

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 5. ročník, 2011, číslo 1

Vychází čtvrtletně.

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

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

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

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

Jakub Hučín - soukromá psychoterapeutická praxe, Praha

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

PhDr. Jiří Jakubů, Ph.D. - Terapeutické centrum Cetera, Praha

Mgr. Radim Karpíšek – Psychosomatická klinika, Praha

PhDr. Julián Kuric – Soukromá psychologická a psychoterapeutická praxe, Brno

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

MUDr. Jan Roubal (vedoucí redakční rady) – soukromá praxe, Havlíčkův Brod, a Katedra psychologie FSS MU, Brno

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

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

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

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D. – terénní sociální práce

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

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

Ken Evans – FRSA, Director of Scarborough Psychotherapy Training (UK)

PhDr. Petr Goldman – Psychiatrická léčebna, Praha –Bohnice

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

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

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

Prof. PhDr. Anton Heretik, Ph.D. – Katedra psychologie FF UK, Bratislava (SK)

MUDr. David Holub – psychoterapeutická praxe, Praha

MUDr. Vladislav Chvála – Středisko komplexní terapie, Liberec

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

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

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

MUDr. Petr Možný – Psychiatrická léčebna, Kroměříž

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

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

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

Prof. PhDr. Alena Plhánková, CSc. – Katedra psychologie, Filosofická fakulta UP, Olomouc

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

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

MUDr. Gabriela Šivicová – Krizové centrum RIAPS, Praha

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

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

Výkonná redakce / Editors:

Bc. Lenka Bloudíčková, Mgr. Zuzana Pavelková, PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor) romhyt@gmail.com, 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 1/2011 byla 20. 3. 2011, recenzní řízení bylo uzavřeno 15. 4. 2011. Vychází v květnu 2011.

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

The articles are peer-reviewed.

ISSN 1802-3983 / MK ČR E 18868

© Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity

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

OBSAH ČÍSLA 1 ROČNÍKU 2011

EDITORIAL

Zbyněk Vybíral, Roman Hytych, Jan Roubal - - - 5

TEORIE

Petr Štípek: Jak si sedíme aneb O prostorovém uspořádání v psychoterapii - - - 7

VÝZKUM

Jan Benda: Přínos Meditace pro psychoterapeuty: Rozvíjení terapeutových kvalit pozitivně ovlivňujících výsledek psychoterapie - - - 14

PRAXE

Leoš Zatloukal: Práce s „podvědomím“ v (hypno)terapii zaměřené na řešení představená na příkladu z praxe - - - 26

Jan Kubánek: Vzdělávání budoucích psychoterapeutů v integrativní psychoterapii a koncept práce s kruhy - - - 41

RECENZE

Mary Levens: Eating Disorders and Magical Control of the Body. Treatment through Art Therapy (Lenka Mynaříková) - - - 53

Phil Joyce, Charlotte Sills: Základní dovednosti v gestalt psychoterapii (Zbyněk Vybíral) - - - 55

Jiří Růžička: Ego-analýza. Kritická studie (Peter Tavel) - - - 58

Z DRUHÉHO BŘEHU

Růžena Šípková: O vysvobození aneb Co princezny nepotřebují slyšet - - - 61

Děkujeme těm, kdo finančně i jinak podpořili vydávání časopisu v roce 2011, zejména Janu Poněšickému a paní Renatě Ehm.

Skupina Narativ ve spolupráci s Houston Galvestone Institute a Newton College
pořádá

TRIPTYCH O POSTMODERNÍM PŘÍSTUPU

Workshopy se zahraničními lektorkami na téma
uplatňování postmoderního přístupu v práci s lidmi.

	Rocio Chaveste Gutierrez (Mexiko) Postmoderní filozofie a její uplatnění v praxi Kolaborativní praxe v různých kulturách a kontextech	3. - 4. června 2011 1.300 Kč
	Harlene Anderson (USA) Etické otázky při práci s lidmi v kontextu postmoderny: Sdílená odpovědnost	23. - 24. září 2011 2.300 Kč
	Ann-Rita Gjertzen (Norsko) Reflektující proces: historie, vývoj, současné trendy Využití reflektujících týmů v různých kontextech práce s lidmi	11. - 12. listopadu 2011 1.300 Kč

Zvýhodněná cena při koupi celého TRIPTYCHU: 4.200 Kč

Místo konání: Newton College, Rašínova 103/2, Brno

Tlumočení workshopů do češtiny zajištěno.

Více informací a přihlášky na webu: www.narativ.cz/triptych
e-mail: info@narativ.cz



EDITORIAL

Zbyněk Vybíral, Roman Hytych, Jan Roubal

Vážení čtenáři,

první číslo letošního ročníku časopisu *Psychoterapie* vznikalo dlouho, již od loňského podzimu. Vznikalo také složitěji, protože současně docházelo ke změnám na postech šéfredaktora, vedoucího redakční rady a mnoha jejích členů. Proto i menší časové zpoždění, se kterým se vám první číslo dostává do rukou. Zpoždění vyrovnáme, takže letos, tak jako v předchozích čtyřech letech, dostanete brzy další číslo a koncem roku dvojčíslo.

Doufáme, že texty, které naleznete v letošním čísle 1, vás osloví svojí pestrostí. Začneme-li z druhého břehu, pak časopisu nabídla text spící a probouzející se šipková Růženka, která se mimo jiné vztahuje k možnostem toho, jak si v terapii sedíme či ležíme, o čemž se více dočtete v úvodním článku Petra Štípka. Že terapeuti někdy nemají sezení v terapii dost, a navíc vsedě či za chůze rozvíjejí všímavost s cílem kultivace svých terapeutických kompetencí, o tom více v textu Jana Bendy, který k tématu nabízí přehled zahraničních výzkumů. Rubriku *Praxe* naplnil text Jana Kubánka o integrativním vzdělávání a text Leoše Zatloukala o práci s podvědomím za pomoci hypnózy.

Přemýšlíme nad tím, jak vás, naše čtenáře, více „vtáhnout do hry“. Časopis je vědecký, ale to neznamená, že by měl být nezáživný, nebo odtržený od praxe. Právě naopak! V návaznosti na tradici založenou *Konfrontacemi* v roce 1990 chceme pokračovat tak, abyste si v každém ročníku

našli „svá“ témata především vy, kdo jako psychoterapeuti a poradci různých orientací pracujete v terénu s lidmi. Také vy, kdo jste ve výcvicích, pracujete jako supervizoři, nebo o psychoterapii přednášíte. Není to jen časopis pro studenty nebo – beztak v této zemi nepočtené – výzkumníky. Budeme se snažit o to, abyste si nad každým ročníkem (nejlépe nad každým číslem) řekli: Toto je přesně to, o čem jsem přemýšlel(a). Nebo: Toto se mi hodí pro mou práci. Eventuálně: Toto je užitečné vědět.

Věříme, že mnozí máte představu o tom, co byste si v časopise *Psychoterapie* rádi přečetli. V tomto směru jsme připraveni být prostředníky mezi vámi a autory, jsme připraveni více než dřív oslovovat a vyzývat autory k psaní tak, aby (alespoň někdy), byla čísla časopisu obsahově vyprofilovaná a vztahující se k vzájemně soudržným tématům.

Můžete v tomto smyslu psát komukoliv z nás tři své tipy i nápady, velmi je vítáme. Můžete také oslovovat členy nové redakční rady, které najdete v tiráži časopisu. Časopis chceme v novém složení spravovat více týmově a otevírat ho také novým autorům i čtenářům.

Roman Hytych, šéfredaktor,
romhyt@gmail.com

Zbyněk Vybíral, senior editor,
vybiral@fss.muni.cz

Jan Roubal, vedoucí redakční rady,
jan.roubal.cz@gmail.com

3. mezinárodní psychoterapeutické sympóziium

Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity
26. – 27. května 2011

CO A JAK UMÍME ZKOUMAT V PROCESU PSYCHOTERAPIE?

26. května 10:30–18:30 / 27. května 09:00–18:30

PROGRAM:

ČTVRTEK 26. 5.

10:30 Zahájení ♦ **10:40 Heidi Levitt (USA) – hlavní přednáška / keynote address** (*Department of Psychology, The University of Massachusetts Boston, USA*): Principles of Change used by Expert Therapists across Psychotherapy Orientations **ANGLICKY** ♦ **11:35 Ladislav Timuřák /IRSKO – hlavní přednáška / keynote address** (*School of Psychology, Trinity College, Dublin, Irsko*): Významné události v procesu psychoterapie (Significant Events in Psychotherapy) **SLOVENSKY** ♦ **14:00 Mario Pfammater /ŠVÝCARSKO – hlavní přednáška / keynote address** (*Department of Psychotherapy, Uni Hospital of Psychiatry, Bern, Švýcarsko*) Téma vyhrazeno **ANGLICKY** ♦ **14:50 Jiří Jakubů /ČR (CETERA, Praha)**: Copingové procesy v psychoterapii: výsledky výzkumu „Jak psychoterapeuti prožívají a zvládají nezdary v psychoterapii?“ ♦ **16:00 Tomáš Řiháček, Jana Kostínková /ČR (FSS MU)**: Psychoterapeutické kompetence a výzkum psychoterapeutických výcviků ♦ **16:35–17:50 Leoš Zatloukal, Jan Roubal, David Chlupáček /ČR** – Pohled výzkumníka, terapeuta a klienta na významné momenty terapeutického procesu ♦ **18:00–18:30 Panelové resumé 1. dne sympózia**

PÁTEK 27. 5.

9:00 Dan Pokorný /NĚMECKO – hlavní přednáška / keynote address (*Universität Ulm, Německo*): Slovo má slovo. Analýza textových prepisů terapeutických sezení **ČESKY** ♦ **9:50 Petr Bob /ČR (Centrum pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu & Psychiatrická klinika, 1. LF UK)**: Hypnotická abreakce a vědomí, pracoviště ♦ **11:00 David Skorunka /ČR (LF UK, Hradec Králové)**: Rodinná terapie a výzkum; od zdrženlivého postoje k pečlivému zkoumání ♦ **11:35 Petr Štěpánek (1,3) Ivo Čermák (1,2), Jana Schmidtová (3) /ČR (1 FSS MU, 2 Psychologický ústav AV ČR, v.v.i., 3 DPL Opařany)**: Proces psychoterapie zachycený v denících a obrazech: od roztržitěné narativity ke smysluplnému vyprávění ♦ **13:30 Radim Karpíšek /ČR (Psychosomatická klinika, Praha)** Terapeutický vztah: metody klinického vyhodnocování a měření ♦ **14:05 Ladislav Timuřák /IRSKO (Trinity College)**: Budovanie teórie skúmaním výskumných kauzistik (Theory building through case study research) ♦ **14:40 Roman Hytych, Jakub Koutný /ČR (FSS MU)**: Všímavost v psychoterapii: Výzkum ve světě a v České republice ♦ **15:45–17:45 Workshop s Danem Pokorným a Zuzanou Lakoštíkovou /NĚMECKO**: Co je podstatné, to se opakuje. Analýza repetitivních vztahových vzorců v systému CCRT-LU ♦ **18:00–18:30 Panelové resumé 3. ročníku mezinárodního psychoterapeutického sympózia**

JAK SI SEDÍME aneb O PROSTOROVÉM USPOŘÁDÁNÍ V PSYCHOTERAPII

Petr Štípek

ABSTRAKT:

Článek se stručně zaměřuje na prostorové uspořádání terapeutické situace. V první řadě rozlišuje čtyři základní druhy psychoterapie, totiž individuální, skupinovou, párovou a rodinnou. V každé z těchto forem nastiňuje pomocí grafického znázornění základní setting mezi terapeutem a klientem, resp. klienty. Snaží se tak zdokumentovat nejběžněji využívané pozice, s nimiž se klient může v rámci psychoterapie setkat, a diskutuje jejich výhody i nedostatky.

Text si neklade za cíl odpovědět na otázku, která z navrhovaných variant je lepší či snad správná. Místo toho se snaží poukázat na fakt, že se nemusí odlišovat jen samotné terapeutické školy, nýbrž i přístup jednotlivých terapeutů. A právě prostorové uspořádání je jedním z jasně viditelných faktorů, který nám může tuto rozmanitost podložit.

Klíčová slova: psychoterapie, formy psychoterapie, setting – terapeutické uspořádání

ABSTRACT:

The article focuses on spatial arrangements in psychotherapeutic situations. First it distinguishes the four main types of therapy: individual, group, pair, and family. For each of these situations, the author uses visual charts to suggest the basic spatial arrangements between the therapist and the client (or clients). The documentation of the most often encountered situations and the discussion on their advantages and disadvantages is the main aim of the article.

The author does not hope to assess which of the proposed arrangements is better or even correct; instead he wishes to communicate, and indeed underline, that not only specific therapeutic schools, but also individual therapists, can vary in their preferred approaches.

Key words: Psychotherapy, Forms of Psychotherapy, Setting - Spatial Arrangements in Psychotherapeutic Sessions

ÚVOD

Prostorové uspořádání terapeutické situace je velmi rozmanité a snad každý terapeut upřednostňuje své vlastní. Někdy je to způsobeno osobními preferencemi, jindy daným psychotherapeutickým směrem. V klasické psychoanalýze nejspíš nebudeme překvapeni, že klient leží na pohovce, zatímco terapeut sedí za jeho hlavou mimo klientovo zorné pole. Toto uspořádání se traduje již od dob Sigmunda Freuda. Jiné důvody jsou samozřejmě prostorové, neboť ne každá pracovna je dostatečně rozlehlá či má potřebný tvar, aby ji mohl terapeut přetvořit k obrazu svému. Dalšími důvody mohou být finance nebo stávající situace zaběhlého pracoviště, do něhož nový terapeut přichází a nemá možnost místnost měnit.

Téma práce s prostorem v terapeutických sezeních nám rovněž poukazuje na pestroutu paletu a mnohovrstevnatost procesů, s nimiž se v psychoterapii setkáváme. To, jak sedíme, není jen o tom, jestli na sebe klient a terapeut dobře vidí. Způsob, jakým zacházíme s prostorem mezi námi, zároveň vypovídá i o respektu, bezpečí a vztahu, který od prvního stisku ruky s klientem vytváříme. Je to jakýsi rituál, který ohraničuje a zabezpečuje naši současnou i budoucí spolupráci.

V tomto článku se budeme věnovat základním a tedy i nejběžnějším uspořádáním, s nimiž se v rámci psychoterapie můžeme setkat. Výčet není a přirozeně ani nemůže být úplný. Ve finále vždy záleží na konkrétním terapeutovi či daném zařízení. Přes tato omezení se pokusíme udělat v tématu alespoň rámcový systém. Začneme tím, že oddělíme čtyři základní formy psychoterapa-

pic. Vavrda (2009) nazývá toto dělení tzv. dělením dle objektu. Jedná se o individuální terapii, skupinovou terapii, párovou terapii a rodinnou terapii. Vzhledem k tématu tohoto článku a nedostatku prostoru se zde nebudeme věnovat ostatním formám psychoterapie, které by si rovněž zasloužily pozornost. Máme na mysli např. odlišení na krátkodobou (překrývající se s krizovou intervencí, s trváním zhruba tři měsíce a do patnácti sezení), střednědobou (od tří do šesti měsíců, nepřesahující padesát sezení) a dlouhodobou psychoterapii (v délce od šesti měsíců, může čítat stovky hodin) (Vymětal, 2009).¹ Dále rozlišujeme krizovou terapii (Cleveová, 2004), případně krizovou intervencí², či různé encounterové skupiny nebo formy psychoterapie dle prostředí, tedy ambulantní a při hospitalizaci (Vavrda, 2009) a další.

Zároveň se nebudeme příliš zabývat odlišením a definicemi individuální, skupinové, párové a rodinné terapie. Na obě tato témata existuje dostatek kvalitní a dobře dostupné literatury. Případně zájemce proto odkazujeme na ni.³

INDIVIDUÁLNÍ TERAPIE

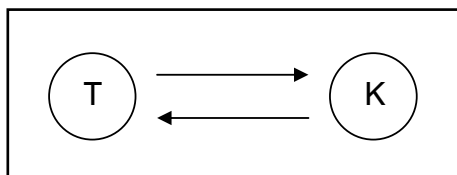
Prostorové uspořádání v individuální terapii je různé. Sezení přímo naproti sobě bez jakýchkoli bariér mezi sebou (viz Obrázek 1) může v některých klientech vyvolávat dojem příliš silné konfrontace bez možnosti úniku pohledu.

Jinou možností je podobné uspořádání s tím rozdílem, že mezi klientem a terapeutem je stůl (viz Obrázek 2). Stůl, na němž se nachází např. svíčka, dekorace, kameny či

¹ Ladislav Timulák rozlišuje terapii krátkou (do 6 sezení), krátkodobou (do 20 sezení), střednědobou (do 30 sezení) a dlouhodobou (rok a více) (srov. Timulák, 2006).

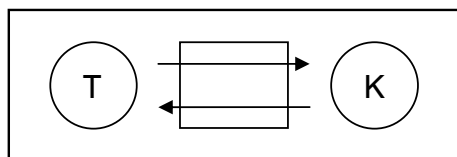
² Krizová terapie a krizová intervence jsou termíny, jež se někdy směřují. V zásadě se jedná o krátkodobou terapii s cíleným zaměřením na překonání akutní krizové situace (Vodáčková, 2009).

³ Viz např. seznam příložené literatury v závěru tohoto článku.



Obrázek 1. Prostorové uspořádání terapeutické situace v individuální terapii. Terapeut (T) sedí naproti klientovi (K). Mezi sebou mají volný prostor. Sedí tváří v tvář. Šipky naznačují směr přímého pohledu.

nezbytné papírové kapesníčky, však může vyvolávat pocit bariéry ve vztahu. Na druhou stranu ho lze pocívat i jako ochranu a bezpečí, zvláště pro klienta, ocitajícího se v pro něj neznámé situaci s neznámým terapeutem. To je výhodou především v počátečních fázích terapie, kdy se terapeutický vztah teprve buduje.

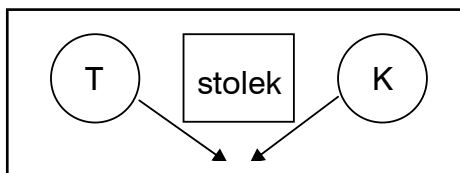


Obrázek 2. Prostorové uspořádání terapeutické situace v individuální terapii. Terapeut (T) sedí naproti klientovi (K). Mezi sebou mají stůl apod. Sedí tváří v tvář. Šipky naznačují směr přímého pohledu.

V každém případě je vhodné, pokud se terapeut pro stůl rozhodne, aby se jednalo o malý, nízký stůl obklopený stejnými křesílky, naznačujícími symetrii. Pozice, při níž sedí terapeut s klientem přibližně pod úhlem 90° a jejich přímé pohledy směřují více do prostoru, v sobě nese výhody možnosti úniku pohledu a „zahledění“ se více do vnitřních dějů (viz Obrázek 3). Zároveň není problém pro oba aktéry na sebe bez potíží dobře vidět.

Stůl mezi oběma může a nemusí být (s výhodami a nevýhodami zmíněnými výše).

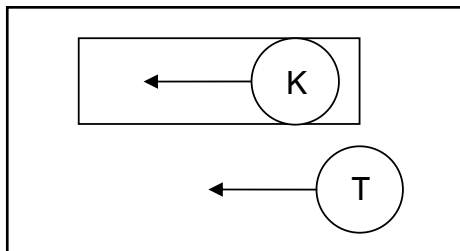
Dalším uspořádáním je situace známá z filmů a přístupů klasické psychoanalýzy.



Obrázek 3. Prostorové uspořádání terapeutické situace v individuální terapii. Terapeut (T) sedí naproti klientovi (K). Mezi sebou mohou či nemusí mít stůl apod. Šipky naznačují směr přímého pohledu. Tyto pomyslné přímkové svírají úhel přibližně 90 stupňů. Sedí k sobě mírně natočení bokem. Mohou se dívat na sebe, ale zároveň pokud se dívají před sebe, hledí do prostoru.

Klient leží na pohovce tak, aby neviděl na terapeuta, který sedí u jeho hlavy, ani periferním viděním (viz Obrázek 4).

Tato pozice nemusí být pro některé klienty v počáteční fázi bezpečná. Umožňuje však na druhou stranu větší uvolnění a méně kontroly jak pro klienta, tak pro terapeuta.

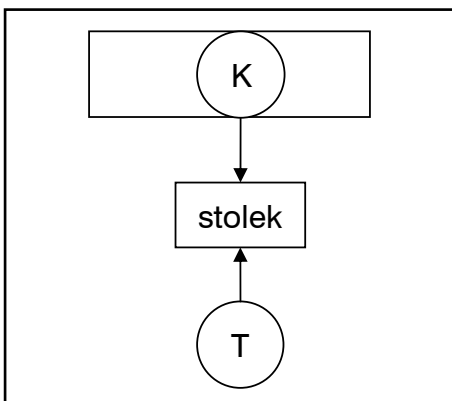


Obrázek 4. Prostorové uspořádání terapeutické situace v individuální terapii. Terapeut (T) sedí na židli či v křesílku u hlavy klienta (K), ležícího na pohovce. Šipky naznačují směr přímého pohledu.

V neposlední řadě pak s sebou přináší lepší možnost klientovy i terapeutovy introspekce.

Poslední uspořádání (viz Obrázek 5) vychází ze situace, kdy terapeut sedí na židli či v křesílku a klient na gauči naproti němu. Mezi nimi může i nemusí být umístěn menší stůl. Klient má podle potřeby možnost si na gauči lehnout či zvolit jinou polohu dle aktuálního rozpoložení.

Výše popisované uspořádání se může vyskytovat s nejrůznějšími obměnami. Může být pevně dané a nepružné s nemožností s ním manipulovat. Nebo se může obměňovat



Obrázek 5. Prostorové uspořádání terapeutické situace v individuální terapii. Terapeut (T) sedí na židli či v křesílku naproti klientovi (K), který sedí na pohovce. Šipky naznačují směr přímého pohledu. Mezi nimi může a nemusí být stůl.

dle aktuální situace. Pokud je možnost uspořádání měnit, je dobré jej s klientem vyjednat nebo mu dát vybrat nejvhodnější variantu.

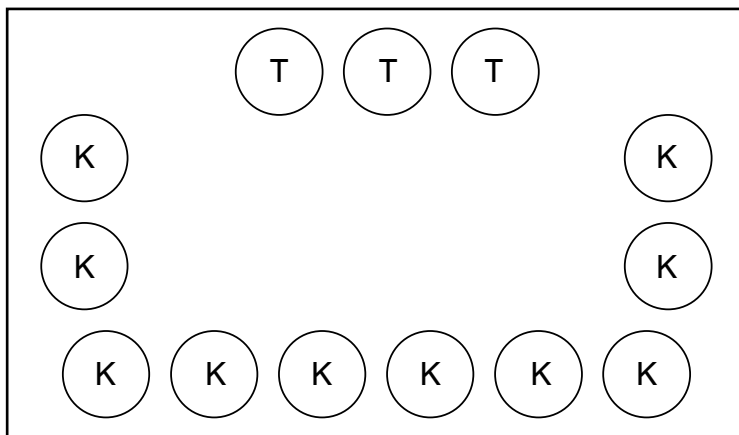
Rovněž vzájemná vzdálenost terapeuta a klienta je různá. V některých případech je určována prostorovými podmínkami dané místnosti. Někdy nechá terapeut klienta, aby manipuloval s židlí a našel si co možná nejpříjemnější a nejpohodlnější vzdálenost od křesla terapeuta. Jindy mohou na vzdálenosti spolupracovat oba dva. Obecně platí zásada, že vzdálenost by měla být taková, aby se klient i terapeut cítili bezpečně, mohli se uvolnit a mít vlastní prostor, zároveň však stále zůstat v kontaktu s druhým.

SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE

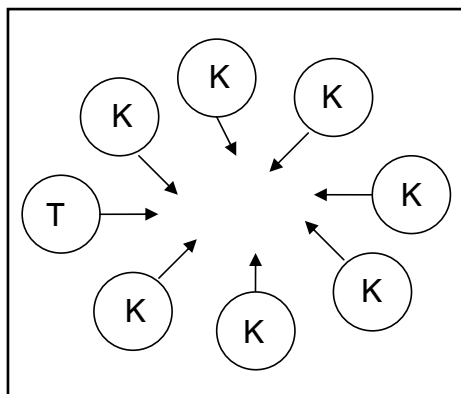
Ve skupinové psychoterapii, která bývá jakousi laboratoří meziosobních vztahů, se klienti společně se svým terapeutem (případně terapeutky) zabývají všemi aspekty toho, jak vztahy navazují, tvoří či jak s nimi zachází. V těchto modelech se dozvídají mnohé o sobě samých. Vzájemné interakce mohou rovněž sloužit k podpoře, náhledu, vyslechnutí či sdílení těžkých osudů a životních příběhů. Ve skupině každý dostává neustálé zpětné vazby, které jsou mu nápo-

mocny k řešení potíží. Dochází ke korektivní zkušenosti a eventuálnímu osvojení nových dovedností. Ty si může zkusit v bezpečném a chráněném prostředí terapeutické skupiny a následně i ve vlastním životě (Kratochvíl, 2005b).

Prostorové uspořádání skupiny vychází přirozeně z aktuálních podmínek, tj. počtu členů a možností místnosti, kde se setkání odehrává. Obvyklé rozestavení je kruhové



obdélníkové či čtvercové, jak nám ukazují Obrázek 7. Zde se setkává obvykle více klientů a rovněž tak i více terapeutů, případně celý terapeutický tým.⁴



Obrázek 6. Prostorové uspořádání při skupinové terapii. Šipky označují směr přímého pohledu. T – terapeut, K – klient.

se stejnými nebo podobnými křesílky, aby se vyjádřila rovnost všech členů skupiny, terapeuta nevyjímaje (viz Obrázek 6)

V případě skupinového sezení se dvěma terapeuty nebo s přisedícím zapisovatelem skupiny může být zajímavou a důležitou skutečností i rozmístění samotných terapeutů či zapisovatele. Oba terapeuti tak mohou, ale i nemusí sedět vedle sebe.

Rozmístění v komunitním setkání může kopírovat zdi místnosti a být například

Obrázek 7. Prostorové uspořádání při skupinové terapii komunitního charakteru. K – klient, T – terapeut.

PÁROVÁ TERAPIE

Další formou psychoterapie je párová terapie.⁵ Někdy bývá směřována s rodinnou terapií či pokládána za její součást. Z našich zkušeností vyplývá, že se jedná o samostatnou a specifickou formu, která má některé principy a cíle s rodinnou terapií shodné, mnohé jsou však odlišné. Pracovat s párem navíc vyžaduje jiné zkušenosti a znalosti než pracovat s rodinou. V tomto ohledu se shodujeme se stanoviskem Stanislava Kratochvíla (2005a, 2009). Proto jsme se rozhodli, že budeme v tomto textu rozlišovat mezi psychoterapií párovou a rodinnou a nebudeme tyto pojmy zaměňovat.

⁴ Možností je také terapeuty či celý terapeutický tým rozsadit mezi klienty, čímž netvoří tak velký blok.

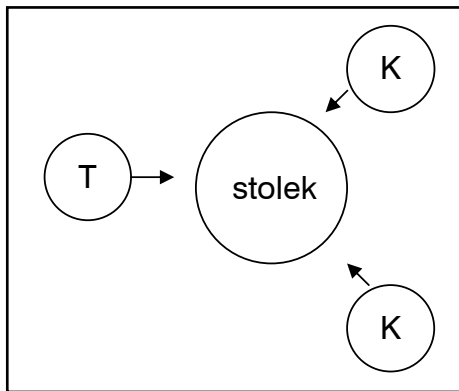
⁵ V tomto textu používáme poněkud modernější pojem *párová terapie* oproti názvu *manželská terapie*. Druhé pojmenování se nám v tomto ohledu zdá ne zcela přesné, trochu zavádějící a zužující danou skutečnost. Ne každý pár totiž musí nutně být manželský. Oba názvy však existují vedle sebe. Považujeme je za synonymní, neboť u obou se jedná o tentýž přístup speciální psychoterapie zabývající se at již manželským, či nemanželským párem.

Párová terapie se, jak již je z jejího názvu patrné, zabývá především partnerskou (nejen manželskou) dvojicí a jejich potížemi v soužití. Roland Weber (2007) vidí jeden z nejdůležitějších cílů párové terapie poskytnout klientům možnost nových zkušeností a prožitků.

Obecně bychom mohli říci, že cílem párové terapie je pomoci oběma partnerům nahlédnout jejich potřeby a pozice ve vztahu, ochotu ve vztahu pracovat a něco mu dát (Gurman, 2008). Okusit vzájemné interakce, podívat se na klady i zápory vztahu, normalizovat některá témata a některé problémy, které se mohou v partnerském vztahu dvou lidí objevit, apod. Rovněž tak ujasnit si, že na partnerském vztahu je nutné neustále pracovat, zvelebovat ho a investovat do něj. Stejně jako na něj neupínat veškerou svou existenci a nepovažovat ho za jediný smysl svého bytí. Jak píše Petr Šmolka a Jan Mach (2008, s. 91): „Ani to nejlepší manželství není ještě zárukou trvalé životní spokojenosti; je dobré ji čerpat i z jiných zdrojů (profese, vztahy s přáteli, zájmy, koníčky).“

Prostorové uspořádání párového sezení je podobné rodinnému (viz níže). Oba partneři se s terapeutem setkávají společně obvykle okolo stolu umístěného uprostřed (viz Obrázek 8).

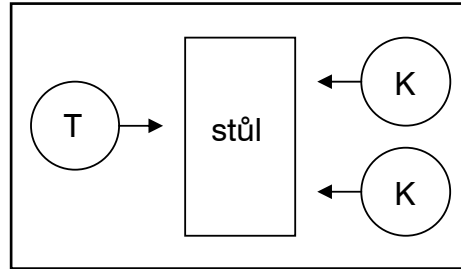
Jinou možností je uspořádání terapeuta za psacím stolem a páru před ním (viz Obrázek



Obrázek 8. Prostorové uspořádání v párové terapii. Šipky naznačují směr přímého pohledu. Stolek být může a nemusí. T – terapeut, K – klient.

9). Tato pozice budí dojem více expertního a direktivního přístupu.

Můžeme se rovněž setkat s rozmístěním, kdy je pár posazen na široké pohovce a te-

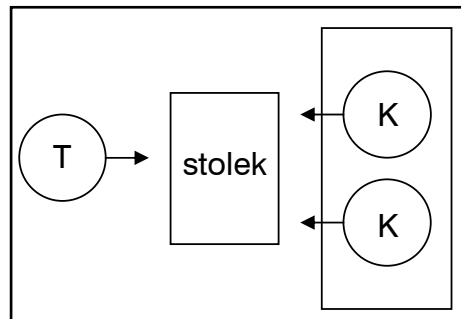


Obrázek 9. Prostorové uspořádání v párové terapii. Šipky naznačují směr přímého pohledu. T – terapeut, K – klient.

rapeut na křesílku či židli před nimi (viz Obrázek 10). Mezi nimi může a nemusí být menší stolek.

RODINNÁ TERAPIE

Poslední formou psychoterapie, jíž se zde budeme zabývat, je rodinná terapie.



Obrázek 10. Prostorové uspořádání v párové terapii. Šipky naznačují směr přímého pohledu. Terapeut sedí před párem, který je usazen na široké pohovce. T – terapeut, K – klient.

Rodinná terapie je specifickou formou psychoterapie pracující s celou rodinou (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000). Mnohé rodinně-terapeutické přístupy se liší, avšak v několika momentech se shodují. Jedním z nich je právě zacílení pozornosti na rodinu jako celek a na potvrzení a zdůraznění důleži-

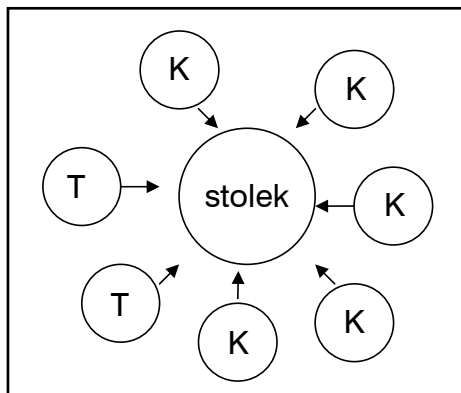
tosti rodinného kontextu (Skorunka, 2010; Perner, 2000).

Podle Stanislava Kratochvíla (2009) je rodinná terapie přístupem, který se zabývá rodinnými problémy s cílem zajistit náhled, porozumění a zlepšení fungování rodiny jako celku. Na každého člena rodiny se dívá jako na dílčí součást propojeného a navzájem se ovlivňujícího rodinného systému a jeho potíže dává do souvislosti s fungováním rodiny.

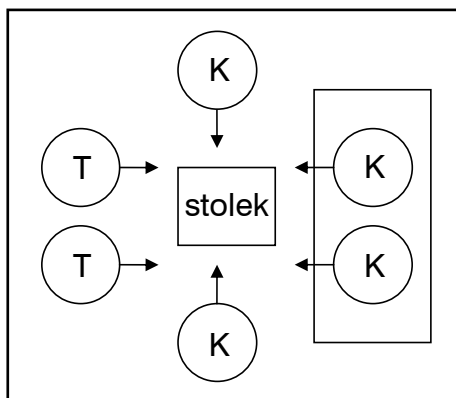
Na rozdíl od párové terapie jsou do léčebného procesu zapojeny i děti, které navíc bývají často prvotním důvodem, pro něž rodina pomoc vyhledává (Satir, 2007). Její historie je jiná a probíhá odděleně od vývoje terapie párové, individuální nebo skupinové (Kratochvíl, 2009).

Prostorové uspořádání rodinně-terapeutického sezení může existovat – obdobně jako dříve popsané formy terapie – v nejrůznějších variantách. Nejobvyklejší je umístění všech členů rodiny včetně terapeuta/ů v kruhu (viz Obrázek 11). Uprostřed kruhu se může i nemusí nacházet menší stolec.

Další možností je dle vybavení terapeutovy pracovny rozmístění na gauči a v křeslech, případně na židlích, pokud je rodinných příslušníků více (viz Obrázek 12). V tomto



Obrázek 11. Ukázka prostorového uspořádání rodinného sezení se dvěma terapeuty a pětičlennou rodinou. Šipky naznačují směr přímého pohledu. T – terapeut, K – klient.



Obrázek 12. Ukázka prostorového uspořádání rodinného sezení se dvěma terapeuty a čtyřčlennou rodinou. Šipky naznačují směr přímého pohledu. T – terapeut, K – klient.

uspořádání by se měl klást důraz na podobnost daných kreslítek. V případě, že tomu tak nemůže být, je možno tyto rozdílnosti využít v práci s rodinou (např. všimát si, kdo si pro sebe bere nejpohodlnější křesílko, kdo naopak dostává plastovou židli z čekárny, apod.).

ZÁVĚR

Ukázali jsme si některá možná prostorová uspořádání při terapeutické situaci. Vycházeli jsme jednak z literatury, jejíž seznam je přiložen v závěru textu, a jednak z vlastní zkušenosti. Nástin jsme provedli hodně stručný a spíše inspirativní. Přesto je více než zajímavé, kolik různých obměn můžeme v tomto tématu najít.

Závěrem bychom rádi vznesli několik otázek pro každého terapeuta a každého klienta, kteří by se chtěli na chvíli nad touto skutečností zamyslet. Otázky by zněly takto: Jak vnímám vlastní prostorové uspořádání, resp. uspořádání u terapeuta, jehož navštěvuji? Jaké má pro mě výhody? Kde a proč cítím bezpečí? Co bych v tomto ohledu potřeboval či vyžadoval více? A mnohé další...⁶

⁶ Tyto otázky si autor článku položil již nejednou od doby, kdy se začal věnovat psychoterapii. Při psaní tohoto textu se jejich užitečnost projevila ještě o mnoho více.

Skončili jsme tedy zamyšlením nad důležitostí uspořádání terapeutické pracovny, neboť konečným cílem každé terapie je připravit půdu pro navození změny v psychice a chování jedince a poskytnout mu příjemné, pohodlné prostředí, jež vede k pocitu bezpečí.⁷

LITERATURA

- CLEVEOVÁ, E. *Drž tátu za ruku: krizová psychoterapie malého dítěte*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2004.
- GURMAN, A. S. (ed.). *Clinical Handbook of Couple Therapy*. 4th ed. NY: The Guilford Press, Inc., 2008.
- KRATOCHVÍL, S. *Manželská a párová terapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 280 s.
- KRATOCHVÍL, S. *Manželská terapie*. 4. vyd. Praha: Portál, 2005a. 255 s.
- KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3. doplněné vyd. Praha: Galén, 2005b. 297 s.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2006.
- LANGMEIER, J.; BALCAR, K.; ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000.
- PERNER, R. A. *Tabu v rodinné komunikaci: O čem se v rodinách nemluví, ač by to bylo užitečné*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000.
- SATIR, V. *Společná terapie rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 216 s.
- SKORUNKA, D. Rodinná terapie. In: Vybíral, Z. & Roubal, J. (eds.): *Současná psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 744 s.
- ŠMOLKA, P.; MACH, J. *Manželská a rodinná trápení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 192 s.
- TIMULÁK, L. *Základy vedení psychotherapeutického rozhovoru: integritivní rámec*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 184 s.
- VAVRDA, V. *Formy a prostředky psychoterapie*. In: Vymětal, J. et al. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2009. 340 s.
- VODÁČKOVÁ, D. et al. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 544 s.
- VYMĚTAL, J. et al. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2009. 340 s.
- WEBER, R. *Páry v psychoterapii: na prožitek orientované metody a cvičení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 248 s.

O autorovi

PhDr. Mgr. Petr Štípek je psycholog a psychoterapeut. Vystudoval psychologii na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy a obor Teorie a filosofie komunikace na Filozofické fakultě Západočeské univerzity v Plzni. Má ukončený pětiletý výcvik v Kognitivně behaviorální terapii a pětiletý výcvik ve skupinové psychoterapii. V současné době prochází tříletým supervizním výcvikem v KBT.

Pracuje jako zástupce vedoucí na ambulanci oddělení Střediska výchovné péče v Praze, kde se zabývá především rodinnou terapií a prací s rodinami. Individuální terapii se věnuje v Psychologické poradně Praha.

PhDr. Mgr. Petr Štípek, psycholog a psychoterapeut, Psychologická poradna Praha, Ostrovského 253/3, Praha 5 - Smíchov

Došlo do redakce: 7. 12. 2010, v revidovaném znění 27. 1. 2011. K publikaci přijat 27. 2. 2011.

⁷ Autor článku bude vděčný za nápady či připomínky k předloženému textu. K tomu lze využít emailovou adresu: petrstipek@gmail.com.

PŘÍNOS MEDITACE PRO PSYCHOTERAPEUTY

Rozvíjení terapeutových kvalit pozitivně ovlivňujících výsledků psychoterapie

Jan Benda

ABSTRAKT:

Článek shrnuje výsledky 27 výzkumných studií, které sledovaly vliv meditační praxe terapeuta (resp. terapeutovy *všímavosti*) na důležité proměnné na straně terapeuta a na výsledek psychoterapie. Popisuje přínosy meditace zachycené kvalitativním výzkumem, diskutuje a komentuje výzkumný design relevantních kvantitativních studií, upozorňuje na fenomén meditačního *vhledu* a nabízí podněty a doporučení pro další výzkum v této oblasti.

Klíčová slova: meditace všímavosti a vhledu, empatie, proměnné na straně terapeuta, psychoterapie, buddhismus

ABSTRACT:

The benefits of meditation for psychotherapists: Developing therapist's qualities that positively influence psychotherapy outcome.

This review summarizes findings of 27 research studies regarding the impact of therapist's meditation practice (or therapist mindfulness) on important therapist's variables and on the therapy outcome. It describes the benefits of meditation recorded in qualitative research, provides some comments on design of relevant quantitative research studies, draws attention to the phenomenon of insight in meditation and offers recommendations for future directions in this field.

Key words: mindfulness and insight meditation, empathy, therapist's variables, psychotherapy, buddhism

Vlastnosti terapeuta pozitivně ovlivňující výsledek psychoterapie jsou předmětem zájmu badatelů již více než padesát let. Carl Rogers – jeden z průkopníků v této oblasti – v dnešních klasických práci popsal tři zá-

kladní proměnné na straně terapeuta, které považoval za předpoklad žádoucí terapeutické změny. Byly to: terapeutova opravdovost (kongruence), schopnost empatie-kého porozumění a schopnost bezpodmínečného přijetí klienta (Rogers, 1957). Řada pozdějších výzkumů potvrdila vliv vztahu mezi terapeutem a klientem na výsledek psychoterapie (viz např. Martin, Garske, Davis, 2000; Castonguay, Constantino, Grosse Holtforth, 2009) a dokonce ukázala, že zatímco použité techniky ovlivňují výsledek terapie pouze z 1–15 %, proměnným na straně terapeuta lze přisoudit až 30 % vlivu (Lambert, 1992; Wampold, 2001).¹ K terapeutovým kvalitám, jež jsou předpokladem vytvoření žádoucího „pracovního spojení“ s klientem, bývá dnes kromě empatie, kongruence a akceptace řazena také vlastní duševní pohoda, vřelost, úcta ke klientovi, schopnost vzbuzovat naději, schopnost reflektovat vlastní reakce na klienta (protipřenos), tzv. „vnímaná osobní účinnost“, hodnotová orientace (např. Williams, Levitt, 2007) a další faktory (např. Jennings, Skovholt, 1999; Norcross, 2002; Beutler et al., 2004). Jak ale tyto proměnné rozvíjet?

Z výše uvedeného výčtu je zřejmé, že chce-li být psychoterapeut ve své práci opravdu úspěšný, nevystačí si s osvojením vědomostí, technik a dokonce ani důležitých terapeutických dovedností. Psychoterapie vyžaduje schopnosti, kompetence, charakterové vlastnosti a postoje, které obvykle získáváme až díky bohaté životní zkušenosti. Lze zprostředkovat takovou zkušenost v rámci psychoterapeutického výcviku? Do jaké míry snad. V tomto článku se ovšem zaměříme na postupy,

¹ Výsledek terapie ovlivňují dále také proměnné na straně klienta (očekávání), mimoterapeutické vlivy atd. (podrobněji viz citované zdroje).

kteří jsou pro účely vlastního seberozvoje po celá tisíciletí využívány na Východě. Ukazuje se totiž, že západní psychoterapeuti mohou z využití těchto postupů neobyčejně profitovat.

MEDITACE

Poznatky o fungování lidské mysli tradičně jednotlivými buddhistickými školami (*theraváda*, *vadžrajána*, *zen* aj.) vzbuzují v posledních několika desetiletích stále častěji zájem západních vědců, a to nejen psychologů, ale i kognitivních vědců (např. Varela, Thompson, Rosch, 1991) či fyziků (např. Zajonc, 2004). Metody introspektivního sledování procesů odehrávajících se v našem těle a myslí označované jako různé druhy meditace se zdají vést 1) k porozumění tomu, jak naše mysl aktivně vytváří „realitu“, v níž žijeme (např. Austin, 2009); 2) k postupné změně způsobu prožívání světa (Šašma, 2009); i 3) k rozvíjení kompetencí umožňujících dovedněji zvládat život (Frýba, 2008). Není divu, že meditace zaujala mnohé psychoterapeuty.

V tomto článku necháme víceméně stranou přístupy, které využívají meditaci jako terapeutický nástroj (viz např. Kabat-Zinn,

v tisku),² a představíme si výzkumná zjištění ověřující vliv meditační praxe na proměnné na straně terapeuta. Pozornost přitom omezíme pouze na meditační postupy buddhistické provenience, jimž je v souvislosti s rostoucím zájmem o *všímavost* (viz dále) věnováno v posledních letech v odborné literatuře nejvíce prostoru.³

KVANTITATIVNÍ STUDIE I.

Než se seznámíme s výsledky výzkumů relevantních k našemu tématu, připomeňme nejprve, že teoretická diskuse jednotlivých podobností a rozdílů Buddhova učení a Západní psychoterapie má mezi psychoterapeuty poměrně dlouhou tradici (např. Fromm, Suzuki, DeMartino, 1960). Teprve od sedmdesátých let minulého století se ovšem

² V jiném příspěvku upozorňujeme na důležité rozdíly mezi meditací a psychoterapií a zpochybňujeme vhodnost využívání meditace jako psychotherapeutické techniky (Benda, 2010; srov. též Johansson, 1970; Imamura, 1998).

³ Nejčastějším předmětem zde uvedených výzkumů je *meditace všímavosti a vhledu* (v páli „*satipathāna-vipassanā*“). Rozlišení jednotlivých typů buddhistické meditace viz např. Goleman (2001).

Autor	N	Výzkumné zjištění
Lesh (1970)	39	U pokusných osob (studenti psychologie) praktikujících čtyři týdny 30 min denně meditaci <i>zazen</i> došlo k významnému zlepšení schopnosti empatie (měřeno Affective Sensitivity Scale). U kontrolní skupiny nikoli.
Leung (1973)	67	U pokusných osob praktikujících zenové meditace vnějšího a vnitřního soustředění došlo k významně vyššímu nárůstu schopnosti empatie než u kontrolní skupiny (použita originální metoda měření empatie – hodnocení videozáznamů klientů).
Shapiro, Schwartz, Bonner (1998)	78	U pokusných osob, které absolvovaly sedmítýdenní výcvikový program zahrnující <i>meditaci všímavosti a vhledu</i> (program Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR), došlo k významnému nárůstu schopnosti empatie (měřeno Empathy Construct Rating Scale) ve srovnání s kontrolní skupinou.
Galantino et al. (2005)	84	U pokusných osob, které absolvovaly výcvikový program zahrnující <i>meditaci všímavosti a vhledu</i> (variantu MBSR), nedošlo k významnému nárůstu schopnosti empatie (měřeno Interpersonal Reactivity Index) ve srovnání s kontrolní skupinou.
Wang (2006)	56	Psychoterapeuti praktikující <i>meditaci všímavosti a vhledu</i> dosáhli významně vyšší úrovně empatie (měřeno Balanced Emotional Empathy Test) než nemeditující psychoterapeuti.
Plummer (2008)	43/25	Terapeuti (n=25), kteří uváděli zkušenost s meditací, byli klienty (n=43) hodnoceni jako méně empatičtí (měřeno Barrett-Lennard Relationship Inventory) než nemeditující psychoterapeuti.

Tabulka 1. Přehled kvantitativních studií zkoumajících vliv buddhistické meditace na rozvoj empatie

můžeme setkat s therapy, kteří získali také vlastní zkušenosti s meditační praxí (např. Epstein, 1995; Frýba, 2008). Potenciální přínos takové praxe pro psychotherapeutickou práci byl a je od té doby diskutován. Jedním z nejčastěji zkoumaných témat se přitom stala otázka: vede meditace k rozvoji schopnosti empatie? (Keefe, 1975, 1976; Schuster, 1979; srov. Andersen, 2005)

Opravdu pozoruhodnou studii týkající se vztahu meditace a empatie uskutečnil na přelomu tisíciletí Paul Ekman, uznávaný odborník v oblasti výzkumu emocí a neverbální komunikace. Ekman promítal dvěma zkušeným meditujícím fotografie lidských obličejů prožívajících šest vybraných emocí – např. hněv, strach atd. Jednotlivé tváře přitom subjektům ukazoval na pouhý zlomek sekundy (pětinu, resp. třicetinu sekundy). Úkolem pokusných osob bylo vždy určit, jakou emoci v promítnuté tváři zahlédly. Oba vybraní dlouhodobě meditující dosáhli v tomto testu výsledků o dvě standardní odchylky vyšších, než byla nor-

ma zjištěná testováním dalších pěti tisíc osob. Šlo jim to „lépe než policistům, advokátům, psychiatrům, celním úředníkům, soudcům – a dokonce i agentům tajné služby, což byla skupina, která původně vykazovala nejpřesnější výsledky,“ konstatoval Ekman (in Goleman, 2004). Pozitivní vliv meditace na rozvoj empatie potvrdily ještě další čtyři kvantitativní výzkumy uvedené zde v tabulce 1. (Lesh, 1970; Leung, 1973; Shapiro, Schwartz, Bonner, 1998; Wang, 2006). Výzkumy Galantinové et al. (2005) a Plummerové (2008) nicméně takový vliv nepotvrdily (diskuse viz dále).

VŠÍMAVOST

V posledních zhruba třiceti letech vznikla postupně celá řada psychotherapeutických přístupů, jež se buddhistické meditační postupy nebo jejich elementy snaží využívat při práci s klienty (viz Baer, 2006; Benda, 2007). Pozornost badatelů se přitom ve spojitosti s těmito snahami upřela na klíčovou schopnost, která je různými druhy meditační praxe rozvíjena – tzv. *všímavost*

Autor	N	Výzkumné zjištění
Beitel, Ferrer, Ceccero (2004)	103	Byla prokázána významná pozitivní korelace mezi mírou <i>všímavosti</i> (měřeno Mindful Attention Awareness Scale) a dvěma subškálami IRI (Interpersonal Reactivity Index) sledujícími „schopnost zaujímat perspektivu druhého“ a „empatický zájem“.
Wexler (2006)	19/19	Byla prokázána pozitivní korelace mezi mírou <i>všímavosti</i> psychotherapeuta (měřeno Mindful Attention Awareness Scale) a kvalitou terapeutického vztahu (měřeno Working Alliance Inventory).
Bruce (2008)	20	Korelování míry <i>všímavosti</i> psychotherapeuta (měřeno Mindful Attention and Awareness Scale a Five Facet Mindfulness Questionnaire) s kvalitou terapeutického vztahu (měřeno Working Alliance Inventory) přineslo smíšené výsledky.
Plummer (2008)	43/25	Nebyla nalezena souvislost mezi mírou <i>všímavosti</i> terapeuta (měřeno Five Facet Mindfulness Questionnaire) a mírou terapeutovy opravdovosti, empatie a schopnosti bezpodmínečného přijetí klienta (měřeno Barrett-Lennard Relationship Inventory).
Greason, Cashwell (2009)	179	Byla prokázána pozitivní korelace mezi mírou <i>všímavosti</i> (měřeno Five Facet Mindfulness Questionnaire) a mírou empatie (měřeno Interpersonal Reactivity Index).
Kingsbury (2009)	127	Byla prokázána silná korelace mezi mírou <i>všímavosti</i> (měřeno Five Facet Mindfulness Questionnaire) a mírou empatie (měřeno Interpersonal Reactivity Index).
Tipsord (2009)	144	Byla prokázána významná pozitivní korelace mezi mírou <i>všímavosti</i> (měřeno Five Facet Mindfulness Questionnaire) a dvěma subškálami IRI (Interpersonal Reactivity Index) sledujícími „schopnost zaujímat perspektivu druhého“ a „empatický zájem“.

Tabulka 2. Přehled kvantitativních studií zkoumajících vliv *všímavosti* terapeuta na proměnné ovlivňující výsledek psychotherapie

(též bdělost, bdělá pozornost, angl. „*mindfulness*“). *Všímavost* lze stručně definovat jako schopnost nezaujatě zaznamenávat psychické a tělesné fenomény (myšlenky, vjemy, pocity, nálady atd.) prožívané v přítomném okamžiku. *Všímavost* zaujímá vůči prožívané zkušenosti akceptující, otevřený a laskavě zvědavý postoj (srov. Shapiro et al., 2006). Předpokládá se, že rozvíjení *všímavosti* u klientů napomáhá žádoucí psychoterapeutické změně (Frýba, 2008).⁴ Někteří autoři popisují i způsoby, jak může terapeut využívat vlastní *všímavost* při facilitování psychoterapeutického procesu (Speeth, 1982; Epstein, 1984; Němcová, 1995; Alexander, 1997; Twemlow, 2001b; Hick, 2008; Bruce et al, 2010; Siegel, 2010).

KVANTITATIVNÍ STUDIE II.

Tabulky 2. a 3. nabízejí přehled výsledků dalších kvantitativních výzkumů, které jsme rozdělili do dvou podskupin. V tabulce

2. uvádíme studie, které zkoumaly vliv *všímavosti* terapeuta na některé proměnné ovlivňující výsledek psychoterapie. V tabulce 3. jsou pak uvedeny studie zkoumající vliv buddhistické meditace nebo *všímavosti* přímo na výsledek psychoterapie.

Čtyři studie prokázaly pozitivní korelaci mezi mírou *všímavosti* terapeuta a mírou jeho empatie (Beitel, Ferrer, Cecero, 2004; Greason, Cashwell, 2009; Kingsbury, 2009; Tipsord, 2009). Tento vztah nepotvrdila pouze studie Plummerové (2008). Wexlerová (2006) prokázala pozitivní korelaci mezi mírou *všímavosti* psychoterapeuta a kvalitou terapeutického vztahu. Podobný výzkum Bruceho (2008) přinesl smíšené výsledky.

Výsledky studií, v nichž klienti hodnotili přínos terapie či dosažený pokrok, jsou zatím nejednoznačné. Ve výzkumu Grepmaira et al. (2007) a Vincaové (2009) hodnotili klienti výsledek psychoterapie lépe u meditujících, resp. *všimavějších* terapeutů. Stratton (2005) ani Stanley (2006) ale takovou souvislost nenašli. Výzkum Bruceho (2008) přinesl také v tomto bodě smíšené výsledky.

⁴ Martin (1997) upozornil, že *všímavost* může být jedním z obecných faktorů, který možná spolupůsobí v procesu psychoterapeutické změny napříč všemi psychoterapeutickými směry.

Autor	N	Výzkumné zjištění
Stratton (2005)	?	Nebyla prokázána korelace mezi mírou <i>všímavosti</i> psychoterapeuta (měřeno Mindful Attention Awareness Scale a Mindfulness/Mindlessness Scale) a mírou klientem hodnoceného terapeutického pokroku (měřeno Outcome Questionnaire-45).
Stanley (2006)	144/23	Byla prokázána negativní korelace mezi mírou <i>všímavosti</i> psychoterapeuta (měřeno Mindful Attention Awareness Scale) a mírou terapeutického pokroku (měřeno Clinical Global Impressions a Global Assessment of Functioning).
Grepmair et al. (2007)	113/9	Pacienti léčení v průběhu dvou měsíců, kdy se jejich terapeuti věnovali denně hodinu zenové meditaci, hodnotili přínos individuální psychoterapie významně více než pacienti léčení ve stejně dlouhém období, kdy se titíž terapeuti meditaci nevěnovali (měřeno Session Questionnaire for General and Differential Individual Psychotherapy, Der Veränderungsfragebogen des erlebens und verhaltens a Symptom Checklist - SCL-90-R).
Bruce (2008)	2/20	Korelování míry <i>všímavosti</i> psychoterapeuta (měřeno Mindful Attention and Awareness Scale a Five Facet Mindfulness Questionnaire) s mírou terapeutického pokroku přineslo smíšené výsledky.
Vinca (2009)	1/1	Byla prokázána pozitivní korelace mezi mírou <i>všímavosti</i> psychoterapeuta (měřeno Toronto Mindfulness Scale) a mírou klientem hodnoceného terapeutického pokroku dosaženého v rámci sezení (měřeno Session Progress Scale a Outcome Questionnaire-45).

Tabulka 3. Přehled kvantitativních studií zkoumajících vliv buddhistické meditace nebo *všímavosti* na výsledek psychoterapie

DISKUSE A POZNÁMKY
K VÝZKUMNÉMU DESIGNU
KVANTITATIVNÍCH STUDIÍ

Z celkem sedmnácti kvantitativních studií, které sledovaly vliv meditační praxe terapeuta (resp. terapeutovy *všímavosti*) na důležité proměnné na straně terapeuta nebo na výsledek psychoterapie, jich dvanáct našlo významnou pozitivní korelaci mezi sledovanými proměnnými. Dvě studie žádnou korelaci nenalezly. Dvě studie našly negativní korelaci a jedna studie přinesla smíšené výsledky. Bruce (2008), Galantinová et al. (2005), Plummerová (2008), Stanley (2006) i Stratton (2005) shodně uvádějí jako jeden z možných důvodů nepotvrzení očekávané pozitivní korelace mezi proměnnými nedostatečnou citlivost či přesnost dotazníků použitých k měření. Na tomto místě však chceme uvést ještě dvě další poznámky týkající se výzkumného designu výše uvedených studií.

Připomeňme si, že v kontextu buddhistické meditační praxe je rozvíjení *všímavosti* prostředkem k osvobození se od veškerých strastí, resp. k dosažení *nibbány*. Meditující na cestě k tomuto cíli procházejí tzv. „sedmi stupni vyčištění“ (v páli „*satta-visuddhi*“) a získávají rozličná tzv. *poznání vhledem* (v páli „*vipassaná-ñána*“). Zatímco míra *všímavosti* může přechodně narůstat (např. v době intenzivního meditačního tréninku) a později znovu klesat, pochopení procesů mysli a těla v jejich pravé podstatě, které se děje prostřednictvím tzv. *vhledu*⁵, přináší podle Buddhova učení trvalé a nevrátelné osobnostní změny.⁶ Podle Buddhova učení vede meditační praxe postupně k velmi intimnímu poznání pomíjivosti (*aničča*), neuspokojivosti (*dukkha*) a neosobní povahy (*anattá*) všech existujících tělesných a mentálních jevů. V důsledku takového poznání dochází pak k růstu osobní moudrosti,

k rozvoji kompetencí umožňujících dovedněji zvládat život, k rozvoji vyrovnanosti, nadhledu, nezávislosti i soucitu vůči ostatním (např. Frýba, 2008).

Při přípravě výzkumného designu je tedy třeba uvážit, že 1) podstatnější a trvalejší změnu proměnných na straně terapeuta lze spíše než po elementárním nárůstu *všímavosti* očekávat teprve při dosažení dostatečného pokroku v pěstování *vhledu* (viz Mahási, 1997; Nanarama, 2000). K tomu přitom dochází zpravidla pouze při intenzivním meditačním tréninku (8 a více hodin meditace denně po dobu alespoň 2 a více týdnů), nikoli tedy např. u terapeutů, kteří meditovali 30 minut denně po dobu 8 týdnů (např. Galantino et al., 2005) nebo dokonce nemeditovali vůbec (např. Stanley et al., 2006).

2) Protože míra *všímavosti* terapeuta nemusí nutně korelovat se schopností terapeuta rozvíjet *všímavost* také u klienta, mohou být také studie zaměřené na vliv *všímavosti* terapeuta na výsledek terapie poněkud zavádějící, a to i přesto, že *všímavost* klienta může hrát v procesu psychotherapeutické změny důležitou roli.

Tyto předpoklady mohou tedy do jisté míry zpochybnit vhodnost metodiky použité v některých studiích i jejich validitu. Zároveň však obracejí pozornost k fenoménu *vhledu* a k potenciálním změnám ještě dalších důležitých proměnných na straně terapeuta (kromě schopnosti empatie), k nimž možná dochází při intenzivní meditaci. Velmi cenným zdrojem poznatků jsou v této oblasti osobní výpovědi psychotherapeutů využívajících ve své práci vědomosti, dovednosti, schopnosti a postoje získané díky intenzivní meditaci (viz např. Roccasalvo, 1980; Fleischman, 1995; Kornfield, 2008; Preece, 2009). V další části tohoto článku si proto představíme a shrneme výsledky deseti kvalitativních studií, jejichž předmětem byly právě zkušenosti meditujících psychotherapeutů.

⁵ Termín „*vhled*“ je v buddhistických textech chápán jinak než v psychoterapii. Zatímco v psychoterapii označuje *vhled* nejčastěji porozumění nejrůznějším vztahům a souvislostem mezi jednotlivými obsahy mysli (Castonguay, Hill, 2007), v Buddhově nauce jde o *vhledy* do procesu a struktury prožívání.

⁶ Popis celého transformačního procesu a jeho klíčových momentů podávají např. Vijanana (1961), Mahási (1997), Nanarama (2000), Ledí (2007); srov. Engler (1983), Austin (2009), Šašma (2009).

KVALITATIVNÍ STUDIE

Vůbec nejstarší kvalitativní práci, jíž se nám podařilo nalézt, je výzkum Alana Dreifusse z roku 1990. Dreifuss zkoumal vliv buddhistické meditační praxe terapeutů na jejich práci s klienty. Vedl rozhovory s šesti dlouhodobě meditujícími psycho-terapeuty a následně provedl fenomenolo-

gickou analýzu těchto rozhovorů. Podobný výzkumný design použili později také Houtkooper (1998), Fredenberg (2002), Bruce a Davies (2005), Aiken (2006), Jones (2007), Rothaupt a Morgan (2007), Alvarez de Lorenzana (2008), Dow (2009) a Wiley (2010). Podrobný přehled přínosů a změn, k nimž podle těchto studií došlo u terapeutů v souvis-

Autor	N	Výzkumná zjištění
<p>Dreifuss (1990)</p> <p>meditační praxe subjektů výzkumu: 5-17 let</p> <p>terapeutická praxe subjektů výzkumu: 5-34 let</p>	6	<p>Praxe buddhistické meditace vedla k: 1) nabytí značné osobní jistoty terapeuta při práci s klientem vycházející z vlastní prožité zkušenosti práce na sobě; tato jistota zahrnovala mj. i schopnost akceptovat jakýkoli prožitek, který se u klienta objeví; 2) rozvinutí schopnosti odkrývat skutečnou podstatu problému a odhalovat skutečné prožitky či potřeby skryté mnohdy za myšlenkovými schémata klienta, rozvinutí schopnosti rozumět tomu, co nutí klienta, aby vysvětloval svou zkušenost pouze určitým způsobem, a schopnosti pomáhat klientovi vymanit se z role oběti, získat nadhled a porozumět širším či hlubším souvislostem jeho potíží (→ přerámování); 3) rozvinutí schopnosti pravdivě (<i>všímavě</i>) zaznamenávat veškeré vjemy, pocity, stavy mysli i myšlenkové vzorce a schémata objevující se v přítomném okamžiku a schopnosti objevovat, kde a jak je prožívání blokováno, včetně porozumění nestálosti všech prožitků a porozumění tomu, jak trápení vzniká díky snaze prožívání ovládat, resp. díky neschopnosti přijímat vlastní prožitky takové, jaké jsou.</p>
<p>Houtkooper (1998)</p> <p>meditační praxe subjektů výzkumu: 2 začátečníci, ostatní subjekty 23-40 let</p> <p>terapeutická praxe subjektů výzkumu: 6-40 let</p>	11	<p>Praxe buddhistické meditace vedla k: 1) rozvinutí schopnosti všimát si více vlastních skutečně probíhajících vnitřních procesů, být objektivnější, neulpívat na názorech; 2) zlepšení terapeutického vztahu s klientem díky prohloubení schopnosti aktivně naslouchat, neposuzovat, ale otevřeně a bez předsudků zkoumat sdílení, díky zaměření se na „tady a teď“ a díky zdrženlivosti v interpretacích; 3) větší otevřenosti vůči spirituálním tématům objevujícím se při práci s klientem; 4) rozvinutí schopnosti vytvářet pro klienta bezpečný prostor a také schopnosti s důvěrou a porozuměním napomáhat léčivému procesu, jímž klient prochází; 5) rozvinutí schopnosti uvědomovat si, akceptovat a odpouštět si dříve vytěšňované aspekty sebe sama i druhých; 6) překonání zdánlivého (sémantického) konfliktu mezi buddhistickým důrazem na „ne-já“ a analytickým důrazem na „síl u ega“; 7) porozumění některým rozdílům a bariérám (např. jazyk) mezi buddhismem a psychoanalýzou; 8) zájmu o otevřený dialog mezi psychoanalýzou a buddhismem a další vzájemné obohacování.</p>
<p>Fredenberg (2002)</p> <p>meditační praxe subjektů výzkumu: 3-35 let (průměr 16)</p> <p>terapeutická praxe subjektů výzkumu: minimálně 1 rok</p>	12	<p>1) Praxe buddhistické meditace významně ovlivňuje klinickou práci zkoumaných terapeutů tím, že zvyšuje jejich schopnost být při práci s klienty plně přítomný tady a teď a zároveň schopnost uvědomovat si v průběhu sezení vlastní vnitřní procesy. 2) Buddhistická identita řady zkoumaných subjektů poněkud zastíňovala jejich identitu klinických psychologů. Zdálo se, jako by jejich spirituální praxe byla základem pro jejich klinickou práci. Subjekty zmiňovaly, že vnímají mnohá omezení Západní psychoterapie, a dávaly najevo, že jejich buddhistická praxe jim pomáhá prohloubit a rozšířit nejen znalosti Západní psychologie, ale i jejich klinickou práci v nejšířším slova smyslu.</p>
<p>Bruce, Davies (2005)</p> <p>meditační praxe subjektů výzkumu: 16 let (průměr)</p> <p>terapeutická praxe subjektů výzkumu: 5 let (průměr)</p>	9	<p>Meditační zkušenost umožnila terapeutům pracujícím v hospici: 1) přenést <i>všímavost</i> i do běžných každodenních aktivit, tzn. být obecně více duchem přítomen tady a teď a uvolnit se uprostřed toho, co se zrovna děje; 2) v klidu, s porozuměním, soucitem a bez pocitu oddělení pobývat s umírajícími klienty; 3) vnímat celou situaci (umírání) jinak než dřív, z jiné perspektivy, s vědomím ceny a jisté krásy této situace, rozvinout otevřenost bez nějakého programu či plánu; 4) přijmout nejistotu, oprostít se od nereálných tužeb po tom, aby něco bylo jinak, i od obav z toho, co by se ještě mohlo stát; důvěrně se seznámit s vlastním strachem; rozvinout klidný, smířlivý postoj ke všem objevujícím se emocím.</p>

<p>Aiken (2006)</p> <p>meditační praxe: 70-1400 dní intenzivní meditace (10-12 hod. denně)⁷</p>	6	<p>Rozvinutí <i>všímavosti</i> umožňuje terapeutům: 1) lépe porozumět vnitřnímu prožívání klientů; 2) komunikovat to, co si uvědomili v souvislosti s tímto prožíváním (prožívaný význam); 3) být v bližším kontaktu s klienty prožívanou duševní bolestí a trápením; 4) efektivněji napomáhat klientům k tomu, aby si lépe uvědomovali tělesné pocity prožívané v přítomném okamžiku a dokázali je také lépe vyjádřit slovy.</p>
<p>terapeutická praxe: 10-28 let</p>		
<p>Jones (2007)</p> <p>meditační praxe: explicitně neuvedeno, autorka uvádí pouze to, jak dlouho se subjekty považovaly za „buddhisty“: 3-32 let</p> <p>terapeutická praxe: neuvedeno (šlo o členy Australské psychologické společnosti)</p>	14	<p>Terapeuti oceňovali následující přínosy vyplývající z jejich meditační praxe: 1) přijetí nevyhnutelnosti utrpení, porozumění jeho psychologickým příčinám a schopnost vnímat utrpení jako potenciální zdroj motivace pro sebezrovoj a eventuální zdroj důležitého poznání; 2) rozvinutí schopnosti empatie, neposuzující otevřenosti vůči prožívané zkušenosti a také naděje, že vždy existuje možnost najít cestu ven z prožívaného utrpení; 3) rozvinutí <i>všímavosti</i> vůči přítomné zkušenosti umožňující její přijetí i odhalení dosud neuvědomovaných mechanismů ovlivňujících myšlení či chování a 4) posílení sebedůvěry a přijetí větší odpovědnosti za sebe díky porozumění zákonitostem vlastního prožívání a naučení se technikám psychohygieny a udržování vlastní duševní pohody.</p>
<p>Rothaupt a Morgan (2007)</p> <p>meditační praxe: nespecifikováno</p> <p>terapeutická praxe: nespecifikováno</p>	6	<p>Terapeuti oceňovali následující přínosy vyplývající z jejich meditační praxe: 1) dovednější zvládnání života díky rozvinutí <i>všímavosti</i>; 2) uvědomování si a oceňování vzájemné propojenosti s druhými lidmi i přírodou; 3) vděčnost a otevřenost vůči veškeré zkušenosti; 4) využívání vlastní <i>všímavosti</i> při práci s klienty, při vytváření terapeutického vztahu, vedení klientů k vlastnímu uvědomování a všímání si.</p>
<p>Alvarez de Lorenzana (2008)</p> <p>meditační praxe subjektů výzkumu: 11,5 roku (průměr)</p> <p>terapeutická praxe subjektů výzkumu: 23,5 roku (průměr)</p>	6	<p>Meditační zkušenost 1) není snadné striktně odlišit od některých zkušeností získaných během psychoterapeutického výcviku nebo v životě; 2) poskytuje terapeutovi rámec či paradigma, díky němuž dokáže chápat i formulovat nejrůznější procesy týkající se prožívání klienta; 3) umožňuje měnit perspektivu a nahlížet nepředpojatě na vše, co se odehrává v procesu psychoterapie včetně klientova odporu, přenosu či protipřenosu; 4) rozvíjí schopnost uvědomovat si, chápat a využívat vlastní vnitřní procesy a prožívání objevující se v průběhu sezení; 5) vede k lepší péči o sebe, k soucitu se sebou samým, umožňuje efektivněji odpočívat a starat se o vlastní pohodu; 6) umožňuje včas rozeznat a vyvarovat se situací, kdy by mohlo dojít k poškození klienta díky nevhodné akci terapeuta nebo naopak díky jeho nečinnosti; 7) rozvíjí trpělivost a toleranci vůči druhým, umožňuje zvládat vlastní vnitřní diskomfort (pokud se objeví), nejednat impulzivně, ale uváženě a soucitně; 8) je nezbytná, pokud je některým klientům jako doplněk psychoterapie nabízena meditační instrukce či spíše její elementy ve formě domácích cvičení; 9) vede k posílení sebedůvěry a k rozvinutí větší důvěry vůči druhým i vůči procesu psychoterapie, umožňuje terapeutovi, aby více důvěřoval vlastní intuici, zůstal klidný, i když čelí něčemu neznámému, neví zrovna, co dělat, atd.; 10) pomáhá terapeutovi vytvářet a „držet“ bezpečný prostor, v němž si klient může dovolit být zcela otevřený a prožívat cokoli, co přijde; 11) vede k rozvinutí žádoucích terapeutových kvalit a postojů, jako jsou skromnost, pokora, otevřenost, citlivost, soucit, schopnost naslouchat, neposuzování apod.</p>

⁷ Protože k meditačním *vhledům*, jež mají trvalejší vliv na osobnost meditujícího, dochází zpravidla pouze při intenzivní meditaci, jde o relevantnější údaj, než jakým je obecnější udání „let meditační praxe“. Jednotlivé etapy pokroku *vhledu* zkoumal v Asii u 10 subjektů, které dosáhly nejméně 1. stupně osvícení (*sotápati*), J. Engler (1983). Jeho práci jakož i ostatní **zde uvedené disertace si lze vyžádat u autora článku.**

<p>Dow (2009)</p> <p>meditační praxe: explicitně neuvedeno, subjekty aktivně využívaly některý psychoterapeutický přístup integrující <i>všímavost</i></p> <p>terapeutická praxe: 7- 28 let (průměr 18,25)</p>	12	<p>U terapeutů dlouhodobě využívajících <i>všímavost</i> zaznamenal autor studie posun ve třech oblastech: a) v porozumění tomu, co to je <i>všímavost</i>; b) v náhledu na sebe sama jakožto terapeuta a c) v chápání terapeutického vztahu. Popsal přitom tři vývojová stadia: 1) terapeut rutinně používá <i>všímavost</i> jako techniku a v intencích některého teoretického modelu očekává konkrétní výsledky (např. zklidnění, přijetí); 2) terapeut je schopen pružněji přizpůsobovat způsob využívání <i>všímavosti</i> konkrétnímu klientovi a situaci, opírá se o vlastní zkušenost, není přehnaně svázán žádným teoretickým modelem. Zároveň díky své <i>všímavosti</i> reflektuje vlastní reakce na klienta, protipřenos atd.; 3) Terapeut se ocitá za hranicemi pojetí, které se pokouší „učinit věci lepšími než jsou“. Rozvíjí hlubší porozumění klientovi, soucit a pocit sounáležitosti. Terapeutický vztah chápe více jako příležitost k vzájemnému pochopení a stále novému objevování.</p>
<p>Wiley (2010)</p> <p>meditační praxe: 11-35 let</p> <p>terapeutická praxe: 3 subjekty více než 30 let, u 4. subjektu nspecifikováno</p>	4	<p>Meditační zkušenost umožnila terapeutům: 1) být v bližším kontaktu s vlastními emocemi, tělem, dříve neuvědomovanými vlastními vnitřními procesy a zkušenostmi a zároveň udržovat hranice ve vztahu s klienty a chránit se před vyhořením; 2) nechávat stranou racionální představy o tom, co by se mělo v terapii dít, důvěřovat procesu psychoterapie i vlastní intuici a 3) díky laskavosti, otevřenosti, soucitu a přijetí vytvářet chráněný terapeutický prostor, v němž klient sám objevuje to, co potřebuje.</p>

Tabulka 4. Přehled kvalitativních studií zkoumajících přínos buddhistické meditace pro terapeuty

losti s meditační praxí, uvádíme v tabulce 4.

Využijeme-li pro stručné shrnutí těchto změn satiterapeutickou⁸ triádu prožívání-vědění-jednání (viz Hájek, 2004), můžeme konstatovat, že podle výpovědí zkoumaných psychoterapeutů ovlivnila meditace:

- **Prožívání terapeuta** – rozvinuly se (nebo posílily) následující schopnosti a postoje: důvěra v možnost změny u klienta i vlastní sebedůvěra; otevřenost vůči prožívané zkušenosti a laskavý a smířlivý postoj vůči ní; schopnost empatie, neposuzujícího přijetí, trpělivost, tolerance, pokora; schopnost odpoustět; schopnost unést klientovo utrpení, vlastní bezmoc, složitost situace; schopnost čelit nejistotě, neznámému.

- **Vědění terapeuta** – došlo k rozvoji (resp. nárůstu): sebepoznání, sebeuvědomování, schopnosti zaujímat nadhled či „meta-perspektivu“, nulpívat na názorech, obsazích, ale sledovat a reflektovat procesy skutečně probíhající tady a teď – jak u klienta, tak i u sebe sama (protipřenos atd.); dále došlo k hlubšímu pochopení principů a mechanismů psychoterapeutické změny,

k rozvoji nezávislosti na teoretických konceptech a k rozvoji kreativity.

- **Jednání terapeuta** – došlo k rozvoji (posílení) autonomie, autenticity i sebeovládání terapeuta; dále k rozvinutí dovedností umožňujících vytvářet bezpečí, resp. chráněný prostor pro klienta, vést klienty ke *všímavému* zaznamenávání procesů prožívaných v přítomném okamžiku a k odhalování dosud neuvědomovaných mechanismů; dovedností umožňujících zacházet s odporem či obranami klienta; došlo i ke zvýšení péče o sebe a vlastní duševní pohodu.

Dodejme zde, že *meditace všímavosti a vhledu* je pracovníkům pomáhajících profesí často doporučována také jako nástroj psychohygieny a prevence vyhoření. Pozitivní vliv meditace na redukci pracovního stresu, růst kvality života a rozvoj soucitu vůči sobě (*self-compassion*) je již také podložen samostatnými výzkumy (např. Shapiro et al., 2005; Christopher et al., 2006; Ringenbach, 2009).

ZÁVĚR

Výpovědi celkem 86 účastníků kvalitativních studií dokládají, že meditační praxe terapeuta zřejmě významně napomáhá rozvinutí celé řady důležitých terapeutových

⁸Satiterapie je integrativní psychoterapie, která využívá *všímavost* (v páli „*sati*“) jako základního principu v rámci na osobu zaměřeného přístupu (viz Frýba, 2008).

kvalit ovlivňujících výsledků psychoterapie. Ukazuje se, že meditace může být tedy přínosem nejen pro terapeuty, kteří vědomě vedou klienty k rozvíjení *všímavosti* (McCown, Reibel, Micozzi, 2010), ale pro psychoterapeuty jakéhokoli směru. Zkušenosti medituujících psychoterapeutů by do budoucna mohly pomoci verifikovat poznatky o fungování lidské psychiky tradiované v Buddhově učení. Slibnými se jeví být také pokusy integrovat buddhistické metody práce s myslí a principy buddhistické psychologie ve vzdělávání a výcviku psychoterapeutů (viz Němcová, 1995; Frýba, 2008, srov. Speeth, 1982; Twemlow, 2001a,b; Aylward, 2007) nebo např. ve výzkumu procesu psychoterapie a při objasňování mechanismu psychoterapeutické změny (Daya, 2001).

NASMĚROVÁNÍ DALŠÍHO VÝZKUMU

V dalším výzkumu by mohlo být přínosné zaměřit se právě na objasnění (a odlišení) vlivu *všímavosti* terapeuta a klienta na proces a výsledek psychoterapie. Bylo by přitom možné pokusit se zmapovat účinek jednotlivých momentů, kdy terapeut nebo klient verbálně sdíleli (nebo i později reflektovali) právě proběhlý „*akt všímavosti*“, a to případně i s využitím externího posuzovatele (srov. Klein et al., 1969; Morgan et al., 1982).⁹ V souvislosti se zkoumáním obecných faktorů v psychoterapii by bylo dále vhodné ověřit, jaké účinky na osobnost psychoterapeuta má zkušenost meditačního *vhledu*, ale i dalších meditačních praktik, jejichž cílem je např. rozvíjení dobrotivosti (*mettá*), soucítu (*karuná*) apod. Na základě zjištění stávajících kvalitativních výzkumů zaměřených na zkušenosti dlouhodobě medituujících psychoterapeutů lze předpokládat, že meditační zkušenosti možná přinášejí kromě rozvinutí schopnosti empatie ještě mnohé další důležité zisky. Otázkou je, zda

a do jaké míry lze těchto zisků dosáhnout také jinak než prostřednictvím meditace (např. sebezkušenostním výcvikem, supervizi, reflektovanou životní zkušeností). Zajímavým námětem pro další výzkum zůstává i to, jestli proces a výsledek terapie u medituujících a nemedituujících terapeutů vnímají rozdílně také jejich klienti.

LITERATURA:

- AIKEN, G. A. (2006). *The potential effect of mindfulness meditation on the cultivation of empathy in psychotherapy: A qualitative inquiry*. (Doctoral dissertation). San Francisco: Saybrook Graduate School and Research Center.
- ALEXANDER, N. L. (1997). *Balancing theory with presence: The importance of cultivating mindfulness in the psychotherapist* (Doctoral dissertation). Chester: Widener University.
- ALVAREZ DE LORENZANA, J. W. (2008). *Therapists who practice mindfulness meditation: implications for therapy* (MA Thesis). Vancouver: University of British Columbia.
- ANDERSEN, D. T. (2005). *Empathy, psychotherapy, integration, and meditation: a buddhist contribution to the common factors movement*. Journal of Humanistic Psychology, 45 (4), 483-502.
- AUSTIN, J. H. (2009). *Selfless insight: Zen and the meditative transformations of consciousness*. Cambridge: MIT Press.
- AYLWARD, R. C. (2007). *Psychology without Self: An Abhidhamma Buddhist Perspective on the Alleviation of Suffering* (Dissertation). Boston: Massachusetts School of Professional Psychology.
- BAER, R. A. (Ed.) (2006). *Mindfulness-Based Treatment Approaches*. Oxford: Academic Press.
- BEITEL, M.; FERRER, E.; CECERO, J. J. (2004). *Psychological mindedness and awareness of self and others*. Journal of Clinical Psychology, 61, 739-750.
- BENDA, J. (2007). *Všímavost v psychologickém výzkumu a v klinické praxi*. Československá psychologie, 51 (2), 129-140. Dostupný z WWW: <<http://www.psychoterapeut.net/downloads/benda2007.pdf>>
- BENDA, J. (2010). *O meditaci, psychoterapii a psychospirituální krizi*. In: HONZÍK, J. (Ed.): *Jednota v rozmanitosti: Současný buddhismus v České republice*. Praha: DharmaGaia. Do-

⁹ Pohledu klientů na proces terapie („terapie všímavostí“) se u nás věnoval Koutný (2010).

- stupný z WWW: <<http://www.psychoterapeut.net/downloads/benda2010b.pdf>>
- BEUTLER, L. E.; MALIK, M. L.; ALIMO HAMED, S.; HARWOOD, T. M.; TALEBI, H.; NOBLE, S.; WONG, S. (2004). *Therapist Variables*. In: LAMBERT, M. J. (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 5th Edition*. New York: Wiley.
- BRUCE, A.; DAVIES, B. (2005). *Mindfulness in hospice care: practicing meditation-in-action*. *Qualitative Health Research*, 15 (10), 1329-1344.
- BRUCE, N. G. (2008). *Mindfulness: Core psychotherapy process? The relationship between therapist mindfulness and therapist effectiveness (Dissertation)*. Palo Alto: Pacific Graduate School Of Psychology.
- BRUCE, N. G.; MANBER, R.; SHAPIRO, S. L.; CONSTANTINO, M. J. (2010). *Psychotherapist Mindfulness and the Psychotherapy Process*. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47 (1), 83–97.
- CASTONGUAY, L. G.; CONSTANTINO, M. J.; GROSSE HOLTFOORTH, M. (2009). *Pracovní spojenectví: kde jsme a kam bychom se měli posunout*. *Psychotherapie*, 3 (2), 83 – 94.
- CASTONGUAY, L. G.; HILL, C. (Eds.) (2007). *Insight in psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- DAYA, R. (2001). *Buddhist Moments in Psychotherapy (Dissertation)*. Calgary: University of Calgary.
- DOW, M. M. (2009). *Mindfulness in the experience of the therapist: A constructivist grounded theory study of psychotherapists integrating mindfulness into psychotherapy (Dissertation)*. Colorado Springs: University of the Rockies.
- DREIFUSS, A. (1990). *A phenomenological inquiry of six psychotherapists who practice Buddhist meditation (Dissertation)*. San Francisco: California Institute of Integral Studies.
- ENGLER, J. (1983). *Theravada Buddhist Insight Meditation and an Object Relations Model of Therapeutic-Developmental Change (Dissertation)*. Chicago: University of Chicago.
- EPSTEIN, M. (1984). *On the neglect of evenly suspended attention*. *Journal of Transpersonal Psychology*, 16 (2), 193-205.
- EPSTEIN, M. (1995). *Thoughts without a thinker: Psychotherapy from a Buddhist perspective*. New York, Basic Books.
- FLEISCHMAN, P. R. (1995). *The therapeutic action of Vipassana: Why I sit*. Kandy: Buddhist Publication Society.
- FREDENBERG, J. R. (2002). *The buddhist psychologist: An exploration into spirituality and psychotherapy (Dissertation)*. Chicago: Chicago School of Professional Psychology.
- FROMM, E.; SUZUKI, D. T.; DEMARTINO, R. (1960). *Zen Buddhism and Psychoanalysis*. New York: Harper & Row.
- FRÝBA, M. (2008). *Psychologie zvládání života: Aplikace metody abhidhamma*. Boskovice: Albert.
- GALATINO, M. L.; BAIME, M.; MAGUIRE, M.; SZAPARY, P. O.; FARRAR, J. T. (2005). *Association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program: Mindfulness in practice*. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 21, 255-261.
- GOLEMAN, D. (2001). *Meditující mysl: Typy meditační zkušenosti*. Praha: Triton.
- GOLEMAN, D. (Ed.). (2004). *Destruktivní emoce: Rozhovory vědců s Dalailamou*. Praha: Ikar.
- GREASON, P. B.; CASHWELL, C. S. (2009). *Mindfulness and Counseling Self-Efficacy: The Mediating Role of Attention and Empathy*. *Counselor Education and Supervision*, 49 (1), 2-19.
- GREPMAIR, L.; MITTERLEHNER, F.; LOEW, T.; BACHLER, E.; ROTHER, W.; NICKEL, M. (2007). *Promoting mindfulness in psychotherapists influences the treatment results of their patients: A randomized, double blind, controlled study*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 332–338.
- HÁJEK, K. (2004). *Psychoterapeutická změna a její zjišťování*. In: VYMĚTAL, J. (Ed.). *Obecná psychoterapie: 2., rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Grada.
- HICK, S. F. (2008). *Cultivating Therapeutic Relationships: The Role of Mindfulness*. In: HICK, S. F.; BIEN, T. (Ed.). *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. New York: Guilford Press.
- HOUTKOOPER, S. M. (1998). *An exploratory study of the integration of Buddhism and psychoanalytic psychology (Dissertation)*. Cincinnati: Union Institute.
- CHRISTOPHER, J. C.; CHRISTOPHER, S. E.; DUNNAGAN, T.; SCHURE, M. (2006). *Tea-*

- ching self-care through mindfulness practices: the application of yoga, meditation, and qigong to counselor training. *Journal of Humanistic Psychology*, 46, 494-509.
- IMAMURA, R. (1998). *Buddhist and Western psychotherapies: An Asian American perspective*. In: PREBISH, CH. S.; TANAKA, K. K. (Eds.). *The Faces of Buddhism in America*. Berkeley: University of California Press.
- JENNINGS, L.; SKOVHOLT, T. M. (1999). *The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists*. *Journal of Counseling Psychology*, 46 (1), 3-11.
- JOHANSSON, R. E. A. (1970). *The Psychology of Nirvana: A comparative study of the natural goal of Buddhism and the aims of modern western psychology*. New York: Anchor Books.
- JONES, L. E. (2007). *The jewel in the heart of the lotus: Bringing Buddhist wisdom and compassion to psychotherapy (Ph.D. Thesis)*. Melbourne: Victoria University.
- KABAT-ZINN, J. (v tisku). *Prožívání úplné katastrofy: Užívání moudrosti vašeho těla a mysli k čelení stresu, bolesti a nemoci*. Praha: DharmaGaia.
- KEEFE, T. (1975). *Meditation and the Psychotherapist*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45 (3), 484-489.
- KEEFE, T. (1976). *Empathy: The critical skill*. *Social Work*, 21(1), 10-14.
- KINGSBURY, E. (2009). *The relationship between empathy and mindfulness: Understanding the role of self-compassion (Dissertation)*. San Diego: Alliant International University.
- KLEIN, M. H.; MATHIEU, P. L.; GENDLIN, E. T.; KIESLER, D. J. (1969). *The Experiencing Scale: Volume I. and II*. Madison: Wisconsin Psychiatric Institute.
- KORNFELD, J. (2008). *Cesta srdce: Úskalí a přísliby duchovního života*. Praha: Eminent.
- KOUTNÝ, J. (2010). *Všímavost v psychoterapii: Interpretativní fenomenologická analýza zkušenosti člověka v satiterapii. (diplomová práce)*. Brno: Masarykova univerzita.
- LAMBERT, M. J. (1992). *Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic theories*. In: NORCROSS, J. C.; GOLDFRIED, M. R. (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.
- LEDI, S. (2007). *Manual of Insight: Vipassana Dīpani*. Kandy: Buddhist Publication Society.
- LESH, T. (1970). *Zen meditation and the development of empathy in counselors*. *Journal of Humanistic Psychology*, 10 (1), 39-74.
- LEUNG, P. (1973). *Comparative effects of training in external and internal concentration on two counseling behaviors*. *Journal of Counseling Psychology*, 20 (3), 227-234.
- MAHASI, S. (1997). *Pokrok v pěstování vředu: Pojednání o buddhistické meditaci*. Praha: Alternativa.
- MARTIN, J. R. (1997). *Mindfulness: A proposed common factor*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 291-312.
- MARTIN, D. J., GARSKE, J. P., & DAVIS, M. K. (2000). *Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review*. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- MCCOWN, D.; REIBEL, D.; MICOZZI, M. S. (Eds.) (2010). *Teaching Mindfulness: A Practical Guide for Clinicians and Educators*. London: Springer.
- MORGAN, R.; LUBORSKY, L.; CRITS-CRISTOPH, P.; CURTIS, H.; SOLOMON, J. (1982). *Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method*. *Archives of General Psychiatry*, 39, 397 - 401.
- NANARAMA, M. S. (2000). *Seven Stages of Purification and the Insight Knowledges: A Guide to the Progressive Stages of Buddhist Meditation*. Kandy: Buddhist Publication Society.
- NĚMCOVÁ, M. (1995). *Úvod do satiterapie, Příručka ke kurzu*. Velká Bíteš: Atelier Satiterapie.
- NORCROSS, J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press.
- PLUMMER, M. P. (2008). *The impact of therapists' personal practice of mindfulness meditation on clients' experience of received empathy. (Dissertation)*. Boston: Massachusetts School of Professional Psychology.
- PREECE, R. (2009). *Moudrost nedokonalosti: Proces individuace v životě buddhisty*. Praha: DharmaGaia.
- RINGENBACH, R. (2009). *A comparison between counselors who practice meditation and those who do not on compassion fatigue, compassion satisfaction, burnout and self-compassion (Dissertation)*. Akron: University of Akron.
- ROCCASALVO, J. F. (1980). *The Thai practice of psychiatry and the doctrine of anattā*. Review

- of Existential Psychology & Psychiatry, 17 (2-3), 153-168.
- ROGERS, C. R. (1957). *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*. Journal of Consulting Psychology, 21 (2), 95–203.
- ROTHAAPT, J. W.; MORGAN, M. M. (2007). *Counselor's and counselor educators' practice of mindfulness: a qualitative inquiry*. Counseling and Values, 52, 40-54.
- SHAPIRO, S. L.; ASTIN, J. A.; BISHOP, S. R.; CORDOVA, M. (2005). *Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial*. International Journal of Stress Management, 12, 164-176.
- SHAPIRO, S. L.; CARLSON, L. E.; ASTIN, J. A.; FREEDMAN, B. (2006). *Mechanisms of mindfulness*. Journal of Clinical Psychology, 62 (3) 373-386.
- SHAPIRO, S. L.; SCHWARTZ, G. E. R.; BONNER, G. (1998). *The effects of mindfulness-based stress reduction on medical and pre-medical students*. Journal of Behavioral Medicine, 21, 581-599.
- SCHUSTER, R. (1979). *Empathy and mindfulness*. Journal of Humanistic Psychology, 19 (1), 71-77.
- SIEGEL, D. J. (2010). *The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration*. New York: Norton.
- SPEETH, K. R. (1982). *On psychotherapeutic attention*. The Journal of Transpersonal Psychology, 14, 141-160.
- STANLEY, S.; REITZEL, L. R.; WINGATE, L. R.; CUKROWICZ, K. C.; LIMA, E. N.; JOINER, T. E. (2006). *Mindfulness: A Primrose Path for Therapists Using Manualized Treatments?* Journal of Cognitive Psychotherapy, 20 (3), 327-335.
- STRATTON, P. (2005). *Therapist mindfulness as a predictor of client outcomes (Dissertation)*. Minneapolis: Capella University.
- ŠAŠMA, M. (2009). *Postkartezianská pojetí reflexe ve světle buddhistické meditace klidu a vzhledu (Dizertační práce)*. Olomouc: Filozofická fakulta Univerzity Palackého.
- TIPSORD, J. M. (2009). *The effects of mindfulness training and individual differences in mindfulness on social perception and empathy. (Dissertation)*. Eugene: University of Oregon.
- TWEMLOW, S. W. (2001a). *Training Psychotherapists in Attributes of „Mind“ from Zen and Psychoanalytic Perspectives: Part I: Core Principles, Emptiness, Impermanence, and Paradox*. American Journal of Psychotherapy, 55 (1), 1-21.
- TWEMLOW (2001b). *Training Psychotherapists in Attributes of „Mind“ from Zen and Psychoanalytic Perspectives: Part II: Attention, Here and Now, Nonattachment, and Compassion*. American Journal of Psychotherapy, 55 (1), 22-39.
- VARELA, F. J.; THOMPSON, E.; ROSCH, E. (1991). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. Cambridge: MIT Press.
- VIJANANA, P. U. T. (1961). *Manual for checking your Vipassana Kammattana Progress*. Bangkok: Asomaksorn Press.
- VINCA, M. A. (2009). *Mindfulness and psychotherapy: A mixed methods investigation. (Dissertation)*. University Park: Pennsylvania State University.
- WAMPOLD, B. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- WANG, S. J. (2006). *Mindfulness meditation: Its personal and professional impact on psychotherapists. (Ph.D. Thesis)*. Minneapolis: Capella University.
- WEXLER, J. (2006). *The relationship between therapist mindfulness and the therapeutic alliance. (Ph.D. Thesis)*. Boston: Massachusetts School of Professional Psychology.
- WILEY, J. A. (2010). *Sitting and Practice: An interpretive description of the Buddhist-informed meditation practices*. Edmonton: University of Alberta.
- WILLIAMS, D. C.; LEVITT, H. M. (2007). *A Qualitative Investigation of Eminent Therapists' Values Within Psychotherapy: Developing Integrative Principles for Moment-to-Moment Psychotherapy Practice*. Journal of Psychotherapy Integration, 17 (2), 159-184.
- ZAJONC, A. (Ed.) (2004). *The New Physics and Cosmology: Dialogues with the Dalai Lama*. New York: Oxford University Press.
- PhDr. Jan Benda – psycholog, psychoterapeut, kouč. Od roku 1997 se věnuje studiu etické psychologie abhidhammy a rozvoji meditační praxe (www.jan-benda.com).*

Došlo do redakce: 1. 9. 2010, v revidovaném znění 6. 1. 2011. K publikaci přijat 29. 1. 2011.

PRÁCE S „PODVĚDOMÍM“ V (HYPNŮ)TERAPII ZAMĚŘENÉ NA ŘEŠENÍ PŘEDSTAVENÁ NA PŘÍKLADU Z PRAXE¹

Leoš Zatloukal

ABSTRAKT:

Příspěvek se zabývá možnostmi práce s podvědomím z pohledu přístupu zaměřeného na řešení. Nejprve nabízí stručné přiblížení hypnoterapie zaměřené na řešení. Následuje vymezení „podvědomí“ a základní principy práce s ním. Diskutována je otázka „důvěry v podvědomí“ a některé mýty o podvědomí. V druhé části je představen případ z praxe autora s komentářem.

Klíčová slova: přístup zaměřený na řešení, ericksonovská hypnoterapie, podvědomí, hypnóza.

ABSTRACT:

The paper is devoted to possibilities in work with „unconscious mind“ from the solution-focused approach point of view. Brief description of solution-focused hypnotherapy is offered first. Next is the definition of „unconscious mind“ and basic principles of work with it. Following is the discussion about „trust in unconscious mind“ and some myths about unconscious mind. Case example with commentary is available in the second part of the paper.

Key words: solution-focused approach, ericksonian hypnotherapy, unconscious mind, hypnosis.

„MLUVTE KE ZDI TAK, ABY DVEŘE MOHLY SLYŠET.“ (SÚFIJSKÁ MOUDROST)

Hypnóza je fenomén, který vzbuzuje silný zájem odborné i laické veřejnosti, někdy bývá zahalen jakousi mlhovinou magična nebo naopak podroben šířivé skeptické kritice. Kratochvíl (2001) definuje hypnózu jako psychický stav charakterizovaný **zvýšenou sugestibilitou** (ochota přijímat tvrzení hypnotizéra jako pravdivá a vytvářet odpovídající reakce), **změněným stavem vědomí** (zkreslené vnímání a hodnocení skutečnosti) a **raportem** (selektivní vztah k hypnotizérovi). Toto pojetí zmíněný autor považuje za jakousi „zlatou střední cestu“ mezi velmi širokým (až „bezbréhým“) komunikačním přístupem ericksonovských (hypno)terapeutů na straně jedné a mezi skeptickým sociokognitivním proudem, který naopak hypnózu jako nějaký „psychický stav“ neuznává, na straně druhé (Kratochvíl, 2001). Tato poznámka, jakkoli je možné s ní polemizovat, poukazuje na významnou skutečnost, že jakákoli definice hypnózy odráží teoretická východiska definujícího autora. Existuje proto mnoho způsobů, jak hypnózu odborně popsat, jak ji chápat a zkoumat a jakým způsobem ji terapeuticky využívat (podrobněji např. viz Weitzenhoffer, 2000; Yapko, 1990; Zíka, 1992).

Yapko (1990) ve své respektované příručce hypnoterapie uvádí podrobnější členění přístupů k hypnóze než výše uvedené tři proudy²; nejvýznamnější podle něj jsou:

¹ Článek je rozšířenou a upravenou verzí příspěvku na schůzi Sekce pro hypnózu České psychiatrické společnosti ČLS z 2. 2. 2011; za četné podněty bych rád poděkoval Stanislavu Kratochvílovi, který mě před lety systematicky a pečlivě uvedl do světa hypnózy a hypnoterapie, Jirímu Zíkovi, který mi pomohl utřídit a prakticky uchopit základní principy ericksonovského přístupu, Františkovi Matuškoví, s nímž jsme při četných příležitostech diskutovali o hypnoterapii zaměřené na řešení, a kolegům z Daletu (zejména Pavlovi Vítovi, Danielu Žákovskému a Michalovi Věžníkoví), kteří sice o „transu“ nebo „hypnóze“ většinou přímo nehovoří, ale přesto se odvážím tvrdit, že s „transem“ určitým způsobem pracují a diskuse s nimi mi pomohly některé myšlenky utřídit a jiné přechodnotit.

² Tím se samozřejmě komplikuje hledání středu a nějaké „zlaté střední cesty“.

a) hypnóza jako „permissivní stav“ („permissive state“) – starší pojetí, které klade důraz na pasivní pozici klienta, jenž přijímá sugesci, a aktivní („autoritativní“) pozici hypnotizéra;

b) hypnóza jako hraní role – někteří teoretici nevěří v lidskou zkušenost, kterou bychom mohli nazvat jako „hypnotický trans“; předpokládají, že klient nevstupuje do zvláštního stavu vědomí, ale pouze hraje roli, která se od hypnotizovaného subjektu očekává;

c) hypnóza jako odlišný stav vědomí – zastánci tohoto přístupu zdůrazňují odlišnost stavu vědomí, k němuž lze dojít pomocí navození hypnózy a který lze odlišit od „normálního“ stavu vědomí;

d) hypnóza jako omezené testování reality – v tomto pojetí se předpokládá, že díky omezené možnosti „objektivního“ testování reality v hypnóze je jako reálné snáze přijímáno to, co nabízí hypnotizér;

e) hypnóza jako proces učení – důraz je kladen na to, jak slova a zkušenosti utvářejí člověka a vyvolávají reakce, které lze dále rozvíjet;

f) hypnóza jako výsledek interakce – v tomto pojetí dochází k posunu od důrazu na to, jak hypnotizér standardizovaně navozuje hypnózu, k mnohem individualizovanějšímu a na klienta vyladěnějšímu formám interakce, v nichž hypnotizér a klient společně vytvářejí zkušenost transu;

g) hypnóza jako disociace – tento přístup zdůrazňuje rozdělení (disociaci) vědomí a nevědomí (či přesněji podvědomí – viz níže) a vyšší autonomii druhé zmíněné složky ve srovnání s normálním stavem.

Yapkův přístup k jednotlivým teoriím je z mého pohledu poměrně vyvážený – na jedné straně velmi otevřený odlišným perspektivám, na straně druhé i kriticky reflektující. Především se Yapko hlásí k názoru, že všechny uvedené teorie něco důležitého o fenoménu hypnózy říkají a zároveň že žádná z nich nevystihuje vše (Yapko, 1990). Ve výše zmiňované knize se pak zabývá silnými

stránkami i nedostatky jednotlivých přístupů a podrobuje je kritické reflexi především s ohledem na praxi hypnoterapie.

Přístup k hypnóze a k hypnoterapii, který je prezentován v tomto textu, vychází především ze způsobu práce Miltona H. Ericksona a z jeho způsobu praktikování a uvažování o hypnoterapii (Battino, South, 2005; Zeig, Munion, 2008). Erickson a jeho žáci (Erickson, Rossi, 2010; Lankton, 2004; Gilligan, 1987) pojmají hypnózu především jako **interaktivní proces** (nikoli statický stav), jako **jedinečnou** zkušenost (nikoli jako něco, co lze „objektivně“ měřit), jako **aktivitu** subjektu hypnózy (nikoli jako „spánek“ nebo pasivní přijímání sugescí) a jako kontext pro hledání a rozvíjení vlastních **zdrojů** klienta (nikoli jako „manipulaci“ nebo jako prostou redukci symptomů). Ericksonův vliv nejen na hypnoterapii, ale na celou oblast psychoterapie a poradenství je značný. Někdy bývá Erickson srovnáván s Freudem s tím, že se uvádí, že Ericksonův přínos pro praxi je srovnatelně významný jako Freudův přínos pro teorii (Battino, South, 2005). Vzhledem k tomu, že Erickson nezanechal nějakou jasně definovanou teorii a ani po svých žácích (narozdíl od zmiňovaného Freuda) nevyžadoval konformitu a akceptování svých postulátů, došlo postupně k situaci, že se na Ericksona odvolává velké množství přístupů a modelů, které jsou často velmi rozdílné, ba občas i protikladně zaměřené. Mezi nejznámější patří strategický a komunikační přístup (např. Haley, Watzlawick, Madanes), neurolingvistické programování (zkr. NLP; např. Bandler, Grinder, O'Connor, McKenna), „self-relations“ (Gilligan), přístup zaměřený na vztah mysli a těla (Rossi), systemově/systemicky zaměřené ericksonovské pojetí (Lankton), Zeigův utilizační metamodel nebo přístup zaměřený na řešení (např. De Shazer, O'Hanlon, Dolan). Poslední jmenovaný – přístup zaměřený na řešení – je hlavním východiskem mého způsobu práce.

1. HYPNOTERAPIE ZAMĚŘENÁ NA ŘEŠENÍ

Ačkoli se tvůrci a průkopníci přístupu zaměřeného na řešení významně inspirovali Ericksonem a jeho způsobem práce³, postupně se jejich důraz přesunul od práce s transem směrem k rozvíjení řešení v rozhovoru s klientem. Svým způsobem tak důsledně uplatnili Ericksonovo komunikační a utilizační pojetí hypnoterapie, v němž se nehodnotí, zda klient „objektivně“ je či není zhypnotizován, ale využívá se všeho, s čím klient přichází, v rámci terapeutického rozhovoru. Samotné označení „trans“ či „hypnóza“ tak postupně přestalo být důležité.⁴ Jistou výjimkou je O'Hanlon, který vytvořil vlastní model hypnoterapie zaměřené na řešení (v originále „solution-oriented hypnosis“), popsal podrobně způsob, jak pracovat s hypnózou se zaměřením na řešení, a nabídl vodítka, kdy je vhodné hypnózu využít (O'Hanlon, 2009; O'Hanlon, Martin, 1992).

Z mého pohledu lze hypnoterapii v rámci „asimilativní integrace“⁵ (Bischof, 1993) vhodně začlenit do přístupu zaměřeného na řešení, pokud jsou respektovány základní principy tohoto přístupu. Tyto základní principy jsme s kolegy zformulovali do

následující šestice a podrobněji popsali (Zatloukal et al., 2010):

- R** – rozvíjení řešení, nikoli problémů
- E** – efektivita
- S** – spolupráce
- E** – expertnost na proces (nikoli na obsah)
- N** – nevyhnutelnost změny
- I** – individuální přístup

Kromě otázky, zda vůbec lze hypnoterapii kombinovat či začlenit do přístupu zaměřeného na řešení, je namístě i otázka, zda to má nějaký přínos a pokud ano, jaký. Domnívám se, že v zásadě jakékoli asimilativní integrování je přínosem. Pokud se podaří jakkoli inspirovat něčím novým a přitom zůstat konzistentní s vlastními teoretickými východisky, rozšiřuje to repertoár terapeutických dovedností a potenciálních možností práce s klienty. Čím více možností je na výběr, tím lépe. Věřím, že následující text naznačí nové možnosti, které se otevírají při využívání hypnózy při práci s klienty v rámci přístupu zaměřeného na řešení. V této souvislosti je významnou oblastí práce s „podvědomím“, která může tvořit užitečné doplnění k běžně známým metodám terapie zaměřené na řešení.

2. ERICKSONOVSKÉ POJETÍ „PODVEĎOMÍ“

Pojem „podvědomí“, který používám v tomto textu i při práci s klienty, je záměrně mírně nepřesným překladem Ericksonova pojmu „unconscious mind“ (doslova „nevědomá mysl“)⁶. Ačkoli je práce s podvědomím („unconscious processing“ – Yapko, 1990) jednou z klíčových metod ericksonovského přístupu k hypnóze, není samo podvědomí příliš jasně definované. Navíc sám Erickson se ve svých úvahách postupně posunoval (Weitzenhoffer, 2000): Nejprve vycházel z Freudovského pojetí „nevědomí“ (na přelomu 30. a 40. let minulého století). Postupně se přesunul (cca od 50. let minulého století) směrem k poněkud optimističtějšímu

³ Například Steve de Shazer intenzivně studoval práci Miltona Ericksona a sám hypnoterapeuticky pracoval (např. De Shazer, 1980; 1993; 1994). Bill O'Hanlon byl zase přímým Ericksonovým žákem a zahradníkem a vytvořil vlastní model hypnoterapie zaměřené na řešení („solution-oriented hypnosis“) (O'Hanlon, 2009; 1987; O'Hanlon, Martin, 1992). Další významná postava přístupu zaměřeného na řešení – Yvonne Dolan – praktikovala ericksonovskou terapii s chronickými pacienty a oběťmi sexuálního zneužívání a napsala významnou knihu o ericksonovském přístupu při práci s chronicky nemocnými (Dolan, 1985).

⁴ Abych tuto skutečnost zdůraznil, kladu v názvu článku a místy i v textu ve slově „(hypno)terapie“ první část do závorky.

⁵ Pojem „asimilativní integrace“ označuje takový přístup k integraci, při němž terapeut zůstává v rámci svého směru a přitom využívá postupy a podněty jiných terapeutických směrů způsobem, který je konzistentní s jeho vlastním přístupem (Bischof, 1993). Kromě reflektovaného přejímání zde má prostor i tvořivé přizpůsobování a dotváření podnětů „odjinud“.

pojetí „podvědomí“ jako velmi volné mentální struktury a entity, s níž může hypnoterapeut určitým způsobem komunikovat a jejíž spolupráci lze využít pro blaho pacienta. Weitzenhoffer (2000) dodává, že pro podobné pojetí není vědecky prokázáno (a dodal bych, že je otázka, zda je to vůbec možné) a že Erickson při mnoha příležitostech popisuje podvědomí spíše metaforicky než vědecky.⁷ Na druhou stranu lze tomuto pojetí přiznat přinejmenším pragmatickou užitečnost při práci s klienty (Kratochvíl, 2001; Yapko, 1990).

Na jednom ze svých seminářů nastínil Erickson rozdíl mezi vědomím a podvědomím následovně (In Zeig, 2010): *Vědomí je to, co si právě uvědomujeme, a podvědomí je tvořeno všemi našimi dosavadními poznatky*: velkou část z nich jsme již zcela zapomněli, ale nadále slouží při automatických činnostech. Toto automatické fungování na

základě našich zapomenutých vzpomínek představuje většinu našeho chování.

Místo dlouhého výkladu nabízí svým posluchačům různé příklady, jak dokumentuje následující ukázka (In Zeig, 2010, s. 57–60):

Erickson: „Víte, jak se chodí? Jak se stojí? Můžete mi prosím říct, jak se postavit?“

Christine: „Nejspíš tím, že přesunu svoje těžiště a zároveň...“

Erickson: „A jak přesunete svoje těžiště?“

Christine: „Hádám, že se na tom podílí spousta nevědomých procesů.“

Erickson: „Dobře, a které to jsou?“

Christine: „Nemyslím, že bych si jich byla vědoma.“

...

Erickson: „Stejná otázka platí pro vás všechny. Víte, jak jste se naučili postavit? Co byl první krok, který jste museli zvládnout?“

Christine: „Vynaložené úsilí. Snaha.“

Erickson: „Ani jste netušili, co to znamená „vstát“. Jak jste se to naučili?“

Christine: „Možná náhodou.“

Erickson: „Ne všem se přihodí tažá náhoda.“ (smích)

...

Anna: „Nejspíš tím, že jsme chtěli. Tím, že jsme to chtěli udělat jako lidé kolem. Tak jako se malé dítě natahuje k dospělým, kteří se k němu blíží.“

Erickson: „Ano, ale jak jste to udělali?“

Anna: „Co se těla týče... když si to představím... tlačím nohama dolů a pomůžu si rukama.“

Erickson: (ke skupině) „Musel jsem se učit stoupat dvakrát – jednou jako nemluvně a podruhé jako osmnáctiletý kluk. V sedmnácti jsem byl úplně chromý. Měl jsem malou sestřičku. Pozoroval jsem ji, jak leze kolem. Jednou jsem sledoval, jak se postavila. A tak jsem se učil od své o sedmnáct let mladší sestry, jak se postavit... (následuje detailní popis jednotlivých fází procesu - od rozkládání váhy těla na jednotlivá chodidla, přes udržování rovnováhy, zpevnění kolen a kyčlí, koordinace pohybů, první krok a další kroky...).

Erickson: „Vy všichni umíte chodit, i když ve

⁶ Podobným způsobem překládá tento termín i Zika (1992; osobní sdělení) nebo překladatel knihy O'Connor a Seymoura (1998). Kratochvíl (2001) i Weitzenhoffer (2000) rovněž doporučují s odvoláním na Prince a také na Cheeka a LeCrona užívat pojem „podvědomí“ (angl. „coconsciousness“, popř. „subconsciousness“), protože je podle nich přesnější než „nevědomí“ (angl. „unconsciousness“). V jiných českých překladech se objevuje doslovný překlad („nevědomá mysl“) nebo zjednodušeně „nevědomí“ (takto se pojem někdy používá i v anglických originálech). Překlad „nevědomá mysl“ má tu výhodu, že je s ohledem na originál přesnější a zároveň zachovává odkaz k Batesonovu pojetí „mysli“ (Bateson, 2006), z kterého někteří ericksoniáni vycházejí (např. Gilligan, 1987). Nevýhodou tohoto překladu ale je, že je v češtině poněkud krkolomný a málo srozumitelný. Překládat „unconscious mind“ zjednodušeně jako „nevědomí“ nepovažuji za příliš vhodné, protože příliš asociuje Freudovu teorii, což je zavádějící. Především, v pojmech psychoanalýzy lze říci, že Erickson pracoval spíše s předvědomím než přímo s nevědomím – ačkoli terapeutické změny se samozřejmě promítly do všech oblastí. Zároveň je třeba připomenout, že pozdní Erickson měl radikálně odlišné názory na povahu a obsah nevědomí od Freuda.
⁷ Weitzenhoffer (2000) upozorňuje, že zde existuje jedna výjimka, a to v opakovaných případech, kdy Erickson uvádí, že podvědomí působí při ochraně pacientů před případnými pochybeními hypnoterapeuta. K širší diskusi ohledně možnosti iatrogenního poškození v rámci hypnoterapie viz Kratochvíl (1999; 2001), Yapko (1990), Zeig (1985).

skutečnosti neznáte přesně potřebné pohyby či proces.“

Yapko (1990) uvedený Ericksonův popis konkretizuje poněkud odbornějším jazykem. **Vědomí** podle něj zahrnuje procesy uvědomování si věcí, zaměřování pozornosti a všechno to, co si aktuálně uvědomujeme. Vědomě lze také analyzovat a rozhodovat o tom, co je dobře a co špatně. Vědomí je však zároveň velmi omezené, protože lze takto zpracovávat jen zlomek možných podnětů. **Podvědomí** stejný autor popisuje jako rezervoár všech zkušeností získaných během života (zážitky, naučené věci, motivace, potřeby, automatické reakce apod.). Podvědomí není na rozdíl od vědomí rigidní, analytické a úzce omezené, je naopak charakteristické tím, že je holistické a symbolické. Z výše uvedeného vyplývá podle Yapka (1990) také určitá autonomie podvědomí. Jednoduše řečeno – člověk může přijmout nějakou informaci, aniž by ji vědomě zpracovával a vůbec si ji uvědomil a na podvědomé úrovni mohou probíhat procesy, které nejsou vědomě reflektovány a přitom jsou účinné. Ericksonem ovlivnění terapeuti se proto často snaží pracovat na podvědomé úrovni a nejen že neusilují o klientovo vědomé zpracování nové zkušenosti (vhled), ale naopak: často vzhledu brání jako rušivému elementu v procesu změny (Gilligan, 1987). V tomto spočívá známý princip nedirektivity (nepřímosti) v ericksonovských přístupech (Erickson, Rossi, 2010; 1980)⁸.

Gilligan (1987) rozlišuje čtyři úrovně self:

- **hluboké self** („deep self“) – jakási podstata člověka, kterou nelze popsat nebo znázornit a která utváří jedinečnost každého člověka a je zdrojem energie;

- **podvědomí** („unconscious mind“) a **vědomí** („conscious mind“), které jsou vzá-

jmně komplementární, tvoří (řečeno jazykem gestalt psychologie) „figuru“ (vědomí) a „pole“ (podvědomí) a odpovídají výše předloženým Yapkovým definicím;

- **obsah vědomí** („content of consciousness“) – informační jednotky, jimiž je zkušenost reprezentována, ovládána a komunikována (individuální percepce, obrazy, myšlenky, smyslové vjemy...).

Kromě toho Gilligan (1987; 1997) zdůrazňuje důležitost kvality vztahu a spolupráce mezi vědomím a podvědomím pro tvořivé řešení problémů a rozvoj člověka. Zvláštní pozornost věnuje hranicím mezi nimi, které by měly být pružné (podle situace někdy propustné a jindy uzavřené). Problémy se podle něj objevují, pokud se člověk identifikuje s vědomými procesy a disociuje (odděluje) se od hlubších zdrojů moudrosti a integrity, anebo naopak když se identifikuje s podvědomím a disociuje od vědomí (např. psychózy).

3. OPATRNÁ DŮVĚRA V PODVĚDOMÍ

Ericksonovi se občas podsouvá až nekritická a naivní důvěra v podvědomí. Známý je jeho výrok: „*Věř svému podvědomí, ví toho víc, než ty.*“ (Erickson In O’Hanlon, 2009).

Když se na tento výrok podíváme podrobněji, lze říci, že vlastně tvrdí dvě věci:

a) Podvědomí ví o něčem více než vědomí.

b) Podvědomí je užitečné věřit či důvěřovat při řešení různých životních problémů a výzev.

Ad a)

Vzhledem k tomu, co bylo popsáno výše, je zřejmé, že podvědomí (ať už jej metaforicky personifikujeme nebo nikoli) nabízí nějaké **vědění navíc** oproti samotnému aktuálnímu vědomí. Tím ale není řečeno (ačkoli se to tak někdy mylně chápe), že podvědomí ví všechno nebo že podvědomí stačí samo o sobě a vědomí není potřebné. Spíše je

⁸ Nedirektivitu (chápanou v ericksonovských přístupech jako nepřímost) je třeba odlišit od nedirektivnosti např. v rogersovském pojetí (chápané jako neautoritativnost terapeuta).

možné tento výrok chápat tak, že podvědomí nabízí významnou přidanou informační hodnotu, slovy Batesona (2006) jde o víc pohledů, což je lepší než jeden.

Ad b)

Otázka důvěry v podvědomí je poněkud složitější. Ericksonův přístup k podvědomí je velmi optimistický. Kratochvíl jej charakterizuje takto: Podvědomí „*je v Ericksonově pojetí pozitivní životní silou, která dovede pro pacienta vše dobře zařídit, přestane-li mu v tom svou vědomou činností bránit.*“ (Kratochvíl, 2001, s. 129) Takový popis poněkud připomíná sebeaktualizační tendenci u Rogerse (1998) a asociuje široce sdílený předpoklad napříč různými terapeutickými přístupy, že člověk má k dispozici všechny zdroje k tomu, aby mohl své problémy vyřešit, jen o nich neví nebo s nimi neumí či nemůže pracovat (Yalom, 2003; Horneyová, 2000; Ellis, 2005; Rogers, 1998). Zdá se, že Erickson vychází z podobného předpokladu, a je pozoruhodné, že si za to vysloužil – na rozdíl od ostatních výše zmiňovaných terapeutů – spíše kritické reakce. Můžeme samozřejmě namítnout, že neexistují jednoznačné a vědecky přesvědčivé důkazy, které by tento předpoklad potvrzovaly. Dokonce je otázkou, zda je takové důkazy vůbec možné opatřit. Na druhou stranu je podle mého soudu v praxi užitečnější vycházet z tohoto předpokladu než vycházet z předpokladu opačného (navíc stejně vědecky nepodloženého a snad opět i nepodložitelného), protože některé studie naznačují, že předpoklady terapeuta mohou samy o sobě mít vliv na účinnost terapie (Duncan, Miller, Sparks, 2004). Sám pro sebe jsem si zmíněný předpoklad poněkud zmírnil, mám za to, že **každý klient má zdroje k nějaké (byť sebemenší) pozitivní změně.**

Jistou nedůvěru a oprávněnou kritiku budí jakési „zbožšťování“ podvědomí, které má pak atributy jakési vševědoucnosti a všemohoucnosti. Podobně polemické reakce může vzbuzovat jeho zjednodušená personifikace (zosobňování), jako určitého

„druhého člověka (nebo něčeho či někoho jiného?) v pacientovi“ (Kratochvíl, 2001), na něhož se můžeme s čímkoli s důvěrou obrátit, a on všechno zařídí jako pohádkový kouzelný dědeček. Podívejme se na obě otázky – personifikaci i „zbožšťování“ podvědomí – podrobněji.

Personifikaci podvědomí je třeba podle mého soudu chápat **čistě metaforicky**. Pokud hypnoterapeut promlouvá k podvědomí, ptá se ho na něco nebo jej popisuje (tedy v jazyce spolu-konstruuje) jako samostatnou entitu, pak to činí v podobném symbolickém duchu jako když narativní terapeut při externalizaci uvažuje s klientem nad záměry Medvídka Pú (tedy kupříkladu enkoprézy – viz Tomm, 1995) nebo když klient v gestalt terapii komunikuje pod vedením terapeuta se svým „under dogem“ posazeným na prázdné židli (Perls, 1996). Medvídek Pú, „under dog“ i „podvědomí“ jsou užitečné konstrukty, nic víc, ale také nic méně. Jde o aspekty určitého „výkladového schématu“, které má být uvěřitelné, koherentní, smysluplné a užitečné, ale přitom nemusí být nutně pravdivé v přísně vědeckém slova smyslu (Frank, Frank, 1991).

Ohledně „zbožšťování“ **podvědomí** a spoléhání na jeho všemohoucnost a vševědoucnost je třeba předeslat, že Erickson i jeho žáci a vůdčí představitelé ericksonovských směrů se od něčeho podobného jasně distancují. Především si jasně uvědomují omezené možnosti svého psychotherapeutického působení a psychotherapie obecně. Erickson sám nikdy netvrdil, že dokázal pomoci všem svým klientům, dokonce sám nabízel v sérii příběhů (In Zeig, 2010) určitá vodítka, jak poznat „beznadějně případy“ (zejména tzv. „profesionální pacienty“), u nichž nemá smysl, aby terapeut investoval svou energii do práce s nimi.

Kromě reflexe omezení psychotherapie existuje v ericksonovské literatuře i kritická reflexe možností a omezení podvědomí a jeho zdrojů. Gilligan v jednom svém článku klade v tomto směru provokativní otázku: „Pokud je podvědomí tak chytré, tak proč

mají lidé stále problémy?“ (In O’Hanlon, 2009, s. 77). O’Hanlon (2009, s. 78) pak nabízí k této otázce lehce konfúzní shrnutí:

„Podvědomí je chytré v tom, v čem je chytré,

je v hloupé v tom, v čem je hloupé, a

je chytré v některých věcech, ve kterých je hloupé být chytrý.“

a) Podvědomí je chytré v tom, v čem je chytré

Jakmile si člověk osvojí určité dovednosti či postoje natolik, že se stanou automatické, pak lze tvrdit, že v této věci je podvědomí „chytré“. Příkladem může být cokoli od chůze (viz výše uvedený Ericksonův příklad), přes skládání hudby až třeba po nějaké bojové umění. Tradiční asijská bojová umění jsou na tomto principu přímo založena – žák si důkladným procvičováním osvojuje určitou dovednost (soustředění, postoj, rychlost, techniku úderu apod.), aby se potom učil tyto dovednosti používat tak, že se spolehne na své podvědomí (Dešmaru, 2003). Nepřekvapí, že při tom mistři bojových umění prožívají i některé transové fenomény jako je časová distorse, fixace pozornosti apod. (Dešmaru, 2003).

Důležité je, že určitý již existující zdroj lze využít i v jiném kontextu, tj. pro řešení jiné situace či problému, než pro který byl původně vytvořen. V jedné slavné scéně ze starého akčního filmu Karate Kid ukazuje mistr svému žákovi, jak lze chytout poletující mouchy hůlkami na rýži. Mohli bychom říci, že zde mistr své dovednosti získané mnohaletým tréninkem bojového umění (rychlost, koncentraci, přesnost apod.) využívá v novém kontextu, který by někoho jiného možná ani nenapadl. Domnívám se, že hledání zdrojů a jejich využívání v nových kontextech je jádrem všech ericksonovských přístupů.

b) Podvědomí je hloupé v tom, v čem je hloupé

Žádný člověk však neumí všechno. To znamená, že každý člověk má oblasti, které

dostatečně neovládá na to, aby pro něj fungovaly na podvědomé úrovni a automaticky. To jsou oblasti, v nichž je jeho podvědomí obrazně řečeno „hloupé“. Ve výše zmíněné filmové scéně se mladý žák snaží mistra napodobit v chytání much hůlkami na rýži, ale je žalostně neúspěšný. Nemá rozvinutý příslušný zdroj, který by mohl využít, a je třeba hledat jiný zdroj pro řešení potíží s mouchami (např. zakoupit mucholapku).

c) Podvědomí je chytré v některých věcech, ve kterých je hloupé být chytrý

Někdy se vyvinou automatické a podvědomé reakce, které jsou v určitých situacích užitečné, ale **později se stanou neúčinnými** a člověku život neusnadňují, ale naopak komplikují. S touto oblastí se většinou setkává terapeut tehdy, když mu klient popisuje své problémy (Watzlawick (1974) to popsal jako situaci, v níž se snahy o řešení problému stávají problémem). Příkladem může být např. disociace po sexuálním zneužívání v dětství (O’Hanlon, 2009). V dané situaci se jedná o užitečnou strategii jak situaci přežít. Když ale později taková osoba naváže partnerský vztah, tato již zautomatizovaná reakce jí už nepomáhá, ale naopak jí život komplikuje.

Souhrnně lze říci, že je užitečné spoléhat na podvědomí v případech, kdy je zde nějaký zdroj vytvořený a k dispozici, nespoléhat na něj v případech, kdy zdroj vytvořen není, a vyvarovat se prohlubování problému tím, že bychom posilovali neúčinné reakce.

Následující příklad z vlastní praxe autora popíše některé způsoby, jak lze s podvědomím pracovat v hypnoterapii zaměřené na řešení. Do jednoho případu se samozřejmě nevešlo všechno, co je k dispozici. Spektrum metod a postupů práce s podvědomím v ericksonovských přístupech je mnohem širší než níže uvedené postupy. Pro podrobnější přehled viz např. O’Hanlon (2009), Gilligan (1987), Yapko (1990) nebo Erickson a Rossi (2010).

4. PŘÍKLAD Z PRAXE

Přišla ke mně klientka, 23 let, komunikativní, ale poněkud plachá a nervózní, matka tříletého syna (přichází i s manželem, který ve vedlejší místnosti hlídá dítě). Na terapii se ocitá kvůli diagnostikované „sociální fobii“, kterou trpí od 13 let. Je několik let v péči psychiatra a má předepsané již několikrát léky, které však nepomáhají příznaky zmírnit. V minulosti absolvovala i půlroční psychoterapii, ale podle jejích slov jí nijak nepomohla. Kontaktovala mě přímo s žádostí o hypnózu.

1. SEZENÍ:

Na prvním sezení skoro nikdy nedělávám „hypnózu“ (a to ani v případě, když se klienti objednali na hypnózu), ale domlouvám se s klienty na cílech spolupráce. Klientka na mou otázku, v čem bych jí mohl být užitečný, začíná svou diagnózu. Věnujeme tedy chvíli mapování významů spojených se „sociální fobii“ (diagnóza samotná má pro mou praxi velmi malou vypovídající hodnotu). Klientka si stěžuje na to, že je pořád zavřená doma „jako v kleci“, nedokáže jít ani nakoupit do supermarketu nebo jít s malým ven, dělá jí problémy vůbec vycházet z domu a zejména jít na místa, kde jsou další lidé. Pokud už někam musí, vždy jde s manželem, což je samozřejmě velká zátěž i pro něj. Silnou pohnutkou pro vyhledání hypnoterapie je, že chce být dobrá máma a bojí se, aby manželovi nedošla trpělivost s jejími omezeními.

V druhé části sezení jsme pracovali se zázáračnou otázkou (De Jong, Berg, 1998; Zatloukal, 2009), která mimo jiné oslovuje klientku i na podvědomé úrovni (De Shazer, 1993). Klientka svůj den po zázraku popisuje celkem detailně, zejména v následujících oblastech:

- mohla bych chodit se synkem ven;
- mohla bych jít sama nakupovat do supermarketu;
- navštívila bych sestru s rodinou;
- mohla bych normálně žít.

Vzhledem k tomu, že klientka dokázala

svou vizi dne po zázraku popsat velmi konkrétně a detailně (mluvili jsme o ní více než dvacet minut) a byla velmi otevřená pro spolupráci, navrhnul jsem jí experiment: má si vybrat jeden den v týdnu a předstírat, že se zázrak stal, a pozorovat rozdíly mezi běžnými a zázáračnými dny.

2. SEZENÍ:

Při otázkách na změny mezi sezeními klientka uvádí, že se žádné nestaly. Experiment se jí nezdařil, nedokázala předstírat, že se zázrak stal. Ocenil jsem její úsilí a napadlo mě, že by možná bylo bývalo vhodnější v experimentu zadat jen menší posun než celý zázrak. Klientka v rozhovoru působí trochu zklamaně. Když se domlouváme na dalším postupu, hned uvádí, že už si „nechce jen povídat“, ale chce „konečně tu hypnózu“, která by jí „snad mohla pomoci“. Ocenil jsem její otevřenost a cílevědomost a diskutovali jsme o jejích očekáváních od hypnózy a o tom, jak hypnóza funguje. Vzhledem k tomu, že si klientka stěžuje na problém, který lze popsat v pojmech automatického a podvědomého procesu (úzkostná reakce se objevuje automaticky a mimovolně ve výše popsaných situacích), jeví se mi využití hypnoterapie vhodné, protože:

a) umožňuje vytvářet zdroje na podvědomé úrovni (O’Hanlon, 2009);

b) lze díky tomu vhodně využít klientčinu teorii změny, což posiluje pozitivní očekávání a má dopad na pozitivní změny (Duncan, Miller, Sparks, 2004).

a) Indukce – rozštěpení (splitting):

Při indukci transu pozorují na klientce jednak schopnost dobře reagovat na přímé i nepřímé sugesce (chvění víček, prohloubení dechu...) a jednak určitou nervozitu (zatnutí pěstí v určitých intervalech, napětí ve tváři). Využil jsem tedy rozštěpení („splitting“ – O’Hanlon, 2009)⁹:

„Na vědomé úrovni možná cítíte napětí

⁹ Lankton (2004) tento postup popisuje jako disociaci vědomých a podvědomých procesů.

a nejistotu, ale vaše podvědomí zná cestu do bezpečného a užitečného hypnotického transu.“

Tento postup při indukci transu nabízí několik výhod:

- **připojení se ke klientce** – výrok umožňuje smysluplně zarámovat a akceptovat zkušenost klientky, dává najevo, že ji terapeut provází a že její pocity nejsou nějak špatné nebo nepatřičné;

- **otevření prostoru** pro vytvoření transu – zároveň terapeut hned nabízí možnost rozvinout hypnotický trans navzdory výše popsaným potížím;

- **podvědomí jako zdroj** – při indukci lze důvodně předpokládat, že podvědomí zná cestu do transu, protože: a) lze se odvolat na každodenní „transové zážitky“, o kterých jsme si povídali při rozhovoru o hypnóze, a b) trans lze chápat jako stav posílené autonomie podvědomí (Yapko, 1990) a podvědomí samozřejmě zná cestu k sobě samotnému.

b) Připojování ke klientce – provázení („pacing“)

Ve všech ericksonovských přístupech je položen silný důraz na připojení ke klientovi. K vybudování užitečného terapeutického vztahu (v hypnoterapii se mluví o „raportu“) je důležité se nejprve vyladit na klienta („pacing“) a teprve potom klienta vést („leading“).¹⁰ V souladu s Gilliganem (1987) se zaměřuji mimo jiné na **sladění řeči s rytmem dechu**. Vycházím z předpokladu, že na podvědomé úrovni to klient registruje, ačkoli to vědomě nereflektuje. Pro indukci transu není sladění s dechem nezbytně nutné a mnoho terapeutů úspěšně pracuje s klienty bez ohledu na jejich dech. Z mého pohledu je to ale užitečný doplňující faktor. Mám za to, že čím obtížnější je pro klienta vstoupit do hypnotického transu, tím větší význam

¹⁰ Pojmy „pacing“ a „leading“ nejprve používali tvůrci NLP Bandler a Grinder (1975), ale pojmy se postupně staly velmi populárními a užívanými i v jiných přístupech.

mají všechny podpůrné prostředky. V uvedeném případě jsem počítal do deseti vždy s výdechem klientky a prohlubující sugesci jsem rovněž zadával na výdechy.

c) Kotvení („anchoring“)

Kotva je podnět (zrakový, sluchový, kinestetický, čichový...), který je spojen s fyziologickým/emocionálním stavem a spouští jej (O'Connor, Seymour, 1998). Kotvení je komplexnější postup, který je popsán v NLP (O'Connor, Seymour, 1998; Bandler, Grinder, 1975), já sám jsem se s ním seznámil v upravené verzi na workshopech Jiřího Zíky. V tomto pojetí má kotvení pět hlavních fází:¹¹

1. vyvolání nežádoucího stavu a jeho zakotvení pomocí zvoleného podnětu;

2. vyvolání požadovaného stavu a jeho zakotvení (je třeba jej zakotvit jinak než předchozí a odlišitelně od předchozího);

3. opakovat postup v bodě 2 až bude intenzita požadovaného stavu (která se postupným kotvením sčítá) větší než intenzita nežádoucího stavu;

4. aktivace obou kotev zároveň – spuštění obou kotev, počká se, až se nežádoucí „vybije“ a převládne požadovaný stav, poté se ještě chvíli kotva požadovaného stavu ponechá v činnosti;

5. posthypnotická sugescie – nechat klienta kotvu požadovaného stavu aktivovat v situacích, kdy se začne objevovat nežádoucí stav, a zároveň kotvit další žádoucí stavy, které se v běžném životě objeví.

V případě zmíněné klientky byla nežádou-

¹¹ O'Connor a Seymour (1998) tento postup označují jako „bourání kotev“, kotvením označují jen jednodušší provázání navozeného stavu se smyslovým vjemem. Při „bourání kotev“ doporučují začít kotvením požadovaného stavu a teprve potom kotvit nežádoucí stav. Výhodou je větší komfort klienta, úskalím tohoto pořadí může být, že klient nedokáže nežádoucí stav posléze vyvolat v plné síle. O'Connor a Seymour (1998) doporučují v rámci bourání kotev provést i další fázi před posthypnotickou sugescí, tzv. „future pacing“ (provázení klienta v budoucí situaci, u které lze předpokládat výskyt nežádoucího stavu).

cím stavem úzkost a žádoucím stavem pocit bezpečí a klidu. Používal jsem kinestetické kotvy – dotyk na klouby na hřbetu ruky. Při kotvení bylo důležité dopřát klientce čas na to, aby rozvinula nežádoucí stav v dostatečně intenzitě, a v druhé části dostatek času na hledání žádoucích stavů (v jazyce přístupu zaměřeného na řešení tzv. „výjimek“ – De Jong, Berg, 1998). Klientka vždy signalizovala ukazovákem pravé ruky, že již daný stav rozvinula ve vysoké intenzitě (aniž by mi jej popisovala), a poté jsem ji vždy vyzval, aby si jej zakotvila.¹² K vytvoření dostatečně silného žádoucího stavu (který by tak v součtu dosahoval vyšší intenzity než nežádoucí stav zakotvený na druhém kloubu) bylo potřeba v tomto případě rozvinout a zakotvit čtyři různé pozitivní stavy.

Z hlediska práce s podvědomím má kotvení několik výhod:

- lze využít **podvědomí jako zdroj žádoucích stavů** (lze předpokládat, že každý člověk občas žádoucí stav zažil, což odpovídá předpokladu terapeutů zaměřených na řešení, že z každého pravidla (problému) existují výjimky – De Shazer, 1994) – podvědomí umožňuje tyto prožité stavy opět navodit;

- žádoucí stavy lze využít nikoli k potírání, ale k překonání nežádoucích stavů (k rozšiřování vs. zužování pole zkušenosti, viz Gilligan, 1987);

- užitečné je, že **lze okamžitě pozorovat, zda je daný zdroj k dispozici** a zda je účinný (při kotvení žádoucích stavů i při spuštění obou kotev je třeba pozorovat neverbální projevy klienta, případně se i zeptat nebo jej nechat signalizovat);

- zároveň lze nabídnout klientovi pokračování a prohlubování tohoto postupu v každodenním životě, což koresponduje

s celkovou orientací terapeutů zaměřených na řešení na „to, co se děje mimo terapeutickou místnost“ v běžném životě klienta (De Shazer et al., 2007) – v tomto případě může klient experimentovat s aktivací kotev (a tedy zdrojů) v ohrožujících situacích a zároveň při kotvení žádoucích stavů v běžném životě je jeho pozornost nenásilně zaměřena na výjimky a na to, co funguje, což vlastně sleduje podobnou logiku jako známý „úkol prvního sezení“¹³ (De Jong, Berg, 1998).

3. SEZENÍ:

Na třetím sezení klientka referovala o drobných změnách k lepšímu (vydala se na krátkou procházku do parku a experimentovala s kotvami). Kotva v několika situacích fungovala (např. když procházela kolem „hloučku nějakých pubertáků“, spustila si kotvu žádoucího stavu a uklidnila se), ale na některé situace byla stále slabá (např. když chtěla jít do obchodu). Zakotvila i několik žádoucích stavů (většinou to byly situace, když byla doma s rodinou a cítila se bezpečně a klidně). Zopakovali a prohloubili jsme kotvení (viz výše). Kromě toho jsem využil práci s metaforou ve dvou rovinách – vyprávění příběhu a zadání metaforického experimentu.

a) Metafora

Práce s metaforou má v ericksonovských přístupech významné místo. To potvrzují i fakt, že existuje několik knih a přehledových statí věnovaných jen této problematice (např. Lankton, Lankton, 1983; Combs, Freedman, 1990; Zeig, 2010) a v jiných respektovaných knihách o ericksonovských přístupech lze vždy nalézt alespoň kapitulu na toto téma (např. Dolan, 1985; Yapko, 1990; Gilligan, 1987; O’Hanlon, 2009). Metafora nabízí možnost nepřímého oslovení podvědomí, ať už v podobě jednodušší analogie nebo složitějšího příběhu (který má

¹² Alternativní postup by mohl být, že by terapeut sám prováděl kotvení (např. dotykem na kloub, zvukovým podnětem apod.). Osobně raději nechávám kinestetické kotvy provádět klienty samostatně, aby si od samého začátku vytvořili svůj vlastní způsob kotvení a aktivace kotev.

¹³ Úkol prvního sezení je úkol na pozorování toho, co v životě klienta funguje a co by mělo zůstat tak, jak je a neměnit se.

na rozdíl od analogie děj) (O’Hanlon, 2009). Metafora by měla splňovat dvě kritéria – obsah by neměl přímo odkazovat ke klientovi a zároveň by některé klíčové aspekty příběhu (postavy, události...) měly být k jeho situaci relevantní (Gilligan, 1987). Metafora se může například zaměřit na klientův problém (vzorec), naději, motivaci, zdroje nebo možnosti (Dolan, 1985). V popisovaném případě jsem klientce vyprávěl příběh o medvědovi, který byl v ZOO zavřený v malé kleci. Za ta léta si zvyknul udělat vždy tři kroky dopředu, otočit se a zase tři kroky na druhou stranu, otočit se... a takto se pohyboval stále dokola celé dny. Po nějakém čase se ZOO modernizovala, a tak kolem jeho klece vznikl nádherný výběh, kde bylo mnoho stromů, velká skála s vodopádem a potůček, kde dokonce plavaly ryby. Když byl výběh dokončen, zvedli zřízcenci medvědovu klec jeřábem a čekali, že začne svůj nový výběh prozkoumávat. Medvěd však vůbec nevzal výběh na vědomí a stále pokračoval stejně – tři kroky vpřed, otočit se, tři kroky zpět. Zakončil jsem příběh tím, že si v ZOO ošetřovatel, který měl medvěda na starosti, stěžoval ostatním: „Nevím, jak mám tomu medvědovi sdělit, že ta klec už je pryč a on má teď k dispozici mnoho prostoru a možností, které může prozkoumávat a využívat. Mohl by to být ten nejšťastnější medvěd na světě, kdyby udělal ještě jeden krok navíc!“ Po skončení příběhu jsme ukončili trans, klientka měla amnézii.

Využití příběhu mělo několik aspektů:

- příběh vycházel z metafor, kterou sama klientka nabídla na prvním sezení (viz výše);
- příběh metaforicky znázornil, jak určitá automatická reakce nyní klientce komplikuje život (naučené chování medvěda, které je v nových podmínkách kontraproduktivní) a zároveň nabídnul řešení (objevovat nové možnosti výběhu);
- v příběhu jsem využil tzv. „promíchávání“ („interspersal“ – O’Hanlon, 2009), tedy zdůraznění určitých sugescí v příběhu, kterého si klient na vědomí úrovni ani nemusí všimnout; zde byl tento postup využit

zejména v přímé řeči¹⁴ („Nevím, jak mám tomu medvědovi sdělit, že ta **klec už je pryč** a on má teď k dispozici mnoho prostoru a možností, které **může prozkoumávat a využívat**. Mohl by to být ten nejšťastnější medvěd na světě, kdyby udělal ještě **jeden krok navíc!**“);

- skutečnost, že si klientka příběh nepamatovala, jsem nepovažoval za nevýhodu, ale naopak za výhodu (podrobněji k tématu viz Gilligan, 1987).

b) Metaforický experiment

Erickson často zadával metaforické úkoly či experimenty, které se klientům mohly zdát nepochopitelné či přímo absurdní a přesto umožnily rozvinutí nových zkušeností a zdrojů (příklady viz např. Zeig, 2010; Haley, 2003). Proslulými se v tomto směru stala hora Squaw Peak a místní botanická zahrada, místa, která navštívila spousta jeho klientů (asi nejslavnější z celé řady návštěvníků těchto Ericksonových „poutních míst“ je manželský pár popsáný v přepisu výukového semináře (Zeig, 2010), kdy se oba vystřídali postupně na obou místech s tím, že manžel si oba výlety užil a manželka oba výlety strptřela, a oba nakonec dospěli k rozvodu). Podobné metaforické úkoly se objevují i v praxi terapeutů zaměřených na řešení (např. Furman a Aholá (1992) poslali jeden manželský pár společně pozorovat tající ledovce, což možná napomohlo k tomu, že po čase prožili druhé líbánky). Důležitým předpokladem pro zadávání podobných experimentů je především dobrý terapeutický vztah – raport (Dolan, 1985). Erickson doporučuje terapeutům zadávat podobné experimenty s velkou jistotou a důvěrou, že je klient splní (Zeig, 2010). Můj přístup je v souladu s De Shazerem (1993) a O’Hanlonem (O’Hanlon, Weiner-Davis, 2003) benevolentnější v tom, že pokud klient experiment neuskuteční, nevnímám to jako selhání experimentu, ale jako příležitost zjistit, co klient dělal užitečnějšího,

¹⁴ Zdůrazněné prvky jsou označeny tučně.

a zároveň jako možnost otestovat připravenost klienta ke spolupráci.

Klientce jsem navrhnul jednoduchý experiment inspirovaný předchozí metaforou, aby zašla i se synkem do ZOO a pozorovala zvířata a to, jakým způsobem prozkoumávají a využívají prostor, který mají k dispozici. Klientka se tomuto návrhu trochu podivila, ale zaujal ji a přislíbila, že do ZOO zajde.

4. SEZENÍ:

Při mapování změn mezi sezeními klientka uvedla, že sice úkol (návštěvu ZOO) nesplnila, protože nebylo dobré počasí, ale zato se jí podařilo několik významných pokroků: byla sama nakoupit v supermarketu a zvládla to bez větších úzkostí. Rovněž byla navštívit sama se synem své příbuzné, které dlouho chtěla navštívit, a celé odpoledne si výborně užila. Referovala o tom, že se celkově cítí mnohem lépe a jistěji a že je zatím takto spokojená. Diskutovali jsme o možnostech, co dělat, kdyby se potíže objevily znovu. Klientka popsala „mechanismus“, jak dokáže rozpoznat, když „to na ni jde“, a jakými způsoby s tím zachází (spuštění kotvy, odvedení pozornosti apod.). Domluvili jsme se, že kdyby něco dále potřebovala, ozve se mi.

ZÁVĚREM

Téma podvědomí a práce s ním je sice hojně frekventované v ericksonovské literatuře, ale poměrně málo frekventované v literatuře terapeutů zaměřených na řešení (i když existují výjimky, zmíněné výše v textu). Domnívám se, že je to způsobeno dvěma faktory:

1. terapeuti zaměření na řešení se v duchu postmoderních přístupů a Wittgensteinovy filosofie více zaměřují na jazyk a jeho fungování (De Shazer, 1994; De Shazer et al., 2007) než na nějaké vnitřní „entity“ jako je podvědomí.

2. práce s podvědomím působí poněkud „strategicky“¹⁵, což lze obtížně sloučit s důrazem na spolupráci (De Shazer, 1994),

s představou „autopoiesis“ a nemožností instruktivní interakce (Maturana, Varela, 1998), což jsou aspekty, které hrají významnou roli ve všech postmoderních přístupech (Zatloukal, 2007).

K prvnímu faktoru lze říci, že „podvědomí“ je možné chápat jako konstrukt vytvořený v jazyce (tak jako „řešení“, „spolupráce“, „terapie“ apod.). Z mého pohledu jde o konstrukt potenciálně užitečný, pro mě i pro klienty dostatečně srozumitelný a uvěřitelný a otevírající nové možnosti. Více než teorie podvědomí mě jako terapeuta zaměřeného na řešení zajímá, jak s ním pracovat. Využití podvědomí je užitečné zejména v případech, kdy se zdroje jeví jako nedosažitelné nebo když je problém konstruován kolem automatických procesů. V obou případech se nabízí rozšíření okruhu potenciálních zdrojů klienta (což je podle některých teorií nejdůležitější faktor terapeutické změny – Duncan, Miller, Sparks, 2004) a posílení očekávání klienta (což je další faktor změny – Duncan, Miller, Sparks, 2004).

Druhá výhrada spočívá v určité „strategičnosti“ práce s podvědomím. Toto téma je v postmoderních či systemických přístupech široce diskutováno (Ludewig, 1994; Anderson, 2009; Úlehla, 1999; Efran, Lukens, Lukens, 1990) a „strategie“ (popřípadě související pojmy jako „intervence“, či „technika“) se stala mezi některými systemickými terapeuty takřka neslušným slovem. Na tomto místě není prostor pro detailnější rozbor této otázky, ale rád bych nabídl aspoň několik tezí, které jsem si na základě výše uvedené literatury i četných diskusí pro sebe zformuloval:

a) klient přichází za terapeutem, aby mu pomohl ke změně žádoucím směrem, a důvodně očekává, že terapeut mu může v tomto směru nabídnout víc než kamarád u piva;

b) s odvoláním na předchozí tezi lze říci, že terapeutovou prací je vytvořit kontext pro změny (nové pohledy, možnosti, cíle, motivace...), které klient potřebuje, klientovou prací je změny realizovat – terapie je tedy spolupráce a nikoli jednostran-

¹⁵ Ve smyslu cíleného a předem naplánovaného ovlivňování klientů.

né působení terapeuta na klienta (což platí i o hypnoterapii!);

c) ke změnám je třeba využít zdroje klienta (jiné k dispozici nejsou);

d) změny nelze bezesbytku předvídat a naplánovat (tzv. „nemožnost instruktivní interakce“ – Ludewig, 1994);

e) přesto je nelze iniciovat zcela nahodile (to by bylo neetické);

f) užitečný je z mého pohledu experimentální přístup – zkoušet, co funguje, a to rozvíjet a naopak upouštět od toho, co nefunguje a nezapadá do „struktury“ klienta;

g) terapeut klienta (a naopak) vždy nějakým způsobem ovlivňuje (ať už je to reflektováno nebo nikoli);

h) čím více svého vlivu terapeut využije a čím větší intervenci (zásah) zvolí, tím větší riziko pro klienta vzniká a tím větší odpovědnost také terapeut přejímá (proto je bezpečnější postupovat po malých krůčcích);

i) ačkoli terapeut usiluje a měl by usilovat o „zplnomocnění“ klienta a partnerskou spolupráci s ním, nic to nemění na předchozích dvou tezích;

j) výše uvedené body ukazují na nutnost sebereflexe terapeuta (přínejmenším by měl dokázat zdůvodnit, proč dělá právě to, co dělá, a proč to dělá právě tímto způsobem);

k) terapeut smí mít (a má mít) svou „terapeutickou strategii“ – ne ve smyslu nějaké „manipulace“ klienta za předem daným cílem, ale v tom smyslu, že dělá to, co dělá, za určitým účelem a že za to, co dělá, přebírá také odpovědnost;

l) samozřejmě může výše uvedenému (bod k) říkat i jinak.

Každá z uvedených tezí by si patrně sloužila detailnější popis a kritickou diskusi. Pokud bychom z uvedených tezí vycházeli, lze říci, že je v zásadě stejně strategické (nebo naopak stejně ne-strategické a tedy spolupracující) pracovat s podvědomím jako zaměřovat se na řešení nebo rozvíjet klientovo „vlastní autorství“ („self-agency“ – Anderson, 2009; „reauthoring“ – White, 2007), uvědomění (Perls, 1996) či sebeaktualizaci (Rogers, 1998) apod.

Věřím, že cílená práce s podvědomím může být obohacením terapeutické praxe (nejen) terapeutů zaměřených na řešení a že může být využívána konzistentně s jejími principy. Tento text může být drobným příspěvkem k diskusi o tom, jak tyto nové možnosti začlenit do rámce přístupu zaměřeného na řešení. Za připomenutí v tomto směru stojí, že využívání („utilization“) zdrojů klienta je jednou z klíčových oblastí přístupu zaměřeného na řešení (De Shazer, 1994) a že tyto zdroje často jsou neuvědomované, protože jinak by klienti nepotřebovali docházet na terapii. Jak pregnantně shrnuje Milton H. Erickson (In Zeig, 2010, s. 61 a 68): „V psychoterapii učíte pacienty využívat věci, které se naučili již dříve. Naučili se to před dlouhou dobou a nepamatují se na to... Měli byste si stále uvědomovat, že pacient o svých předchozích zkušenostech ví víc, než vy budete kdy tušit.“

LITERATURA:

- ANDERSON, H. *Konverzace, jazyk a jejich možnosti: Postmoderní přístup k terapii*. Praha: NC publishing, 2009.
- BANDLER, R., GRINDER, J. *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson, M.D. (vol. I)*. Cupertino: Meta publ., 1975.
- BATESON, G. *Mysl a příroda: nezbytná jednota*. Praha: Malvern, 2006.
- BATTINO, R., SOUTH, T. L. *Ericksonian approaches: A comprehensive manual*. 2nd ed. Norwalk: Crown house publ., 2005.
- BISCHOF, G. P. *Solution-focused brief therapy and experiential family therapy activities: an integration*. Journal of systemic therapies 12, 1993, s. 61 – 73.
- COMBS, G., FREEDMAN, J. *Symbol, story and ceremony: Using metaphor in individual and family therapy*. New York: W. W. Norton and comp., 1990.
- DE JONG, P., BERG, I. K. *Interviewing for solutions*. Pacific Groove: Brooks/ Cole publ., 1998.
- DE SHAZER, S. *Creative misunderstanding: There is no escape from language*. In GILLIGAN, S., PRICE, R. (eds.) *Therapeutic conversations*. New York: W. W. Norton and comp., 1993, s. 81–90.

- DE SHAZER, S. *Essential, non-essential: Vive la différence*. In ZEIG, J. K. (ed.) *Ericksonian methods: The essence of the story*. New York: Brunner/ Mazel publ., 1994, s. 240 – 253.
- DE SHAZER, S. *Investigation of indirect symbolic suggestions*. American journal of clinical hypnosis 23, 1980, s. 10 – 15.
- DE SHAZER, S. *Klíče k řešení v krátké terapii*. Trenčín: Galanta, 1993.
- DE SHAZER, S. *Words were originally magic*. New York: Norton & co., 1994.
- DE SHAZER, S., DOLAN, Y., KORMAN, H., TREPPER, T., MCCOLLUM, E., BERG, I. K. *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. New York: The Haworth press, 2007.
- DEŠIMARU, T. *Zen a bojová umění*. Praha: Portál, 2003.
- DOLAN, Y. M. *A path with a heart: Ericksonian utilization with resistant and chronic clients*. New York: Brunner/ Mazel publ., 1985.
- DUNCAN, B. L., MILLER, S. D., SPARKS, J. A. *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, out come-informed therapy*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.
- EFRAN, J. S., LUKENS, M. D., LUKENS, R. J. *Language, structure, and change: Frameworks of meaning in psychotherapy*. New York: W. W. Norton and comp., 1990.
- ELLIS, A., MAC LAREN, C. *Racionálně emoční behaviorální terapie*. Praha: Portál, 2005.
- ERICKSON, M. H., ROSSI, E. L. *Hypnotická psychoterapie: Kniha případových studií*. Brno: Emitos, 2010.
- ERICKSON, M. H., ROSSI, E. L. *The indirect forms of suggestion*. In ERICKSON, M. H., ROSSI, E. L. *The nature of hypnosis and suggestion: The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis – vol. I*. New York: Irvington publ., 1980, s. 452 – 477.
- FRANK, J. D., FRANK, J. B. *Persuasion and healing*. 3rd ed. Baltimore: The Johns Hopkins university press, 1991.
- FURMAN, B., AHOLA, T. *Solution talk: Hosting therapeutic conversations*. New York: W. W. Norton and comp., 1992.
- GILLIGAN, S. *The courage to love: Principles and practices of self-relations psychotherapy*. New York: W. W. Norton and comp., 1997.
- GILLIGAN, S. *Therapeutic trances: The cooperation principle in ericksonian hypnotherapy*. New York: Brunner/ Mazel, 1987.
- HALEY, J. *Neobvyklá psychoterapie Milтона H. Ericksona*. Praha: Triton, 2003.
- HORNEYOVÁ, K. *Neuróza a lidský růst*. Praha: Triton, 2000.
- KRATOCHVÍL, S. *Experimentální hypnóza*. Praha: Academia, 1999.
- KRATOCHVÍL, S. *Klinická hypnóza*. 2. vyd. Praha: Grada, 2001.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 4. vyd. Praha: Portál, 2002.
- LANKTON, S. *Assembling ericksonian therapy*. Phoenix: Zeig, Tucker and Theisen, 2004.
- LANKTON, S. R., LANKTON, C. H. *The answer within: A clinical framework of ericksonian hypnotherapy*. New York: Brunner/ Mazel publ., 1983.
- LUDEWIG, K. *Systemická terapie*. Praha: Pallata, 1994.
- MATURANA, H. R., VARELA, F. J. *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. 2nd ed. Boston: Shambhala, 1998.
- O'CONNOR, SEYMOUR, J. *Úvod do neurolingvistického programování*. Praha: Institut pro NLP, 1998.
- O'HANLON, B., WEINER-DAVIS, M. *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. 2nd ed. New York: W. W. Norton and comp., 2003.
- O'HANLON, W. H. *Taproots: Underlying principles of Milton Erickson's therapy and hypnosis*. New York: W. W. Norton and comp., 1987.
- O'HANLON, W. H., MARTIN, M. *Solution-oriented hypnosis: An Ericksonian approach*. New York: W. W. Norton and comp., 1992.
- O'HANLON, B. *A guide to trance land: A practical handbook of ericksonian and solution-oriented hypnosis*. New York, 2009.
- PERLS, F. S. *Gestalt terapie doslova*. Olomouc: Votobia, 1996.
- ROGERS, C. R. *Způsob bytí*. Praha: Portál, 1998.
- TOMM, K. *Externalizace problému a internalizace osobního působení*. Kontext 10, 2, 1995, s. 32–36.
- ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 2. vyd. Praha: SLON, 1999.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. H., FISCH, R. *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton & Company, 1974.
- WEITZENHOFFER, A. M. *The practice of hypnotism*. 2 ed. New York: John Willey and sons, 2000.
- WHITE, M. *Maps of narrative practice*. New York: W. W. Norton and comp., 2007

- YALOM, I. D. *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál, 2003.
- YAPKO, M. D. *Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis*. 2nd ed. New York: Brunner/Mazel, 1990.
- ZATLOUKAL, L. „Zázračná otázka“ a její využití v krátké terapii. *Psychoterapie* 3, 2009, s. 179–191.
- ZATLOUKAL, L. *Postmoderní myšlení jako možné východisko pro integraci různých terapeutických přístupů*. *Psychoterapie* 1, 2007, s. 83 – 203.
- ZATLOUKAL, L. et al. *Přístup zaměřený na řešení – stručný úvod*. 2010. Dostupné na: <http://dalet.cz/Clanky/SFBT-uvod.pdf>; 10. 10. 2010.
- ZEIG, J. K. *Advanced techniques of utilization: An intervention metamodel and the use of sequences, symptom words, and figures of speech*. In ZEIG, J. K. (ed.) *Ericksonian methods: The essence of the story*. New York: Brunner/Mazel publ., 1994, s. 295 – 314.
- ZEIG, J. K. *Terapeutické vzorce ericksonovské ovlivňující komunikace*. In ZEIG, J. K. (ed.) *Umění psychoterapie*. Praha. Portál, 2005, s. 636 – 657.
- ZEIG, J. K. *Výukový seminář s Miltonem H. Ericksonem*. Brno: Emitos, 2010.
- ZEIG, J. K., MUNION, M. W. *Milton H. Erickson*. Praha: Triton, 2008.
- ZÍKA, J. *Hypnóza není spánek*. Praha: Nakl. J. Zíka, 1992.
- Mgr. Leoš Zatloukal, Ph.D. je absolventem doktorského studia sociální práce na Ostravské univerzitě v Ostravě a studentem doktorského studia klinické psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Absolvoval komplexní 750h výcvik v systematické psychoterapii (ISZ), výcviky v hypnoterapii (prof. Kratochvíl, Dr. Zíka) a další kurzy a výcviky pod vedením tuzemských i zahraničních lektorů. Vyučuje poradenství a psychoterapii a vybrané manažerské dovednosti na katedře psychologie a na katedře sociální práce (obojí na Univerzitě Palackého v Olomouci), pracuje jako terapeut v manželské a rodinné poradně v Brně a jako sociální pracovník na azylovém domě pro bezdomovce. Je rovněž spoluzakladatelem a vedoucím týmu terapeutů, koučů a lektorů přístupu zaměřeného na řešení „Dalet“ (www.dalet.cz), působí jako certifikovaný metodik komunitního plánování sociálních služeb a facilitátor.*
- Kontakt: leos.zatloukal@dalet.cz*
- Došlo do redakce: 15. 3. 2011, v revidovaném znění 11. 4. 2011. K publikaci přijat 13. 4. 2011.*

28. česko-slovenská psychoterapeutická konference se bude konat ve dnech 2.–5. listopadu tradičně v Luhačovicích v hotelech Fontana. Zahájení plenárním zasedáním se plánuje předběžně na středu 2. listopadu ve 13.30 hod., úvodním tématem je Integrace i samostatné přístupy. Počítá se jako obvykle s přednáškami v trvání 10–15 minut a praktickými odpoledními workshopy v trvání 90 minut. Podrobné informace a formuláře přihlášek k aktivní a pasivní účasti a k ubytování budou rozesílány Psychiatrickou společností v květnu – červnu a budou ke stažení na internetu www.psychoterapeuti.cz

VZDĚLÁVÁNÍ BUDOUCÍCH PSYCHOTERAPEUTŮ V INTEGRATIVNÍ PSYCHOTERAPII A KONCEPT PRÁCE S KRUHY

Jan Kubánek

ABSTRAKT:

V článku je popsána práce s kruhy v integrativním výcviku. Autor líčí, jakou cestou se ke konceptu práce s kruhy dopracoval, co všechno takto vykreslené kruhy mohou popisovat, či jak jsou na neuroanatomické a neurofyzilogické úrovni koreláty jednotlivých oblastí kruhu vzájemně úzce propojeny. Dočteme se, kde v jiných psychoterapeutických systémech nalezneme podobnosti s těmito kruhy. Dále autor nabízí kruhy i jako mapu pro různé cíle terapeutických zásahů a pro lepší porozumění rozdílům a podobnostem různých psychotherapeutických směrů a škol. V neposlední řadě pojmenovává kruhy jako výchozí strukturu, jasný integrativní model, o který je možno se v integrativním výcviku spolu s frekventanty opřít, a přesto mít i velkou svobodu. V kruzích se totiž skrývá ohromné množství kombinací pro osobitý styl práce tvořivých frekventantů, ale i prostor pro další integraci, vývoj a zkoumání.

ABSTRACT:

The article describes work with circles in integrative training. The author paints a picture of the way he came to work with circles, of everything that can be by these plotted circles described and how they are, on a neuroanatomic and neurophysical level, correlated to individual, closely connected zones of the circle. It tells us about where we can find similarities with these circles in other psychotherapy systems. Further, the author is also offering circles as a map for various aims of therapeutic interventions and for better understanding of the differences and similarities of various psychotherapeutic guidelines and training. Last but not least, it identifies circles as a base structure,

a clear integrated model which is possible, in integrative training, for participants to rely on and yet still have great freedom. In circles, there are an enormous number of hidden combinations for individual styles of the creative work of participants, and also space for further integration, development and exploration.

Klíčová slova: integrativní, výcvik, kruhy, „plus kruh“, „mínus kruh“, emoce, myšlenky, tělesné reakce a tělesné příznaky, chování, reakce, psychoterapie, schéma

Key words: integrative, training, circles, “plus circle”, “minus circle”, emotions, thoughts, physical reactions and physical symptoms, behaviour, reaction, psychotherapy, diagram

V 3-4 čísle 4. ročníku (2010) časopisu Psychoterapie mě zaujal článek kolegů Řiháčka, Kostínkové a Roubala Jak vzdělávat integrativní psychoterapeuty I: Základní otázky a problémy. Autoři se, dle mého názoru, velmi zodpovědně a hloubavě zamýšlejí nad otázkami a problémy, které přináší výcvik v integrativní psychoterapii. Rád bych se k tématu také vyjádřil. V květnu 2010 jsme totiž s kolegyněmi Novotnou a Turkovou, pod laskavou garancí prof. Kratochvíla a za vydatné pomoci mé trpělivé manželky spustili dlouhodobý výcvik v integrativní psychoterapii. Máme za sebou společně s našimi frekventanty první rok práce. Je to samozřejmě krátká doba na nějaké dalekosáhlé závěry, nicméně dílčí poznatky týkající se procesu výuky či postoje frekventantů k ukázkám různých psychoterapeutických přístupů a směrů nám i tato krátkodobá zkušenost poskytl. Vyža-

dují však další zkoumání. To, co je možné udělat nyní, je představit námi používaný integrativní model.

VÝCVIK V INTEGRATIVNÍ PSYCHOTERAPII

Jazykem kolegů výše uvedeného článku je náš výcvik založený na integrativním modelu (tedy výcvik v *integrativní psychoterapii*). Integrativním modelem je originální koncept práce s kruhy. Domnívám se, že tento model je nejenom užitečný pro práci s klienty, ale svojí otevřeností a pružností vytváří prostor i pro další integraci. Navíc v sobě skrývá různé kombinace možností, jak pracovat s konkrétním klientem. Umožňuje tak, aby si každý frekventant výcviku postupně vytvořil individuálně zabarvený integrativní psychotherapeutický přístup.

KOŘENY KRUHŮ

Kruhy nás obklopují. Alchymisti znají Urobora, symbol, který zobrazuje hada nebo draka požírajícího svůj vlastní ocas. Představuje *cyklickou* podstatu věcí, nekonečný návrat od konce k začátku. Křesťané si jistě vzpomenou na Ježíšovo tvrzení, že je alfa a omega, počátek i konec. Také výrok, který v sobě skrývá cirkularitu a tedy i kruh.

Moje profesní kořeny až tak hluboko rozhodně nesahají. Vyrůstají z Integrované psychoterapie prof. Knoblocha. Z české interpersonální psychoterapie kombinující přístup interpersonální, dynamický a nácvik. Proto také hodně myšlenek v tomto článku vychází právě z Integrované psychoterapie.

KRUHY JAKO MOŽNÝ INTEGRATIVNÍ MODEL

V Integrované psychoterapii se hodně hovoří o sebedopřívajícím chování a o důležitosti měnit toto chování. „Sebedopřívajícím chování je druh maladaptivního chování, kdy jedinec nevědomky docílí opak toho, co si přeje uskutečnit ve svých vztazích k lidem.“ (Knobloch, Knoblochová, 1999, str. 35) Knobloch (1999) cituje Schultze-Henckeho (1942), který v souvislosti se

sebedopřívajícím chováním hovořil o bludném či dábelském *kruhu* neurózy. Domníval se, že pokud má pacient nějakou poruchu chování, provokuje díky ní druhé k takové reakci, jež podpoří utvrzení a zhoršení původní poruchy. Jestli se tato porucha zakládala na nějakém falešném názoru o lidech, tento falešný názor se tím ještě víc utvrzuje. Schultze-Hencke jasně hovoří o kruhu, nicméně pro Knoblocha to je spíš spirála, kdy se porucha chování jedince stále zhoršuje.



Obr. 1 Cirkulární znázornění Schultze-Henckeho bludného kruhu neurózy

Prozkoumáme-li více Schultze-Henckeho tvrzení znázorněné jako schéma a porovnáme-li ho s každodenní psychotherapeutickou zkušeností, je možné uvažovat o tom, že chování klienta vyvolává reakci okolí. Na základě těchto reakcí si klient vytváří, ale především si potvrzuje, již vytvořené hypotézy o sobě a svém okolí. Následně se podle těchto hypotéz i chová a hypotézy se stávají pevnými přesvědčeními. Kruh se uzavírá. Něco však tomuto kruhu chybí. Chybí mu emoce a tělo. Ve spojitosti s reakcí okolí totiž klient také prožívá emoce a případně reaguje i jeho tělo. Mohou se objevit tělesné reakce (např. bušení srdce, pocení) či tělesné příznaky (např. bolesti hlavy, bolest na hrudi, vyčerpanost). Práce s emocemi je jistě nedílnou součástí práce s klientem. „Emoce mají rozhodující úlohu v evoluci, ontogenezi, fungování a adaptaci na fyzikální a sociální prostředí.“ (Izard, in Valdes, Dagnino et al., 2010, str. 136) Tělesné reakce a různé tělesné příznaky jsou zase to, co klienti často a rádi sdělují a co

chtějí „řešit“. Schultze-Henkeho schéma můžeme tedy doplnit o emoce a tělesné reakce a příznaky. Máme tak před sebou doplněné cirkulární schéma, které má část intrapsychickou – emoce a myšlenky, část somatickou – tělesné reakce a tělesné příznaky (ve schématu používám zjednodušené označení tělo) a část interpersonální – chování a reakce druhé osoby či osob na toto chování. Schéma je vyjádřením cyklických interpersonálních dějů, ve kterých platí cirkulární kauzalita. „Tento mechanismus cirkulární kauzality bývá často nazýván jako sebenaplňující prorocství.“ (Kiesler, Anchin, in Yalom, 1999, str. 42) Takový cyklický děj můžeme zkoumat a schematicky zobrazit jako kruh. Je možné zachytit, jak kruh probíhá v současnosti, ale i jak probíhal v minulosti, a kterých osob se týká nyní a kterých se týkal v minulosti. Pokud tento kruh znázorní situaci a prožívání, kdy se klientovi nedaří a prožívá emoce, které vnímá jako negativní, můžeme hovořit o „mínus kruhu“ (možné jsou i další a více sofistikované názvy: cyklické schéma interakcí mínus nebo kruh sebedopřívajícího chování či kruh sebenaplňujících předpovědí). Odpovídá to zaměření na problém. Je však možné vytvořit i kruh, který znázorňuje situaci, kdy je klient spokojený a v mezilidských vztazích se mu daří. Říkám mu krátce „plus kruh“ (možné jsou opět další a více sofistikované názvy: kruh pozitivních výjimek nebo cyklické schéma interakcí plus). Zde se jedná o zaměření na zdroje. Teoreticky tak vznikají 4 kruhy. „Mínus kruh“ v minulosti, „mínus kruh“ v současnosti, „plus kruh“ v minulosti a „plus kruh“ v současnosti.

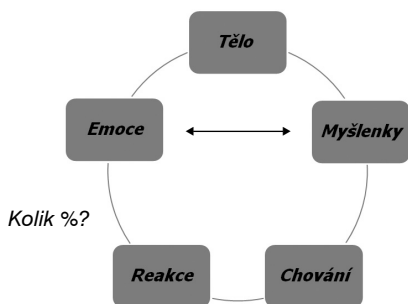
Představme si 25letou klientku, která studuje vysokou školu v Anglii, rozejde se s ní přítel a ona přichází s těžkou depresí a sebevražednými ideacemi. Během rozhovorů prožívá z emocí smutek, stud, potlačený vztek, osamělost. Hovoří o tom, jak zklamala své blízké, když nezvládá naplňovat jejich očekávání týkající se jejího studia ve škole a očekávání svého přítele. Jak nezvládá plnit svoje povinnosti a jak

je pro ni plnění povinností a naplňování očekávání druhých důležité. Dále se bavíme o tom, jak hodně se snaží plnit si všechny své povinnosti a být výborná studentka a přítelkyně. Místo pochvaly se jí ale dostává kritiky, protože ať se snaží sebevíc, stejně jí okolí dává najevo, že je v Anglii cizinkou, neumí anglicky jako „domorodci“ a přítel se s ní rozešel a odmítl ji. Vynoří se „mínus kruh“ v současnosti. Emoce – smutek, stud, vztek, osamělost...tělo – únava...myšlenky – zklamala jsem, nejsem dost dobrá, nezvládám naplňovat očekávání, musím naplňovat očekávání...chování – velká snaha následovaná rezignací...reakce – kritika, neporozumění, odmítání. Posléze si vzpomene, že se vlastně celý život snaží naplňovat očekávání svých rodičů, své babičky, která byla velice kritická, a svého otce hodně zaměřeného na výkon. S lítostí si vzpomene, jak toužila po jeho blízkosti a jak blízkost dostávala, jen když se snažila a dosahovala výborných sportovních nebo studijních výsledků.

Tento příklad stejně jako další příklady z praxe mi ukazují, že kruh ze současnosti je shodný s kruhem v minulosti. Jiné bývají pouze osoby. Zatímco v minulosti nacházíme nejčastěji v „mínus kruhu“ rodiče a v „plus kruhu“ prarodiče, přítomnost bývá ve znamení životních partnerů či přátel. Součástí mapování a vykreslování kruhů je i subjektivní posouzení klienta, jak často se v % v jednotlivých kruzích pohybuje. Je to snaha o určitou kvantifikaci a jednoduché porovnání, kolik % života klienta tvoří jeho problémy a naopak kolik tvoří zdroje.

Na počátku terapie tvoří „mínus kruh“ výše zmíněné klientky 90 %. A co je těch zbylých 10 %? Odpovídá, že to je to, co zažívala v minulosti s dědou a v současnosti zažívá s kamarády. S nimi se totiž nemusí o nic snažit. Ví, že ji berou takovou, jaká je, že ji přijímají. Cítí se s nimi dobře, je klidná a rozhodně není unavená. O sobě si myslí, že je dost dobrá taková, jaká je, přirozeně a otevřeně vyjadřuje svoje emoce a přání a reakcí na to je zájem a přijetí. Ale nyní

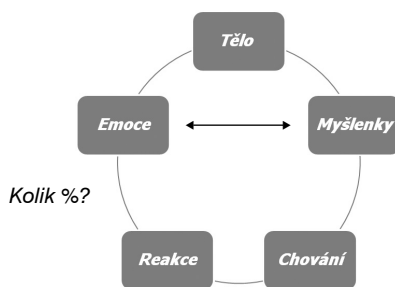
se jim trochu vyhýbá. A máme před sebou „plus kruh“. Emoce – klid, pohoda...tělo – žádné příznaky...myšlenky – jsem dost dobrá taková, jaká jsem, nemusím se o nic snažit, mohu plnit svoje přání...chování – bavím se, dělám, co mě baví, otevřeně vyjadřuji svoje přání a emoce...reakce – přijetí, zájem, pozornost. Uvědomuje si, že právě toto by ráda zažívala i se svým otcem a babičkou. V psychodramatu na skupině přehrává své vztahy s otcem a babičkou, vyjadřuje své emoce – zklamání, vtek – a vyslovuje svá přání. Během další terapie se mění její vztah k otci a babičce. Klientka přestává cítit povinnost navštěvovat babičku, která je k ní i k zbytku rodiny výrazně kritická. Nachází prostor s otcem, kde nemusí nic dokazovat a jen si „užívají“ společný kontakt. Obnovuje kontakty se starými kamarády, které ztratila, když odešla do Anglie. „Plus kruh“ po měsíci terapie tvoří min. 60 % jejího života. Necítí deprese, má chuť do života a dokončit své studium v Anglii. Plánuje obklopit se i tam přáteli a nestudovat na 150 %.



Osoby současnost:
Osoby minulost:

Obr. 2 „Mínus kruh“ v minulosti a současnosti

Jednotlivé segmenty kruhu, které spolu sousedí, buď lineárně kauzální zdání. Např. chování vyvolá reakci okolí. Je to pravda, ale jen její část, protože reakce zase zpětně vyvolá další chování a další chování zase vyvolá další reakci. Teprve pojmenováním a prozkoumáním všech jednotlivých segmentů je možné vytvořit celý kruh, v kterém



Osoby současnost:
Osoby minulost:

Obr. 3 „Plus kruh“ v minulosti a současnosti

může klient vidět a pochopit široké souvislosti, a teprve zde platí cirkulární kauzalita. Klient se nějak chová ke svému okolí (osoby současnost) a to na něj reaguje. Na základě těchto reakcí okolí klient cítí emoce, může reagovat i jeho tělo a něco si myslí. Na základě emocí, reakcí těla a svých myšlenek se nějak chová ke svému okolí a kruh se uzavře. Tuto cirkulární formulaci je možné začít i z jiných míst kruhu. Např. klient si něco myslí, na základě svých myšlenek a postavů se nějak chová ke svému okolí a to na něj reaguje. Na základě těchto reakcí okolí klient cítí emoce, může reagovat i jeho tělo, něco si myslí a kruh se znovu uzavře.

ZASAZENÍ DO KONTEXTŮ

Při práci s klientem se pohybujeme v interpersonálním rámci. Zkoumáme jedince jako součást sítě jeho vztahů, malé skupiny, a zároveň ho zkoumáme v kontextu jeho osobní historie.

Představme si např. 55letou klientku, léčenou pro deprese a velkou únavu, která nabídne v rámci svého příznakového kruhu lítost, osamělost, zklamání jako převažující emoce, ve svých myšlenkách tvrzení: „nejsem docela v pořádku, musím se snažit...“, v tělesných příznacích svírání hrdla, únavu a v chování snahu ostatním vyhovět a nadměrnou starost a péči o své blízké střídavě s rezignovaným poleháváním. Můžeme si položit otázku, kde se u klientky vzaly tyto emoce, navazující myšlenky, tělesné přízna-

ky a chování? Jsou to nové věci nebo je ve svém životě mívá či mívala i v minulosti? Při hlubším zkoumání obvykle zjistíme, že je zná už z dětství. Tato klientka se velice záhy rozhovořila o svém dětství, o rodičích, kteří se k ní chovali tak, že pocítovala lítost, osamělost, zklamání, vztek, který ovšem neprojevovala. Říkávala si, „nejsem docela v pořádku, musím se víc snažit...“, a taky se snažila, nicméně reakcí na její snahu bývala kritika, nepochopení a nezájem ze strany otce i matky, proto její snaha byla střídavě prokládána rezignací, v současnosti pak spojenou s nadměrnou únavou. Po vykreslení „mínus kruhu“ v minulosti si klientka naplno uvědomuje, že to samé prožívá nyní s manželem. Uvědomuje si souvislost mezi svými depresemi, potlačováním vzteku, velikou únavou, nadměrnou snahou s přehnanou zodpovědností a neustálou kritikou, která se jí za její snahu dostává a která jí tak trápí a zlobí, protože ona se tak moc snaží. Je to první a zásadní krok k tomu, aby změnila svůj život.

To, co ji ovlivňovalo v minulosti, byl její vztah k rodičům. Vůči rodičům byla v komplementární (doplňkové) roli a její pocity, myšlenky s nimi spojené, její chování byly komplementární k chování těchto osob. Významné osoby případně jiné okolnosti jejího života ji „tvarovaly“ směrem k těmto myšlenkám, ale i pocitům a následně i k chování. U klientky se nám vykresluje „mínus kruh“ s významnými osobami z dětství a patřící tudíž k minulosti. Při zkoumání současné situace ale zjišťujeme, že nyní jako dospělá „vyhledává či spoluvytváří“ podobné situace, kdy je podobně *komplementární* jako bývala v dětství. „Mínus kruh“ z minulosti je shodný s kruhem v současnosti. Někdy ale můžeme překvapivě zaznamenat i situace opačné, kdy se ona sama chová jako její rodiče nebo jiné významné osoby jejího dětství. Stojí za tím mechanismus identifikace. *Identifikuje* se s rodiči a pocity, které mívala v dětství, vyvolává v někom ze svého okolí, např. ve svých dětech.

Hovoří-li naše klientka o své snaze, zmíní se i o tom, jak hodně uklíží, aby byl všude

bezvadný pořádek, ale jak synové její snahu bojkotují. Jak si sami uklidí pokoj, ale ne dost dobře. Jak se s nimi dokola dohaduje o úklidu, jak jí štvou. Nakonec si s překvapením uvědomuje, že je vůči nim podobně kritická, jako bývali její rodiče vůči ní.

„Živá skupina...je totiž systémem rolí. Tyto role jsou vzájemně vztažené, komplementární. Např. malý chlapec se učí své roli syna vůči otci a matce, jeho role je komplementární vůči jejich rolím. Kromě toho se učí také vžívat se do jejich rolí a to mu pomůže předvídat jejich chování a rozumět jim, co od něho chtějí. Ale vžívání se do komplementárních rolí je též příprava pro budoucnost. Chlapec hraje komplementární roli syna k roli otce, ale postupně náznakově jeho roli přebírá, identifikuje se s ním, což je často patrné v tom, že jej napodobuje, imituje...“ (Knobloch, Knoblochová, 1999, str. 80) To, jak mechanismy komplementace a identifikace pracují se železnou zákonitostí, známe z rodin, ale i z jiných skupin. Příkladem mohou být i zkušenosti, které jsem učinil v armádě v čase povinné vojenské služby. Vojáci, tzv. základáči, se dělili na dvě skupiny. Na ty, co byli na vojně déle, to byli tzv. mazáci, a na ty, kteří byli na vojně krátce, to byli tzv. bažanti. Mazáci šikanovali bažanty. Po určité době trvání povinné vojenské služby byli rituálním způsobem bažanti přijati do skupiny mazáků. Po prožití šikaně se ale nezačali vůči novým bažantům chovat citlivě a ohleduplně. Chovali se k nim stejně, jako se mazáci před tím chovali k nim. Potřebovali totiž svůj hněv z ponižování a křivd někomu vrátit. Identifikovali se s rolí mazáka a stejné pocity, jaké mívají oni sami jako bažanti, teď probouzeli v srdcích nových bažantů. Šikana se tak v dlouhém řetězci předávala z jednoho nástupního ročníku na následující ročník. Jiných dějů ve skupině, resp. v rodině, si všimá Pesso a nabízí tzv. „díry“ nebo „mezery v rolích“. „O jakých mezerách a o jakých rolích to mluvíme? Mezerou v první řadě míním mezery v síti rodinných vztahů a v rolích. Vždy se objeví mezera

někde, kde by měla existovat organická celistvost. Pokud takovou mezeru zaznamáme, automaticky to vyvolává pocit neúplnosti, nedokončenosti a ten, kdo prázdné místo vnímá, má automatickou impulsivní tendenci udělat něco, co by díru zaplnilo a celek se stal opět kompletním, sjednoceným. Když se to podaří, zažívá člověk pocit uzavření a dokončení, který přináší pocit štěstí. Sít byla opravena, je zase celá a funkční. „... „Maminka myslí na zemřelého otce a pláče a v této mikrosekundě, nevědomě, stane se její dcera tatínkem. Stojí vedle matky na místě zemřelého otce. Její vrozená, zatím spící schopnost být rodičem se probouzí a ona se nevědomě stává trošku rodičem své truchlící matky. Nevědomě odkládá svůj zájem být čtyřletým dítětem, protože vnímá mezeru v rodinné síti, a v zájmu zachování rovnováhy a spravedlnosti ji doplní sama sebou. Nevědomě upřednostní zájem matky a doplní její deficit. Stává se nyní tím, kdo poskytuje, na místo toho, kdo potřebuje.“ (Pesso, Boyden-Pesso, Vrbovská, 2009, str. 105 a 108)

Při dalším zkoumání dětství si naše klientka uvědomí, že její otec býval často pryč a jak si na něj matka často stěžovala. Jak ji jako malou zatěžovala svými starostmi a svojí nespokojeností se svým manželem, jejím otcem. Mívala pak představy, že musí být na maminku hodná, nezlobit, snažit se jí ve všem pomáhat a vyhovět. Byl to další důvod její nadměrné snahy. Nechtěla vidět maminku smutnou či nespokojenou. Uvědomuje si, že cítí hlubokou lítost, ale i vztek na matku, když si na to vzpomene.

VLIV TEORIE

Dále se můžeme v terapii zabývat mínus kruhem a snažit se ho eliminovat. Je to zaměřením na negativa, na problémy. Zároveň se ale můžeme snažit posilovat situace, ve kterých se klientovi v životě daří. Zaměříme se na pozitiva v jeho životě, na jeho zdroje a můžeme tím posilovat jeho plus kruh.

39letý klient přichází s reaktivní depresí

a svíráním na hrudi. Uvědomuje si, že se cítí smutný a osamělý. Cítí strach o manželský vztah a mívá při tom svíravé bolesti na hrudi, které ale nejsou kardiálního původu. Jeho emoce souvisí s odmítáním, které zažívá od své manželky, jež následovalo po jeho nevěře. Říká si, že to musí vydržet a že se musí víc snažit. Snaží se manželku přesvědčit, že ji má rád, kupuje jí dárky, říká jí, jak ji má rád, ale ona ho odmítá, zlobí se na něj a sděluje mu svoje pochybnosti o jejich vztahu. Vynořuje se „mínus kruh“: emoce – smutek, úzkosti, osamělost...tělo – svíravé bolesti na hrudi...myšlenky – musím se více snažit, musím to vydržet, jak to mám vydržet?... chování – snaha se přiblížit k manželce, podbízení se...reakce – odmítání, výčitky. Osoby současnost – manželka. Na otázku, kolik procent tvoří tento kruh v jeho současném životě, sděluje, že asi 70 %. Co je tedy těch zbývajících 30 %? Jsou to situace, kdy jsou jako rodina spolu, kdy si naplánuje méně práce a najde si čas na společný výlet s rodinou. Jsou to situace, kdy si vezme děti a věnuje se jim a manželka má čas na sebe a následně se k němu chová přívětivěji. Navíc když je s dětmi, cítí se dobře, úzkosti ani bolesti nemá a je pak přesvědčen, že jejich manželství má cenu a ani on není zas tak špatný. Při rozhovoru s manželkou vyplývá, že se cítí na spoustu domácích povinností sama a na manžela se proto již dlouho zlobí nebo je unavená a nemá chuť s ním něco mít. Klient si uvědomuje, že jeho příznaky deprese i svírání na hrudi souvisí s odmítáním, které aktuálně zažívá. Uvědomuje si ale také, že manželka ho odmítá ne jenom kvůli proběhlé nevěře, ale i z jiných důvodů. Nevěru už vrátit nemůže, ale přesto může pro záchranu jejich vztahu s manželkou něco udělat.

Budeme-li se zabývat mínus kruhem, objevují se různá místa, kde ho můžeme přerušit. Podle zákonitostí cirkulární kauzality je jedno, kde se kruh přeruší. Nicméně různé psychotherapeutické školy kladou na různá místa kruhu větší didaktický význam, a to dle své teoretické optiky. Jednu z ta-

kových, spíše však didaktických „dichotomií“ můžeme nalézt v kladení významu na emoce nebo na myšlenky. Zatímco zastánci terapie směřované více na emoce tvrdí, že „změna postoje je obtížná, poněvadž má hluboké emocionální kořeny“ (Knobloch, Knoblochová, 1999, str. 115), „mnoho moderních psychoterapeutů konstatovalo, že objasňování emocionální zkušenosti je rozhodující pro klientovu změnu a úspěšnou prognózu“ (Foa & Kozak, 1986; Greenberg, 2008; Henretty, Levitt, & Mathews, 2008; Reinecke & Freeman, 2003; Rogers, 1958; in Stringer, Levitt, et al., 2010, str. 495). Rozumový výklad často ke změnám nestačí. Patologické vzorce chování a prožívání se upevnily silnými a hlubokými emočními zážitky, a proto je i k jejich změně potřebné působení silného emočního zážitku. Z tohoto psychotherapeutického pole pochází abreakce, korektivní emoční zkušenost jako terapeutický nástroj a nacházíme ji např. v dynamické psychoterapii nebo v interpersonální psychoterapii (viz Kratochvíl, 1998, 2006). Zastánci primárního významu myšlení reprezentovaného především kognitivní terapií a u nás KBT nám naproti tomu sdělují: „Organismus nereaguje primárně na své okolí, ale na mentální reprezentaci svého okolí... Již římský stoik Epiktétos prohlásil: Nejsou to věci samy, co nás znepokojují, ale naše mínění o těchto věcech. Tato teze tvoří základ kognitivní terapie A. Ellise a A. T. Becka... Cílem kognitivní terapie je analyzovat a změnit myšlení pacienta tak, aby si uvědomil dysfunkční, iracionální a neadaptivní postoje, názory a způsoby myšlení a aby je nahradil myšlením racionálním, funkčním a adaptivním.“ (Praško, Možný, Šlepecký, 2007, str. 14)

PROPOJENÍ EMOCÍ A MYŠLENÍ

„Pojmem „kognitivní“ označujeme procesy přijímání, zpracovávání, hodnocení a ukládání informací z vnějšího i vnitřního prostředí. Asi nejbližším českým ekvivalentem slova „kognice“ je pojem „myšlení“, ale patří sem i pozornost a paměť. Velká část

zpracování informací probíhá na nevědomé úrovni, a proto rozlišujeme kognitivní procesy vědomé a nevědomé.“ (Praško, Možný, Šlepecký, 2007, str. 13-14)

Vědomé kognitivní procesy obvykle cílíme v našem mozku do kortexu. Za sídlo emocí je tradičně považován limbický systém. „Ačkoliv limbická kůra nemá přímé vstupy drah ze smyslových orgánů, spoje kůry do thalamu a zpět, jakož i asociální funkce korových oblastí smyslového vnímání, předávají současně získané podněty limbickým korovým oblastem a odtud dále. Každý smyslový vjem je tedy v limbickém systému zároveň vyhodnocen a zpracován tak, že v souladu s vůlí i mimovolně vzbuzuje sympatii či antipatii, radost a smích, pohnutí, dojetí, pláč, dále esteticky příjemný pocit nebo pocit odporu, sexuální podněty či potravní podněty a další emoční fenomény – a eventuálně též vyvolá reakci na ně.“ (Čihák, 2004, str. 402) To ale není samozřejmě všechno. Každý smyslový vjem cestou přes thalamus zasahuje i do bazálních ganglií, která ovlivňují svalový tonus, nastavení pohybu a pohybové vyjádření emočnosti. Motlová a Koukolík (2006, str. 95) dodávají: „Na integraci kognice a emocí se podílejí zejména různé oblasti prefrontální kůry, amygdala a další oblasti mozku, které jsou součástí funkčního systému paměti.“ A nakonec ještě konstatuje Stuchlíková (2002, str. 77): „Kognitivní procesy a průběh emocí spolu těsně souvisejí a vzájemně se ovlivňují... Většina psychologů dnes... připouští provázanost kognitivních a emocionálních procesů od samého počátku zpracování podnětu.“

Z empirické oblasti bych rád nabídl poznatky, které zmiňuje S. Grof, jenž připojuje k emocím tělo: „LSD často vyvolává monotematické vzpomínky se silným citovým nábojem. Tento komplex nazývá „COEX systém“ – systém zhuštěné zkušenosti („condensed experience“)... Podobné komplexy jsou vyvolány také za jiných podmínek jako při hyperventilaci a abreakčních technikách. Např. jsou vyčleněny

všechny vzpomínky na ponižující situace... V každém jednotlivém případě se podobné traumatické události z různých životních období zdají být uchovány v paměti v úzkém spojení s nejstarší zkušeností takové série... Při tomto zpětném cestování v čase, regresi, se spolu se vzpomínkami na minulé situace ožívuje i minulé tělové schéma. Tělesná představa může odpovídat věku, do kterého jedinec sestoupil...“ (Grof, in Knobloch, Knoblochová, 1999, str. 72)

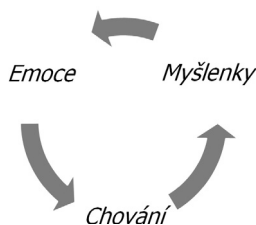
Tyto známé poznatky mě přivádějí k myšlence modifikovat základní tvrzení z pera výše citovaných kognitivních teoretiků. Pokud je pravda, že organismus skutečně nereaguje primárně na podněty ze svého okolí, ale na mentální reprezentaci těchto podnětů, musíme mentální reprezentaci vnímat jako komplexní funkční celek, který kromě myšlenek tvoří i *příslušné emoce, vegetativní projevy, stavy svalového napětí a aktuální tělové schéma*. Proto fungují různé terapie působící na jiné cílové oblasti. Cílové oblasti jsou totiž úzce propojené. Nicméně problematika vzájemného propojení a především míra vzájemného působení mezi různými oblastmi mozku, které ovlivňují kognitivní procesy, emoční reakce, vegetativní projevy či stavy svalového napětí, je stále předmětem výzkumů a jistě se dočkáme zajímavých zjištění. „Například co se týče úzkostných reakcí, ukazují současné poznatky (Ohman, Ruck, 2007), že neuronové okruhy, které jsou aktivovány při prožívání strachu, jsou nezměnitelné kognitivními procesy.“ (Timulák, in Vybíral, Roubal, 2010, str. 433) Nebo: „Bylo zjištěno, že funkční konektivita mezi kůrou a amygdalou je inhibiční. Phelps a Ledoux (2005) tvrdí, že regulace emocí prostřednictvím kognitivní kontroly může být prováděna kůrou iniciovaným poklesem aktivace amygdaly. Reaktivita amygdaly bývá obzvláště silná u poruch osobnosti.“ (Tschachera, Schildth, Sander, 2010, str. 584)

KRUHY A PODOBNOSTI V OSTATNÍCH PSYCHOTERAPEUTICKÝCH PŘÍSTUPECH

Vyrazíme-li na exkurzi do jiných psychotherapeutických směrů a škol, jistě najdeme podobnosti s kruhy na obr. 2 a 3. Kruhy však mají kolegové většinou ukryté v „cirkulárně formulovaných“ textech. Pokusím se je nabídnout i v grafické podobě.

Zastavme se třeba hned u jedné z mnoha obecných definic psychoterapie. „Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se zaměřením pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí.“ (Prochaska, Norcross, 1999, str. 16) Na jiném místě knihy autoři píší o specifických účinných faktorech v psychoterapii. Jsou pochopitelně jedinečné u různých terapií a přivedou klienty ke změně prožívání, myšlení, chování či vztahů spojených s určitým problémem, či obecnějším způsobem života. To, co autoři popisují, můžeme schematicky zakreslit do kruhu. Máme ve vztahu emoce, myšlenky, chování a vztahy.

Podobná a přímo vykreslená schémata nabízí především KBT (srov. Praško, Možný, Šlepecký, 2007). Nacházíme v něm souvztažnost myšlení, chování, tělesných reakcí a emocí, a to vše nastartované spouštěčem, který může mít charakter intrapsychického impulsu, např. myšlenky nebo vjemu, ale



Osoby:

Obr. 4 ...dosáhnout změny prožívání, myšlení, chování či vztahů spojených s určitým problémem. Cirkulární znázornění souvztažnosti emocí, myšlenek, chování a osob, kterých se problémy ve vztazích týkají.

může být i interpersonálního charakteru. KBT přidává i formativní vliv minulosti na tzv. jádrová přesvědčení, což jsou pevně zakotvená přesvědčení o sobě a o světě a vedou k chování, které KBT umí dále diferencovat např. na zabezpečující nebo vyhýbavé. Zjednodušeně řečeno, z minulosti pocházející jádrová přesvědčení v důsledku v současnosti „generují“ příznaky. Schéma je natolik sofistikované, že vzájemně mnohsměrně propojuje myšlení, chování, tělesné reakce a emoce, což odpovídá výše uvedeným neurofyziologickým souvztažnostem.

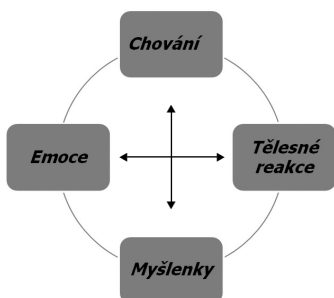
Cirkulárně popsané, ale nevykreslené schéma najdeme dále např. u Interpersonální psychoterapie *Klerman Weissmanové*. Jedná se o časově omezený, empiricky ověřený léčebný postup vytvořený v 70. letech minulého století. Původně se jednalo o výzkumnou

livělostí na ztráty a narušenou komunikací, což vede k dalšímu odmítání ze strany okolí. Stresující prostředí vše ještě více zhoršuje... Z tohoto pohledu je přerušení interpersonálních vztahů *příčinou i následkem* deprese.“ (Prochaska, Norcross, 1999, str. 180) Znovu vidíme cirkulární formulaci, která by mohla graficky vypadat např. takto:



Osoby současnost:

Obr. 6 Cirkulární znázornění souvztažnosti emocí – zoufalství a deprese, myšlenek – nikdo o mě nestojí, chování – izolování se, reakcí okolí – odmítání. Tento přístup je zaměřen na vztahy v současnosti, proto jsou přítomny jen osoby současnost.



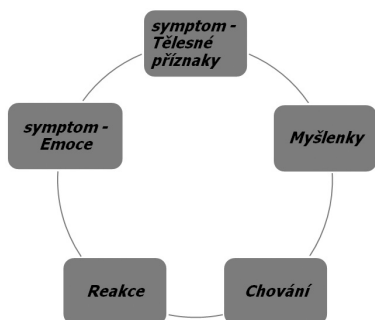
Obr. 5 Cirkulární znázornění souvztažnosti myšlenek, chování, tělesných reakcí a emocí používané v KBT

intervenci u deprese, později používanou i u jiných diagnóz. Deprese a další poruchy se objevují v interpersonálním kontextu. Interpersonální život ovlivňuje náladu (a celé lidské chování) a nálada ovlivňuje, jak jedinci zvládají své role. „U člověka, kterému se v dětství nepodařilo dosáhnout patřičného emocionálního uspokojení, kognitivních operací a behaviorálních dovedností nutných ke vzniku uspokojivých vztahů, se objevuje zoufalství, izolace a reaktivní deprese... Jakmile se u člověka rozvine deprese, dále se udržuje omezenými sociálními dovednostmi, přecit-

Podobně je to v interpersonální psychoterapii, jak o ní hovoří Kratochvíl (viz Kratochvíl, 1998, 2006). Důležitou součástí léčby je v této interpersonální psychoterapii zprostředkování náhledu. O náhledu se od Kratochvíla (1998, 2006) dozvíme, že vede pacienta k objevení a pochopení souvislostí mezi jeho symptomy a interpersonálními vztahy a pak k poznání, jak se na problémových, konfliktních, frustrujících či traumatizujících interpersonálních vztazích sám podílí svými vlastními postoji a reakcemi, svým způsobem prožívání a chování. Jaké následně vyvolává odvetné reakce okolí, které zdánlivě potvrzují jeho nesprávné předpoklady. Takové poznání označujeme jako interpersonální náhled.

Ve snaze odstranit současné neadaptivní chování se snažíme pomoci pacientovi protout bludný *kruh* probíhající v současnosti

a navodit odlišné chování či prožívání, které povede k jiným reakcím okolí než dosud nebo k jejich odlišnému zpracování, vyhledat kritické zážitky z minulosti, zhodnotit jejich neblahý vliv na přítomnost a zpracovat je tak, aby se do přítomnosti již dále nepřenášely. Výše zmíněné by schematicky mohlo vypadat takto:



Osoby současnost:

Osoby minulost:

Obr. 7 Cirkulární znázornění souvztáhnosti příznaků (příznaky mohou být emoce, např. úzkosti, nebo tělesné příznaky, např. bolesti hlavy), nevhodných postojů (což jsou myšlenky), chování a reakcí (což je chování) a odvetných reakcí okolí (což jsou reakce). To vše se děje ve vztahu k někomu v současnosti nebo v minulosti (ve schématu popsáno jako osoby současnost a osoby minulost).

KRUHY – PROSTORNÉ TERAPEUTICKÉ POLE A MOŽNÁ MAPA TERAPEUTICKÝCH PŘÍSTUPŮ

Kruhy na obr. 2 a 3 zároveň poměrně široce vymezují možná pole a především možné cíle terapeutických zásahů. Nabízí se tím struktura, jasný integrativní rámec, v kterém se můžeme pohybovat, a přesto si každý frekventant může postupně vytvořit osobitý styl práce, protože níže popsané cílové oblasti terapeutických zásahů je možno kombinovat. Kruhy zároveň vytvářejí i určitou mapu, do které můžeme zakreslit různé terapeutické směry a školy. Může to přinést další pohled směřující k lepšímu pochopení účinnosti různých psychotherapeutických smě-

rů a škol a i toho, jak se vzájemně doplňujeme ve své práci a ve svých teoriích. Pokusím se popsat různé části této mapy a didakticky do nich zasadit různé směry tak, jak jim rozumím a jak je vnímám. Výčet je samozřejmě neúplný a také ne úplně přesný, protože jednotlivé směry působí téměř vždy na více místech. (Pokud např. zasadím KBT do myšlenek, neznamená to, že bych si myslel, že KBT pracuje jen a jen s myšlenkami.) Jsou to:

1. Současný „mínus kruh“ nebo jeho segmenty (viz např. KBT, interpersonální psychoterapie Klermana a Weissmanové) – v současném „mínus kruhu“ je několik míst, kde můžeme zasáhnout při použití následujících terapeutických postupů.

1.1. Emoce. Můžeme je ovlivnit pomocí abreakce či korektivní zkušenosti (viz např. dynamická psychoterapie, interpersonální psychoterapie), dále pomocí kultivace většího uvědomování si pocitů a jejich přiměřeného vyjadřování (viz např. asertivita, emoční inteligence, koncentrativní a meditativní techniky, arteterapie, muzikoterapie, humanitní směry, gestalt, mindfulness). 1.2. Tělesné pocity. Mohou se měnit při použití relaxací, imaginací, masáží (viz koncentrativní a meditativní techniky, arteterapie, muzikoterapie, práce s tělem, biosyntéza, bioenergetika, ale třeba i lázeňská léčba). 1.3. Myšlenky. Můžeme ověřovat hypotézy, automatické myšlenky, jádrová přesvědčení či testovat introjekty (viz např. KBT, racionálně emoční terapie, gestalt) nebo se zamýšlet s klientem nad jeho životními hodnotami (viz např. logoterapie). 1.4. Chování. Na této úrovni máme k dispozici nácvik (viz např. interpersonální psychoterapie, KBT), expozice (viz např. KBT), různé experimenty či intervence (viz např. gestalt, rodinná terapie, systemická terapie). 1.5. Reakce na klienta můžeme ovlivnit ve skupinové psychoterapii, párové terapii, rodinné terapii např. přeformátováním nebo výměnou rolí v psychodramatu.

2. Vztahy v současnosti, které současný „mínus kruh“ udržují (viz např. interperso-

nální psychoterapie Klermana a Weissmanové, komunikační psychoterapie, rodinná či párová terapie, transakční analýza, gestalt).

3. Náš vztah s pacientem, kdy zkoumáme přenos a protipřenos (viz např. analytické psychoterapie, dynamická psychoterapie, gestalt, interpersonální psychoterapie v širším pojetí).

4. Náš vztah s pacientem, kdy svým chováním (pozornost, přijímání, potvrzování) pacienta přímo posouváme do jeho „plus kruhu“ (viz např. PCA a všechny přístupy, které respektují společné účinné faktory psychoterapie).

5. „Mínus kruh“ v minulosti nebo jeho segmenty (viz např. KBT, dynamická psychoterapie, psychoanalýza).

6. Vztahy v minulosti, které minulý, resp. současný „mínus kruh“ vytvořily (viz např. dynamická psychoterapie, gestalt, psychoanalýza, Pessó).

7. Současný „plus kruh“ nebo jeho segmenty (viz např. systemická psychoterapie, logoterapie).

8. Kombinace zásahů na různých místech - je rozhodně nejčastější. Některé směry působí na více místech, některé na méně místech naráz. Navíc se během terapeutické práce nabízejí různá místa pro zásah v souvislosti s vývojem terapeutického procesu.

Dovolím si ukázkou na příkladu gestalt terapie: „Klienta vystavujeme tomu, čemu se sám automaticky vyhýbá (*předchází rozpoznání vyhýbavého chování, které je součástí „mínus kruhu“ a týká se osob v současnosti*), tj. zastavení se a kontaktu s vlastním prožíváním. Tento přístup umožňuje obnovit přirozenou seberegulaci klienta prostřednictvím co nejpřímějšího uvědomování si sebe sama v kontaktu se světem...

Rozšíření uvědomování je v GT základní cíl jakékoli terapeutické práce... (*Pohybujeme se v „mínus kruhu“, na úrovni především uvědomování si emocí, případně tělesných příznaků nebo tělesných reakcí a proces se týká současnosti, tedy vztahů a osob v současnosti.*)

S tím, jak si klient začíná uvědomovat,

že má nějaké prožívání, kterému se vyhýbá nebo jej zastavuje, se dostává do kontaktu se situacemi, které jej v minulosti takovému chování naučily... (*Oživuje se „mínus kruh“, vzpomínky na reakce okolí, které tvarovaly klienta v jeho chování. Reakce se týkají osob v minulosti.*)

Objevují se introjekty. (*Znovu „mínus kruh“, vzpomínky na reakce okolí, které vedly u klienta k převzetí některých postojů a myšlenek. Vytváření introjektů se týká osob v minulosti.*) Terapeut poté učí klienta pracovat samotné introjekty...

Klient experimentuje s novým chováním a učí se vyjadřovat svoje emoce... (*posilování „plus kruhu“, nové chování, vyjadřování emocí v současných vztazích k současným osobám*). Kontakt s vlastním prožíváním je základním stavebním kamenem seberegulačního systému... Je-li kontakt s tímto vnitřním kompasem narušen, jsou rozhodnutí jedince často v menším souladu s tím, co skutečně potřebuje. Člověk pak dělá to, co si myslí, že by měl, místo toho, aby se spoléhal na vlastní úsudek (*znovu „mínus kruh“, myšlenky a chování k osobám v současnosti*).“ (Novák, 2010, str. 151-159)

Bylo by jistě zajímavé posoudit, jestli se bude měnit účinnost terapie, pokud budeme působit na více místech naráz nebo je to jen ztráta času a stačí jen minimum míst.

PRÁCE S KRUHY – INTEGRATIVNÍ NEBO EKLEKTICKÝ MODEL?

Kruhy na obr. 2 a 3 schematicky znázorňují cirkulární kauzalitu a cyklické děje v interpersonálním prostoru. Je možné je odhalit při analýze snu, ale i při rozhovoru nad tématem, který klient nabídne (např. aktuální stav či problém, nálada, vztahy...). Do kruhů můžeme zasazovat klientovy obtíže a příznaky, či konkrétní situace, kterým klient nerozumí, a hledat společně s ním řešení. Můžeme zachytit i souvislosti vnímané pozitivně. Schematické vykreslení kruhů výrazně pomáhá orientaci, kde se klient zrovna „nachází“. Některé klientovy akce v rámci jeho chování mohou totiž být

agování, vyjádříme-li se jazykem psychoanalýzy, nebo jen více téhož, použijeme-li jazyk Watzlawicka. Můžeme se také zastavit nad významnými osobami klientova života a řešit přenosové pozadí. Ozřejmují se souvislosti „horizontální“ – cirkulární kauzalita pocitů, tělesných prožitků, myšlenek, chování a reakcí okolí, ukazují se souvislosti „vertikální“ – vliv významných osob v životě klienta na jeho prožívání, myšlení, chování (přenosové zdroje), osvětlují se souvislosti klientem vnímané negativně, zazní i souvislosti klientem vnímané pozitivně. Jednoduchým procentuálním vyjádřením můžeme zhodnotit i četnost výskytu mínus a plus kruhu v životě klienta a sledovat, jak se v průběhu léčby mění. Kruhy, dle mého názoru, nabízejí jednoduchý integrativní model. Přinášejí staronové poznatky, ale dávají je do nové kvality. Nejdou cestou hledání společné složité a do nejmenších detailů propracované teoretické základny, ale cestou zjednodušení a obecných termínů. Kruhy jsou jednoduché, a přesto se odvážím tvrdit, že v kruzích se můžeme přehledně a srozumitelně setkat s většinou psychoterapeutických systémů a škol, ne-li se všemi. Protože který přístup nepracuje s emocemi nebo myšlenkami, tělem nebo chováním či nezkoumá reakce na toto chování? Kruhy zahrnují minulost i přítomnost, negativa i pozitivita, osoby v současnosti nebo dávno mrtvé, skutečné nebo fantazijní. Kruhy mají jistě i eklektický rozměr. Tím, že nabízejí široký rámec a neposkytují detailní teorii pro jednotlivé segmenty kruhu, umožňují využít pro příslušný segment již existující teorie jiných směrů. Např. segment myšlenek jistě detailně zkoumá KBT, pro segment chování nám nabídne další zajímavé myšlenky třeba transakční analýza nebo behaviorální terapie, pro segment těla např. biosyntéza, či pro segment emocí terapie zaměřená na emoce.

V neposlední řadě kruhy nabízejí výchozí strukturu, jasný integrativně eklektický model, o který se můžeme spolu s frekventanty integrativního výcviku opřít, a přesto můžeme mít i velkou svobodu, protože v kruzích

se skrývá ohromné množství kombinací pro osobitý styl práce tvořivých frekventantů, ale i prostor pro další integraci, vývoj a zkoumání.

LITERATURA:

- Čihák, R. (2004). *Anatomie 3*. Praha: Grada
- Knobloch, F., Knoblochová J. (1999). *Integrovaná psychoterapie v akci*. Praha: Grada.
- Kratochvíl, S. (1998, 2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Motlová, L., Koukolík, F. (2006). *Citový mozek*. Praha: Galén.
- Novák, O. (2010). Gestalt přístup v léčbě panických atak. *Psychoterapie*, 3-4 (4), str. 151-159.
- Pesso, A., Boyden-Pesso, D., Vrbovská, P. (2009). *PBSP. Úvod do Pesso Boyden system psychomotor*. Praha: Scan.
- Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton
- Praško, J., Možný, P. (2010). Prezentace o KBT na <http://www.kbt-odyssey.cz/>.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. G. (1999). *Systémy psychoterapie*. Praha: Grada.
- Řiháček, T., Kostínková, J., Roubal, J. (2010). Jak vzdělávat integrativní psychoterapeuty I: Základní otázky a problémy. *Psychoterapie*, 3-4 (4), str. 160-169.
- Stringer, J., Levitt, H., Berman, J., Mathews, S. (2010). A study of silent disengagement and distressing emotion in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20 (5), 495-510.
- Stuchlíková, I. (2002). *Základy psychologické emocí*. Praha: Portál
- Tschachera, W., Schildtb, M., Sander, K. (2010). *Psychotherapy Research*, 20 (5), 576-588.
- Valdes N., Dagnino, P., Krause, M., Perez, J., Altimer, C., Tomicic, A., De la Parra, G. (2010). Analysis of verbalized emotions in the psychotherapeutic dialogue during change episodes. *Psychotherapy Research*, 20 (2), 136-150.
- Vybíral, Z., Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál
- Yalom, I. D. (1999). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace.

Došlo do redakce: 21. 2. 2011, v revidovaném znění 29. 3. 2011. K publikaci přijat 11. 4. 2011.

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A MAGICKÁ KONTROLA TĚLA

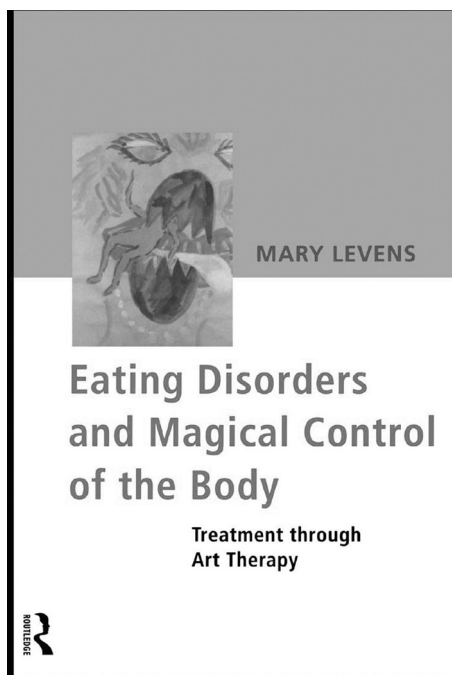
Mary Levens: *Eating Disorders and Magical Control of the Body. Treatment through Art Therapy.* London: Routledge, 1995, 137 s.

Lenka Mynaříková

Kniha **Poruchy příjmu potravy a magická kontrola těla** čerpá ze zkušeností významné psychoanalyticky zaměřené arteterapeutky a dramaterapeutky Mary Levens s terapií žen s poruchami příjmu potravy (dále PPP) pomocí výtvarného projevu. Zkoumáním řady uměleckých artefaktů svých klientek našla opakující se téma – pojídání jednoho člověka nebo zvířete druhým, které jí umožnilo rozvinout koncept vztahu poruch příjmu potravy a magického myšlení, jež provází snahy klientů o kompletní, magickou kontrolu vlastního těla. Kniha propojuje antropologii, teorii umění, arteterapii a pojetí psychického kanibalismu a doplňuje je praktickými ukázkami využití výtvarných technik.

V úvodní části Levens podává stručné diagnostické informace k mentální anorexii a bulimii a uvádí termíny *magické myšlení* ve smyslu vývojového stádia myšlení uváděného Piagetem a *psychický kanibalismus*, který se spojuje s obtížemi se separací, autonomií a individuální identitou, typickými u pacientů s PPP. Arteterapie nabízí alternativní cestu vyrovnání se s těmito obtížemi, neboť rozvíjí schopnost navazovat „zdravé“ vztahy s druhými lidmi. Způsob, jakým klienti využívají papír a výtvarné potřeby, se úzce vztahuje k jejich pojetí hranic a kontroly a může jim pomoci pochopit jejich vztah ke svému tělu i k druhým lidem. Levens ve svém pojetí neodlišuje mentální anorexii a bulimii, jejich projevy ve výtvarné tvorbě i obecně považuje za prolínající se a ve své knize se k nim vztahuje neadresně jako k PPP.

První kapitoly se zabývají koncepcí magického myšlení a jeho vztahu k jídlu a kontrole vlastního těla. Magické myšlení



ve většině společností funguje jako podpora sociálních a ekonomických procesů, ale u anorektiček tuto sociální funkci postrádá. Vychází u nich z úzkosti a zoufalství a místo začlenění do společnosti vede k narůstající izolaci. Magické myšlenky jako *když snížím množství tuku v těle, sníží se i pocit z vlastního těla a emoci* nebo *když se ubráním před kaloriemi, ubráním se před čímkoliv* souvisí s podrobením přírodních jevů lidské vůli. Stejně tak i ženy s PPP podrobují tělo své vůli pomocí vnějších regulátorů, aby nad ním získaly absolutní kontrolu a vypudily z něj cizí objekty. Tyto regulátory, jako je přejídání, excesivní cvičení, zvracení, dlouhodobé půsty apod., jsou často reakcí

na strádání v dětství. Emoční deprivace může vyústit v kontrolovanou sebedeprivaci anorektičky v dospělosti. Bulimička klade rovnítko mezi jídlo a péči a vynahrazuje si přejídáním to, co postrádala v dětství. Ženy s PPP mají často *pocit neviditelnosti*, jako by neměly dostatečný význam, nebyly dostatečně dobré v porovnání s jinými. Jejich jedinou silou je magická schopnost kontrolovat to, co nikdo jiný nemůže – jejich vlastní tělo. Zatímco v dnešní společnosti se tělo povyšuje na subjekt, pro anorektičku je podřízené, je objektem, s nímž může nakládat libovolně krutě.

Ženy s PPP věří, že jejich myšlenky jsou omnipotentní, a tím ztrácejí schopnost odlišovat své self od vnějšího světa. Je pro ně nesnesitelné přijmout omezení daná vnější realitou, která ohrožují jejich pocit omnipotence, a psychická bolest, kterou s sebou toto poznání nese, hledá možnost úlevy skrze sebepoškozování, návykové látky, přejídání nebo zvracení. Některé původně zdánlivě racionální akty chování získávají pravidelným opakováním rituální význam, což může vysvětlovat například různé očistné rituály bulimiček. *Omnipotence*, která je znakem magického myšlení, vede klientky kupříkladu k zakreslení sebe sama na vrcholku hory, na mračích nebo na obloze.

Typickým rysem v kresbách anorektiček je také nadměrně zdůrazněná hlava a minimalizované, případně vynechané tělo. To odráží další magickou myšlenku žen s PPP, že jejich tělo a mysl jsou odděleny – tělo by dovedlo cokoli, ale mysl jej omezuje. Tím, že tělo považují za něco samostatného, mohou se najít zástupně podáním jídla někomu jinému, kdo se „nají za ně“. Pro anorektičky je přijetí jídla od druhé osoby ohrožením hranice mezi sebou a vnějším světem, protože aktivizuje magickou myšlenku zahrnutí jiné osoby do sebe sama. Téma tělesných hranic a odlišení sebe od ostatních je dále rozpracováno v druhé polovině knihy, která popisuje pojetí hranic u klientů s PPP a to, jak se projevuje ve výtvarné tvorbě. Jejich nejisté tělesné Já brání vytvoření pevných

tělesných hranic. Ženy s PPP se přejídáním nebo hladověním intenzivně snaží vyplnit mezery, které pocítují uvnitř sebe sama například v důsledku neadekvátní rané péče ze strany matky, a vytvářejí tím mezi sebou a okolím ne hranici, ale bariéru. Zde se objevuje pojem *body image*, jehož vymezení je širší než pouhé tělo. U žen s PPP souvisí neustálé fluktuační v pojetí *body image* a inkonzistence v tom, co do něj začlenit, s magickými představami začlenění jiného člověka do vlastního těla, a to tím, že od něj přijmeme potravu. To je pro jejich nedostatečně rozvinuté tělesné hranice velmi hrozivá situace, které se pokoušejí zabránit rigidními obranami, aby to „zlé“ uvnitř, tedy jídlo, nemohlo růst a vyplnit prostor uvnitř klientky. V raných stádiích terapie často klientky kreslí idylické domky, které jsou dokonale uzavřené před světem zámky, vysokými ploty a závorami. Tyto domy symbolizují jejich tělo, v němž jsou uvězněné a do kterého nemohou pustit ani nic zvenčí. Jídlo představuje jedinou výjimku – překračuje hranice zvenjšku dovnitř a tak vyvolává pocit krize, protože se v klientčině myslí může skrze asimilaci stát částí Já.

Umělecké vyjádření poskytuje bezpečný a srozumitelný prostor k prozkoumání vlastních hranic skrze expanzi vlastního ega. Stimulování imaginace nabízí novou kůži, zrcadlo nebo masku, kterou si klient může vyzkoušet. Klienti s PPP používají široké spektrum metod k vytvoření hranic na papíře – ztenčování nebo ztlušťování čar, používání různých formátů papíru, kresby různých částí těla, popisky, výběr z tvarů a linií. Použití vodových barev vyžaduje spontánnost, omezení kontroly a práci s náhodou; olejové barvy testují frustrační toleranci, trénují trpělivost; práce s hlínou zahrnuje nepořádek, tvorbu i raný nácvik vylučování. Klienti pracují na území, nad nímž mají absolutní kontrolu, na rozdíl od svého těla. Akt separace a propojení s malbou poskytuje zkušenost pohybování se do a z vnějšího-vnitřního světa. Proces malby může být například pro bulimičku podobný

přejídání, kdy „konzumuje“ ohromné množství výtvarného materiálu, dočasně ztrácí hranice a zažívá úlevu, když se jí podaří dokončit dílo. Takovéto přejídání v terapeutickém rámci nevede k pocitům viny a nepohody, takže má klientka příležitost prozkoumat své pocity ve vztahu k době před i po přejídání, zatímco terapeut nedirektivně umožňuje odhalit motivy stojící za přejídáním.

Pozornost je v knize věnována i důležitosti vztahu mezi terapeutem a klientem. Hlavním cílem arteterapie je klientům pomoci při utváření jistého, bezpečného Já. Výtvarná tvorba umožňuje potlačit inhibující obranné mechanismy a porozumět tomu, že cokoliv klientka vytvoří, patří jí samotné, ať se to týká tvorby, tělesné nebo psychické stránky. Pochopení magického myšlení klientek s PPP a jejich obtížného utváření vlastních hranic je zásadní pro úspěch arteterapie a vývoj terapeutického vztahu. Klientky s PPP často malují nenasytné, křičící děti uvnitř sebe sama, které představují jejich oddělené rané vzpomínky na pocity hladu ne po jídle, ale po bezpečném vztahovém rámci. Nedostatečně upevněné hranice způ-

sobují, že prázdný žaludek i prázdné pocity jsou pro klientku tím samým, stejně jako u novorozence nejsou fyzické a psychické bolesti oddělené. V procesu tvorby si mohou uvědomit toto své „vnitřní dítě“ a pracovat na popírání potřeb, které je pro PPP typické. Mezi klientem a terapeutem musí být hned v úvodu dáno na srozuměnou, že terapeut nemá žádnou magickou moc slovy interpretovat klientčiny malby, naopak interpretační práce je záležitostí klientky.

Levens se podařilo napsat poutavou publikaci, propojující psychoanalytické vývojové teorie, psychopatologii poruch příjmu potravy a arteterapeutické přístupy k léčbě duševních onemocnění. Kniha je zaměřena především prakticky, myšlenky jsou doplněné řadou případů z praxe, a ačkoli jsou často srozumitelné spíše psychoanalyticky zaměřeným terapeutům, jsou jistě přínosné i pro ostatní terapeutické směry, které jsou ochotny přijmout terapii skrze výtvarnou tvorbu jako legitimní prostředek práce s klientem.

Mgr. Lenka Mynaříková, l.mynarikova@centrum.cz, Katedra psychologie FF UK Praha

UŽITEČNÁ PŘÍRUČKA PRO PSYCHOTERAPEUTY RŮZNÝCH ZAMĚŘENÍ

**Phil Joyce, Charlotte Sills: Základní dovednosti v gestalt psychoterapii.
Praha: Portál, 2011 (edice Spektrum), 264 str.**

Zbyněk Vybíral

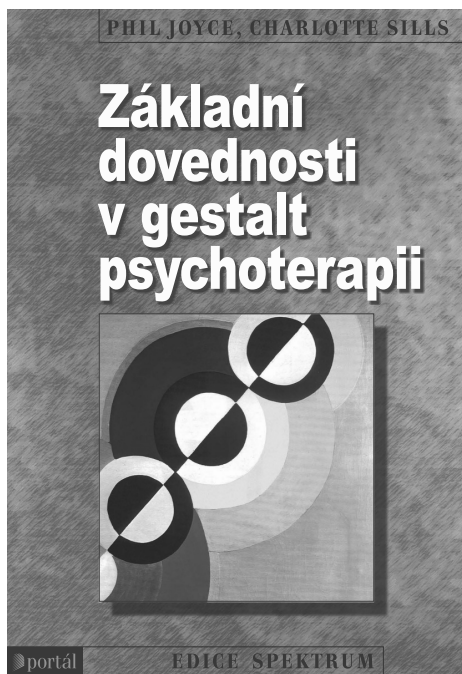
1

Kniha *Základní dovednosti v gestalt psychoterapii* je užitečným úvodem do psychoterapie. Přesněji: do plánování, promýšlení, reflektování a nepřetržitého vyhodnocování psychoterapie. Podle názvu se jedná o přehled dovedností gestalt terapeutů (a tedy o příručku pro gestalt therapy), ale knihu může využít psychoterapeut a poradce jakéhokoliv zaměření.

Krátce o autorech: **Philip Joyce** vystudoval sociální práci, je registrovaným psy-

choterapeutem v UKCP (britská asociace psychoterapeutů hlásící se k EAP), v BACP (britská asociace společná pro poradce i psychoterapeuty) a je akreditován jako supervizor. Profesorka **Charlotte Sills** má magisterský titul z psychoterapie. Ke dvěma akreditacím totožným s Joycem dosáhla navíc renomovaného vzdělání v transakční analýze (tzv. pozice TSTA) a je hostující profesorkou Middlesex University.

Příručka má hodně předností. Vyzdvihnuli jen několik z nich, bude to možná



na úkor řady dalších, které by neopomněl jiný čtenář. V každém případě si myslím, že se autorům podařilo např. dobře probrat diagnostiku v gestalt terapii nebo přiblížit projednávání a dohadování plánu léčby s klientem (opakované to zdůrazňují). Celou knihou se jim daří přesvědčit čtenáře o potřebné flexibilitě psychoterapeuta. Z kapitol poskytnou zážitek například kapitola osmá (věnovaná experimentům) nebo devátá (věnovaná modifikacím kontaktu v gestalt terapii). O tzv. experimentech v gestalt terapii psal v *Psychoterapii* Jan Roubal (viz ročník 2007, s. 6–11).

Jako mimořádně užitečné ocení čtenář, předpokládám, pasáže, v nichž se probírá psychoterapeuta tvořivost – experimenty jako např. rozhovory částí sebe s použitím prázdné židle, amplifikace či utlumování, vizualizace, experiment s paradoxním návrhem, aby klient nedělal nic, přehrávání rolí a další. Tento repertoár technik je silnou stránkou gestalt terapie a představuje její bezpečné zázemí. Každý zkušený psychote-

rapeut přivítá (a pro začínajícího terapeuta je nedocenitelné znovu a znovu promýšlet) varování autorů (např. na s. 131): Je na každém terapeutovi, aby posoudil (vycítil?), kdy má být jen „teď a tady“ s druhým člověkem – a/nebo kdy by mohl mít klient větší užitek z techniky, jinými slovy z „experimentování“. Není to snadné. Někdy je sáhnutí po ustálené, „klasické“ technice riskantní, ale, jak autoři píšou, „pokud je experiment dobře vytvořen, klient postupně převezme iniciativu a často si začne směr experimentu sám přizpůsobovat“ (s. 135).

Psychoterapeut v tomto směru najde v knize řadu praktických doporučení, popsaných někdy stručně až spoře, nicméně zasazených do „pozadí“ toho, proč a kdy danou techniku použít. Užitečné jsou glosy a návrhy zcela konkrétní: „v tu chvíli můžete říct například...“ (Doporučuji podívat se na techniky např. na straně 111 nebo na všechny z kapitoly 8).

V závěru knihy jsou dobře probrány – v samostatných kapitolách – nedokončené záležitosti, přenos a protipřenos nebo práce s tělem. Autoři nabízejí praktické rady pro těžké situace – jak zvládnout pacientovu disociaci a jak „přivést člověka do přítomnosti“ (str. 202-3), nebo co dělat při psychotické atace (str. 227). Všude autoři odkrývají své myšlenkové podloží i svá přesvědčení – jako např. to, že dotyky v psychoterapii mohou „něco sdělit na hluboké rovině kontaktu“ (str. 198), nebo že není možné nemít v sobě internalizovaná rasistická přesvědčení (str. 235). Za velmi cenný považuji právě závěr knihy, zdánlivě pojednávající o tématech „už-jenom-praktických“. Ale implicitní citlivost k jiným kulturám, k ponětí o vlastní nadřazenosti nad druhými nebo etická dilemata psychoterapeutů (od str. 238) jsou oblasti spíše centrální.

2

Evidentní využitelnost knihy Joyceho a Sillsově neznamená, že jde o text, který bychom měli převzít se vším všudy a k němuž bychom neměli mít výhrady. O některých

doporučeních by se dalo jistě diskutovat. Například: podle autorů má terapeut po ukončení terapie nabídnout klientovi shrnutí po půl roce nebo po roce, a to proto, „abyste znovu navázali kontakt“, nebo proto, aby se terapeut dozvěděl, jestli terapie byla účinná (srov. str. 96). Kdo však tento kontakt po roce od uzavřené psychoterapie potřebuje? Takto to vypadá, že klient ne.

Nebo zmíněná „hluboká rovina kontaktu“? Proč je „hlubokost“ spojována s dotýkáním se, a ne se slovy?

Několik poznámek si dovoluji vznést i k jazyku knihy. Čtenáře, který příručku otevře jako první text z dostupné gestaltové literatury, nepochybně zarazí gestaltový žargon (termín *žargon* použili sami autoři knihy). Patrně si bude nějakou dobu zvykat na termíny jako (u)závorkování, figura, inkluze, deflektovat, fixovaný gestalt, introjekce, retroflexe, egotismus apod.¹ Pochybnosti nad zvláštním jazykem gestalt terapie už na stránkách *Psychoterapie* zformuloval kognitivně behaviorální terapeut Petr Možný (viz číslo 2 v ročníku 2010, strany 99–101). Omezím se zde na jedinou větku. Termíny „zdravý self-proces“ či „křehký self-proces“ zůstávají pohříchu více skrývající než odkrývající podstatu toho, o co v psychoterapii a v myšlení a interpretacích terapeuta jde. A to je škoda. Volbou jiného vyjadřování by bylo možno být přesnější. Ano, autoři by si patrně museli odříct podobné líbivé termíny (nebo je uzávorkovat) a říci „to“ více slovy, ale věřím, že by se to vyplatilo.

Chvillemi až pateticky působí opakované zdůrazňování jedinečnosti klientů, situací a vztahů. Eventuálně „unikátní povahy každého člověka“. „Lidské bytosti jsou stvořeny vytvářející významy“ (s. 74). Vzápětí se přitom někde – jako je tomu např. na straně

75 – autoři zastanou zobecnování. Zobecnění „mohou terapeutovi někdy pomoci, aby jeho práce byla účinnější a bezpečnější“ (s. 75). Důraz na jedinečnost a o pár řádků vyzdvížení zobecnění by tolik nevadilo; ale...brát zobecnění jako „vodítka“, která mohou vést k **účinnější a bezpečnější terapii**? Účinnější jak? Bezpečnější v čem? Podobně překvapivá tvrzení zůstanou, žel, nedostatečně objasněná.

Někde čteme tak trochu odbornou manýru: „Při praktikování přítomnosti přináší terapeut všechny své smysly a uvědomování a odevzdává se plně do setkání“ (str. 59). Známe to: opravdu málokterý terapeut se dnes ubrání psychoterapeutické hatmatilce a frázím. A protože „hranice mého jazyka znamenají hranice mého světa“², uvnitř hranic **takového jazyka** se snadno utvářejí kýčovitě či l'art pour l'artistně myslící terapeuti.

Za uši při četbě zatahají anglicismy („kontraktujete“), rozpoznatelné nejen v lexiku, ale i ve větné skladbě. Jinými slovy: kniha mohla být přeložena lépe. Překladatelka Silvie Struková přitom povětšinou odvedla solidní práci. Ale (patrně?) si moc nevěděla rady s některými komplikovanými větami a neprokázala na některých místech optimální cit pro češtinu. Výsledkem jsou tu a tam těžkopádné řádky – např. ty, kde se uchyluje ke slovesu „existovat“. Příklady ze stran 90 a 91: „existuje pochopitelná neochota považovat tento koncept pro gestalt terapeuty za užitečný“ a/nebo: „na každé terapeutické cestě existuje klíčová potřeba předjímání, přehledu potenciálních potřeb, výsledků a pastí“. Nešlo napsat „potřebujeme“? Nebo že „terapeuti potřebují“? Škoda, že nedotáhla práci ke krásné češtině.

3

Gestalt terapie je seriózní a uznávaná, pracovaná psychoterapeutická škola. Učila se u jiných škol (např. u psychoanalýzy nebo

¹ Přitom tu a tam jsou autoři ochotni opustit speciální gestalt termín – dejme tomu „fixovaný gestalt“ – a použít adekvátní termín „vzorec“ (viz strana 94). Trochu to „zatahá za uši“, a to proto, že v předchozím textu věnovali péči tomu, aby odůvodnili to, proč „fixovaný gestalt“, a ne „vzorec“.

² Wittgenstein: *Tractatus logico-philosophicus*; srov. rozbor Ingeborg Bachmannové: Místo pro náhody II, Praha: Triáda, 2010.

u Rogerse). Dnes je zcela svébytná, má svou teorii, své koncepty, dobře vysvětluje i dobře vede terapeuty při práci. Přesto se někde ocitá na pomezí s esoterikou a alternativními terapiemi. A to především tehdy, když se odvolává na energii.

Např. místo na stranách 91 a 92: „Plánováním léčby myslíme flexibilní...cit pro možný směr, který se často mění...na makroúrovni, tak během jednoho sezení.“ A hned na to se dozvíme, že udělat plán léčby je „až na druhém místě za tím, kde je v daném okamžiku energie klienta...“ Odvolávání se na **energii klienta** (i na jiných místech textu) je právě tím, co dostává gestalt psychoterapeutického průvodce na hranici, na níž se balancuje mezi neracionální esoterikou a racionálním vysvětlováním a zdůvodňováním. Je možné, že samo slovo energie je jen „tropem“, slovem s více básnickým, esteticky ozvláštňujícím významem

(podobně jako metafory, metonymie, příměry nebo synekdochy), ale pokud tomu tak či podobně je, mohlo to být objasněno. Termín „energie“ je dnes totiž klíčovým slovem na alternativní terapeutické scéně. Chápe-li ho gestalt terapie jinak, bylo záhodno to uvést.

Na téměř dobrodružnou výpravu by se vydal ten, kdo by chtěl porovnávat podobnosti gestalt terapie s koncepty jiných terapií. K hlavním objevům, které by z takové výpravy přinesl, by patřila zjištění, že autoři doporučují gestalt terapeutům víceméně totéž, co se jinde doporučuje kognitivně behaviorálním nebo systemickým terapeutům, terapeutům zaměřeným na klienta nebo těm, kdo praktikují transakční analýzu či ellisovskou REBT. Podobností je tolik, že až vyzývají k malé srovnávací studii.

V každém případě vyšla příručka, kterou lze doporučit psychoterapeutům jakéhokoliv zaměření, ať začínajícím, nebo zkušeným.

EGO-ANALÝZA. KRITICKÁ STUDIE

Jiří Růžička: Ego-analýza. Kritická studie. 1. vyd. Praha: Triton, 2010, 323 s. ISBN 978-80-7387-398-1.

Peter Tavel

Odborná monografie představuje základné problémy ego-psychoanalýzy a skúma motiváciu človeka, pričom sa zvlášť zameriava na sexualitu. Autor vychádza z psychoanalytického prístupu a ukazuje spôsob, ako je ho možné doplniť a prekonať. Medzi základné antropologické východiská knihy patrí odmietanie determinácie človeka – človeku sa priznáva sloboda a zodpovednosť za vlastný život a za jeho naplnenie. Ako hovorí autor: „*človek nežije determinácie, ale život v rámci jeho možnosti.*“ Život človeka je samozrejme determinovaný určitými určeniami, ktoré si sám nevytvára a nevyberá (biologickými, psychologickými, sociálnymi a duchovnými). Tieto determinácie však neurčujú to, ako má človek žiť. Antropologické východiská autora sú autentické s názormi iných, ktorí sa voči psychoanalýze

vymedzili, napríklad myslením Viktora E. Frankla, apologeta ľudskej slobody. Filozofické i odborné pozadie autora je tiež vzdialené redukcionizmu a pozitivizmu. Človek nie je objektom, ale subjektom, jeho vzťahy s druhými ľuďmi nie sú, povedané slovami Martina Bubera, vzťahmi „ja a ono“, ale vzťahmi „ja a ty“. Tieto antropologické východiská sú pre kritiku psychoanalýzy kľúčovými.

Pri čítaní knihy je zjavné, že autor sa v problematike psychoanalýzy dobre orientuje. Svedčia o tom erudované teoretické úvahy, do ktorých sa miestami ponára a ktoré sú pre odôvodnenie záverov potrebné. Významné miesto venuje výkladu príbehu Oidipa, z ktorého vyvodzuje vlastné závery. V kritickom pohľade poukazuje na metodologické chyby psychoanalýzy. Má odvahu

otvorene vysloviť napríklad tvrdenie, že „*Freudovo zúženie pohlavnosti na sexualitu a rodinné vzťahy na incest je zavádzajúce a nemúdre...*“. Pri čítaní úvah je, i napriek kritike, možno badať, že autor prechováva k psychoanalýze úctu a rešpekt. Dôkazom toho je i samotný fakt, že tému neignoruje, že jej venuje vyše tristo strán svojej knihy. Nepopiera jej miesto medzi prístupmi. Priznáva jej „nespočetné dobrá“. Hovorí, že zbavuje ľudí duševných problémov, že otvorila mnohé antropologické otázky, že je pre mnohých inšpiráciou a že, ako hovorí Charles de Foucauld, otvorila dialóg medzi „rozumom“ a „nerozumom“. Na druhej strane sa autor pozastavuje nad tým, s akou istotou, sebavedomím a sugestivitou dokáže psychoanalýza definovať pojmy, tvrdenia i celé teórie, ktorých pravdivosť nemožno dokázať. Udivuje ho to, ako často sa preberá Freudovo myslenie nekriticky (ako niečo samozrejme a prirodzené), ktorému sa niekedy až magickým spôsobom v spoločnosti verí, pričom s poľutovaním konštatuje, že „*Freudové názory paralyzovali ucelené a vyvážené porozumenie celku ľudskej pohlavnosti a jej zmyslu na dlhé obdobie, ktoré ešte neskončilo.*“

Čo sa týka názoru na pohlavnosť, autor hovorí, že pohlavné spojenie otvára možnosť prekračovať subjektivitu jedinca. Uskutočniť je to možné napríklad v milostnom akte, v priestore lásky, kedy sa otvára možnosť stretnutia sa s druhým, tak v podobe „*jáské*“, ako aj „*nejáské*“ – teda v „*myství*“. Táto chvíľa býva antickými mysliteľmi i novovekými básnikmi nazývaná malou smrťou. V klinickej praxi sa môžeme stretnúť so strachom z odovzdania sa v milostnom splnutí. Ak extáza milostného aktu končí, končí síce extatické vykročenie z každodennosti, ale vo vzťahu ja–ty pretrváva a premieňa sa v šťastie. „*V milostnom akte, ktorý je nesený láskou, nedochádza k vyprázdneniu existencie, k uvoľnení pudového pretlaku, ale k naplneniu túžby po stretnutí, po spolubytí.*“ O podobnej skúsenosti hovoria staroindické vedy, tantrizmus, egyptská



literatúra, čínsky princíp jang a jin a tiež Šalamúnova *Pieseň piesní*.

Dôležitou časťou knihy je „*Dovëtek k psychoterapii I*“, v ktorej autor v krátkosti formuluje svoje chápanie psychoterapie. Tieto necelé tri strany považujem v určitom zmysle za vyvrcholenie celej knihy. Autor sa identifikuje s princípmi dascinsanalýzy, v ktorej vidí jednu z možných východísk pre psychoanalýzu, chytenú do pasce tautológie, redukcionizmu a determinizmu. Ponúka dascinsanalytický výklad, ktorý je vedený v individuálnych a jedinečných súvislostiach celého a jedinečného života pacienta. Liečebnou metódou je výklad, pri ktorom sa zostáva s pacientom v prítomnosti – pre výklad je totiž určujúca. S minulosťou alebo budúcnosťou sa pracuje iba vtedy, ak je tematicky sprítomnená. Výklad vedie k porozumeniu významom a súvislostí. Takto sú vykladané aj symptómy choroby. Reč, ktorá nie je oddelená od prežitku, nie je iba prostriedkom komunikácie, ale je „*klúčom, ktorý odomyká svet*“ a umožňuje, aby sme tomu, čo sa ukazuje, porozumeli.

Výklad znamená postaviť sa do svetla, ukázať danú vec v pravom význame, ktorý mu je vlastný. Výklad znamená, že sa v reči porozumie danej veci tak, aby sa ukázala v svojej podstate. Reč nie je nástrojom, ale médiom ľudského spôsobu bytia. To, čo sa zjavuje, je naozajstná skutočnosť, za ktorou už nič nie je. Freud za ňou hľadal pudy, iní zase inštinkty, potreby, biochemické, či neurofyziologické procesy. To, čo sa v psychoterapii zjavuje, nie je zakúšané ako nejaká nemenná, trvalá a za premenlivými úkazmi stojaca skutočnosť, pretože nič také za skutočnosťou nie je (ak to tam za ňu nedosadíme). Preto je vecne nepatričné povedať, že za jednaním, správaním, symptómami a skutkami človeka stoja nevedomé pudy, inštinkty, či potreby. Tieto pojmy sú, podľa autora, iba virtuálnymi konštrukciami. Keby tomu tak bolo, bol by náš život nezmyselný a slová ako sú ľudská sloboda, zodpovednosť a láska by boli iba prázdny. V terapii tak ide o obnovu života v pravde a v nachádzaní priliehavých možností. Ide o „*stretávanie sa v dôvere, viere, nádeji a ochrannom prístreší spoločného hľadania*“ a obnovovaniu dobier, ktoré prináša zdravie.

Na záver je potrebné povedať, že i napriek kritickému pohľadu na psychoanalýzu autor nie je jej nepriateľom alebo bezhlavým kritikom. Pripomeňme, že on sám v minulosti absolvoval stovky hodín psychoanalýzy a psychoanalýza bola jeho prvou psychoterapeutickou školou, z ktorej vyšiel. I keď neuvádza súčasné výskumy týkajúce sa psychoterapie (čo je na jednej strane na škodu

a na druhej strane to zrejme nebol zámer autora), nespochybňuje účinnosť psychoanalýzy. Svojou dlhodobou skúsenosťou tento prístup overil a revidoval – ako sám hovorí, v praxi narážal na problémy, ktoré ho nútili veci prehodnocovať, a zistil, že niektoré psychoanalytické postupy sú jednoducho neudržateľné, pretože miera a podoby redukcie, ktoré prinášajú, neodpovedajú skutočnému životu. Autor tak síce vyšiel z psychoanalýzy, ale postupne sa vyvíjal, zrel, formoval a svoj terapeutický prístup obohatil prvkami fenomenológie a daseinsanalýzy. Tým psychoanalýzu obohatil. Našiel vlastný spôsob existovania ako terapeuta a aj ako človeka. Dielo je tak dôkazom terapeutickej zrelosti autora, je jeho intímny vyznaním o tom, čomu v psychoterapii verí a čomu neverí. Môžeme si len priať, aby psychoterapeutov, ktorí takto dokážu sformulovať svoje terapeutické presvedčenie pre dobro ďalších generácií, bolo čím viac.

O autorovi Jiřím Růžičkovi, docentovi v obore klinická psychológia, ešte môžeme dodať, že bol zakladateľom a prvým prezidentom Asociácie klinických psychológov Čiech, Moravy a Sliezska, poradcom ministra zdravotníctva, ministra vnútra a členom Rady ČTV. V súčasnosti je riaditeľom Psychoterapeutickej a psychosomatickej kliniky ESET a rektorom Pražskej vysokej školy psychosociálnych štúdií, ktorú v roku 2001 založil. Je tiež miestopredsedom Českej psychoterapeutickej spoločnosti ČLS JEP a viceprezidentom AKP ČR

O VYSVOBOZOVÁNÍ aneb CO PRINCEZNY NEPOTŘEBUJÍ SLYŠET

Růžena Šípková

Homo therapeuticus ve své nejpřirozenější poloze sedí, mlčí a pozoruje. Ve výrazu tváře nechybí cosi z vášně hráče počítačových her, jehož nehybnost ostře kontrastuje s tím, co prožívá. Ve své hře je to hrdina, vymítač ďábla a zabiják patologií. Mrtvé draky zakládá do kartotéky a vysvobozené princezny mu pak dají půl království, nebo aspoň pětistovku – násobenou ovšem počtem soubojů.

Už několik let vystupuji v jedné z takových virtuálních realit jako obzvláště tvrdě spící šípková Růženka. Chrání mě pichlavé křáky, ale princ se jimi se stále stejnou trpělivostí udatně prosekává. Občas totiž i mluví – a to, jak praví známý idiom, by už mělo něco znamenat. Většinou ano a někdy ne. A zatímco to, co chtělo a mělo být slyšeno, klesne ke dnu paměti, na její hladině plavou slova, která by raději byla zapomenuta. Slova proti srsti. Která už teď stojí za pousmání.

VÁŠ PROBLÉM JE V TOM, ŽE...

Ano, psychoterapeut dokáže být někdy pěkná osina tam, kde je nejmíní příjemná. Třeba když se snaží princezně osvětlit, v čem je její problém. „Prostě pořád spím a je to jenom trochu nepraktické,“ tvrdím já. On si ale nedá říct – „kdepak, váš problém je v tom, že se nechcete probudit.“ Prima. Jenže to, že pořád spím, peníze se samy nevydělají a občas by se mi chtělo i něco jiného, na věci nic nemění. Uznávám, že princ může být chytřejší než princezna. Je to ale osvobozující, bude-li myslet za ni?

NA MŮJ VKUS JSTE PŘÍLIŠ...

I homo therapeuticus má názory a své vidění světa. Nebudu zastírat, že na princeznu celkem ujdou a stále si držím svou sice lehce anorektickou, ale hezkou velikost 34. Jaká

je to pak rána dozvědět se, že v pohádce mého prince začíná krásná žena na velikosti 40. Ta vzpomínka je překvapivě jasná: „Na můj vkus jste trochu moc hubená. Abyste se mi líbila, musela byste přibrat.“ Mám obavu, že to byl zřejmě překlep unuděného scénáristy, který chtěl za každou cenu pobavit publikum. Vždyť přeci každá princezna je implicitně půvabná, ať už vydá za jeden nebo dva pytle cementu.

NEJSTE DIVNÁ, JENOM ZVLÁŠTNÍ...

Bylo to jako z vtipu o Pepíčkovi. „Maminko, děti se mi smějí, že jsem zrůdička.“ „Ale nejsi, Pepíčku, a už zavři i to třetí očičko a spinkej.“ I princezna má o sobě občas pochybnosti, zvláště ta, která věčně spí, když ostatní jsou věčně vzhůru. „Jste zvláštní člověk, ale nepřipadáte mi divná,“ ovšem nebylo zrovna to, co by mě uklidnilo. Protože když princezna o někom prohlásí, že je zvláštní, myslí si ve skutečnosti, že je divný. A když řekne, že je divný, tak jste se přeslechli. Ze zásady totiž mluví vždycinky hezky. A nikdy není zvláštní, nýbrž minimálně normální, ne-li úžasná.

TO ZNÁM. TO JÁ KDYŽ JSEM...

Psychoterapeut je skvělý posluchač. Do chvíle, než začne mluvit. Aby nebyl tak docela odtazítý, přidá někdy svou lidskou zkušenost typu: „To znám. To já když jsem měl jednou takovou depresi, už jsem skoro přelézal zábradlí, ale pak přišla tchýně a strhla mě zpátky, no a já jsem potom...“ a tak dále až do konce toho docela jiného příběhu. Tak dramatického, že bych skoro i zapoměla na to, že jsem zakletá princezna, a radši bych si v tom filmu strhla nějakou pěknou roličku, třeba samaritánku, obdivovatelku nebo i tu tchýni, když by nebylo zbytí.

PODÍVEJTE SE NA MĚ...

To musely být zlaté časy, kdy analytik sedával za pohovkou tak, aby na něj pacient neviděl. Zejména v okamžicích, kdy bych si raději zase chvíli zdřímla. „Podívejte se na mě,“ je věta, kterou asi slychali političtí věžňové, na které zkusili metodu spánkové deprivace. Špatně nastavený budík. Vstávat a cvičit! Je ráno! Jenže já mám ještě noc. A na nikoho se dívat nechci. Prosila bych jednoho Freuda!

KDO TO ŘÍKÁ?

Radši spím, protože kdybych se vzbudila, i oči bych musela otevřít podle přesného návodu. Nejdřív pravé, pak levé, přesně dvě vteřiny a hlavně to nezkatit. „Kdo to říká?“ ptá se terapeut. Nechápatě hledím. Copak tu je ještě někdo jiný? Třeba není vidět a mám ho někde za uchem. Nikoho nevidím, necítím, jsou to jen myšlenky vylézající odnikud a ztrácející se nikam. Neříká to nikdo a přeci by zřejmě někdo měl. Jen se trochu bojím, že když se naučím poznávat ty hlasy, dostanu definitivně papíry na hlavu.

PŘEDSTAVTE SI, ŽE TU SEDÍ...

V hokeji se tomu říká přesilovka. V případě psychoterapie dva na jednoho. Princezna v oslabení, proti ní terapeut a vedle něj zdánlivě prázdné křeslo. V něm ovšem sedí někdo, kdo umí nahnat ještě víc strachu než sám osvoboditel – třeba maminka. Prý to funguje. Po řadě pokusů ovšem šípková Růženka prokázala vůči této technice značnou rezistenci, když jí při pohledu do křesla po každé klesla brada a začala hlasitě chrápat.

TEĎ SE JEŠTĚ PROBUDIT A PAK UŽ...

Rozhodně si nemyslím, že jsou chvíle, kdy by se optimisté měli střílet. Optimisté by se mohli střílet pořád. Nemusí při tom téct krev, stačí, když zmlknou. Mluvit bez pokory o tak velké neznámé, jako je budoucnost, beztak zavání hřbitovem. „Teď se ještě probudíte a pak už bude všechno v pořádku,“ je věta, kterou bych raději rovnou gumovala už při prvních slabikách. Co když ten správný probouzecký polibek jednoduše prošvihnu? Zvláště v noci, když na nás vesmír zívá svojí bezednou tlamou, mi takové tlachání o krásách zítřka připadá nesnesitelně prázdné.

...

Tři tečky znamenají ticho. Dusné a k nepřžití. Údajně to je taky terapeutická metoda. Hlavně ticho na začátku sezení má prý sloužit k tomu, aby princezna zjistila, o čem chce mluvit. Aby jí do toho její zachránce nekecal a nevnucoval jí své myšlenky. To ticho je hrozné. Co mám sakra říct, aby to nevyznělo trapně? Proč pořád mlčí? Ať už konečně promluví. A nemusí to ani stát za to.

Dopsala jsem a cítím se podivuhodně čilá. A to si touhle dobou většinou dávám dvacet. Že by teď právě ty protivné hlášky prokázaly svůj terapeutický efekt? Paradoxně možná ano. Tak tedy díky za ně – mému virtuálnímu princovi. I když princ ... do Brada Pitta mu přeci jen ještě pár kilogramů svalové hmoty chybí.

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

Délka příspěvků:

Pro rubriky Teorie, Praxe a Výzkum v psychoterapii přijímáme texty do maximálního rozsahu **18 normostran** (32 400 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší. Do max. rozsahu je třeba zahrnout i abstrakt ve dvou jazycích a literaturu.

Pro rubriky K diskusi a Kongresy (konference) přijímáme texty do maximálního rozsahu **8 normostran** (14 400 znaků včetně mezer) a texty kratší.

Recenze knih přijímáme v maximálního rozsahu **5 normostran**. Mohou být kratší.

Příspěvky zasílejte opatřeny:

Názvem v češtině (resp. slovenštině) a názvem v angličtině

Klíčovými slovy v češtině (3 – 5) a *key words* v angličtině

Abstraktem (jde o souhrn obsahu v rozsahu 10 – 15 řádků), a to v češtině i angličtině

Seznamem literatury

Připojte nejdůležitější profesní informace o autorovi – v rozsahu do 10 řádků

Ke jménu autora uveďte vždy pracoviště a kontakt na autora, který bude uveřejněn.

Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány.

Recenzní řízení je oboustranně anonymní.

Příspěvky jsou posuzovány dvěma recenzenty. Redakce a redakční rada mají právo text odmítnout ještě před recenzním řízením z důvodů nedodržení pokynů pro autory.

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce přijímá původní příspěvky v českém jazyce, slovenštině nebo angličtině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky jsou přijímány v elektronické podobě ve formátu WORD, ať už jsou zaslány jako příloha na e-mailovou adresu výkonné redakce psychoterapie@fss.muni.cz či doručeny na poštovní adresu časopisu na el. médiu (disketa 3,5 nebo CD). Stránku textu tvoří **zpravidla 30**

řádků (řádkování 2) po 60 úbozích a velikosti písma 12. **Nutné:** Klávesou „enter“ odděluje pouze odstavce, stránky čísly. Pro zdůraznění kapitol lze použít dva stupně jejich členění (např. 1. Terapeutický přístup; 1.1. Dosavadní výzkumy).

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

Pokyny pro citování:

V zájmu shodného uvádění literatury (a citací v textu) prosíme o dodržení následujícího vzoru. Seznam literatury je uspořádán abecedně podle příjmení autora. V textu jsou odkazy na literaturu uváděny příjmením autora a rokem vydání práce, při více pracích jednoho autora v jednom roce rozlišujte písmeny malé abecedy: (2007a; 2007b). V případě dvou autorů uvádějte oba autory. Má-li práce tři a více autorů, lze uvést pouze prvního a zkratku „et al.“. V seznamu literatury se užívá plné formy citací, důsledně celý název knihy, podtitul knihy, místo vydání: nakladatel; u časopisů vždy ročník, (číslo) a strany v časopisu (viz níže).

Lze citovat i zdroje z internetu – vždy s uvedením internetové adresy a datem stažení (vyhledání) textu.

Příklady citací v textu

Citace práce jednoho autora:

Rogers (1998) tvrdí, že... *Nebo:* ... alespoň to tvrdí existenciálně zaměřeni psychoterapeuti (Yalom, 2006 *nebo také:* srov. Yalom, 2006 *nebo viz:* Yalom, 2006).

Citace práce více autorů: Fonagy a Target (2005) se ve své práci zabývají... *nebo...* Vodáčková a kol. (2002) poukazují na... *nebo* Lambert et al. (2001) uvádějí, že...

Odkazy na několik zdrojů: na této skutečnosti se shoduje více autorů (Polsterová, 2005; Yalom, 2006).

Přímá citace autora (při přímé citaci se uvádí strana, na níž se pasáž v původní práci nachází): Někdy se považuje za důležité připomínat, že

„zakladatelé gestalt terapie měli osobní zkušenost... v rámci herectví a výrazového pohybu“ (Mackewn, 2004, s. 165 *nebo* Mackewn, 2004:165 – zvolte jednotně jeden tip odkazů v celém článku).

Všechny odkazy musejí být uvedeny v závěrečném oddílu LITERATURA. Naopak neuvádějte knihy či články, které jste v textu příspěvku nezmínili.

Vzory záznamů v závěrečném oddílu

LITERATURA:

Kniha [uvádějte i podtitul]:

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

Článek v časopise [dva letopočty v závorce „(1936/2002)“ uvádějte jen tam, kde je důležité zdůraznit rok první publikace textu]:

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

Rosenzweig, S. (1936/2002). Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration* 12 (1), s. 5–9.

Seligman, M. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist* 50 (12), s. 965–974.

Kapitola v knize nebo článek ve sborníku:

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

Další pokyny k formátování vašich textů

Příspěvky nijak graficky neupravujte, zejména **nepoužívejte funkci automatického přiřazování poznámek s linkou k textu**. Poznámky v textu označte pouze číslem (horní index) a text poznámek uveďte až na konci celého článku. Obrázky, tabulky a grafy je možné zasílat ve wordu i naimportované, vždy ale dejte pozor na rozlišení vkládaných objektů (fotografie 300 DPI, pérové předlohy min. 600 DPI).