řádků nemusí být jasné, jakým způsobem tento imperativ Boszormenyi-Nagy realizoval ve své klinické praxi. Přestože ovlivnil více své americké než evropské kolegy (nepočítáme-li maďarské psychoterapeuty), stopy odkazu Boszormenyi-Nagye lze vysledovat u tak odlišných konceptů rodinné terapie, jako je model Chvály a Trapkové či rodinné konstelace Berta Hellingera. Zmínění terapeuti samozřejmě pracují s rodinami zcela

odlišně a na Boszormenyi-Nagy se přímo neodvolávají, nicméně v některých aspektech se s kontextuálním pojetím prolínají (transgenerační vývoj, emoční „dluhy“, fenomén tzv. transdebitace, spravedlnost či etický rozměr vztahů). [7, 8] Navzdory svému zdůrazňování etické roviny vztahů, ani Boszormenyi-Nagy neunikl kritice feministicky založených kolegyň. Luepnitzová ve své důsledné, kritické analýze hlavních škol rodinné terapie vyčítá kontextuální terapii Boszormenyi–Nagy průměru obchodních metafor (např. účty, konta zásluh aj.), které podle ní nejsou pro popis mezilidských vztahů nejpříhodnější, navíc posilují tržně-komerční pohled už dost přebujelý v současné kapitalistické „západní“ společnosti. [9]



OD POPISU PROBLÉMU

K POPISU ŘEŠENÍ

„Lidé si pletou jednoduché se snadným. Pracovat jednoduše vyžaduje nesmírnou disciplínu. Terapie zaměřená na řešení není vůbec snadná, je obtížná.“

INSOO KIM BERG

Insoo Kim Berg se narodila a studovala v jižní Koreji, studium sociální práce dokončila v USA, kde od 60. let minulého století žila a pracovala. Zemřela 10. ledna 2007 ve věku 74. let. [10] Společně se svým manželem Stevem de Shazerem (zemřel v září 2005 ve Vídni) je považována za zakladatele tzv. krátké terapie zaměřené na řešení (*Brief solution focused therapy*). V roce 1978 spoluzakládala terapeutické, výzkumné a vzdělávací pracoviště *Brief Family Therapy Center* v Milwaukee, ve státě Wisconsin (USA). Insoo Kim Berg je autorkou či spoluautorkou mnoha knih. V češtině je k dispozici překlad *Posílení rodiny*, vydaný Institutem pro systemickou zkušenost (ISZ, 1991). Terapeuti z tohoto insti-

tutu mají také podíl na tom, že v devadesátých letech minulého století Insoo Kim Berg zavítala několikrát do naší republiky. Bohatě lektorské a přednáškové činnosti po celém světě, které se Insoo Kim Berg převážně v posledních letech věnovala, předcházela rozmanitá klinická zkušenost. Během svého života pracovala v různých zařízeních, věnovala se četné problematice (domácí násilí, školní problémy, závislosti, chronická onemocnění) i různým skupinám ve společnosti (pracovala s Inuity, severoamerickými Indiány, vietnamskými emigranty a vězni). V posledních letech rozšiřovala metodu terapie orientované na řešení také v oblasti tzv. koučování (*couching*).

Terapie zaměřená na řešení bývá řazena mezi přístupy inspirované postmoderní filozofií a teorií sociálního konstrukcionismu. V porovnání se strategickou a kontextuální terapií patří tedy historicky k novějším přístupům. Nicméně její zakladatelé vyšli z principů strategické terapie a komunikačních přístupů *Mental Research Institute*. Sama Insoo Kim Berg v jednom z mnoha poskytnutých rozhovorů vzpomíná, že seznámení s texty Jaye Haleyho, Johna Wazlawicka a Paula Wazlawicka pro ni znamenalo intelektuální šok, po němž se začala zajímat o tehdy nové myšlenky v psychoterapii. [11] Nicméně od strategického a MRI přístupu se terapie Insoo Kim Berg, Steva de Shazera, Eve Lipchik a mnoha dalších kolegů liší v několika aspektech. Především je v terapeutickém rozhovoru patrný zásadní odklon od popisu problému a toho, co není v pořádku (*problem talk*), k popisu řešení a rozvíjení detailních představ o tom, jak vypadá situace, když je problém vyřešen (*solution talk*). Tito psychoterapeuti se v rozhovoru s klientem nezaměřují na problém, jeho definování a objasňování. Místo toho je zajímavá, zdali se v existenci problému vyskytují výjimky (*exceptions*), tedy chvíle, kdy se problém neobjevuje. Zaměření na výjimky má umožnit klientovi nalézt řešení problematrické situace. Jak řekla Insoo Kim Berg: „Když terapeut spolu s kli-

entem rozebírají možné řešení problému, postupně se zesiluje jejich přesvědčení, že změna je možná, že dosažení společného cíle je reálné. Přesně takhle funguje jazyk.“ [11] Její manžel Steve de Shazer by možná dodal, že cílem terapeuta je pomoci rodině v tom, aby tvořivě objevila své vlastní způsoby řešení situace, kdy je uvězněna ve slepé uličce.

Ještě jedna odlišnost krátké terapie od přístupu MRI a strategické terapie stojí za zmínku. Kim Berg i de Shazer nesdíleli představu o odporu klienta (*resistance*), kterou jejich strategičtí předchůdci víceméně převzali od psychoanalytiků (zvláště když někteří z nich sami původně psychoanalytici byli). Insoo Kim Berg i Steve de Shazer nepředpokládali, že klienti přicházejí do terapie s potřebou změny a zároveň se změně brání. Podle nich se klienti upřímně snaží spolupracovat a o změnu usilují, ale pokud terapeutovy interpretace nebo intervence neodpovídají jejich zkušenosti, pokud se s nimi nemohou ztotožnit, dostávají se do odporu a zdá se, že nechtějí spolupracovat. [2] Na dotaz, jak pozná, že její přístup funguje, se Insoo Kim Berg vyjádřila takto: »Ale to poznáte snadno. Když něco funguje, lidé se začnou usmívat, najednou jsou všichni plni energie. Také říkají „to mě vůbec nenapadlo se na to takhle podívat“ nebo „to je nápad“.« [11] Je otázkou, zdali by se s takovou jistotou spokojili proponenti dnešního důsledného hodnocení výsledku terapie a účinnosti založeného na různých dotaznících i počítačových programech, které je v mnohých zemích standardní součástí na důkazech založené psychoterapeutické praxe. [12]

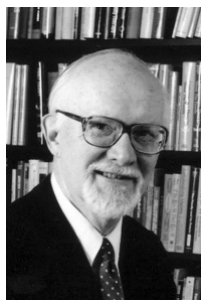
Terapeuti hlásící se ke krátké terapii vytvořili několik „technik“ či způsobů dotazování zaměřených na změnu rodinných přesvědčení, narušení problém-udržujících behaviorálních vzorců či posílení náznaků změny, které chtějí klienti dosáhnout. K dobře známým „jazykovým intervencím“ patří například tzv. zázračná otázka (*miracle question*) či dotazy podporující rozví-

jení představ o vyřešené situaci, odstraněném problému nebo odpovídajících změnách v chování jedince či celé rodiny. Rozšířila se i metoda škálování (*scaling questions*), jejíž podstatou je definování konkrétního cíle spojené s pravidelným hodnocením, kdy klient za podpory terapeuta na základě svého úsudku monitoruje své dílčí úspěchy, pokroky a postupnou změnu. Kromě popularity přinesla nadšená aplikace těchto zdánlivě jednoduchých a snadno zapamatovatelných „technik“ samozřejmě také vystřízlivění, neboť ne každý klient či rodina mohla mít z tohoto přístupu užitek. Například finiší terapeuti, kteří vytvářeli dnes již známý model tzv. Otevřeného dialogu pro práci s jedincem s diagnózou psychotického onemocnění, uváděli *brief solution-focused* terapii mezi inspirační zdroje. Zároveň ale dodávali, že ze všech přístupů se jim krátká terapie zaměřená na řešení v dané problematice nejméně osvědčila (ústní sdělení). Je zřejmé, že většinou nelze techniku či přístup oddělit od osoby terapeuta, který konkrétnímu způsobu terapie obzvláště řečeno „vdechl“ život i vztahový rozměr. Kritici terapie zaměřené na řešení času poukazují na to, že její představitelé příliš spoléhají na sugestibilitu. Připomínají také, že lidé mohou mít ze sofistikovaných otázek užitek jen tehdy, disponují-li přiměřenými kognitivními či reflektivními schopnostmi. Podle jiných kritiků je přístup orientovaný na řešení příliš zjednodušující a nevede k dlouhodobější změně, možná i z toho důvodu, že v jednostranně kognitivním zaměření je kladen malý důraz na emoční prožitek a vztahové souvislosti.

VÝZKUM RODINY POZNAMENANÉ PSYCHOTICKOU ZKUŠENOSTÍ

„*Geny mohou držet klíč, ale rodiny s ním otáčejí.*“¹³

Lyman Wynne se narodil v roce 1923 vzdělaným, leč chudým emigrantům z Dánska, kteří se usadili v malé vesnici ve stá-



státě Minnesota (USA). Zemřel ve věku 21. ledna 2007 ve věku 83 let. [14]

Kromě medicíny vystudoval i sociální psychologii. Patřil vůbec k prvním psychiatrům, kte kteří se věnovali rodině člověka s diagnózou schizofrenie.

Tehdy se psal rok 1947 a zdravotníci rodiny nemocných s vážným duševním onemocněním většinou ignorovali. Wynne sám zažil devastující vliv duševních potíží jedince na celou rodinu, neboť jeho sestra spáchala sebevraždu. V padesátých a šedesátých letech se Wynne podílel na prvních výzkumných projektech zaměřených na rodiny, v nichž měl jeden či více členů diagnostikovanou schizofrenii. Stal se vedoucím sekce *Family Studies* v Národním ústavu duševního zdraví (*National Institute of Mental Health, NIMH*), kde před ním působil Murray Bowen. V tomto institutu působil celých dvacet let a soustředil se na výzkum rodiny a schizofrenie. Současně se věnoval psychiatrické a psychotherapeutické praxi. Wynne aktivně působil i ve Světové zdravotnické organizaci (WHO), publikoval nespočet článků a podílel se až do současnosti na mnohých výzkumných projektech. Za výzkum schizofrenie mu byla udělena cena pojmenovaná po Friedě Fromm-Reichmannové. Americká akademie rodinné terapie (AAFT) mu za významný přínos rodinné terapii udělila cenu dvakrát. Ke konci své kariéry působil na *University of Rochester*, kde je po něm a jeho manželce Adele, s níž terapeuticky spolupracoval, pojmenováno výzkumné pracoviště *Wynne's Centre for Family Research*.

Už v 50. letech minulého století se Wynne zaměřil na výzkum komunikace, v němž pokračoval i v dalších letech. Zajímalo ho, zdali vznik a průběh psychotického onemocnění, zejména schizofrenie,

nemůže souviset s jistými formami komunikace mezi jednotlivými členy rodiny. Wynne a jiní se domnívali, že specifické komunikační vzorce charakteristické fragmentací, zmatkem a iracionalitou vedou ke zvyšené sociální a interpersonální zranitelnosti jedince, u kterého se později rozvinou psychotické projevy. Wynne navrhl termín pseudovzájemnost (*pseudomutuality*), kterým chtěl postihnout navenek se jevící otevřené, vstřícné vztahy v rodině, které ale takové ve skutečnosti vůbec nejsou, naopak je charakterizuje výrazný emoční odstup mezi členy rodiny. [2] Podle něj pseudovzájemnost představovala rodinný manévř, jehož cílem bylo uchránit členy rodiny od všudypřítomných pocitů prázdna a nesmyslnosti ve vztahu ke společnému soužití. Společně s dalším výzkumníkem Margaret Singerovou v šedesátých letech minulého století realizovali sérii studií zaměřených na rodiny s diagnózou psychotického onemocnění, jehož výsledkem byl popis tzv. komunikačních odchylek (*communication deviance*). Na základě videonahrávek, přepisů rozhovorů a jejich důkladné analýzy výzkumníci identifikovali specifické formy komunikace o vztazích, neobvyklé emoční reakce, zvláštní formy usměrňování pozornosti a vyjasňování významů a sníženou schopnost zvládat stres. Singerová se dále zaměřila na srovnávání přepisů rozhovorů s pacienty a jejich rodičů, aniž by bylo známo, komu který přepis náleží. Zjistila, že s vysokou mírou přesnosti je možné správně přiřazení přepisů členů jedné rodiny k sobě na základě podobných komunikačních stylů. [15] Výzkumy z té doby, včetně těch, které prováděl Wynne, si později vysloužili kritiku za to, že potvrzení hypotéz a předpokladů nemůže být založeno na zkoumání rodin dlouho poté, co rodinný systém a jeho fungování ovlivnil průběh závažného duševního onemocnění u jednoho z členů rodiny. Přesto pozdější, propracovanější studie některé předpoklady a zjištění týkající se rodinné komunikace potvrdily.¹⁶

I když Wynne zdůrazňoval význam faktorů rodiny v souvislosti s rozvojem závažného duševního onemocnění, byl jeden z prvních své generace, kdo se snažil uvádět na pravou míru obviňující a hrubě zjednodušující výklady tehdejší doby. Prosazoval výzkum v rodinné terapii a k interpretaci výsledků přistupoval s opatrností, neboť si byl zřejmě vědom toho, že jednoduché lineární modely jsou pro popis složité interakce genetických a environmentálních faktorů nedostatečné. V roce 1995 spolu s Williamem Pinsofem editoval zvláštní vydání *Journal of Marital and Family Therapy* věnované tehdy existujícímu výzkumu. V tomto speciálním čísle Shadish s kolegy publikovali snad první meta-analýzu, která posílila argumenty svědčící o účinnosti rodinné terapie. Závěry této meta-analýzy potvrdily jak účinnost v kontrolovaných podmínkách daných designem studie (*efficacy*) tak tzv. účinnost v podmínkách reálné klinické praxe (*clinical effectiveness*). [17] Poznatků o účinnosti rodinné terapie od té doby značně přibýlo co do rozsahu i specificity. Vzhledem ke své aktivitě v psychiatrické a vědecké komunitě nemohl být Wynne slepý k sílícímu vlivu tzv. řízené zdravotní péče, dominujícímu biologické-mu diskurzu, jehož součástí je důraz na přesnou klasifikaci duševních nemocí. V jednom z rozhovorů uvedl, že rodinná terapie musí přijmout současný výzkumný trend i tradiční diagnostické kategorie, jinak bude rodinná terapie marginalizována. [18] K tomuto názoru se rázně vyjádřili představitelé sociálního konstrukcionismu. Podle nich bude i v případě marginalizace rodinné terapie představovat důležitý potenciál vývoje v oblasti duševního zdraví, zvláště pokud půjde o jediný přístup v této oblasti, který není založen na diagnostikování a nálepkování lidí s různými problémy. [19]

Snaha respektovat hlavní proud vědeckého zájmu nebránila Wynneovi připomínat význam prostředí, zejména rodiny, ani v době sílícího zájmu o vývoj v genetice a molekulární biologii. Jeden z posledních

dlouhodobých výzkumných projektů, na kterém spolupracoval se svými finskými kolegy Tienarim, Wahlbergem a dalšími psychiatry, byl zaměřený na zkoumání interakce genetických a rodinných faktorů v souvislosti s rozvojem psychotického onemocnění schizofrenního okruhu. Studie zkoumající adoptované děti a adoptující rodiny (*adoption study*) přinesla zajímavé výsledky i možné interpretace. Stručně řečeno, adoptované děti s vyšším genetickým rizikem pro rozvoj schizofrenie jsou citlivější k nepříznivým okolnostem v podobě dysfunkčních rysů rodin, v nichž jsou tyto děti vychovávány. Na rozdíl od zdravého či „uzdravujícího“ prostředí adoptivních rodin, dysfunkční rysy (ve studii jasně charakterizované a měřené) významně zvyšují riziko rozvoje onemocnění. [20] Autoři studie výsledky studie komentovali slovy, že k rozvoji onemocnění nestačí samotné genetické riziko ani dysfunkční rodinné prostředí. Studie publikovaná v roce 2004 v *The British Journal of Psychiatry* je jednou z prací, které oponují současným zjednodušujícím genetickým výkladům vzniku schizofrenie. Jinými slovy, nikoli pohled „buď a nebo“, geny nebo prostředí, ale vzájemně se ovlivňující faktory genetické a environmentální, v tomto případě rodinné.

ZÁVĚR:

Jakkoli nesourodé se mohou jevit připomenuté přístupy a jejich zakladatelé, všichni patřili k výrazné generaci, která udávala směr a ovlivnila na dlouhé období vývoj psychoterapie a rodinné terapie. Jejich skon lze považovat za další symbolické připomenutí konce epochy, kdy dění v psychoterapeutické komunitě neurčovaly tolik instituce, profesní organizace, ale jedinci, kteří svým charismatem a inovativními postupy inspirovali mnoho generací terapeutů a výzkumníků. I dnes se někomu může na první pohled zdát rodinná terapie nepřehlednou oblastí poznání s mnoha navzájem si odporujícími předpoklady a charismatickými „proroky“, na což před časem kriticky

upozorňovali příznivci tradičního, objektivizujícího pojetí. [21] Ale snahy o integraci, o zmírnění vzájemné intelektuální řevnivosti a nové hledání inspirace za hranicemi oboru jsou v současnosti nadále patrné. Obavy o rozplynutí někdy provokujících a jindy obohacujících výkladů rozvoje psychopatologie, role terapeuta a procesu rodinné terapie ve vlivném biomedicínském diskurzu určitě nejsou na místě. U nás i v zahraničí existuje mnoho kolegů, kteří již nyní vývoj rodinné terapie ovlivňují a navazují tak na odkaz v textu připomenutých osobností.

LITERATURA:

1. Holey, J. *Jay Haley, a Pioneer in Family Therapy*. The Washington Post, 2007, March 3rd
2. Goldenberg, H., Goldenberg, I. *Family Therapy: An Overview*, 5th Edition, Wadsworth/Thomson Publishers, 2000
3. Asen, E., Jones, E. *Systemic Couple Therapy and Depression*, Karnac Books, 20014
4. Carr, A. *Family Therapy: Concepts, Process and Practice*. Wiley&Sons, 2001
5. Carey, B. *Iván Boszormenyi–Nagy, 86, an Innovator of Family Therapy, Dies*. The New York Times, 2007, February 13th
6. Abrahamsson, E., Berglund, G. *Creative Conversations; Meetings with Family Therapists and Their Ideas*, Mareld Books, 2000
7. Trapková, L., Chvála, V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*, Portál, 2004
8. Hellinger, B. *Working with the Family Soul: Live Demonstration of Family Constellation*. 4th EFTA Congress, Budapest, 27–30th June, 2001
9. Luepnitz, D.A. *The Family Interpreted; Psychoanalysis, Feminism and Family Therapy*. Basic Books, 2002
10. Wolf, F. *Insoo Kim Berg*. http://www.oecas.at/Insoo_Nachruf.htm
11. Coert, W. *Interview with Insoo Kim Berg*. 2004, http://www.oplossingsgerichtveranderen.nl/solution_focused_change_in_organizations2.htm?interview_insookimberg.htm
12. Skorunka, D. *Ze světa praxe do světa výzkumu (a zpět)*. Psychoterapie, 2007, roč.1, č.1. ISSN
13. Arehart–Traichel, J. *Genes May Hold Key, But Families Turn it*. Psychiatric News, 2004, Vol.39, No.10
14. Sullivan, P. *Lyman Wynne, 83: Schizophrenia Researcher*. The Washington Post, 2007, January 21st
15. Bentall, R. *Madness Explained; Psychosis and Human Nature*. Penguin Books, 2004
16. Nugter, M. et al. *Parental Communication Deviance*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1997, 95: 199–204
17. Shadish, W.R., Ragsdale, K., Glaser, R.R. *The Efficacy and Effectiveness of Marital and Family Therapy; A Perspective from Meta-Analysis*. Journal of Marital and Family Therapy, 1995, Vol.21, No.4
18. Shields, C.G., Watson, W. *A Conversation with Dr. Lyman Wynne: The Role of Diagnosis in Family Therapy*. AAMFT's Family Therapy Journal, 2002, 1(3), 20–25
19. Gergen, K.J., Hoffman, L., Anderson, H.: *Is Diagnosis a Disaster?: A Constructionist Dialogue*. IN F. Kaslow (Ed.), *Relational Diagnosis*, Wiley&Sons, 1996
20. Wynne, L., Tienari, P. et al. *Genotype-Environment Interaction in Schizophrenia–Spectrum Disorder; Long-term Follow-Up of Finnish Adoptees*. The British Journal of Psychiatry, 2004 (184), 216–222
21. Sprenkle, D.H. *Effectiveness Research in Marriage and Family Therapy; Introduction*. Journal of Marital and Family Therapy, 2003, Vol. 29., No.1.

Odesláno k recenzím: 23. 4. 2006. Přijetá konečné verze k publikaci: 9. 5. 2007.

ROZHOVOR O SUPERVIZI

(Zbyněk Vybíral se ptal Veroniky Čermákové a Kamila Kaliny)

KK: Asi bychom oba (Veronika a já) měli předeslat na začátek pár vět o tom, kdo jsme, co děláme a co děláme v supervizi. Já jsem až dosud dělal převážně supervizi skupinovou nebo týmovou (s týmy drogových zařízení), méně supervizi individuální, a hodně takové věci mezi supervizí a coachingem, což je asi odlišné od zkušenosti Veroniky.

VČ: Já mám zkušenost se supervizí týmů (vedení organizace, denních stacionářů, projektových týmů) a s individuální případovou supervizí (supervize v rámci výcviků i supervize profesionálů), a to jak v rámci psychoterapie, tak v sociální oblasti.

ZV: Děkuji vám za krátké představení. Rozumím dobře tomu, že supervize je něco jako pohled z „výše“, z nadhledu, ze superiorní roviny, které dosáhl supervizor, ale ve které se nepohybuje zatím supervidovaný? Něco jako meta-psychoterapie? Tedy psychoterapie o psychoterapii nebo psychoterapie psychoterapeuta?

VČ: Supervize je pro mě pohledem „z výše“, z nadhledu, ale supervizor pro mě nutně nemusí být supermanem, tedy tím, kdo se pohybuje tam, „kde se zatím nepohybuje supervidovaný“.

Ten, kdo jde krajinou se svým klientem, týmem, se může dostat do místa, kde tápe, bloudí, hledá orientaci nebo cestu kudy se vydat dál. V takové chvíli mu může pomoci supervizor – člověk který stojí na kopci. Člověk, který z nadhledu (či „odhledu“) může vidět krajinné souvislosti, které nejsou viditelné pro toho, kdo krajinou putuje. A je dobré, když takový člověk (rozuměj supervizor) má k dispozici zkušenosti, znalosti, modely, citlivost, a lidskost, které mu umožňují nejen krajinné souvislosti vidět, orientovat se v nich, ale také je umí bezpečným a nezahanbujícím způsobem hledajícímu (supervidovanému) sdělit.

Supervize by neměla být psychoterapií, naopak, úkolem supervizora je mít mnohdy

tenkou hranici mezi supervizí a psychoterapií na mysli, umět ji detekovat, pojmenovat a ošetřit.

KK: Kolega Zbyněk hned v úvodu staví jakýsi hierarchický nebo pyramidový model, v němž supervizor či supervize představuje nejvyšší patro hierarchie, vrchol pyramidy – slova k tomu svádějí, ale není to úplně přesné a může to být ošidné. Jako supervizor zkoumám psychoterapeutický příběh, který mi supervizand předkládá, ale ten příběh se neděje „pode mnou“, abych měl na něj nadhled – děje se jinde. A já ho zkoumám nikoliv „z výšky“, ale odjinud. K tomu „odjinud“ patří i nezávislá pozice – supervizor například nemá být zapletený do dění na pracovišti, nemá být organizační součástí toho systému, jeho hierarchickou složkou, není to šéf ... i když konzultace případu se šéfem, který umí a zná, může být hodně pomocná a otevírající, není možné ji se skutečnou supervizí ztotožňovat. „Meta-psychoterapie“ jako něco, co je „za“ psychoterapií, to mi připadá výstižnější, supervize se skutečně zabývá meta-procesy, jen podotýkám, že se může týkat nejen psychoterapie, ale i například výchovy nebo sociální práce nebo jakékoliv činnosti, kde jsou ve hře lidé a jejich vztahy, třeba řízení organizace. „Psychoterapie o psychoterapii“ ... ne, supervize není psychoterapie, a už vůbec supervize není „psychoterapií psychoterapeuta“, tady jsem jako supervizor naopak povinen držet určité etické hranice a neobnažovat osobní problémy supervidovaného terapeuta. Někdy je to svůdné pro obě strany, ale to prostě není moje role a náš kontrakt. Ano, zabývám se osobním problémem, který má terapeut se svým klientem v tom předkládaném příběhu, a přirozeně často vnímám nějaké širší a hlubší souvislosti ... třeba naznačím, že třeba existují, projeví porozumění, ale dál jít nemohu. Je důležité vyjednat jasný kon-

trakt a v takových situacích jej připomenout.

ZV: Vždycky se mi na mysl dere představa, že supervizor by měl být ten nejzralejší z odborníků, kteří pracují s lidmi. (Slovo „zralost“ může být vnímáno jako klíše se sporným obsahem, tak ho ještě obměním: nejzkušenější, nejklidnější, s největším nadhledem, s trpělivostí, člověk moudrý...) Když si představuji ta podlaží – laik, student VŠ, frekventant ve výcviku, potom už terapeut „pod supervizí“, pak ještě zkušenější terapeut – no a pak supervizor, vychází mi „ten na konci“ jako někdo, kdo toho umí nejvíc. Je tomu tak?

VČ: „Nejzkušenější, nejklidnější, s největším nadhledem, s trpělivostí, člověk moudrý...“ – to zní pěkně a voní to ideálem. Pokud vezmeme tyto vlastnosti jako ideál, k němuž je žádoucí se přibližovat, pak mohu souhlasit. Supervizní výcviky Českého institutu pro supervizi (ČIS) se pokoušejí tímto směrem jít. Proto jsou požadavky pro vstup do výcviku supervizorů poměrně náročné – třináct let praxe, zkušenosti s vedením lidí, vlastní sebepoznávací výcviková zkušenost a zkušenost se supervizí na vlastní kůži. A proto jsou také nároky na absolvování závěrečné evaluace ve výcvicích ČIS tak vysoké. Obsahují jak prokázání kompetencí ve vlastní práci se supervidovanými (supervizní práce pod supervizí, kazuistika, živé audio či video ukázky), tak komplexní posouzení supervizních dovedností (např. práce s bezpečím a hranicemi v supervizi, zacházení s kontraktem, znalost etických dilemat, znalost supervizních modelů a schopnost je využívat v praxi, schopnost sebereflexe, vědomí vlastních „slepých míst“ supervizora apod.)

KK: To bude zase polemika s tím hierarchickým, pyramidovým modelem, který Zbyněk nastínil na začátku... Tentokrát ten model končí idealizací supervizora s nejrůznějšími nej-. Asi nezralost a nezkušenost opravdu není to, co se od supervizora očekává ... v té drogové oblasti, ve které působím, si týmy spíš vybírají supervizory, kteří

mají „něco nalítáno“ a mohou být důvěryhodní. Ale supervizor není ten, kdo „umí nejvíc“, ale kdo umí ještě také něco jiného, tj. supervizi. Veronika v předchozí odpovědi použila srovnání různých pohledů na krajinu – „jít terénem“ a „dívat se s kopce“ – já to zkusím posunout a vysvětlit na metafoře krajiny a mapy, což, jak známo, není totéž. Terapeut jde se svým klientem krajinou, jakž takž zná krajinu i cestu, ale nemá mapu. Supervizor není s nimi v té krajině, ale je schopen si vytvořit mapu a vést o ní dialog se supervidovaným terapeutem. To je dovednost či umění samo o sobě. Vlastně na to se zaměřuje výcvik v supervizi.

Přemýšlím, kde se ta hierarchická představa vzala, možná z výcviku v SUR? Podle mé zkušenosti člověk, který je zvyklý se v tomto modelu pohybovat, nemusí být dobrým supervizorem, protože často má potřebu pořád vidět tu konkrétní krajinu, třeba shora. Já jsem se jako vedoucí výcvikových komunit SUR to „vytváření map“ záměrně učil, ale výcvik v supervizi v ČIS mi tohle vlastně amatérské cvičení nesmírně obohatil.

ZV: Asi se shodneme na tom, že něco jiného je umět a vědět a ovládat se a být profesionálně rozvázný, sečtělý – a něco jiného může být osobnostní vývoj (anebo také úpadek). Odborník přece vždy nestoupá lineárně výš a výš i osobně. Jsou pojmenovány zákruty a mělčiny jako vyhoření, zpoždění, rutina – ale supervizor může být náhle i osobně, osobnostně v krizi. Nemusí zvládnout svůj vztah, svůj věk, své vzteky, svůj narcismus... Chci se vás zeptat, jestli si myslíte, že věk (ba často stáří), tedy horizonty často spojené s opotřebením, únavou, prací „ze zvyku“, nepozorností, možná i namyšleností – jestli to je to nejlepší věkové pásmo pro „dělání supervizora“ druhým.

VČ: Vzhledem k tomu, že se shodneme v představě „ideálního“ supervizora (viz předchozí odpověď) a vzhledem k tomu, že každý supervizor (i bez ohledu na věk) je ohrožen Tebou zmíněnými fenomény, pokusím se spíš přemýšlet jaké má integra-

ktivní supervize prostředky k omezení vlivu těchto rizik na práci se supervidovaným. V první řadě mám na mysli kontrakt. Kontrakt technický (obsahující četnost, dobu setkávání, placení, mlčenlivost, příp. písemné výstupy ze supervize apod.) i kontrakt o průběhu vlastního supervizní práce – jasně zformulování zakázky supervizního setkání. Transparentní kontrakt a jeho dodržování v průběhu supervizní práce je základem pro bezpečí v supervizi. Je důležité, aby to věděly obě strany – supervizor i supervidovaný. ČIS pořádá několikrát do roka semináře pro uživatele supervize – aby věděli k čemu jim může supervize být, jak si ji objednat, jak kontraktovat, kdo je supervizor, jak vypadá Etický kodex...

KK: Vida, tady ten Zbyňkův hierarchický model končí dokonce u jakéhosi ageizmu – jako nedávný šedesátník se musím starších dam a pánů zastat, právě že ten vývoj není lineární a věk často dodává nové světlo, lidé jsou leckdy méně opotřebenější, méně rutinnější i méně namyšlenější než jsou jejich o 20 let mladší kolegové a než byli oni sami před 20. lety. Spíš vnímám, že příliš velký věkový rozdíl a třeba pověst odborné autority může vytvářet překážky v kontraktování, ne nepřekonatelné, ale existující. Jinak samozřejmě souhlasím s tím, že syndrom vyhoření činí v každém věku supervizora nepoužitelným stejně jako terapeuta. Supervize není vejminek. Trochu se obávám invaze profesionálních supervizorů, kterým se třeba už nechce se trápit s každodenní realitou přímé práce s klienty a hledají na poli supervize lehčí, narcisticky uspokojivější a mnohdy finančně zajímavější profesní náplň. Co se týče osobních/osobnostních krizí, dobrý supervizor i terapeut by je měl reflektovat, ale zaskočí někdy i zkušeného borce. Před několika lety jsem v osobní krizi při supervizi jednoho týmu totálně selhal, sice se mi dostalo podpory a porozumění, nějak mě to zlidštilo a přiblížilo a supervize mohla pokračovat ... vzpomínám na to s vděčností, ale vím, že by nebylo radno mít více takových vzpomínek.

ZV: Když myslím na kontrolní funkci supervize (nazývám ji „kontrolní“, i když se to třeba někomu nemusí líbit), znovu mne napadá obraz pyramidy. I supervizor po supervizním výcviku může cítit potřebu supervize, i supervizor supervizora může udělat chybu a pocítit potřebu, že by měl někdo zkontrolovat jeho práci... Kdo vlastně u nás superviduje supervizory supervizorů?

VC: S termínem „kontrolní funkce supervize“ mám opravdu trochu problém. Supervize je pro mě především dohodou o laskavé a respektující pomoci. Setkávají se v ní dva subjekty – jeden, který pomoc hledá, a druhý, který k této pomoci nabízí své lidské i odborné zkušenosti a dovednosti. Vycházím ze své vlastní zkušenosti – supervizi vyhledávám ve chvíli, kdy cítím, že jsem nějakým způsobem uvízla ve vztahu s klientem. Podobně vyhledám možnost supervize supervize, když si nejsem jistá v supervizi, když potřebuji podporu, nové pohledy na supervizní situaci... Kontrolní funkce supervize podle mě nastupuje ve chvíli, kdy je vážně ohrožen prospěch, kontrakt, bezpečí klienta. Tehdy je na supervizorovi (případně na supervizorovi supervize), aby svou zkušeností a znalostmi pomohl supervidovanému situaci nahlédnout a přijmout rozhodnutí, která ochrání klientův zájem. Nemyslím si, že by v praxi nastávala často situace, v níž by si supervizor supervizora povolal na pomoc supervizora supervize supervize. Setkání nad supervizí supervize, tak jak je zažívám, nejsou setkáními dohlížitelů nad dohlížiteli. Jsou kolegiální výpomocí, příležitostí k obnově sil, získání nových pohledů, zpracování náročných emocí, k osobnímu a profesnímu růstu.

KK: Nejprve k té kontrolní roli supervize. Myslím, že není nutné se alergizovat vůči tomu, že vedle podpurného a učícího aspektu má supervize v sobě také aspekt kontrolní. Pomáhající a léčitelské profese, které zacházejí s citlivými tématy lidských příběhů a disponují velkou mocí, potřebují,

aby do jejich práce byly zabudovány určité zpětnovazební, korektivní procesy. Je to nakonec záruka klientova bezpečí, jistoty a důvěry. Ale tyhle procesy nemusí nutně probíhat v hierarchickém, pyramidovém schématu. V té poslední Zbyňkově otázce – „Kdo vlastně u nás superviduje supervizory supervizorů?“ – se ten obraz pyramidy už proměňuje v bizarní hru se slovy typu „pronásledovatelé pronásledovatelů jsou pronásledování pronásledovateli pronásledujících pronásledovatelů.“ – Já sám si velmi užívám setkání, která spolupořádá Veronika v kavárně U Čecha v Praze 6. Tam probíhá supervize supervize v částečně proměnlivé „vrstevnické“ skupině, kde žádná hierarchie neexistuje, lidé jsou zkušení, ale každý jinak, důvěřují si a mají si co dát. Necítím se tam jako součást pyramidy, ale jako aktér jednoho z těch živých zpětnovazebních, korektivních procesů. Přináší to užitek mně, lidem, kterým se snažím pomáhat v práci, jejich klientům a nakonec i mým klientům. Být součástí procesu je důležité. Jak se říká v terapeutických komunitách, „kdo není součástí procesu, je součástí problému.“

ZV: Před lety popsal Michael White v kapitole o práci terapeutického reflexního týmu fakt, že v jistém smyslu se supervizory terapeuta nebo terapeutů mohou stát jejich „klienti“. (Na sezeních dávali lidem tu možnost...) Jak se díváte na tuto vizi, kterou můžeme chápat buď jako do důsledků dovedenou rovnocennost obou „stran“ v terapii, nebo dokonce jako představu o prohozené hierarchii: v jistém smyslu se na chvíli ocitá výš „klient“ – vyjadřuje se k práci terapeuta. Mohu tedy vyslovit myšlenku, že někdy je „výš“ (nebo „dál“) supervidovaný terapeut? Že i on se vyjadřuje k práci supervizora?

VČ: Určitě! Vždyť supervize má být především pro něj! Už každá slovní nebo emoční odpověď terapeuta je pro mě „supervizí“ mé supervizní práce. (Navíc on je tím, kdo je s klientem v terapeutické situaci a zná ho lépe než já coby supervizor) Kromě tohoto naslouchání reakcím a odpo-

vědím supervidovaného (v duchu knihy P. Casementa: Hledání a objevování) má supervize další modely a způsoby, jakými se supervidovaný vyjadřuje k práci supervizora. Obvyklou součástí supervize je závěrečná reflexe, kdy se supervidovaný vyjadřuje k průběhu supervizního setkání. Mluví o pocitech ze supervize, o tom, co mu pomohlo, co ze supervize může využít pro práci s klientem, případně pojmenovává témata, která se objevila a kterým považuje za užitečné se ještě věnovat. V dlouhodobější, kontinuálně vedené supervizi se domlouváme na pravidelném „ohlédnutí se“ – prostřednictvím rozhovoru, škály, dotazníku – které pomáhá zhodnotit vzájemnou spolupráci, reflektovat vztah, ukázat oblasti, jimž je třeba se víc věnovat (např. ve výcvikové supervizi to může být doplnění teorie, práce na určitém osobním tématu, lepší sebeděče terapeuta). Takové „ohlédnutí“ může být také příležitostí pro rekonstruktování – jak technické (např. četnost supervizních setkání), tak obsahové.

KK: Co říká Zbyněk, hezky ilustruje to, co jsem měl na mysli v předchozí odpovědi: že ty zpětnovazební, korektivní procesy nemusí nutně probíhat v tom hierarchickém, pyramidovém schématu. Samozřejmě, stojím o zpětnou vazbu od lidí, se kterými pracuju, ať už je to jednotlivec, tým či skupina. Na druhou stranu jim ale nechci brát jejich právo na bezpečí a jistotu role: oni tady nejsou proto, aby řešili případné problémy, které s nimi mám, ty si musím řešit jinde a musím mít kde. Není to rovnováha. Zase se vracím k terapeutickým komunitám: jejich zakladatel Maxwell Jones kladl důraz na to, že proces sociálního či interpersonálního učení v komunitě je obousměrný; učí se i tým a každý člen týmu. Ale nad tím je vrcholné právo klienta, aby jeho terapeuti byli aspoň o něco duševně zdravější a zralejší než on sám, aby byli schopni se zabývat jeho problémy a příliš ho nezatahovat do svých.

ZV: Ještě se vrátím k představě pyramidy. Vadí mi na tom obrazu pomyslné lineární

stoupání výš a výš (k dalším a dalším „hodnostem“, a nakonec až k pozici „boha“ nade všemi). Pořád mám podezření, že se někdo, a to ani po výcviku v supervizi, nestává lepším terapeutem, ani lepším supervizorem terapeutů. Myslím, že dobří profesionálové se učí i jinde než ve výcvicích. Chci se vás zeptat: Co vás naučilo nebo čím se učíte – kromě výcviků – být dobrými profesionály?

VČ: První slovo, které mě napadlo jako odpověď na poslední otázku, bylo slovo „kontakt“. V první řadě kontakt se sebou. Ten pro mě začíná dobrou sebedepečí. Když jsem unavená, zahlcená svými problémy nebo v jiné nepohodě, brání mi to být naplno přítomná v situaci s klientem, supervidovaným. Také v tomto kontaktu potřebuji být plně vnímavá a u „sebe“. Dále je to pro mě kontakt s kolegy – neformální i pracovní (semináře, přednášky, supervize), kontakt s literaturou. A v neposlední řadě potřebuji kontakt se svými blízkými, přáteli a životem a světem vůbec. Všechny tyto druhy kontaktu vnímám jako základní předpoklady k tomu být otevřená, vnímavá, přítomná a neustrnout ve slonovinové věži vlastní domnělé dokonalosti či profesionality. Ta je pro mě jakýmsi ideálním stavem, ke kterému mohu jen směřovat s vědomím, že jsem pořád na cestě.

KK: Už bych toho pobíhání kolem pyramid radši nechal. Neznám žádné „bohy nade všemi“. Ostatně, ani té největší autoritě neuškodí pokora. Výcvik bych nepodceňoval, není to jen stoupání k hodnostem. Je to vždy velmi náročná záležitost, která přináší určitou kvalifikující zkušenost, kvalifikující poznání. Ale souhlasím, že profesionálové se učí i jinde než ve výcvicích

a rád to o sobě řeknu. Tak za prvé, vzory. Mně dali hodně pro život i profesi tři osobnosti, která pokládám za své velké učitele: Jaroslav Skála, Zdeněk Mrázek a Milan Hausner. Ten první z nich je moje celoživotní téma učení. Za druhé, vzájemné učení mezi kolegy a spolu s nimi, například tou formou, jakou jsem popsal v předchozí odpovědi. Za třetí, živá zkušenost už v roli toho více „učícího“ – v práci s týmy, s bálintovskými skupinami a hlavně práce ve výcvikových komunitách SUR, vedení komunit, chození do skupin, následné rozborů ... jsem strašně rád, že jsem se „kvalifikoval“ na to, že to mohu dělat, protože to je obrovský zdroj té živé zkušenosti odborné i lidské. Za čtvrté, soustředěný průzkum toho, co sám dělám nebo co dělají ostatní, například když si čas od času udělám ze sezení záznam aspoň částečně jako dialog nebo interakční schéma nebo když čas od času napíšu kasuistiku – třeba pro výukové účely, jinak se k tomu obvykle nedostanu. A konečně za páté, pro mne není nevýznamné si občas něco přečíst a zkoušet hledat souvislosti mezi vlastní praxí a poznatky z odborné literatury. Řadu let učím psychoterapii a podobné věci a občas mám dojem, že tomu skoro začínám rozumět. Ale v supervizi moc erudovaný nejsem. Asi budu časem chtít dosáhnout na tu „hodnost“ vyučujícího supervizora, ale tuhle „kvalifikující zkušenost“ si budu muset ještě odpracovat. – Tohle všechno je o profesi. Být člověkem ... to se taky učím pořád, odevšud a leccjak, ne vždy úspěšně, ale nevzdávám to.

Text byl poznámkován a k zařazení od-souhlasen všemi členy redakční rady.

PSYCHIATR V PSYCHOTERAPII – PSYCHOTERAPIE V PSYCHIATROVI

Aleš Fürst

Klíčová slova: diagnóza, psychiatrie, psychoterapie, psychofarmakoterapie, subjektivita, protipřenos, dualismus, tělo

Key words: diagnosis, psychiatry, psychotherapy, psychopharmacotherapy, subjectivity, countertransference, dualism, body

Souhrn: Integrace rolí psychiatra a psychoterapeuta přináší výhody i nevýhody. Je nutno se vyrovnat se zcela odlišným pohledem na pacienta v medicíně a v psychoterapii. Medicína se neobejde bez legitimního úsilí o maximální objektivizaci stavu pacienta. Avšak tento přístup, naprosto adekvátní v somatických oborech, je v oblasti péče o duševní zdraví možný jen za cenu značné redukce a simplifikace jedinečného problému jedinečného pacienta v prostoru dosud málo prozkoumaného duševna. Nebereme-li v úvahu tento významný fakt v oblasti psychiatrické diagnostiky resp. psychoterapie, tak se naše možnost být pacientovi k užtku zmenšuje a dokonce se můžeme dostat do rozporu se zásadou „*primum non nocere*“. V somatické medicíně a ještě více v péči o duševní zdraví platí, že důležitou součástí léčby je vztah s pacientem. V něm se pomáhající chová vždy subjektivně. Usuzujeme, že psychoterapie, ve které se vědomě zabýváme svým vztahem k pacientovi, musí stavět na své subjektivitě a v souladu s tím nahlížíme i celý složitý problém diagnostiky. Nezanedbatelnou součástí celé problematiky je též otázka vztahu duše a těla, v odpovědi na níž postulujeme jejich jednotnou podstatu. Ta nám umožňuje využívat tělo i jako diagnostický nástroj v oblasti psychoterapie.

PÁR SLOV ÚVODEM

Ve svém profesním životě se snažím integrovat roli psychiatra a psychoterapeuta.

Občas se raduji z výhod, které mi to ve srovnání s „jednooborovými“ kolegy (psychiatry-nepsychotherapeuty a psychoterapeuty-nepsychiatry) přináší, jindy zase pochybuji a táži se sám sebe, zda mi tato dvojkolejnost práce více nekomplikuje než usnadňuje. V souvislosti s tématem dnešní konference se mi vynořily některé úvahy, které vám chci dále nabídnout. S kolegou Moosem jsme se shodli, že nám připadá vhodnější problematiku diagnostiky v psychoterapii pojmut spíše jako kladení otázek, než nabízení (jediných) správných odpovědí.

Jako lékař jsem byl vychován v respektu k diagnostice a objektivním jsoucům – chorobám. Platilo, že důkladnou anamnézou a poctivým fyzikálním vyšetřením získám 90 % diagnózy. Dnes pozorujeme, jak sofistikovaná a technicky stále lépe vybavená medicína jen zdánlivě paradoxně toto procento výrazně zmenšuje. S pacientem se málo mluví a raději se automaticky posílá do víru mnohdy samoúčelných laboratorních a přístrojových vyšetření.

Jako psychoterapeut jsem se postupně učil zbavovat se svého objektivizujícího uvažování o pacientovi. Ovšem i v prostoru psychoterapie se zhusta setkávám s preformovanými postuláty objektivních jsoucen.

Dalo by se tedy říci, že jsem se v této oblasti pohyboval a dosud pohybuji mezi dvěma polaritami. Ale mezi polaritami všemožných aspektů se odehrává celý náš život a je pro nás stálou výzvou hledat potřebnou rovnováhu.

POTŘEBUJI PRO POSKYTOVÁNÍ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ DIAGNÓZU?

V roli psychiatra pečuji o své pacienty dnes dominantně podáváním psychofarmak, řádnou a důkladnou edukací a pora-

denstvím. V roli terapeuta poskytují více či méně systematickou individuální a skupinovou psychoterapii. V obou těchto rolích si na položenou otázku mohou odpovědět v závislosti na úhlu pohledu ano i ne.

Troufl bych si popsat jistý obecný princip, který shledávám výhodným v situaci, kdy se objevuje na scéně člověk v duševní a/nebo tělesné nouzi a hledá pomoc: V první linii by měl nastoupit lékař (nejlépe lékař „první linie“, tedy praktický či ještě lépe v plném smyslu slova rodinný lékař) a prostřednictvím stanovení diagnózy, tedy „skrze poznání“, by měl určit míru potřebnosti a event. i charakter biomedicínské akce. Až v druhém kroku přichází na řadu psychoterapie, pokud je indikována. Náš stávající systém zdravotní péče obsahuje princip volného přístupu ke specialistům (s výjimkou klinických psychologů), a tak se zhusta dostávám do první linie i jako psychiatr. Musím rozhodnout, zda by nemohlo jít o problém, se kterým je pacienta nutno poslat za somatickými kolegy, musím zvážit, zda by pacient mohl profitovat z medikace, a v neposlední řadě se vždy zabývám otázkou přínosu psychoterapie. Nezbytnou součástí tohoto procesu je stanovení diagnózy. A to i přesto, že si plně uvědomuji, jak velkým způsobem jde o proces abstrakce a redukce, vzdalující se jedinečnému stavu pacienta. Diagnóza je považována za základ pro farmakoterapii (dále si ukážeme jistou alternativu), slouží jako důležitá profesionální komunikační zkratka, je východiskem pro posudkovou činnost a v neposlední řadě je též nezbytná pro úhradu péče zdravotními pojišťovnami.

JAK VYPADÁ DIAGNOSTIKA V PSYCHIATRII?

Je to proces zjišťování, pojmenovávání a třídění příznaků (symptomů) za pomoci více či méně strukturovaného rozhovoru s pacientem a/nebo jeho okolím (odběr anamnézy) tzv. objektivního vyšetření (fakticky však pozorování lékaře, v psychiatrii ještě více než v jiných oborech neodděli-

telně spojeného se subjektivním hodnocením) pomocných vyšetření (laborať, EEG, CT, NMR, moderní funkční zobrazovací metody) dle možností a potřeby též klinicko-psychologického vyšetření či vyšetření specialisty dalších oborů (neurologie, interna atd...).

Na základě zjištěných jevů pak stanovujeme diagnózu syndromologickou (syndrom = soubor symptomů), který by nám měla pomoci nakonec postulovat diagnózu již konkrétní duševní a/nebo behaviorální poruchy. K takovéto přesné diagnóze používá současná psychiatrie dvoje diagnostická kritéria – Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi (MKN 10) a Diagnostický a statistický manuál, 4. revizi (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace (APA). Oba diagnostické nástroje jsou v zásadě fenomenologické, tedy pouze popisující a třídící zjištěné či hledané jevy. Až na výjimky neobsahují etiologické hledisko a předpokládají tedy v tomto směru naši nevědomost. Přesto v duchu dominantního biomedicínskému paradigmatu je v uvažování českých psychiatrů a vlastně většiny lékařů hluboce zakoreněna představa biologické podmíněnosti duševních a behaviorálních poruch resp. nemocí vůbec. Můžeme si o tom myslet cokoli, ale přiřazení diagnostického kódu každému pacientovi je pro možnost formálního fungování v systému MPK - medicínsko-průmyslového komplexu - (Komárek, 2005) dnes prostě nezbytností.

JE PRO PRAKTICKOU PSYCHOFARMAKOTERAPII NUTNÁ DIAGNÓZA?

Psychoterapeutický pohled ve mně jako psychiatrovi vytváří nechuť rozdávat diagnózy, přesto se však zatím nechci vzdát možnosti disponovat psychofarmaky tam, kde se to zdá být vhodné. Medikace tvoří často důležitou a v očích pacienta mnohdy nezbytnou součást léčby. Zároveň nám může interakce pacienta a léčiva sloužit jako cenný poznávací (diagnostický) nástroj

(např. opakovaně nestandardní reakce pacienta na psychofarmaka může poukazovat na hraniční strukturu osobnosti v kernbergovském pojetí). Odezva pacienta na psychofarmakoterapii může tedy zpětně dotvářet či korigovat původně stanovenou diagnózu.

Když se rozhodují, zda pacientovi nabídnou léčbu léky, rozlišování desítek diagnóz považují za samoučelné a pro potřebu pacienta zbytečné. Z hlediska praktického využití si naopak vždy pokládám otázku, v jakém stavu se pacient nachází a zda některá skupina psychofarmak může významným způsobem zlepšit kvalitu jeho života. Z tohoto pohledu považují za dostatečné a v běžné klinické praxi přínosné rozlišovat následující:

- stavy ovlivnitelné anxiolytiky
- stavy ovlivnitelné antidepresivy
- stavy ovlivnitelné stabilizátory nálady
- stavy ovlivnitelné neuroleptiky

MŮŽEME POJMU DIAGNOSTIKA ROZUMĚT I JINAK?

Už od vstupu pacienta do ordinace se začíná uvnitř pomáhajícího rozvíjet „diagnostická“ ryze subjektivní komplexní reakce. Schopnost monitorovat tento proces by měla být jedním z ohnisek pozornosti každého kvalitního psychoterapeutického výcviku resp. pregraduálního curricula všech pomáhajících profesí. Psychoterapie se do velké míry snaží reflektovat skutečnost, že naše sympatie a antipatie, předcházející zkušenost, protipřenosové jevy apod. významně ovlivňují veškerou interakci s pacientem. Měli bychom si být vědomi, že subjekt pomáhajícího výrazným způsobem modifikuje též proces tzv. objektivní diagnostiky a stejně tak i psychofarmakoterapie. Je zarážející a považujeme to za slepou skvrnu medicíny založené na faktech, že piedestalizuje dvojité slepý formát klinických lékových studií. Nezohledňuje se tak významný fakt, že situace reálné farmakoterapie vypadá vždy zásadně odlišně: lékař ví, jaký lék pacientovi dává a proč, má k léku a stejně tak k pacientovi subjektivní vztah.

POTŘEBUJEME DIAGNÓZU PRO POSKYTOVÁNÍ PSYCHOTERAPIE?

Jak už jsem zmínil výše, nějakou formu diagnostické kategorie potřebujeme vůbec pro první úvahu o indikaci psychoterapie a pro odlišení převážně biomedicínské problematiky. Další „diagnostika“ probíhá při prvním setkání s pacientem či nejvýše v rámci několika počátečních sezení, kdy si ujasňujeme, zda s tímto konkrétním pacientem budeme schopni terapeuticky pracovat. Stejně jako si to ujasňuje sám pacient.

V prostoru vlastního psychoterapeutického procesu pak diagnózu v podstatě nepotřebujeme. Naopak často se stává stigmatem, nálepkou omezující pacienta i terapeuta. Nepoužíváme ji náhodou zrovna v situacích, kdy jsme bezmocní, bezradní, když to prostě nějak nejde? Můžeme s ní pracovat a zkoumat, zda může pacientovi něco přinést, ale vždy s vědomím její jen velmi relativní platnosti, s vědomím, že neexistuje ostrá hranice mezi nemocí a „normou“. Norma zůstává v podstatě vždy domluveným výsekem skutečnosti, společenským konsensem. Stejně tak ani diagnózy nejsou objektivně existující jsoucna, ale pouze domluvené kategorie, platné při jistém stupni zobecnění. Nemají tedy rozhodně absolutní platnost – např. psychotické příznaky v normální populaci (Hansen, 2005; King 2005; Olfson 2002).

Jako terapeuti usilujeme každodenně zůstat otevření nekonečné mnohosti a pestrosti lidské individuality. Při práci s pacientem se snažíme vyprázdnit prostor vzájemného setkání od vlastních představ, předpokladů, očekávání, hodnocení a soudů a nabízíme pacientovi otevřenou akceptující a bezpečnou „sféru možností“ (Pesso, 1991).

MÁ TĚLO CO ŘÍCI DIAGNOSTICE DUŠE?

Jsou to naše představy o světě, o existenci a podstatě člověka, které se významně zrcadlí v praktickém konání každého pomá-

hajícího. Při setkávání s pacienty máme možnost pozorovat, do jaké míry znesnadňuje porozumění pacientovu problému dualistické nazírání podstaty lidské existence (Miresco, Kirmayer 2006). Nazírání těla a jeho projevů ve zdraví i nemoci odděleně od duševna či pouze v jednoduchých lineárně kauzálních řetězcích spolehlivě blokuje hlubší sebepoznání. Tělo a jeho projevy by nám měly sloužit jako diagnostický nástroj pomáhající pochopit a ovlivnit problémy duše a naopak, resp. tělo a duši je třeba nahlížet jako dva různé aspekty jednoho nedělitelného celku. Podstatu dualistické iluze bychom se mohli pokusit osvětlit aplikací Bohrova principu komplementarity: Stavý částice a vlny jsou doplňkovými obrazy téhož a o tom, který z nich můžeme pozorovat, rozhodují okolnosti. Nemůžeme ale pozorovat oba současně. Pro úplnost je nutno přiznat, že v kvantové fyzice samé již byl Bohrovův princip experimentálně překonán.

PSYCHIATRIE VS. PSYCHOTERAPIE – JINÉ SVĚTY NEBO ODLIŠNÉ NAZÍRÁNÍ JEDNOHO SVĚTA?

Na první pohled se odpověď jeví jasnou: stejné věci jsou nazírány odlišným způsobem, stejný svět je uchopován odlišnými nástroji. Nemohlo by to ale být i jinak? Dnes společně zkoumáme zdánlivě jednoduchou a přehlednou situaci, kdy do ordinace přichází nový pacient, a všímáme si chování psychiatra a terapeuta. Zjišťujeme, že částečně oba vidí a zaznamenávají stejné jevy, ale z velké části díky svému subjektivnímu pohledu vytvářejí dva podstatně odlišné světy. Světy, ve kterých se každý z nich setkává s pacientem jedinečným způsobem. Jedinečnost je pak podmíněná nikoli jen individualitou pomáhajícího a pacienta, ale též neopakovatelností nekonečné řady dalších proměnných v prostoru a čase. Za legitimní považujeme tedy i otázku, zda aktem volního zaměření pozornosti (a na druhé straně s tím spojené nevědomé či podvědomé ne-pozornosti) na své jevy

vnitřní a jevy vnější, nevytváříme světy jedinečné subjektivní reality. Možná nás pak začne zneklidňovat další otázka: Jaká je a vůbec zda existuje objektivní realita, nezávislá na aktivitě našeho vědomí. Einstein řekl, že skutečnost sama o sobě neexistuje, jsou jen obrazy viděné z různých perspektiv. Dodejme: obrazy ne pouze viděné, ale také prožívané.

Psychiatr musí dostát nároku na „objektivitu“ svého konání. Jako lékař v systému MPK musí stanovovat diagnózy a zacházet s nimi. Je od něj vyžadováno posuzování a hodnocení. Psychoterapeut naopak dle našeho názoru potřebuje ke své činnosti celost své subjektivity.

JE MOŽNÉ SBLÍŽENÍ?

Pokud budeme na jedné straně „zakopání na pozicích“ pozitivismu a biologického redukcionismu (většinou jako psychiatři, ale často i jako kliničtí psychologové) a na druhé straně budeme psychoterapii nahlížet celostně, domnívám se, že odlišnost je tak velká, že cosi jako sjednocení a shoda nejsou možné. Jistě však je možné a žádoucí, aby se rozdílly mezi oběma světy překonávaly osobními vazbami jejich představitelů, vzájemnou úctou a respektem. Teorie sluchitelné nejspíše nejsou, sblížování jejich nositelů možné je.

LITERATURA:

- Bahbouh R. Kouzelné zaklínadlo a nulová hypotéza. *Psychologie Dnes* 1998; 9: 18.
 Damasio AR. *Descartesův omyl. Emoce, rozum a lidský mozek*. Praha: Mladá fronta, 2000.
 Einstein A. *Teorie relativity a jiné eseje*. Praha: Pragma, 2000.
 Fürst A. *Psychofarmakoterapie, psychoterapie a jejich kombinace*. *Prakt Lék* 2003; 83: 273-277.
 Gribbin J. *Schrödingerova kořata. Pátrání po skutečnosti*. Praha: Columbus, 2001.
 Hanssen M, Bak M, Bijl R, Vollebergh W, van Os J. *The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population*. *Brit J Clin Psychol* 2005; 44: 181-191.
 Kandel ER. *A new intellectual framework for psychiatry*. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 457-470.
 King M, et al. *Psychotic symptoms in the general po-*

pulation of England – A comparison of ethnic groups (The EMPIRIC study). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005; 40: 375–381.

Komárek S. Spasení těla. Moc, nemoc a psychosomatika. Praha: Mladá fronta, 2005.

Miresco MJ, Kirmayer LJ. The Persistence of Mind-Brain Dualism in Psychiatric Reasoning About Clinical Scenarios. Am J Psychiatry 2006; 163: 913-918.

MKN-10. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (Přel. z angl. orig.). Praha, PCP, 2000.

Moos P, Fürst A. Prostor pro systematickou psychoterapii ve standardech psychiatrické péče. Konfrontace 2004; 55: 45-50.

Mossman D, Morse SJ, Miresco MJ, Kirmayer LJ. Mind-Brain Dualism in Psychiatric Reasoning/ Drs. Miresco and Kirmayer Reply. Am J Psychiatry 2006; 163: 2017-2018.

Olfson M, Lewis-Fernandez R, Weissman MM, Feder A et al. Psychotic symptoms in an urban general medicine practice. Am J Psychiatry 2002; 159: 1412-1419.

Perquin L. Neuroscience and its significance for psychotherapy. An overview from the perspective of

PBSP. European Psychotherapy 2004, Vol.5, No.1.

Pesso A. Ego Development in the Possibility Sphere. In: Pesso A, Crandell J, eds. Moving Psychotherapy: Theory and Application of Pesso System Psychomotor Therapy. Cambridge, Massachusetts: Brookline Books, 1991.

Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf, 1996.

MUDr. Aleš Fürst
Psychiatrická ambulance v Jablonci nad Nisou
Středisko komplexní terapie v Liberci
furst@pbsp.cz

Odeznělo na sympóziu „Diagnózy a diagnostikování v psychoterapii (ano, ne, proč a jak?) konaném na FSS MU v Brně ve dnech 30.–31. 3. 2007.

Odesláno k recenzím: 16. 4. 2006. Přijetí konečné verze k publikaci: 27. 4. 2007.



Sdružení **Diabasis** Vás zve na **workshop a přednášky** významných švýcarských terapeutů, **zakladatelů Biosyntézy**, důležitého psychotherapeutického směru, který je somaticky a hlubinně psychologicky orientovaným holistickým modelem zahrnujícím aspekty prenatalní a perinatální psychologie, na tělo orientované psychoterapie a transpersonální psychologie.

David Boadella a **Sylvia Specht Boadella** přijíždějí rovněž jako zástupci již inzerovaného dlouhodobého psychotherapeutického výcviku v Biosyntéze, který bude zahájen v únoru 2008 pod záštitou sdružení Diabasis a Mezinárodního institutu pro Biosyntézu.

Společná témata přednášek a workshopu:

David Boadella, B.A., M.Ed., D.Sc.hon.

Cesta od strachu k naději – Terapie traumat v Biosyntéze

a

Sylvia Specht Boadella, Ph.D.

Léčivá síla odvahy – Kořeny transpersonálního rozměru v těle

Termín workshopu: 6.10. 2007 od 9.00hod. do 18.00hod.

Místo konání: Unitária - sál Dr. N.F.Čapka, Anenská 5, Praha 1

Cena: 1750 Kč

Termín přednášek: 7.10. 2007 v 10.00hod. a 13.00hod.

Místo konání: Klub Lávká, Novotného Lávká 1, Praha 1

Cena: 150 Kč (1x přednáška) nebo 250 Kč (2x přednáška)

Blíže informace a přihlášky na: www.diabasis.cz

DIAGNOSTIKA JAKO CESTA TÁZÁNÍ SE

Petr Moos
(Přednáška)

Motto:

Diagnóza je v psychoterapeutickém procesu zbytečná, a právě proto se bez ní neobejdeme.

1. Obejdeme se v psychoterapii bez diagnostiky a diagnóz v době precizních klasifikací a léčebných standardů?

Psychoterapie působí na první pohled dojmem, že diagnózy ze své podstaty a k vlastnímu způsobu práce nepotřebuje. Do jisté míry tomu tak skutečně je. Terapeutický proces je založen na osobním vztahu terapeuta a pacienta, na chování a prožívání tohoto vztahu tady a teď, na projevech či tématech, které nám přicházejí a jeví se právě v průběhu terapeutického sezení, na pracovním materiálu, jenž sám pacient na jednotlivá psychoterapeutická setkání přináší, na osobnosti terapeuta, přinášejícího do vztahu sebe sama a své osobní angažmá.

Z tohoto pohledu jsou diagnózy, diagnostické úvahy a spekulace v psychoterapii věcí nepotřebnou, vlastně jaksí nadbytečnou, mnohdy nevhodně rušivou. Přesto se domnívám, že bez diagnostiky se v psychoterapii neobejdeme.

Podle mého názoru v tomto bodě vzniká zajímavý paradox:

Pokud chceme psychoterapeutický prostor od diagnóz vyčistit, musíme je umět dobře určit.

Psychoterapii vidím jako neustále se rodící proces, který by se měl odehrávat ve správně definovaném, jasně ohraničeném a pro pacienta bezpečně čitelném rámci. Terapeutický vztah tak pro mě nabývá podoby dynamického (ale orámovaného) prostorového tvaru. Má-li takový tvar přinést žádoucí léčebný efekt a oprostít se od překážek na straně terapeuta, musí být hned od

počátku dobře nastaven. Pokud má terapeut poskytnout pacientovi vztahovou oporu, potřebuje se sám pevně opřít a vnitřně ukotvit. Jeho otevřenost v bytí s pacientem se pochopitelně ukotvuje jinak v případě, že pracuje např. s panickou úzkostí u člověka s psychotickým onemocněním a jinak v případě paniky pracovní přetíženého člověka s neurotickou osobnostní dynamikou. Jemné a individuální rozdíly na straně pacienta musí umět terapeut velmi dobře monitorovat a pevně je usazovat hned na počátku do pokaždé nového prostoru psychoterapeutického procesu. Pouze dobrý diagnostik to může velmi rychle zvládnout, pojmenovat a vyčistit tak bezpečný rámec pro další terapeutickou práci.

2. Obejdeme se v psychoterapii bez diagnostických metod a klinicko-psychologických vyšetření?

Domnívám se, že ano. Aniž bych jakkoli chtěl devalvovat standardizovanou klinicko-psychologickou diagnostiku a metodologii, moje klinická zkušenost ukazuje, že se bez ní dobře obejdu. Psychologické testování (v praxi na psychiatrickém oddělení jsem se natestoval více než dost) mi o osobnosti, její struktuře a dynamice, o prožívání, chování a vztazích pacienta se světem neřekne nic moc nového, co bych neviděl přímo v čase společného pobytu s pacientem. Mám v tuto chvíli na mysli výhradně společný pobyt v psychoterapeutickém vztahu.

Osobnostní dotazníky, různé depresivní škály, rorschachovské tabule a celou tu vědu kolem nich, to vše vnímám spíše jako nejschůdnější možnost sběru podkladových dat pro systém zdravotnictví, který nemá čas se konkrétním člověkem dostatečně a pozorně zabývat, pouze potřebuje získat formální obhajobu pro určitý způsob tera-

pie, ať už se jedná o psychoterapii, hospitalizaci, nasazení léků, či nastavení dalšího zdravotnického kontaktu.

Menší výjimku tvoří tzv. výkonové psychologické testy, tedy vlastně testy kognitivních funkcí a dovedností (IQ, paměť, pozornost, organicita atd.), které jsou vlastně jakýmsi měřitelným závoděním a soutěžením na body, kdo získá více, a mohou tak dobře posloužit pro aktuální zviditelnění pacientových mentálních možností a mezí. To se nám může čas od času přímo pro další psychotherapeutický proces docela hodit.

3. Naplňuje moderní standardizovaná diagnostika původní význam tohoto pojmu?

Původní význam pojmu diagnóza hledám v řeckém slově *diagnosis*, které je složeno z předpony *dia* – skrz, přes a *gnosis* – smyslové, emoční, prožitkové, vztahové a rozumové poznání. V současném zdravotnickém významu a kontextu vnímám diagnózu prostě jen jako rozpoznání a určení choroby.

Pokud bych diagnostiku vzal jako proces celostního poznání, vedoucího skrz nebo přes jednotlivé úrovně a zákoutí lidského bytí do větší hloubky, pak moderní standardizovaná diagnostika původní význam pojmu zjevně nenaplňuje. Nejčastěji se setkávám se silně redukováným pojetím diagnostiky, obvykle ve formách:

– *diagnosis differentialis* – rozpoznávání choroby podle jednotlivých symptomů

– *diagnosis ex iuvantibus* – rozpoznání choroby podle předchozích úspěšných nebo neúspěšných léčebných výkonů.

Původní význam diagnostiky se nám tedy postupně sráží a redukuje. Přesto všichni, kteří pracujeme ve zdravotnictví, cítíme, že diagnózy potřebujeme a musíme znát jejich základní klasifikaci. Je tomu tak zejména proto, že silně sražené a zreduované diagnózy velmi dobře fungují jako krátký a praktický komunikační kód pro komunikaci v prostředí zdravotnického molocha medicínsko-průmyslového komplexu.

4. Jsou diagnózy pro psychoterapii něčím víc než praktickým komunikačním kódem?

Podle mého mínění ani ne. Navíc terapeutka velmi snadno posunou do role soudce a rozumbrady. Terapeut si v tuto chvíli může přisuzovat moc, která mu nenáleží. Je vystaven riziku, že léčebný proces uchopí mocensky, nikoli jako pacientův lidsky rovnocenný partner. Stane se tak v případech, že terapeut povýší kód diagnózy na výklad, hodnocení a rozumějící vysvětlení pacientova celkového existování.

Bohužel, v případě diagnostického procesu se to děje velice často. Ti z vás, kteří jste někdy na psychiatrickém oddělení sloužili psychiatrům jako stroječky pro tzv. psychologické vyšetření, mi dáte jistě za pravdu.

Diagnostik či terapeut pracující s diagnózami může snadno onemocnět poruchou myšlení, tedy bludem, kdy je nevyvratně přesvědčen, že o pacientovi svým diagnostikováním podává nějaký zásadní výklad.

Dostáváme se tím k další otázce:

5. Může člověk o jiném člověku podat výklad, hodnocení a rozumějící vysvětlení?

Odpověď na tuto otázku závisí především na vlastním nastavení člověka k sobě a ke světu, tedy na jakémsi osobním světonázoru, a dále na filozofických východiscích, které s sebou tento světonázor přináší.

Jako filozofické východisko pro další úvahy je mi nejbližší pohled fenomenologický a *daseinsanalytický*, vycházející z myšlenkových systémů např. Edmunda Husserla či Martina Heideggera. Já sám jsem absolutemem psychotherapeutického výcviku v *daseinsanalýze*.

Činí mi potíže plně souhlasit s přístupem k člověku, který je ve shodě se současným vědeckým duchem doby. Jedná se totiž o přístup převážně hodnotící a hrubě redukcionistický.

Jako příklad bych uvedl chápání člověka jako jednoho z živočichů, jehož jednání je založeno na principu účelové výhodnosti

pro další přežití. Již jen to lze vnímat jako násilnou abstrakci a nevhodnou redukci.

Mnou zastávané pojetí naopak říká, že člověku není zcela vlastní přírodní způsob bytí. Člověk je z přírodního bytí do jisté míry vykloněn. Je tomu tak proto, že bytí člověka se vyznačuje vždy:

rozumějším odstupem (nadhled),
vztahem vůči všemu kolem sebe (reflexe světa),
vztahem vůči vlastní existenci (sebereflexe).

Tento rozumějíci modus bytí je vlastní pouze člověku, je jeho nejvyšší přirozeností a je umožněn, mimo jiné, fenoménem řeči.

Lidská existence je život, který si sám rozumí.

Klíčové je právě ono ztotožnění žití a rozumění. Jedno bez druhého nemůže existovat.

Člověk žije tím, že VŽDY již nějak rozumí tomu, co je.

Tímto způsobem si člověk sám pro sebe odkrývá SMYSL toho, co je.

Ještě jinak řečeno:

Každý sám za sebe si svůj vlastní život rozvrhuje a nějak si jej výslovně vykládá.

Pouze sám jednotlivec je individuálně (pokaždé jinak jedinečně) schopen, tedy i oprávněn, podat výklad, rozumějíci vysvětlení a hodnocení sebe sama a svého života. Jsa obdařen touto schopností a právem, nese plnou zodpovědnost za to, aby tak činil a nepřenášel celou věc na terapeutického experta.

Psychoterapeut má pak na druhé straně povinnost tuto existenciální výlučnost člověka respektovat, tedy mu také odpovědnost za vlastní život ponechávat.

6. Má pro psychoterapii smysl, aby diagnostika byla předem danou metodou?

Vezmeme-li vážně v úvahu vše, co zde bylo před chvílí řečeno, můžeme si odpovědět, že pro psychotherapeutickou otevřenost jedinečnému vztahu s pacientem diagnostika jako metodologický útvar smysl nemá. Naopak se domnívám, že může terapeutický proces ochuzovat, nevhodně jej ovlivňovat a v konečném důsledku tomuto procesu škodit. Proč tomu tak je?

Z dříve řečeného vyplývá, že zkušenost, kterou jsme získali při práci s předchozími pacienty, nám není moc platná pro práci s pacientem příštím. Příběh a skladba životní existence budou vždy člověk od člověka zcela odlišné. A pokud se mezi pacienty postupně začínou rýsovat velké podobnosti, bude to pro nás tím zákeřnější z hlediska možného psychotherapeutického omylu. Postupovat v terapii typologicky, tedy podle analogie mezi dřívějšími a novými případy, řekněme rovnou podle precedentů či modelů, to vše znamená nerespektovat a neakceptovat jedinečnost každého jednotlivého člověka.

Význam hotových zkušeností pro psychotherapeutickou otevřenost se stává ještě spornějším tehdy, ztrácejí-li tyto zkušenosti svou osobní komplexnost a stávají se výsledkem pozorování, které je oddělené od svého původce. To se týká zejména výsledků klinických výzkumů a celé vědy kolem nich. Abstrakce od jedinečných souvislostí a redukce rozmanitosti zkušeností jen na to, co mají společného, nebo dokonce jejich matematicko-statistické zpracování odsouvají jejich význam do nepřekonatelné vzdálenosti od původní lidské řeči zkušenosti.

V souhlasu s Heideggerem vidím celou věc tak, že psychotherapeut se potřebuje v každém novém terapeutickém vztahu oprostit od veškeré představy, co by mohlo nastat, nebo s čím by se mohl setkat. Tím se vzdává předběžného metodicky řízeného rozvrhu skutečnosti. Ocitá se ve stavu terapeutické otevřenosti, ve kterém není předem jasně rozhodnuto, co je důležité a na čem záleží. Teprve to, co přijde, samo ukáže, oč jde a na čem záleží.

V případě psychoterapie si terapeut pacienta před sebe nestaví jako zredukovaný předmět svých diagnostických úvah a manipulací, ale v maximální vstřícnosti vyčká, až se mu druhý člověk sám představí. Důležité je i to, že si ani cíl léčebného procesu předem neklade v podobě nějak definovaného modelu osobnosti či způsobu života. Cílem psychoterapie se pak stává nalezení autentické životní cesty a svobody, kterou pacient chápe jako odpovědnou osobní volbu.

V tuto chvíli diagnostika opouští prostor metodologie a stává se cestou společného tázání.

A v tuto chvíli se děje ještě jedna důležitá věc:

Diagnostika sama o sobě se stává pro psychoterapii zbytečnou, neboť psychoterapie se stává diagnostikou a diagnostika psychoterapií.

Diagnostikem přestává být terapeut a stává se jím pacient.

Odeznělo na sympóziu „Diagnózy a diagnostikování v psychoterapii (ano, ne, proč a jak?) konaném na FSS MU v Brně ve dnech 30.–31. 3. 2007.

Odesláno k recenzím: 25. 4. 2006. Přijetí konečné verze k publikaci: 9. 5. 2007.

Dvouletý akreditovaný kurz v arteterapii
(14 víkendových setkání - 250 hodin)

Nabídka na čtvrtý běh kurzu - pro rok 2008-2009

Kurz si klade za cíl seznámit frekventanty s arteterapeutickými přístupy vycházejícími z poznatků ateliéru arteterapie Jihočeské univerzity. Přednášky a arteterapeutické dílny budou doplněny předáváním zkušeností z arteterapeutické praxe lektorů tak, aby bylo pokryto široké spektrum možností uplatnění arteterapie. Lektoři kurzu: Mgr. M. Balajková, Dipl.K.T. Beate Albrich, MUDr. Mgr. Bc.Art. Radvan Bahbouh, Ph.D., Mgr. S. Dobalová, PhDr. Ing. Inka Hanušová, Ph.D., Bc. Miroslav Huptych, Bc. J. Ledvinová, PhDr. M. Lhotová, Mgr. MgA. B. Kolínová, PaedDr. E. Perout, doc. PaedDr. Jan Slavík, CSc. – odborný garant kurzu, doc. PaedDr. Jaroslava Anna Šicková - Fabrici, akademická sochárka, PhDr. Jaroslav Šturma, Mgr. Z. Šímanovský, PhDr. M. Štefančíková - Bažantová, Mgr. J. Uhlíř, doc. PhDr. Z. Vybíral, Ph.D.

Zahájení čtvrtého běhu kurzu bude začátkem roku 2008.

Kurz bude ukončen zkouškou spojenou s vypracováním písemné závěrečné práce. Absolventi obdrží osvědčení o absolvování kurzu; kurz je akreditován Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. Odborná kvalita kurzu je taktéž garantována Českou arteterapeutickou asociací.

Podrobné informace na www.huptych.cz

POZNÁMKA K FENOMENOLOGII PSYCHOLOGIE (A PSYCHOTERAPIE) „MENTÁLNÍ ANOREKTIČKY“ (I „MENTÁLKA“ MÁ OSOBNOST – ALE KDE?)

Gabriela Musilová

Mentální anorexii lze chápat jako způsob přežití (jako kulturní jev) a jako nemoc (něco, čím se zabývá medicína), jako intimní záležitost a osobní selhání (je věcí psychologie). Terapeuti přehnaně činí zodpovědnou dívku, protože ta je štve – ale nevidí zbytek ledovce, jehož je dívka vrcholem. Dívka není za svou nemoc zodpovědná – jediné, čím si lze být jist, je její bezmoc a zoufalství, které roste, chceme-li po ní „více téhož“. Klam, který „mentální anorektička“ budí, a který lze snadno přehlédnout – proto je nemoc tak „úporná“ – spočívá v tom, že se nám zdá, že dívka svým nejděním „zlobí“. Ve skutečnosti je odmítání potravy zastíracím manévrem, kterým se odvrací pozornost od sebe sama – a od „vlastní“ nemoci, která spočívá mimo oblast příjmu potravy. Jídlo je pouze symbolickým vyjádřením, metaforou – protože dívka zároveň nemá slov k tomu, aby řekla, co cítí. Setkáváme se tak s paradoxním, ale ne v psychopatologii ojedinělým jevem, že totiž výraz nemoci zároveň svou povahou (jako takový) brání jejímu porozumění – jako virus, jež má tak dobré maskovací manévry, že v organismu jako smrtící není rozpoznán, a tak se může šířit dál.

Otázkou je, proč toto symbolické vyjádření. Uvažujme tak, že podobnost mentální anorexie s onemocněním psychotického charakteru spočívá v tom, a to se ukazuje právě na oně metaforické povaze exprese symptomu, že se v pubertě aktivuje konflikt, který byl do osobnosti dívky zabudován před vznikem řeči – z čehož vyplývá jednak to, že je tento konflikt zaklíněn v osobnosti (a brání tak jejímu vývoji) velmi hluboko, a jednak to, že vyjádřit slovy ho opravdu nelze. Druhým, mnohde popsáním „smyslem symptomu“ u mentální anorexie je to, že se jím vypovídá cosi

o narušenosti komunikace v rodině dívky. „Slovní komunikace“ je nějakým způsobem neúčinná, tudíž jediným způsobem, jak se vyjádřit (v případě dívky vyjavit všeobjímající vztek, vyplývající z nemožnosti dospět) tak, aby to bylo „účinné“, je komunikace „obrazem“, nelogicky, a „přímo“. Slovní přímá komunikace není možná – jak „platné“ by asi dívce bylo, kdyby např. začala křičet: „Mám hlad“? (Možná by pak byla odvezena do psychiatrické léčebny tak jako tak – ale s jinou diagnózou.)

„Obraz“ mentální anorexie (hovoříme-li o nemoci; nemluvím o kdejakém předletním hubnutí) je vlastně přesný a výmluvný. Dívka „dělá na sobě to“, co nelze „vykomunikovat“ řečí; (nefunkční) řeč nahrazuje činnost jednak opačná, než je dívčina potřeba, a jednak zaměřená proti sobě sama – slovní „dej mi najíst“ se tedy obrátí na činnostní „hubnu, protože nemám co jíst“. Nejde však o jídlo, čeho se (v rodině) nedostává.

Z výše řečeného vyplývá, že tzv. těžší případy mentální anorexie jsou většinou záležitostí celé osobnosti – a její poměrně hluboce zakotvené patologie, která znemožňuje osobnostní vývoj. Dle mého názoru se tato skutečnost (v širě pojaté psychoterapii; v klinickém pojetí) podceňuje (např. psychoanalýza se samozřejmě osobností zabývá více).

V trendech terapie mentální anorexie vidím asi 2 směry – jednak „tendenci ke KBT“ (Krch, 2000), jednak na rodinu více zaměřený přístup (Chvála, Trapková, 2002). Systematické a explicitní zabývání se osobností dívky s mentální anorexií ale chybí – občas se objevují ojedinělé studie. KBT přehnaně zdůrazňuje zodpovědnost dívky a vnější stránku choroby, a lze se domnívat, že takový přístup je výrazem bezmoci a vzteku terapeuta, který nedokáže

pochopit a uchopit 'vnitřek' dívky, a zabývá se tedy tím, 'co je vidět'. Více systémově zaměřený přístup budí mnoho důvodů k sympatii – ale osobnost (vyňatá ze systému, jako taková) se tady opět v čemsi ztrácí a „dívka“ (rozuměj její duše) zůstává ponejvíce výsledkem rodinných interakcí, to, čím je, se někde zapomnělo nebo to není důležité.

Zcela stranou nechávám výroky jako 'manipulující pacientka', 'symptom, jímž člověk kontroluje sebe i své blízké', 'dívka, jež odmítá vyrůst', 'touží po dokonalosti', atp. Ponechávám je bez komentáře, jsou podle mě výjevem selhání sebekritiky terapeuta, následkem ztráty citlivosti terapeuta k sobě.

Další otázkou je zavzatost (aktuální i širší) emocí mentální anorexie v kulturním a sociálním prostředí. Je třeba říct, že tato stránka věci nesouvisí příliš s nemocí samotnou – ale již s jejím sociálním článkem, který má každá nemoc (např. i rýma), ale u poruch příjmu potravy je toto propojení bůhvíproč tak zajímavé. 'Hubenost' je odrazem nedostatku něčeho – a záleží na kontextu a vlastním osobnostním „nastavení“, jak budeme chápat 'náplň' tohoto nedostatku.

V širším, ale i v užším měřítku se člověk neubrání myšlence, že 'je něco s hodnotami', hubne-li dítě 'bez příčiny'.

Poruchy příjmu potravy (hovořím zde téměř výlučně o mentální anorexii – z důvodu úspory místa, ale také proto, že mentální anorexii považuji za nejpodstatnější, tzn. že podstata 'poruchy příjmu potravy' je na ní nejvíce zjevná) chápu tedy jako vývojovou poruchu, odraz stagnace: na úrovni rodiny a osobnosti jako problém 'emoční výživy'; na úrovni rodiny, osobnosti a společnosti jako problém hodnot.

Ráda bych se vyjádřila ještě k jiné části podobnosti nemoci mentální anorexie s psychotickým onemocněním. Schizofrenie, jako „nejduševnější“ ze všech „duševních nemocí“, pomáhá udržovat rovnováhu v patologicky fungující rodinné interakci (viz např. Syřišťová, 1982). Mentální anorexie není 'tak daleko', podařilo se jí ulevit duši tím, že postihla tělo (kdyby tuto schopnost

'ztělesnit' svůj problém dívka neměla, asi by se 'zbláznila'), přesto se její 'nemožnost' nějak zásadně dotýká rodinné komunikace a nevyváženosti v interakci. Dívčina identita, a zřejmě i rodičů, a možná všech rodinných členů, leží nějak více 'mezi nimi', než v nich samých. To, co je spojuje, zároveň znemožňuje, aby 'rostli'; přičemž ono 'spojení' (zaklíněnost) je nutné k tomu, aby se jejich celek (rodina) nerozpadl. „Mentální anorektička“ může být satelitem matky, ta z nějakého důvodu nedokáže naplňovat přirozené narcistické potřeby dospívající dívky – matka a dcera zůstávají vzájemně vůči sobě ve vztahu, který je spojuje a zároveň jim brání se k sobě přiblížit; vztahu, který brání jejich vzájemnému odloučení, ale i vývoji (což je nevýhodné zejména pro dívku); který vlastně není vztahem, ale obranou proti němu.

Otec zůstává poněkud stranou, pro svou 'slabost'¹⁾ nedokáže podpořit vývoj dívčiny osobnosti zase z jiných hledisek. Dívka necítí, že by ji otec obdivoval (nebo toho byl vůbec schopen) jako ženu – podvědomě cítí, že by ho velmi ranilo, pokud by vyrostla, a tak z lásky i ze strachu z něho zůstává 'malá', aby se otec nemusel konfrontovat sám se sebou.²⁾ Dívka tak udržuje rodinnou iluzi, že 'vše je krásné a v pořádku', a není třeba růst, pohybovat se a řešit problémy (zkameněla). Tato její pozice je však zhoubná – pro ni, ale z jiných důvodů i pro rodinu. Sourozenci mohou být více 'na straně rodičů' nebo více na straně dívky, každopádně v nemocné je problém rodiny jaksi „zhamotněn“, nešlo-li jej vyjádřit jinak a bylo-li napětí v rodině pro někoho již nesnesitelné.

Pro 'rodinu' nastane problém, začne-li dívka hru, při níž je rodiči i ostatními držena málo vědomými mechanismy „v šachu“, odmítat. Uzdravování, aktivace potlačeného pubertálního vzdoru, nutného k vystoupení z matrix rodiny, začne v patologicky ustavených a nezdravě se vyvíjejících identitách členů první sociální skupiny vadit. Něco se děje – pro dívku zázrak ná-

vratu k sobě sama, vyhlášení práva na nezávislost, nutnost příjmu odpovědnosti vznikající z nabytých sebe-zážitků. Následně i povinnost 'odpuštění' a práce na budování vztahu k nově spatřeným blízkým. Pro rodinné členy to znamená znejistění jejich rolí a narušení po dlouhou dobu upevňovaných obran proti rozkolísání pocitu vlastní identity.

POZNÁMKY:

- 1) 'Slabost' je v tomto případě – ale i v jiných případech – relativním pojmem, otec doslova není 'slabý' – ale jeho síla se projevuje tak, že je navenek slabý.
- 2) Otázkou je, proč to dívka dělá – zdá se ale, že 'vulnerabilita' postačuje k vysvětlení málo.

LITERATURA:

- Chvála, V., Trapková, L.: Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému (2002; dostupné na: www.lirtaps.cz nebo www.sktlib.cz).
- Krch, F. D.: Bulimie. Jak bojovat s přejídáním. Grada, Praha, 2000.
- Krch, F. D., Richterová, I.: Chci ještě trochu zhubnout. Grada, Praha, 2000.
- Syříšřová, E.: Skupinová psychoterapie psychóz (ve vztahu ke schizofrennímu onemocnění). Praha, 1982.

Autorce je 29 let, vystudovala psychologii.

Odesláno k recenzi: 2. 4. 2006. Přijetí konečné verze k publikaci: 14. 5. 2007.

**Český institut pro supervizi pořádá
KONFERENCI**

Supervize v sociálních službách

Termín konání

29.11. – 1.12.2007

Místo konání

Kralupy nad Vltavou – hotel Sport

<http://www.supervize.eu/konference/konference-2007/>

Konference 2007 je spolufinancována

Evropským sociálním fondem

a státním rozpočtem ČR.

TEORIE SEXUÁLNÍ ORIENTACE: METODOLOGICKÝ KOMENTÁŘ

Radim Karpíšek

Tento text si redakční rada vyžádala proto, abychom k teorii EBE nepublikovali pouze jedno stanovisko (viz *Psychoterapie* 2007: 42–48). K tématu jsme připraveni vrátit se již jen kratší reakcí.

V tomto článku se zaměřím na metodologické aspekty teorie sexuální orientace, kterou nabízí ve svém článku „Exotic Becomes Erotic“¹ její autor, sociální psycholog D. J. Bem.

Jak říká, jistě nás nepřekvapí skutečnost, že nejčastěji si za partnery volíme jedince opačného pohlaví, méně často jedince stejného pohlaví. Proč tomu ale tak je? Stačí nám pro vysvětlení odkaz na genetickou podmíněnost takové volby? Nebo na reprodukční výhodnost? Je tedy sexuální orientace vrozená nebo získaná? Je člověk ve své sexuální orientaci determinován nebo ji může nějakými prostředky ovlivnit? Je homosexualita jevem normálním v rámci přirozené variability nebo deviací či nemoci, která by se měla léčit? Autor si klade otázku, zda není stejně tak důležitá otázka po příčinách a podmínkách vedoucích k heterosexuality.

V EBE-teorii nabízí autor představu, jakým způsobem se v průběhu vývoje každého jedince utváří jeho sexuální orientace (homosexuální i heterosexuální), tedy zda pro nás budou sexuálně přitažliví partneři opačného nebo stejného pohlaví.

Současná vědecká komunita věnuje větší pozornost homosexualitě a jejím příčinám; tvrdí, že homosexualita je vrozenou (genetika a hormonální vlivy v raném vývoji) a neovlivnitelnou skutečností. Některé teorie popisující tutéž skutečnost však zastávají zcela opačné pozice nebo přinejmenším

akcentují jiné vlivy na utváření sexuální orientace (např. teorie psychoanalytická). Jak můžeme dojít ke zcela odlišným teoriím popisujícím podobnou skutečnost? Každý tvůrce teorie preferuje určitý pohled a ten dokládá nashromážděnými fakty. Tak činí i autor výše zmíněné EBE-teorie. Na základě čeho pak můžeme posuzovat, která teorie je důvěryhodnější?

Mám teorie rád. Jejich vytváření je napínavé a dobrodružný intelektuální proces. Tvorba každé vědecky založené teorie je aplikací určitého způsobu přemýšlení, který dává naději, že tvrzení, ke kterým dospějeme, budou relevantní. Cílem každé teorie je uspořádat naše vědění tak, aby umožňovalo popis a vysvětlení jevů, a tím i možnost jejich předvídání, případně ovlivnění skutečnosti samotné žádoucím směrem. Užitečnost je významným kritériem dobré teorie. Podstatné při tvorbě teorie je, aby popisovala skutečnost co nejpřiléhavěji.

V dalším textu si proto kladu otázku, jak je vytvořena a vystavěna EBE-teorie sexuální orientace, jaké konstrukty její autor nabízí, jak je definuje a jak vysvětluje a odůvodňuje vztahy mezi nimi.

Když jsem původní článek četl poprvé, zaujala mne novost a originalita, s jakou se autor pokouší vypořádat s tématem. Nezabývá se nejčastěji pokládanou otázkou po příčinách homosexuality, ale usiluje o vysvětlení, jak se obecně člověk vyvíjí k heterosexuální nebo homosexuální orientaci. Nepopisuje sexuální orientaci jako přímo determinovanou genotypem, jako většina biologických teorií, ale podle něj je sexuální orientace spíše zprostředkována temperamentem a kulturně vázanými očekáváními od mužsko-ženské role. Vychází z předpokladu biologické determinace sexuální orientace, podporuje ji však argumenty sociologickými.

¹ Bem, D. J.: Exotic Becomes Erotic: A developmental theory of sexual orientation. *Psychological Review* 1996(2):320-335.

Nabízí se řada otázek. Jakým způsobem autor dospěl ke svým tvrzením? Bylo to cestou budování z faktů empirické zkušenosti? Nebo testováním hypotéz? Zobecněním výzkumných závěrů či intuicí? A co skutečnosti, které nezapadají do základních tvrzení teorie? Jak široká nebo úzká je platnost teorie? A je to vůbec teorie?

Podrobnější analýzou základních tvrzení EBE-teorie mohu konstatovat, že:

1. EBE-teorii nepovažuji za teorii jako takovou, ale spíše za hypotézy, které by měly být teprve ověřovány;

2. odůvodnění základních tvrzení (některých sekvencí teorie) není v podobě, jak jej autor nabízí, dostatečné.

Je to důvod k odmítnutí nabízené teorie? Nikoliv. Při vytváření nové teorie je tomu často právě tak, že na počátku jsou hypotetické konstrukty a až později následuje systematický empirický výzkum, kterým se prokazuje jejich správnost a užitečnost.

Autor na otázku, jak se u každého jedince vytváří sexuální orientace, nabízí následující konstrukci, která má podobu vývojové sekvence (**kroky A až F**):

Biologická informace - genotyp (**A**) kóduje určitý typ temperamentu – reaktivity, agresivity jedince (**B**), který vede k vyhledávání určitého druhu aktivit, jež odpovídá nebo neodpovídá převažujícímu typu aktivit charakteristických pro dané pohlaví – gender-konformních a nonkonformních (**C**). Pokud jsou tyto aktivity identické se sociálním očekáváním vzhledem k biologickému pohlaví jedince, tak si jedinec vytváří identifikaci s touto skupinou, a následně pocit stejnosti nebo naopak odlišnosti („exotické“) s chlapci nebo dívkami (**D**). Teprve tento pocit odlišnosti vytváří nespécifické fyziologické vzrušení spojené s neznámým (**E**), které se s narůstající zkušeností a vlivem zpracování kognitivními procesy stává erotickou přitažlivostí (**F**). Tímto také definuje vztahy mezi jednotlivými sekvencemi jako kauzální.

V autorově pojetí není sexuální orientace geneticky kódována přímo jako taková (není gen pro konkrétní podobu sexuální orientace), ale tato genetická informace určuje pouze temperamentovou výbavu jedince (jeho reaktivitu, agresivitu), a ta se v interakci se sociálním prostředím a kulturně vázanými očekáváním od chlapců a dívek v jejich pohlavní roli proměňuje do dané-heterosexuální nebo homosexuální orientace, která je biologicky a sociálně determinována, tedy v průběhu dalšího vývoje je neměnná a trvalá. Tolik říká teorie.

Pokud by se tedy narodil chlapec s aktivním nebo agresivním temperamentem, tak bude vyhledávat odpovídající aktivity (činnosti, hry) a bude přijat do skupin s identickými preferencemi, v tomto případě do chlapeckých. Bude naopak po určitou dobu vyloučen ze světa malých holčiček, čímž se ony pro něj časem stanou „exotické“ (neznámé) a přitažlivé, toto nespécifické fyziologické vzrušení se promění postupně v erotickou přitažlivost. Analogicky u dívek. Pokud se však narodí chlapec s pasivním a klidným temperamentem, bude pravděpodobněji vyhledávat klidné aktivity, čímž bude vyloučen z chlapeckých skupin a bude proto preferovat aktivity dívků. Pak se pro něj stane oním „exotickým“ světem malých chlapců a to založí nejdříve fyziologické vzrušení a později erotickou touhu vázanou právě na chlapce. A opět analogicky pro dívky.

Jak říká autor, jeho teorie neodporuje výsledkům biologických teorií, které dávají do přímého vztahu genotyp (**A**) a sexuální orientaci (**F**) – pro což lze nalézt podporu v korelativních studiích mezi genotypem (chromozóm X), prenatálními hormony, neuroanatomíí a výslednou sexuální orientací.

Nyní můžeme přistoupit k podrobnějšímu pohledu na vztahy mezi jednotlivými sekvencemi a způsobu, jak je autor odůvodňuje:

A-B: Vztah mezi genotypem a temperamentem autor nedokládá, předpokládá však

determinaci temperamentu, který definuje jako reaktivitu, nevíme však, zda má na mysli obecnou reaktivitu nervové soustavy nebo reaktivitu jako určitý způsob chování (aktivní, pasivní), které může být výslednicí různých, nejen genetických, vlivů.

Platilo by tedy nejen jedince s vrozenou hyperaktivitou nebo naopak hypotonií, že by se jeho sexuální orientace mohla vyvíjet netypicky? A co u jedince impulzivního nebo inhibovaného?

Existuje teorie osobnosti (Cloninger²), ve které se obecné reaktivitě nervové soustavy (*NS-novelty seeking*) přisuzuje významný vliv při utváření poruchy osobnosti.

B-C: Vztah mezi určitým typem temperamentu a gender-nonkonformními aktivitami autor příliš neosvětluje, dokládá pouze, že je tento vztah výraznější u chlapců než u dívek. Také dává do vztahu neagresivní chování chlapců s jejich pozdější homosexualitou.

Nebylo by možné jiné vysvětlení pro gender-konformní nebo nonkonformní chování? Např. procesem ne/identifikace s rodičem stejného pohlaví, který může mít psychologické důvody? Také řada lidí vykazuje „maskulinní“ nebo „femininní“ způsob chování a prožívání, aniž by nutně jejich sexuální orientace byla invertována.

C-D: Vztah mezi gender non-konformními aktivitami a pocitem odlišnosti není doložen. V čem všem se tedy musí jedinec cítit odlišně, aby to zakládalo důvod k určitému vývoji sexuální orientace? V tom, jak se chová nebo co prožívá? V tom, co je mu nabízeno jako pohlavní role k identifikaci?

Nejsilněji se zdá být dokladován vztah mezi gender nonkonformními aktivitami a pozdější sexuální orientací (**C-F**). Pro vztah mezi určitým typem preferovaných aktivit (gender nonkonformních) uvádí autor výsledky výzkumu, v němž se gender-nonkonformní chování ukázalo jako největší prediktor pozdější homosexuality, a to

u mužů i žen. To je podporováno metaanalýzou a bylo rovněž potvrzeno v prospektivních studiích. Autor uvádí rovněž výzkum, kde se chování heterosexuálních žen ukázalo mnohem méně konformnější s gender rolí než u heterosexuálních mužů. Jsou to však důkazy kauzální souvislosti? Nemůže jít – pokud jde o gender-nonkonformní chování – pouze o doprovodný jev již odlišného sexuálního vývoje?

D-E: Pocit odlišnosti („exotičnosti“) vznikající na základě aktivit, které jedinec preferuje („jsem jiný, protože dělám jiné věci“, vedoucí k nespecifickému vzrušení) je prokázán zatím u zvířat, nikoliv u lidí. Autor mluví dále o pocitu odlišnosti vznikajícím na základě pohlaví –,jsem jiný, protože mám jiné pohlaví“, barvy pleti, náboženského vyznání, schopností jedince atd., které mají spíše jiné konsekvence.

V tomto tvrzení spočívá originální přínos autora k dosavadnímu chápání utváření sexuální orientace, biologické vlivy nahrazuje sociálními. Nevysvětluje však rozdíl mezi vzrušením genitálním a jinými formami vzrušení. Jak navíc vysvětlit, že přestože někteří jedinci vyhledávají gender nonkonformní aktivity, nestanou se nikdy homosexuály?

E-F: Bylo prokázáno při experimentálních expozičních, že čím větší je předcházející nespecifické fyziologické vzrušení, tím větší je následující sexuální vzrušení.

Podle autora tedy nezáleží na samotném původu nespecifického vzrušení, ale na dodatečném kognitivním zpracování a zkušenosti, jde tedy o proces učení, který dělá nespecifické vzrušení specificky erotickým. Copak již malé dítě nezažívá specificky genitální vzrušení?

D-F: Pocit odlišnosti od jedinců stejného biologického pohlaví je dokladován u velké části pozdějších homosexuálů. Ti preferovali gender nonkonformní aktivity a tento pocit odlišnosti setrval od dětství až do jejich dospělosti.

Základní sekvence **D-E-F** (tedy to, jak se z „exotického“ prostřednictvím nespecifického

² Cloninger, C. R.: Temperament and personality. *Curr Opin Neurobiol* 1994(4):266-273.

kého fyziologického vzrušení stává vzrušení erotické), má z tohoto pohledu zřetelně ještě některé neobjasněné aspekty. Toto tvrzení je současně klíčovým stavebním kamenem celé EBE-teorie.

Zhodnotím-li tedy, jakým způsobem autor svoji EBE-teorii vybudoval, dospívám k některým zjištěním, jež vybízejí k opatrnosti a varují před nekritickým přijímáním.

V prvé řadě nejsou explicitně definovány klíčové pojmy celé teorie (např. homo/heterosexualita), jiné nejsou definovány dostatečně ostře a definice nemají operační charakter (např. „erotické“, „exotické“, „non/konformní“ atd.).

Empirická podpora pro některé části sekvence vývojového modelu je slabší. Pro klíčovou sekvenci EBE teorie, podle níž se dokonce celá tato teorie jmenuje (tedy jak se z „exotického“ stává „erotické“, viz sekvence D-E-F), má autor sice podporu nejsilnější, ale přece jen ne zcela uspokojivou, jak bych očekával. Není ověřována kauzalita vztahů mezi jednotlivými sekvencemi. Některé sekvence by bylo proto vhodné podpořit cíleným výzkumem. Autor nabízí ty výzkumné výsledky, jež potvrzují jeho teorii, a výsledky výzkumů nebo pozorování rozporující základní teze nejsou zmíněny, což by mělo být, dle mého názoru, součástí rozpravy pro zřetelnější stanovení hranic platnosti teorie. Také mi chybí vyrovnání se s jinými, alternativními nebo částečnými teoriemi. Psychologické teorie s akcentem na traumatické zkušenosti a odmítnutí identifikace s pohlavní rolí autor ponechává stranou s odkazem na jejich neprokázanost, což však v některých případech přece jen může být významný faktor v utváření sexuální preference. Když autor popisuje sociální očekávání od pohlavních rolí jako determinantu, bylo by na místě zvážit vliv vnitřního zpracování těchto vnějších očekávání samotným jedincem. Autor také nediskutuje vliv faktorů biologických

(hormonálních), anatomických a fyziologických rozdílů mezi oběma pohlavími jako možný zdroj oné „odlišnosti-exotičnosti“. Vzhledem k tomu, že autor mluví spíše v pojmech sociálního chování (role, očekávání), bylo by žádoucí konstrukty rozšířit o intrapsychický rozměr. Autor na počátku slibuje popis vývoje jak heterosexuální, tak homosexuální orientace, avšak jen málo empirických důkazů přináší v oblasti heterosexuálního vývoje. Úvítal bych rovněž jasnější vymezení vztahu EBE-teorie k sexuálnímu vývoji obecně a k sexuální patologii.

Vzhledem ke všem těmto důvodům se mi EBE-teorie jeví jako teorie, která není doposud dostatečně citlivá a jejíž platnost je tudíž v současné podobě zřetelně limitována. Praktická užitečnost této teorie rovněž není jasná, neboť, jak tvrdí autor, popisuje deterministické procesy.

Přes kritickou notu k metodologické části teorie bych však chtěl zdůraznit, že po obsahové stránce je EBE-teorie inspirativní. Přináší změnu perspektivy pohledu na vývoj sexuální orientace jako proces interakce různých faktorů. Zvyšuje naši vnímavost k tomu, jak mohou být vztahy biologické a psycho-sociální skutečnosti zamlženy konstrukcemi a jak mohou mít vyvozované souvislosti hlubší provázanost, než se jeví. To, co je příčinou, může být z jiného pohledu následkem nebo doprovodným jevem. Nutí nás ke kontextovému přemýšlení, k poctivějšímu a hlubšímu zkoumání jevů, které mohou být mnohdy vnímány jako danosti s již jasným významem. A to bych vnímal jako nejvýraznější autorský přínos, i kdyby se tato teorie nakonec ukázala jen jako jeden z mnoha nevydařených intelektuálních pokusů, jak sexuální orientaci vysvětlit.

Odesláno k recenzi: 16. 4. 2006. Přijetí konečné verze k publikaci: 14. 5. 2007.

ROZTRÍŠTĚNÁ MYSL

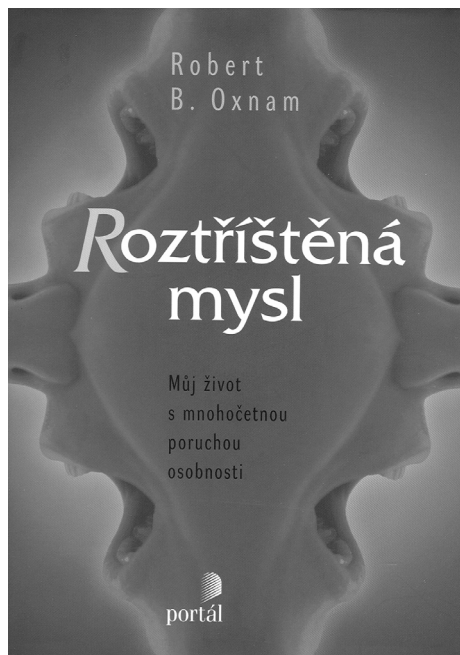
(Oxnam, Robert B.: Roztríštěná mysl.
Praha: Portál, 2006, 221 stran, 335 Kč.)
Petr Zámečník

Kniha Roztríštěná mysl pojednává beletristickou formou o disociativní (konverzní) poruše, konkrétně o mnohočetné poruše osobnosti, jež v MKN-10 spadá do oddílu F44.8 (Jiné disociativní poruchy). Jedná se o vzácnou poruchu, definovanou existencí více samostatných osobností u jednoho jedince.

Navzdory beletristické formě si kniha uchovává určitou odbornou úroveň. Mapuje u autora postupný nástup jeho choroby, její diagnostikování, průběh a léčení. Skládá se v podstatě z autobiografií jednotlivých osobností pacienta doplněných o komentáře a doslov psychiatra. Skloubení pohledu „zvnitř“ s pohledem „zvenku“ se ukázalo jako dobré spojení. Výsledný kompromis mezi beletrií, autobiografií a odbornou publikací si uchovává dostatečnou úroveň potřebnou pro zařazení do „psychologické literatury“ a zároveň dělá knihu velmi čtivou. Moje obavy ohledně bulvárního charakteru se tak naštěstí nenaplnily.

Po počátečním historicko-biografickým úvodu nechává autor (budu ho dále nazývat Robert, jménem jedné z jeho osobností) „své osobnosti“ líčit jejich představy, vzpomínky, touhy a pohled na svět. Přibližuje tak nejen navazování a upevňování vztahu s terapeutem, ale hlavně vnímání, „ořukávání“ a poznávání osobností ve svém vnitřním světě a později jejich vztahy, spolupráci či mocenské boje. Postupně jsou probírány všechny osobnosti, okolnosti jejich vzniku a jejich úloha ve „hře o přežití“ při prožívání dětských traumat.

Robert se nejdříve dostává k počátečním projevům poruchy, kvůli nimž vyhledal psychiatrickou pomoc, a které byly mylně diagnostikovány jako alkoholismus. Po pobytu v léčebně se tak jeho psychické obtíže neutišily. „Alkoholu jsem se nedotkl, ale de-



prese jsem měl stejně jako před léčením. Znovu jsem začal kouřit. Po jídle jsem zase zvracel. Vrátily se i výpadky paměti a hlasy znovu začaly vykřikovat: „Jsi hloupý! Jsi špatný! Jsi hrozně špatný!“ Robert tedy pokračoval v terapii, kde mu záhy byla diagnostikována mnohočetná porucha osobnosti.

Od této chvíle opouští biografizující styl a začíná v knize dynamicky rozvíjet prožívání své poruchy. Počáteční sevřenost v paralyzujících kleštích viny, depresí, sebeneávisti, pochybností a výlevů zloby se díky intervencí psychiatra Smitha pomalu uvolňuje. Nastává pak dlouhý boj, v jehož průběhu je potřeba odhalit děsivou příčinu poruchy a na jehož konci by měla proběhnout integrace. Dramatické a barvitě líčení nelehkého zápasu se zákeřnou poruchou,

kdy autor osciluje mezi konfliktním vnitřním světem a destruktivní realitou, provází „objevování“ rozštěpených částí osobnosti. Jejich vynořování odkrývá důvody autorova do té doby nepochopeného jednání. „*Překvapivější náhled do svého nitra jsem nikdy nezažil. Vysvětlovalo to workholickou část mého příběhu.*“ Současné s nacházením nových částí sebe došlo u Robert postupně k jejich částečné integraci a dokonce i ke změně dominantní osobnosti.

Velký úspěch v terapii nastal Robertovým rozvzpomenutím se na rané dětství plné psychického a fyzického násilí, týrání a ponižování. „*Vím, kdy přichází to zlé. Umyje mě. Ale slyším to. „Jsi zlobivý kluk, ten nejzlobivější malý kluk.“ Potom cítím něco v zadečku. Je to prst. Bolí to. Pláču. Potom něco většího než prst. Bolí to strašlivě. Řvu. Prosím přestaňte.*“ Po rozvzpomenutí na tuto životní epizodu jsou odhaleny kořeny poruchy a Robert přechází do finální části terapie – snahy o úplnou integraci. Kniha zde začíná být opět trochu biografičtější, avšak neztrácí proměnlivou perspektivu reality a vnitřního světa. Příběh Roberta B. Oxnama končí ve chvíli blízké konečné integraci, kdy je Robert sice zocelen celoživotním bojem s peklem mnohočetné poruchy, ale plného uzdravení ještě nedosáhl.

Velmi vhodný se zdá být závěr knihy, který napsal autorův psychoterapeut dr. Smith. Přináší Robertovu kazuistiku a zároveň odbornější pohled na problematiku mnohočetné poruchy a jejího přesahu do jiných poruch (například pohled na tranz nebo posttraumatickou stresovou poruchu jako určitý druh disociace). Zkušenosti Dr. Smithe jsou velmi inspirativní. Třeba disociativní amnézii chápe jako pojistku emočního traumatu. Tedy „*pokud nastanou události přesahující možnosti obrany jednotlivce, důsledky jsou méně ničivé, když je jedinec dokáže zpracovat v procesu disociace.*“ Za nejdůležitější faktor vzniku poruchy považuje osamělost, tzn. že oběť týrání nemá nikoho, s kým by mohla bolestné zkušenosti sdílet.

Celkově je kniha Roberta B. Oxnama zdařilá, a to od obsahu, přes formu až po knižní přebal. Nicméně mám k ní i určité výtky, které jsou ale spíše v rovině neaplněných očekávání, než ve věcném pochybení. Očekával jsem o něco více syrovosti, více každodennosti, více otevřenějšího popisu ostrých projevů poruchy, místo kterých dostal částečně prostor autobiografický pohled, jelikož autor zasazuje poruchu do celoživotního kontextu. Vyprávění mi tak připadlo „ořezané“ o některé hlubší niterní prožitky. Určitě by bylo nefér nařknout autora z toho, že v knize šetřil se svými niterními prožitky, rozhodně popisuje dost ze svého nitra a má o sobě spoustu zajímavých postřehů, ale postrádá to jiskru a hloubku, jakou nejdeme například v publikaci „Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem“ od Joanne Greenbergové.

Navíc jsem si u některých pasáží nebyl zcela jist jejich autentičností. Rekonstrukce životního příběhu někdy nepůsobila zcela věrohodně, nebylo mi jasné, nakolik je v danou chvíli vyprávění autentické a nakolik zbeletrizované. Přece jen není úplně snadné líčit prožitky a představy, které jsou roky staré. Nenašel jsem v knize žádnou zmínku o tom, jak moc se autor snažil o věrohodnost, popřípadě u čeho si není jistý, že odpovídá pravdě. Je logické, že nelze požadovat brilantní metodologickou dimenzi, která by byla nedílnou součástí publikace. Chybí mi ale interpretační vodítko, nějaký indikátor pro posouzení věrohodnosti, klidně jen pár vět, podle kterých by se dalo rozklíčovat, co je beletristické a co ne.

Kniha nemá ambice být „úvodem do mnohočetné poruchy osobnosti“ nebo snad výkladovou příručkou k MKN-10 pro F44.81, ale ani není fikcí – může být téměř kdekoliv mezi tím, a proto je dobré vědět kde. Autor v knize sám přiznává, že nastudoval spoustu literatury týkající se mnohočetné poruchy, vyvolává to tedy otázku, jestli v knize tak trochu nerekonstruoval vlastní

anamnézu podle zjištěné teorie a jestli zpětně nestylizoval svoje prožitky. Z poznámek a doslovu terapeuta lze dobře usuzovat na pravdivost biografických například faktů, avšak ne zcela na pravdivost vnitřních prožitků.

ODKAZY:

Greenbergová, J. (1998): Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem, Triton. Psychiatrické centrum Praha (2000): MKN-10

(Autor recenze studuje psychologii na FSS MU v Brně.)

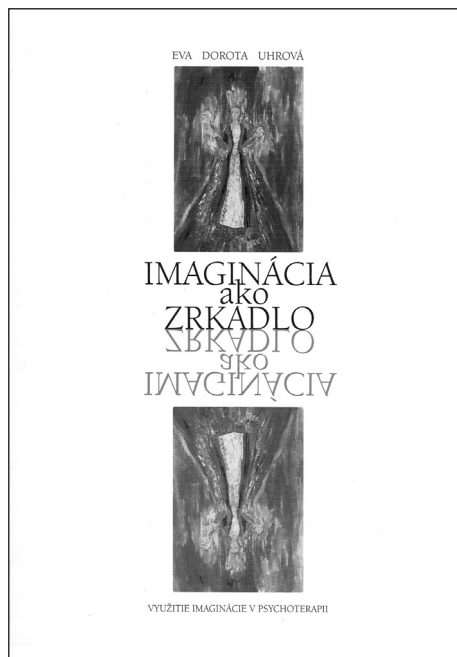
CESTA KE ZDROJŮM

(Uhrová E. D.: *Imaginácia ako zrkadlo. Využitie imaginácie v psychoterapii. Nové Zámky: Psychoprof 2005, 140 strán*)

Jana Štúrová

Kniha slovenské psychoterapeutky má rozsah 140 stran, jmenný a věcný rejstřík, bohatou obrazovou část. Jde o publikaci, jakých není na našem trhu mnoho. Je to text, kde se vědecky přesná teoretická část snoubí s praktickou částí, srozumitelnou, jasnou, přínosnou pro vzdělance nejen v oblasti psychoterapie. Vše je proloženo ukázkami psychoterapeutického postupu katatymně imaginativní psychoterapie a kazuistikami. Zejména na nich je patrné, že autorka má bohatou psychoterapeutickou zkušenost, porozumění pro své pacienty, klienty.

Imaginaci vymezuje jako představivost, obrazotvornost, psychický fenomén, který člověku umožňuje pohybovat se za hranicemi vědomé, hmatatelné reality a otevírá cestu k jinému než obvyklému vnímání sebe sama. Je to vnitřní odpověď na podněty, které člověk v sobě nese, je to hledání bezpečí a nových zdrojů, víra v možnost aktivně ovlivňovat svůj život. Poznávání nitra, odkrývání zdrojů a možností, posouvání hranic – to jsou nosné linie katatymně imaginativní psychoterapie. Na symbolickou povahu představ se vážou individuální obsahy, výrazně emočně sycené, které by bez imaginace byly jen těžko přístupné zkoumání a úsilí nastolit změnu. Terapeut v katatymně imaginativní terapii provází pacienta a svými intervencemi mu umožňuje nejen odkrývat problém, řešit ho, ale napomáhá mu objevovat nové životní dimenze.



V kapitole „primární a sekundární proces ve vztahu k imaginácii“ se autorka vyrovnává s konceptem, který přinesl Freud. Primární proces považoval Freud za regresivní, vývojově méně zralý než sekundární, který pokládal za zralejší a vázaný na řeč. Dnes se tento koncept výrazně reviduje, uvažuje se o paralelním vývoji primárního a sekundárního procesu, což podporují i moderní neurobiologické výzkumy. V kni-

ze jsou některé uvedeny, především výzkum obou procesů v katalytické imaginativní psychoterapii, vedený autorkou. Tento výzkum směřuje k odpovědi na otázku: jaké jsou účinné faktory katalytické imaginativní psychoterapie, funguje v ní skutečně to, co považujeme pro tuto terapii za nosné? Podle Salvisbergové (1997) jsou v sekundárním procesu uloženy reprezentace reálných věcí, v primárním též, ale mimo vůli, podle svých zákonitostí, obrazy se stávají nositeli subjektivních, emočních zážitků. Informace zpracovávají oba systémy, ale každý podle svých specifik a ve vzájemné souhře. V imaginaci dochází k rozvinutí snové reality, která umožní přístup k procedurálním paměťovým obsahům. Současně je přítomné propracování na symbolické úrovni, případně na úrovni interpretací, které se dotý-

kají sekundárního procesu. Pacientova tvořivost, ve spolupráci s terapeutem, pomáhá odkrývat potenciale přítomné zdroje.

Závěr knihy je věnován příběhům v katalytické imaginativní psychoterapii. Názvy kapitol „Kvet“, „Lev, ktorý sa učí chodiť“, „Zrkadielko, zrkadielko, povedz mi...“ a jiné, nás odkazují ke světu pohádek, se vši poetikou a něžností dětství. Jednotlivé příběhy, ale i duch celé knihy mluví o úctě k tvořivosti lidí, vyjadřují důvěru v životadárné síly v každém člověku.

Přeji autorce, aby čtenáři v její knize našli poučení, ale i potěšení tak, jako jsem se s nimi setkávala já.

(Autorka recenze PhDr. Jana Štúrová, PhD. působí na Katedře psychológie FFUK, Gondova 2, 818 01 Bratislava)

ZŮSTAT STŘÍZLIVÝ

(Karel Nešpor, Brno: Host, 2006)

Veronika Kavenská

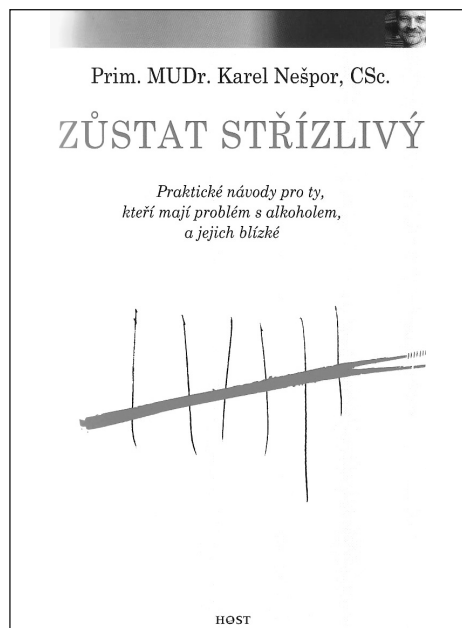
Na knihu primáře MUDr. Karla Nešpora, CSc. „Zůstat střízlivý“ jsem narazila náhodou, když jsem hledala materiál ke své práci a překvapilo mě, jak podrobné, přesto však čtivě podané informace svému čtenáři nabízí. Kniha vyšla v brněnském vydavatelství Host v roce 2006. Mohlo by se tedy zdát, že jde o nové dílo, což není tak docela pravda. Sám autor vysvětluje, že jde o upravenou a rozšířenou verzi starší rozebrané publikace s názvem „Jak překonat problémy s alkoholem“ z roku 2004.

Už na první pohled je znát, že autor patří do kruhů vědeckých. Kniha je velmi přehledná a systematicky členěná, a to jak po stránce obsahové, tak i po stránce grafické. Významné informace tvůrce umístil do rámečků, příběhy, zkušenosti a zajímavosti zase označil kurzívou. Dílo doplnil řadou vtipných ilustrací Vladimíra Jiráčka a krátkými básněmi ze své dílny, které odhalují spirituální část autorovy duše. Ob-

zvlášť se mi líbila ta, kterou autor sám vybral pro úvodní rozhovor vedený se spisovatelkou Danielou Fischerovou. V tomto rozhovoru se objevují témata jako rozhodnutí pracovat se závislostmi, satisfakce, syndrom vyhoření, humor v práci nebo duševnost.

Kniha je rozdělena do kapitol (asi dvacet) a podkapitol. Přidána je sekce rozšiřujících informací, kde najdeme odpovědi na otázky „Kde hledat pomoc?“, „Jak vypadá protialkoholní léčba?“, „Jak nám může pomoci jóga?“, „Jak dobře a zdravě usínat?“, „Co dělat, když nemáte práci?“, „Jak pomoci svému dítěti odmítat alkohol a drogy?“, časté otázky týkající se právních záležitostí a mnoho dalších.

První většinou kapitola se nazývá „Nejdůležitější je první krok: problém si přiznat“. Autor v ní vysvětluje rozdíl mezi rizikovým užíváním alkoholu, škodlivým užíváním a závislostí na alkoholu. Čtenáři si potom



mohou sami prověřit, jak na tom s alkoholem jsou, a to pomocí dotazníku závislosti. Pravděpodobně ale jen málo z nich „uspěje“, protože podle Světové zdravotnické organizace žádné bezpečné množství alkoholu neexistuje, neboť pro příliš mnoho lidí je bezpečným množstvím nula. „*Neznamená to, že každý, kdo pije více, musí onemocnět nebo mít problémy. Znamená to však, že každý, kdo pije více, nějaké problémy riskuje. Závislost na alkoholu je pouze jedním z mnoha takových problémů. K dalším patří onemocnění vnitřních orgánů úrazy, pracovní problémy apod.*“, píše Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc. (str. 17). Pokud by byl někdo na pochybách, může svůj vztah k alkoholu prověřit ještě pomocí nabídnutého testu ke zjišťování poruch způsobených alkoholem AUDIT nebo dotazníku CAGE. Autor poskytuje i rady, jak chápat vysvětlení testů a jak s ním naložit.

V následující kapitole se autor věnuje otázkám motivace a vůle. Přináší neotřelý úhel pohledu na vůli lidí, kteří mají problém s alkoholem. Zatímco si mnozí myslí, že

těmto lidem vůle chybí, kniha tvrdí opak. Podle ní závislý muž nebo závislá žena projevují železnou vůli každý den. Pijí navzdory svému okolí nebo dokonce navzdory těžkým zdravotním obtížím. Někteří se dokonce nezaleknou ani ohrožení života nebo vězení. Problémem je to, že se jejich vůle obrátila pro ně nevhodným směrem. Potřebují tedy výhybku, která by ji obrátila jinam, a právě tou může být práce s motivací. Ta spočívá v pečlivém probírání jednotlivých stádií změn motivace a vysvětlování, co by dotyčná osoba mohla v tomto stádiu udělat, aby kruh závislosti přetrnula.

Za hlavní pomocníky si autor bere negativní a pozitivní motivaci. Negativní motivace spočívá v tom, že si závislá osoba uvědomí problémy, které alkohol způsobuje. V oblasti tělesného zdraví jsou jimi např. oslabení imunitního systému, onemocnění jater, žaludku a mozku. Nádory v různých lokalizacích, zejména v ústní dutině, játrech a trávicím systému. Horší trávení, zhoršení vysokého krevního tlaku, cukrovky, epilepsie i dalších nemocí. Roste riziko mozkové mrtvice a mnoha kožních onemocnění včetně melanomu. Duševní zdraví pak narušuje kolísání nálad, úzkosti, rozlady, žárlivost, nepříjemné kocoviny, nespavost, bolesti hlavy. Okénka, poruchy paměti a soustředění. Děsivé sny, malátnost, smutek, nevolnosti, nejistota, neupřímnost k sobě, výčitky svědomí, nutkavé myšlenky na alkohol, někdy dokonce halucinace, vidiny, hlasy, pocity pronásledování. Impulzivní ukvapené jednání, někdy nesmyslná agrese vůči sobě nebo druhým. Újmy dojdou i vztahy k druhým lidem, finance, práce a životní styl. Věcí, kterých se lidé mající problém s alkoholem mohou obávat, je tedy nevypočitatelně a každý si na jejich seznamu najde to své.

Daleko příjemněji vypadá práce s pozitivní motivací, kdy pomáháme klientovi poznat, jaké výhody by mu mohla přinést abstinence. Autor nabízí konkrétní návody, jak může dotyčná osoba uplatnit nabyté poznatky v každodenní praxi. Jedním z nich

je metoda „Kartička kamarád“. *„Na kousek tvrdého papíru si napište výhody, které vám přinese abstinence od alkoholu. Na druhou stranu kartičky si napište nevýhody, které by přinášelo další pití. Kartičku noste u sebe. Když se objevilo bažení po alkoholu nebo když se budete chtít utvrdit v dobrých předsevzetích, kartičku si pročtěte. Když vás napadne nějaký další, pro vás důležitý důvod, proč nepít, na kartičku ho dopište. Kartička vám pomáhá udržovat si dobrou abstinentskou kondici, proto ji považujte za kamaráda.“* (str. 31).

Velký prostor věnuje autor sebeobraně abstinenta, tedy způsobům, jak odmítat alkohol a jak zlepšit sebeovládání ve vztahu k alkoholu. Nabízí řadu postupů, jakými odmítnout alkohol, např. ignorování nabídky, odmítnutí gestem, odmítnutí s vysvětlením („Ne, doktor mi to zakázal a nedělá mi to dobře.“), nabídnutí lepší možnosti (např. pozvání domů), odmítnutí s odložením („Ne, někdy jindy“), porouchaná gramofonová deska, odmítnutí jednou provždy („Ne, díky, co jsem s pitím přestal, cítím se daleko líp.“) nebo odmítnutí jako pomoc („Já už nepiji, a ty s tím taky přestaň, dokud je čas.“). Hlavními nepřáteli sebeovládání jsou, mimo alkoholu samotného, únava, stres, silné emoce, žízeň, nevhodná společnost nebo samota, neinformovanost, bolest, ale i třeba nenápadný a velmi vtíravý nepřítel jménem reklama. Podle Nešpora je např. český profesionální fotbal po zdravotní stránce nebezpečná záležitost nejen pro hráče, ale i pro diváky (svázanost s reklamou alkoholických nápojů a hazardní hrou). Opilí fotbaloví fanoušci ohrožují nejen sebe, ale i druhé. Nešpor vtipně navrhuje přejmenování jednotlivých mužstev naší „pivní fotbalové ligy“ např. na Sparta Delirium, Círhóza Liberec nebo Slávia Alkoholická demence.

Další kapitola se věnuje recidivě. Na anecdotě „přestat kouřit je snadné, podařilo se mi to už desetkrát“ ukazuje, jak je důležité nenechat se zlomit neúspěchem v podobě

recidivy, ale naopak se z ní rychle vzpamatovat a usilovat třeba i opakovaně o dlouhodobou abstinenci. *„I když recidiva tělo zatíží a možná i poškodí, má tělo i psychika při abstinenci čas na zotavení. S opakovaně recidivujícími lidmi v poměrně dobrém zdravotním stavu se setkávám. Jsou to právě období abstinence, která jim umožnila zůstat relativně v pořádku,“* říká (str. 67). Jak recidiva vypadá? Myšlení je oslabené účinkem alkoholu a doprovázejí ho velmi silné emoce. Člověk jedná neprozíravě, a tedy i pro sebe nevýhodně. Je proto dobré při recidivě nespoléhat jen na sebe a požádat o pomoc druhé. Na druhou stranu je důležité recidivu nepřeceňovat. Neznamená zhatění všech předešlých snah. Po jejím zastavení je možné navázat na předešlou abstinenci. Stopnutí recidivy je nebezpečná věc a velkou výhodou je mít vedle sebe společníka. Tím může být profesionální terapeut, linka důvěry, blízký člověk nebo zdravotnické zařízení. Pomáhá i negativní motivace, kdy si uvědomíme nepříznivé účinky dalšího pití. Po překonání recidivy je dobré vzít papír a popsat ji, a to včetně závěrů, které z ní vyplývají (např. abstinovat a nepokoušet se pít s mírou nebo nechodit do hospod a na akce, kde se hodně pije). Autor také doporučuje vypracovat si tzv. havarijní plán. Člověk si předem rozmyslí a sepíše, co by v případě recidivy udělal. Je dobré seznámit s havarijním plánem i druhé lidi, kterých se týká, aby se mohli na jeho případnou recidivu lépe připravit. Navíc samotné vypracování havarijního plánu může člověka motivovat k tomu, aby se recidivě vyhnul. Havarijní plán může vypadat například takto: *„Kdybych se napil, odevzdám manželce všechny peníze. Požádám ji, aby si vzala den volna a zašla se mnou do ordinace XY telefon... Kdybych nebyl schopný abstinovat při ambulantní léčbě, nastoupím ústavní léčbu. V případě, že bych uvedený havarijní plán nedodržel, nemohu počítat ze strany manželky ani širší rodiny s podporou do doby, než pro recidivu vyhledám odbornou pomoc. V Praze dne... Pan A vlastní-*

rukou, kopie manželce.“ (str. 70). Těm, kteří nejsou na alkoholu závislí, se může podařit pít kontrolovaně, tedy s mírou. Podle Karla Nešpora je tato míra průměrně 20g 100 % lihu, což odpovídá přibližně půl litru piva dvanáctky, 2 dl vína nebo 50 ml destilátu. Kontrolované pití se ale nehodí pro nemocné s chorobami, které alkohol zhoršuje, pro řidiče, pro lidi se zhoršeným sebeovládáním, pro děti a dospívající, pro lidi závislé na jiných návykových látkách nebo pro lidi užívající léky, které se neslučují s alkoholem. Jako dobrou fintu doporučuje napodobovat ve společnosti ty, kdo pijí velmi zdrženlivě.

„Jistý slavný terapeut napsal, že aby se člověk mohl změnit, musí se dokázat přijmout.“ (str. 78). Jak povzbudit zdravé sebevědomí je obsahem další části knihy. Autor vysvětluje, že je důležité rozlišovat mezi sebou a svým problémem. *„Uvědomte si, prosím, že člověk je to nejdokonalejší v známém vesmíru. Uvědomte si také, že každý člověk je jedinečný a neopakovatelný. Podle Alberta Einsteina má každé místo ve vesmíru stejné právo nazývat se jeho středem. To platí i pro vás.“* (str. 78). Problémy s alkoholem jsou malou částí člověka. Ohromná část jeho osobnosti je zdravá a schopná rozvoje, sebezdokonalování i obrany. Je dobré zamyslet se nad silnou stránkou své osobnosti a třeba ji i nějak pojmenovat. V období krize nebo potíží se s ní můžeme poradit, pomůže nám zvládnout naše těžkosti. Nejlepším způsobem jak si zlepšit sebevědomí je někomu pomoci nebo poradit. Lepší pocit ze sebe samých nám dodá i pravidelná péče o náš zevnějšek včetně účesu a oblečení. Důležité je také naučit se vnímat své tělo a spřátelit se s ním. To nám nabízejí techniky jako relaxace, jóga, cvičení, masáž, akupresura, sauna, ale i držení těla. Jako techniku, která nám může pomoci předejít malomyslnosti po těžkém dni a uvědomit si důvody ke spokojenosti, nabízí Karel Nešpor *„schránku pokladů“*. Do notýsku si do vodorovných řádek napí-

šeme věci, které jsou pro nás důležité (např. odvaha, péče o sebe, studium, pomoc druhým) a svislými čarami rozdělíme stránku na jednotlivé dny. Pokud se nám ten den podaří něco z vypsanych věcí uskutečnit, uděláme v příslušném řádku a sloupku čárku. Autor také radí rozdělovat si velké cíle na menší (např. velký cíl zlepšit manželství rozdělít na menší cíl na cestě k většímu – nezapomenout na výročí svatby a koupit manželce alespoň květiny) a zkoumat kritické myšlenky vůči sobě. Těm, kterým vyhovuje, když je druhí podečňují, navrhuje najít si nějaký zdravotně bezpečnější způsob, jak se čas od času shodit, třeba si nechat při nějaké slavnostnější příležitosti spadnout knedlík do klína nebo požádat o sňatek někoho, o kom zaručeně ví, že ho odmítne (v případě, že by ho neodmítl, může v nejhroším tvrdit, že si to nezaslouží).

V kapitole o problémech v partnerství, manželství a v rodině autor popisuje bludný kruh závislosti a nabízí možnosti, jak z něho ven, a to pomocí ukázek lepšího řešení problému. Například při zvýšené citlivosti, vnímavosti a někdy i podrážděnosti radí uvědomovat si i lepší stránky partnera nebo partnerky. Důležité také je přestat používat alkohol jako symbol, protože pokud člověk prošel nebo prochází závislostí, tuto schopnost už ztratil. Hosta můžeme uctít i elegantním nealko koktejlem, přátelství stvrdit společnou prací nebo zájmem, Silvestr oslavit půlnočním vystupem. Nešpor také píše o výzkumech domácího násilí a alkoholu. Tým americké autorky Testové v roce 2003 zjistil, že násilné incidenty pod vlivem alkoholu byly daleko nebezpečnější a závažnější než ty, před kterými nebyl u těchž párů požit alkohol. Muži závislí na alkoholu se dopouštějí častěji domácího násilí v porovnání s těmi, kdo pijí méně. To samé platí i pro ženy, a to jak ve vztazích heterosexuálních, tak i v lesbických. Dlouhodobé problémy s alkoholem mají i oběti domácího násilí.

Musím říci, že kniha „Zůstat střizlivý“ ve mně zanechala velmi dobrý dojem. Je čtivá, psaná jednoduchým srozumitelným jazykem a doplněná řadou příběhů, zajímavých výzkumů i praktických rad a návodů. Autor nepostrádá ani smysl pro humor. Publikace může posloužit jako praktický pomocník těm, kteří mají problém s alkoholem, ať už osobně nebo skrze nezdravé

užívání někoho blízkého. Určitě nezklame ani profesionály z oblasti závislostí a dodá jim spoustu informací a nových úhlů pohledu. Jde o dílo zkušeného a znalého autora, které se na našem trhu neztratí a zajisté najde své uplatnění.

(Autorka recenze studuje psychologii na FFUP v Olomouci.)

KRITICKÁ DISKUSE K NĚKTERÝM BODŮM

(Vybíral, Z.: Psychologie jinak. Praha: Academia, 2006, 233 stran.)

Jan Poněšický

Stěžejním tématem recenzované knihy je kritika dogmaticky nomografického pojetí osobnosti ve prospěch idiografického, individuálního přístupu. Úkolem kritické psychologie je dle Vybírala dekonstrukce dosavadních teorií a paradigmat, které se často dostávají nepozorovaně do vnímání a hodnocení skutečnosti. Autor to demonstruje na nejrůznějších příkladech ze všedního života i psychologické praxe, to vše prokládá citacemi významných filosofů, psychologů a psychoterapeutů. Opírá se přitom jak o nynější postmoderní paradigma konstruktivismu a subjektivismu (ovlivněné sociálním kontextualismem), tak i o fenomenologii ve smyslu záchrany lidských neredukovatelných fenoménů. A tak neudívá jeho názor, že člověka nejlépe charakterizuje vyprávění jeho vlastního příběhu s jemu vlastní významovostí. Preferuje tudíž neexpertní, narativní formu psychoterapie, jež vede k prolínání příběhů pacienta a psychoterapeuta, čímž vzniká nový společný výtvar, tj. oboustranně vytvořený pohled na dosavadní i nynější způsob života pacienta. Cituji: „*Jestliže jeden příběh je jednou subjektivní reprezentací světa či nitra osoby, pak jedno psychoterapeutovo vysvětlení je jen jedna subjektivní reprezentace toho, na co přišli ve vzájemném kontaktu (při spoluautorství) s člověkem v terapii. Nic víc, ale také nic méně. Víc, než jsou s to nabídnout jiní*“ (str. 200).

Na pozadí tematiky této knihy brojící proti zobecňující typizaci stojím před nelehkým úkolem, jak napsat recenzi aniž bych typizoval, tj. posoudil ze svého subjektivního i odborného hlediska autorovy názory a jeho přínos k diskursu v psychologii i psychoterapii. Především, že se zde Zbyněk Vybíral prezentuje jako kritický myslitel s neobyčejnou znalostí příslušné literatury. Jeho kniha je svého druhu v české odborné literatuře ojedinělá, perfektně napsaná a měl by ji číst každý klinický psycholog i psychoterapeut. Autor se vyvarovává jakéhokoli stranění jednomu či druhému názoru, psychoterapeutické škole či ideologii. Zastává se jak vědeckosti a vytváření nových paradigmat, tak i jejich boření s cílem bezprostředního empatického naslouchání; člověk není jenom příběhem, determinovaným kulturou a sociálním dialogem, nýbrž i aktivním tvůrcem vlastního života a sebepojetí; psychoterapeut je i není expertem. Zmiňuje se o podvědomí a řádu v lidském životě, a současně vyzývá ke kritické reflexi všeho statického. Ponechává čtenáři prostor k vlastním úvahám, neindoktrinuje a dokonce vyzývá ke kritickému zamýšlení nad kritickou psychologií.

Zároveň jsem měl dojem jakési postmoderní procházky současnou psychologií se všemi pro i proti, stačí si jen vybrat. Chybí mi zde syntéza a nové impulsy, které si autor přeje až od nové nastupující generace.

Sám doufám, že se do toho Zbyněk Vybíral pustí v některé z jeho dalších knih sám.

Prozatím si dovolím s ním kriticky diskutovat – vzhledem k obvyklému rozsahu recenzí – alespoň k některým bodům.

S výjimkou závěru knihy, kde se autor zmiňuje o prolínání příběhů terapeuta a pacienta, je dle mého názoru nedostatečně zdůrazněno, že v bezprostředním vnímání a hodnocení pacienta hraje větší roli psychoterapeutova osobní zkušenost, subjektivita a zaměřenost nežli vidění skrze prisma určité teorie, kterou si navíc terapeut většinou vybírá dle vlastního životního náhledu. Z hlediska praktika (oproti námitkám teoretiků) mohu dodat, že mi psychoterapeutická teorie (kterou chápu jako abstrakci mnoha individuálních zkušeností) pomáhá korigovat moje vlastní jednostrannosti, že natukává uzavřená dvířka k oblastem, které přehlížím či potlačuji, která upozorňují na moji manipulovatelnost atd. Domnívám se, že tzv. bezpředsudečný fenomenologický přístup neexistuje (Poněšický, 2006) a že tendence nerespektovat dosavadní teorie vede spíše k subjektivnějšímu a jednostrannějšímu vidění světa.

Vybíral se přece jen příklání k narativní psychoterapii, aniž si uvědomuje její jednostrannost, např. na pozadí psychosomatiky, neuropsychologie a vývojové psychologie. Zabývá se hlavně významovostí, zvl. z lingvistického hlediska, s psychologizujícím předpokladem, že podstata psychoterapie záleží ve společném převyprávění příběhu pacienta. Nezohledňuje, že je ke změně důležitá emocionální interakce (že náš limbický systém rozhoduje, zdali něco přijmeme do naší dlouhodobé paměti nebo ne) – a to i na neverbální úrovni –, a že existují i vývojově-psychologické poruchy, kde jde o to něco dovytvořit (epigenetický princip), a nikoli jen nově interpretovat (hermeneutický princip). Stále častěji se jedná u našich pacientů o emocionální, výchovné zanedbání (což snad nelze označit jako teoretický předsudek), stále častěji jde tudíž v terapii o vytváření důvěry a vztahovosti,

získávání nových zkušeností spolehlivosti a působení vlastního chování na druhé, o schopnost snášet odlišný názor či frustraci. Hovor o významovosti není mnohdy ani možný: na rozdíl od Vybíralova tvrzení takovýto pacient často ani neví, co se mu děje, a daleko spíše mu může pomoci např. tělesně orientovaná psychoterapie, dávání hranic ve vhodném terapeutickém režimu atd. Teprve když se něco vytvoří je možno o tom mluvit. (Zbyněk Vybíral jistě nepřehlédne narážku na jím často citovaného Wittgensteina.)

Z toho vyplývá i přílišné zúžení pojetí expertnosti psychoterapeuta, což je dle Vybírala dovednost „*ve čtení a interpretaci, v modifikaci a společném vytváření příběhů*“ (str.195). V tomto ohledu nejvíce postrádám důraz na nutnost neustálého sledování toho, co se odehrává v bezprostřední interakci v situaci „zde a nyní“, charakterizované vzájemným testováním co se týče důvěryhodnosti, otevřenosti, blízkosti či distance, zájmu o sebe, i snahy dostat druhého do kongruence se sebou samým, event. snahy dát druhému odpovědnost za úspěch či neúspěch léčby, a hlavně co se týče neustálého pozitivního či negativního přitakávání. Terapeut by se měl zamýšlet nad tím, zdali jsou jeho interakce a intervence v souladu s jeho terapeutickým cílem, s jeho terapeutickou technikou, s jeho osobními názory – neboť klient eventuální rozpor samozřejmě vnímá.

Z této velmi hutně psané a informativní knihy vzniká dojem spíše intelektuálního a lingvistického pojetí psychoterapie s vyhýbáním se vzájemné emocionální interakci na úkor prolínání příběhů, čímž se zadními dvířky může dostat terapeut opět do role experta, inženýra lidských duší (zde příběhů), jak to kdysi nazval Petr Příhoda.

Chybí mi tudíž kritické zamyšlení se nad narativní psychoterapií, k čemuž bych chtěl dodat následující: Jednak by bylo namístě uvést, zdali bylo toto pojetí zavedeno do psychoterapie pod jinými slovy již dříve. Tak S. Freud napsal již před 80 lety stať

o rekonstrukci minulosti; sám jsem ve svých knihách uváděl (Poněšický, 2003, 2004), že bývá psychoterapeutické dění popisováno jako neustálé přibližování pohledu pacienta na sebe a obrazu o něm v myslí terapeuta. A tzv. vztahová psychoanalýza zdůrazňuje subjektivitu a rovnocennost pacientova i terapeutova vidění světa i sebe navzájem a vidí pokrok v terapii v tom, co obě strany v autentickém otevření se navzájem společně vytváří (a tzv. analýza přenosu má právě toto umožnit). Za druhé v sobě skrývá převyprávění vlastního životního příběhu sémě postmoderní relativity: platné je to, co se hodí k pohodlnějšímu sebezporozumění, to co odkládá z cesty úzkosti, stud či špatné svědomí; negativní zkušenost se pozitivně přeznámkuje (Poněšický, 2006).

V reakci na recenzovanou knihu uvedu na závěr vlastní názor: Psychoterapeut (coby přechodný objekt) se pohybuje (osci-

luje) mezi jedinečným a obecným, mezi realitou a fantasií, mezi vcítěním se do pacienta a do sebe, mezi necháním se ovlivňovat a autentickým reagováním na pacienta, mezi zde a nyní a tam a tehdy, mezi vlastním světem a světem pacienta s rovnocenně neseným zájmem o vytváření společného světa.

POUŽITÁ LITERATURA:

Poněšický, Jan : Úvod do moderní psychoanalýzy, Triton, Praha 2003

Poněšický, Jan : Neurosy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Druhé vydání, Triton, Praha, 2004

Poněšický, Jan : Člověk a jeho postavení ve světě. Triton, Praha, 2006

(Autor recenze MUDr. PhDr. Jan Poněšický je čelným představitelem současného psychoanalytického a psychosomatického myšlení v psychoterapii, žije v Německu.)

Rektor Pražské vysoké školy psychosociálních studií (www.viap.cz)

vyhlašuje výběrové řízení na místo výzkumného pracovníka v rozsahu 0,2–0,5 úvazku s možným nástupem od září 2007.

Hlavní kritéria výběru: ukončené vysokoškolské vzdělání humanitního směru, znalost společenskovední výzkumné metodologie, zkušenost s tvorbou a realizací výzkumných projektů.

Uchazeči zašlou profesně zaměřené CV (včetně informací o své dosavadní výzkumné zkušenosti) do 31. července 2007 na adresu PVŠPS, Hekrova 805/25, 149 00 Praha 11, nebo elektronicky na adresu tajemnice@viap.cz.

KRITICKÁ REAKCE NA ČLÁNEK JANA PONĚŠICKÉHO V ČÍSLE 1/2007

(Ponešický, J.: Psychoanalýza, daseinsanalýza a antropologický versus fenomenologický přístup k realitě. *Psychoterapie* 2007: 34-41.)

Eva Pávková

Rozpoutat filosofickou rozpravu v pragmatickém českém prostředí je neobyčejně cenné, záslužné a hodné hlubokého uznání. Hegelův vliv skoro minul české prostředí (A. Smetana), místo jeho dialektiky zapustil u nás kořeny hebartismus (G. A. Lindner, J. Durdík) a vytvořil tak předpoklady pro přijetí Comtova pozitivismu (F. Krejčí). Ale ve filosofické tradici např. W. Dilthey vytýká Comtovu pozitivismu snahu studovat a vysvětlovat sociální jevy prostřednictvím zjednodušujících přírodovědeckých metod. Rozdělování skutečnosti na já a objekt vyplývá z duševního aktu, který klade obojí proti sobě. Proto soudí, že není tak důležité zkoumat člověka jako součást přírody, ale spíše naopak přírodu jako fakt vědomí a součást lidských dějin. Soudí, že hodnota poznatků společenských věd je zcela jiného charakteru a je mnohem složitější než poznání věd přírodních. Oproti determinismu staví sebeuvědomování, prožitek, poznávání vztahů bezprostředně. Připomínám, že spousta filosofické práce již byla filosofickou tradicí udělána. Rorthy tvrdí, že dnes jako nikdy předtím v historii, na jeden názor experta se objeví názor přesně opačný, takže najít pravdu je zjola nemožné, což si já nemyslím. Ale nejsem Rorthy.)

V rámci Společnosti lékařské etiky ČLS JEP vznikla Sekce krizové asistence, která si klade za cíl podporovat rozvoj péče o spirituální potřeby pacientů, jejich příbuzných i personálu ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Spirituální péče zahrnuje psychologické, sociální a duchovní aspekty

a může obsahovat specifické náboženské prvky přiměřené zvyklostem klientů. Tuto péči budou poskytovat odborně vzdělaní pracovníci. Z „Programového prohlášení Sekce krizové asistence“ vybíráme:

Podporovat zdravotnické pracovníky pečující o vážně či terminálně nemocné ve zdravotnických a zdravotně sociálních – státních i nestátních – zařízeních.

Podporovat rozvoj a zabezpečení prostorových a provozních podmínek péče o pacienty v duchovních krizích s ohledem na jejich potřeby.

Podporovat rozvoj vzdělávání zdravotnických pracovníků v tématech: např. duchovní krize a potřeby pacientů, způsoby pomoci u vážně nemocných lidí, otázky etiky duchovní péče o pacienty atd.

Podporovat a rozvíjet klinický výzkum.

Pokud máte jakékoliv dotazy, obraťte se, prosím, na MUDr. Evu Kalvínskou, předsedkyni sekce: evakalvinska@seznam.cz

**Český institut pro supervizi
pořádá konferenci s názvem
„Supervize v sociálních
službách“**

**Termín: 29.11.–1.12.2007
Místo: Kralupy nad Vltavou
více na www.supervize.eu**

ZRNÍČKA... Z NICEK NA ZAHRÁDCE ZDEŇKA RIEGERA

ZRNKO 4

Ano, proč to nepřiznat: jsou rodinní terapeuti, kteří jsou lepší, než rodiče dětí z rodin, jimž tyto terapeuti poskytují rodinnou terapii. Ano, jsou tací: jsou skvělymi mámami a táty, lepšími, než tátové a mámy, které a kteří za nimi přicházejí se svým rodinným problémem a kteří a které je žádají o službu. A tyto rodinní terapeuti dovedou to, že jsou lepší, někdy nekompromisně (prý z terapeutických důvodů) ukázat...

Jenomže – jenomže pak se v rodinách těch mám a tátů, horších, než jejich rodinní terapeuti, může stát, že se děti v napjaté situaci vyjádří, že by radši byli s paní doktorkou či s panem doktorem, než se svými rodiči... Jednou dokonce se jedné dceři podařilo utéci od rodičů z domova a dospět až ke své výborné mámě terapeutce: těšila se, jak se s ní hezky a správně pomazlí a pobaví (to hlavně!). Stalo se však něco divného: ona terapeutka přestala být a vlastně už ani nebyla máma a obrostla do nepřítulné kůry, jakýkoliv rozhovor na prahu svého bytu odmítající. Rodičům té dcery pak důrazně vysvětlila, že se té kůře říká „profesionalita“. *Tak.*

ZRNKO 5

Jeden pan učitel se dostal na kurs psychologie školní třídy. Pan lektor, dětský psycholog, jej nadchnul – a přivedl k rozhodnutí, že bude se svojí třídou „preventivně-terapeuticky pracovat“. Byl třídním 7. Cé, jejíž většinou třináctiletí žáci vůbec nevěděli to, co si díky psychologickému kursu uvědomil jejich pan třídní učitel: a to jak špatně vytvářejí „transakční prostředí školní třídy“. Proč špatně? To pan učitel díky svému kursu věděl: věděl, že jeho žáci si vůbec neuvědomují, jaké jsou vztahy ve třídě, kdo má jakou pozici, kdo je iniciátorem hodných a kdo zlobivých akcí, kdo je vůdcem a kdo naopak tím „sociometricky chudým“... A protože byl poučen, že toto uvědomění pomáhá skupině, rozhodl se zpracovat „sociometrický dotazník“ – tak, jak je to pan psychoterapeut naučil. Děti pak do tohoto dotazníku anonymně odpovídaly na otázky, pátrající například po tom, s kým by chtěly sedět, kdo by s nimi neměl jezdit

na výlet a koho ve třídě nemá nikdo rád a kdo se chová tak („Napište – jak!“), že tím ohrožuje přátelství všech žáků třídy a atd. atd. atd. Děti dotazník zpracovaly při třídní hodině. Pan učitel jej pak vyhodnotil, a poté – „upřímně a od srdce, protože je to preventivně-terapeuticky správné, být v bytostně upřímném symetrickém vztahu“ – děti seznámil s výsledky. Opravdově a u-přímně jim řekl, kdo z nich je vůdce, kdo hvězda, kdo černá ovce a kdo izolatér... Byl překvapen reakcí svých žáků, protože o možných reakcích dětí jim pan psychoterapeut neřekl. A tak o výsledcích informoval i rodiče při navazující třídní schůzce. Netušil, co se stane: rodiče těch nejžádanějších a nejoblíbenějších dětí sepsali petici, ať ty tři nejvíce odmětané žáky vyloučí, protože kazí „transakční prostředí třídy, jak říkal třídní učitel“.

Nu – a to je už další příběh... *Pro koho?*

ZRNKO 6

Konečně! Konečně má pacient podle novely zákona o zdraví lidu právo nahlížet do svých zdravotních karet a dělat si z nich výpisky či kopie! Dokonce, když to pacient nezakáže, budou mít do jeho papírů přístup všichni jeho nejbližší přístupní, pardon: příbuzní. Co to znamená ve světě psychoterapeutů, působících ve zdravotnictví? To, že budou tu a tam sami muset své pacienty naléhavě požádat, aby jim zakázali přístup jejich manželů či manželek do jejich materiálů. Anebo to, že budou muset deklarovat podezření, že rodiče jejich dětského pacienta týrají: a to jen proto, aby měli právo neumožnit takovým rodičům nahlédnout do zdravotní karty jejich dítěte – např. když je v ní uvedeno, že dítě se trápí a vysílá sebevražedné signály proto, že ví, že máma má milence a že „se bojí, aby se to hodnej a hloupej táta nedozvěděl“... A podobně.

Takže: nakonec psychoterapeutům ve zdravotnictví nezbyde, než tu a tam psát svoje karty dvojmo: pro své pacienty (a pro posudkové lékaře) a pro sebe. A to jen a jen proto, aby své pacienty ochránili a nebyli iatrogení. *Ano.*

PO UZÁVĚRCE

David Skorunka

Letošní rok přináší komunitě rodinných terapeutů jednu smutnou zprávu za druhou. **Tom Andersen***, norský rodinný terapeut, profesor sociální psychiatrie na universitě v Tromso, tragicky zemřel 15. 5. 2007. Stalo se tak dva dny před tím, než měl přednést svůj příspěvek na světové konferenci o rodině v Praze.

Měl jsem možnost Tomu Andersenovi naslouchat na dvou kongresech rodinné terapie a zažít jeho diskuse s kolegy Michaellem Whitem a Harlene Andersonovou na sympoziu *Common Ground-Versatile Practices* ve Finsku před třemi lety. Již před tím jsem byl obeznámen s Tomovými myšlenkami díky velkorysosti zahraničních kolegů, kteří mi dovolili zakusit práci v reflektujícím týmu a doporučili mi jeho texty, jimiž ovlivnil uvažování rodinných terapeutů na konci 20. století. Na první, leč nepřesný dojem melancholický myslitel, Tom přispěl k rozvoji rodinné terapie svým důrazem na význam jazyka, který používáme v psychoterapii, a kterému podléháme, když mluvíme o našich pacientech/klientech za jejich zády. S jeho jménem zůstanou spjaty formy rodinné terapie založené na využití reflektujícího týmu a také nezbytný požadavek na neustálé reflektování vlastního psychoterapeutického působení. Nejsem jediný, kdo považuje zapojení reflektujícího týmu za mimořádně cenný způsob práce nejen s rodinou. Úvahy Toma Andersena o jazyce a tzv. reflektujících procesech zaujaly kolegy jak ve skandinávských zemích,

kde často přednášel a podílel se na různých projektech, tak i v dalších částech světa. Význam jazyka, dialogu a týmové práce zpracoval Tom v knize *The Reflecting Team: Dialogues and Dialogues about the Dialogues*, která se stala po svém vydání v roce 1991 inspirujícím textem pro mnoho psychoterapeutů a rodinných terapeutů. Tom právem patřil a bude dál patřit k hlavním postavám rodinné terapie, které zanechaly svým uvažováním a přístupem zřetelnou stopu v tomto oboru na sklonku minulého století.

Z osobních vzpomínek na setkání s Tomem Andersenem vystupuje do popředí jeho přemýšlivé a rozvážné hledání odpovědí na složité otázky a pokora, s jakou hovořil o rodinách, s nimiž se setkal. A také empatické zaujetí, s jakým promlouval o „nemocech“ naší současné „vyspělé“ civilizace. Vybavují se mi obrazy Toma Andersena, který zádumčivě se slzami v očích hovořil o hrůzách, jichž se stal přímým či nepřímým svědkem v zemích afrického kontinentu zmítaném válečnými konflikty a etnickými čistkami. V uších mi najednou zní tíživá hudba norského skladatele, kterou Tom vybral k zakončení svého příspěvku na konferenci rodinné terapie v Budapešti v roce 2001.

Je škoda, že účastníci pražské světové konference o rodině ztratili možnost poslechnout si, o čem Tom Andersen v poslední době přemýšlel. Jeho nečekaná smrt nám všem připomíná, že čas plyne a že nikdo z nás neví, co přinese zítřek.

* Více lze o Tomu Andersenovi nalézt v článku Společné základy – rozmanitá praxe, který byl otištěn v *Konfrontacích* 2004, v čísle 3.



občanské sdružení pro podporu lidí
procházejících psychospirituální krizí

nabízí výcvikové programy
v somaticky orientované psychoterapii:

základní specializovaný (760 hodin – 3 roky)
a následný postgraduální (360 hodin – 2 roky)

VÝCVIK V BIOSYNTÉZE

a

čtyřletý specializovaný (380 hodin)

VÝCVIK V PESSO-BOYDEN psychomotorické terapii (PBSP)

Výcviky jsou určeny psychologům, psychiatrům, lékařům psychoterapeutům,
pedagogům, sociálním pracovníkům, fyzioterapeutům a dalším odborníkům
pomáhajících profesí.

Biosyntéza – lektorský tým:

David Boadella (Švýcarsko), Esther Frankel (Brazílie), Milton Corrêa (Brazílie), Liane Zink (Brazílie), Shosh Avital (Izrael), Rivka Khandalkar (Švýcarsko), Barbora Janečková a Ladislav Müller (ČR)

zahájení výcviku v Biosyntéze: 20. února 2008

více informací o biosyntéze najdete na:

www.biosynthesis.org

PBSP – lektorský tým:

**Albert Pesso (USA), Lowijs Perguin a Iman Baardman (Holandsko),
Martin Howald (Švýcarsko), Magnhild K. Hope (Norsko)**

zahájení výcviku v PBSP: 29. listopadu 2007

více informací o PBSP najdete na:

[www.pbasp.com \(.cz\)](http://www.pbasp.com (.cz))

Výcviky budou vedeny v anglickém jazyce, překlad do češtiny je zajištěn. Pro
přímý kontakt s lektory je zvládnutí základů angličtiny považováno za výhodu.

Podrobnější informace o výcvicích a přihlášky najdete na:

www.diabasis.cz

Pro **přihlášení a informace** můžete rovněž přímo kontaktovat
administrátorku výcvikových programů Diabasis
sl. Rebeku Mertovou na: rebeka@diabasis.cz

