

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 5. ročník, 2011, dvojčíslo 3-4

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

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

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D. – 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 Gjuričová – 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, Ph.D. – 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, Kromčříž

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:

Āc. Lenka Blouđíčková, Mgr. Zuzana Pavelková, Mgr. Silvie Koubalíková, Mgr. Jakub Černý, Mgr. Tereza Škubalová, 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 3-4/2011 byla 25. 11. 2011, recenzní řízení bylo uzavřeno 17. 11. 2011. Vychází v prosinci 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 DVOJČÍSLA 3-4 ROČNÍKU 2011

EDITORIAL

Roman Hytych - - - **133**

TEORIE

Pavel Hlavinka: Dualita vědomí – nevědomí a tělo – duše v daseinsanalýze Medarda Bosse I. - - - **134**

Jan Poněšický: Vývoj psychoanalýzy: od pudů k intersubjektivitě - - - **143**

VÝZKUM

Jiří Jakubů: Nezdár v psychoterapii - - - **152**

PRAXE

Alena Plháková: Snové konflikty - - - **168**

Veronika Šuraňová: Využití principů satiterapie při léčbě závislostí (Démon Alkohol – využití „mindfulness“ principů) - - - **178**

KRÁTCE

Ivan Verny: Obsedantne myšlienky - - - **184**

ROZHOVOR

Milena Blažková: Rozhovory o KIP (Robert Kulísek a Dan Pokorný) - - - **187**

KONGRESY, KONFERENCE

Jan Siřínec: První česká konference Pesso Boyden psychomotorické psychoterapie - - - **200**

Petr Lisý: Inspirace antickou terapeutickou tradicí (II. Evropské setkání biosyntetických psychoterapeutů - - - **202**

RECENZE

Martina Burdíková – Bakalář, P.: Kurz sebepoznání - - - **204**

Zuzana Drobáňová – Tóthová, J.: Úvod do transcenační psychologie rodiny - - - **205**

Klára Hrbáčková – Horská, B., Lásková, A., Ptáček, L.: Internet jako cesta pomoci - - - **207**

Petra Kašparová – Pesso, A., Boyden-Pesso, D., Vrtbovská, P.: Úvod do Pesso Boyden System Psychomotor. PBSP jako terapeutický systém v kontextu neurobiologie a teorie attachmentu - - - **210**

Klára Machů – Fulka, J.: Psychoanalýza a francouzské myšlení - - - **212**

Leoš Zatloukal – De Shazer, S. et al: Zázračná otázka: Krátká terapie zaměřená na řešení - - - **214**

Jiří Šípek – Raudenská, J., Zatloukalová, A.: Lékařská psychologie ve zdravotnictví - - - **218**

Anna Martínková – Cooper, M.: Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy - - - **220**

Michaela Peterková - Kratochvíl, S.: Experimentální hypnóza - - - **223**

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

I EDITORIAL

Vážení čtenáři,

závěr roku bývá příležitostí k bilancování a utváření plánů pro nový rok. Co se za rok 2011 stalo v časopise *Psychoterapie*? Časopis prošel generační obměnou, jeho zakladatel Zbyněk Vybíral se po jedenadvaceti letech stáhl z role šéfredaktora na pozici senior editora, proměnila se redakční rada i její vedoucí a ze mne se stal nový šéfredaktor. Přiznám se, že si nyní oddychuji, když dokončujeme závěrečné dvojčíslo v přislíbeném předvánočním čase. Oddychuji úlevou, že se změna v časopisu podařila ustát. Vydání těsně před Vánoci bude pro některé z vás znamenat, že k vám dvojčíslo dojde až v novém roce, jelikož univerzita denně odesílá jen omezené množství zásilek. Snad i opožděný vánoční dárek potěší.

Časopis také vstoupil do jednání s mezinárodní databází Scopus. Pokud bude jednání úspěšné, zařazení časopisu bude znamenat další krok k růstu jeho prestiže ve vědeckém světě a pro autory z akademického prostředí pak významnější výsledky jejich publikování v časopisu. Chceme, aby to však neznamenalo zúžení našeho zaměření, kterým je průsečík praxe teorie a výzkumu na poli psychoterapie a souvisejících oborů.

Připravujeme postupně i novou webovou tvář *Psychoterapie* a doufáme, že se nám tak podaří zvýšit interakci mezi redakcí, autory a čtenáři. Časopis by měl být navíc znovu dostání v některých vybraných knihkupectvích, zatím v Brně a Praze, časem snad i v jiných univerzitních městech. Příležitost k dialogu čtenářů s autory nabídne diskuse s některými texty, v aktuálním čísle například s krátkou kazuistikou Ivana Verného, která se posléze může objevit v dalších čís-

lech časopisu, jako tomu bývalo v *Konfrontacích*.

Z obsahu aktuálního čísla bych rád zmínil dva ne zcela tradiční texty, jeden z pomezí psychoterapie a filozofie, druhý prezentující výsledky původního českého výzkumu z oblasti psychoterapie. Úvodním textem je první část článku Pavla Hlavinky věnovaného fenomenologii a daseinsanalýze. Přestože jde obsahově o pomezí filozofie a psychoterapie, doufáme, že pro vás bude inspirací. Proč? Jak ukazuje výzkum Jiřího Jakubů „Nezdar v psychoterapii“, důležitým zdrojem pro zvládání nezdaru zažívaného psychoterapeutem jsou jeho hodnoty a přesvědčení. A jak si my psychoterapeuti vytváříme svůj světonázor? Odkud čerpáme? Mnozí z nás často právě z myšlenek filozofů. Také proto mohou přesahy do filozofie obohatit i klinickou praxi.

Diskusi nad důležitým tématem spoluutvářejícím světonázor psychoterapeuta – etikou – chceme věnovat druhé číslo v příštím ročníku. Přestože na naši výzvu již někteří z vás zareagovali a pomalu se nám scházejí příspěvky, je zde stále místo pro názory a myšlenky některých z vás. Je pro vás téma etiky ve vaší klinické praxi či výzkumu tématem, ke kterému se chcete vyjádřit? Napište. Možná že někteří z vás jste se účastnili debaty na konferenci v Luhačovicích o „legálnosti a nelegálnosti“ psychoterapie. Tematizování etického rozměru psychoterapeutické praxe může k této diskusi v oboru významně přispět.

S přáním poklidných vánočních svátků a všeho dobrého v novém roce

Roman Hytych

DUALITA VĚDOMÍ – NEVĚDOMÍ A TĚLO – DUŠE V DASEINSANALÝZE MEDARDA BOSSE

Pavel Hlavinka

ABSTRAKT:

Daseinsanalýza samu sebe nechápe jako praktickou realizaci exaktní vědy. Na to se budeme snažit poukazovat v celé této studii. Především upozorníme, díky fenomenologickému založení této studie, na pošetilost zacházet s fenomény psychickými po způsobu fenoménů fyzických. René Descartes (1596–1650) svým dělením světa na duši a tělesa vyloučil u všeho „psychického“ jakoukoliv měřitelnost. A pokud tak přece jen jeho vědecktí následovníci v oblasti psychologie činí, měli by vědět, že svůj terč poněkud míjejí.

Klíčová slova: fenomenologie, fenomén, daseinsanalýza

ABSTRACT:

The Daseinsanalysis is not understood as a practical realization of an exact science. This is what we try to emphasize in this work. We point out the foolishness of treating psychological phenomena in the manner of physical phenomena. Rene Descartes in his classification of the world into the soul and the body excluded measurability from anything “psychical”. And if some of his scientific followers in psychology apply any measuring, they should know that they will miss their target.

Keywords: Phenomenology, Phenomenon, Daseinsanalysis

1. UVEDENÍ DO FENOMENOLOGIE JAKO PŘEDPOKLADU PRO HLUBŠÍ CHÁPÁNÍ DASEINSANALÝZY

1.1. ZÁKLADNÍ POSTULÁTY FENOMENOLOGIE

Fenomenologie je filosofická metoda kopírovaná Franzem Brentanem (1838–1917) a Edmundem Husserlem (1859–1938). Husserl ji zakládá jako *přísnou vědu*, která má

být vzorem každému dalšímu speciálnímu zkoumání. Centrální požadavek je *návrat k věci samým*. Pro filosofa to znamená podstoupit cestu analýzy vytváření a jevení samotných fenoménů mého vědomí. Danosti mého vědomí očištěné od předsudčných tezí a teorií se samy nabízejí svým významem a smyslem. Ono fenomenologické *jak se mi ta která věc dává mému vědomí je* současně zárukou evidentnosti a pravdivosti poznávání.

Je nutno k věcem, světu a lidem nepřistupovat s předem vytvořenými charakteristikami, nýbrž *nechat věci, svět a druhé lidi být, aby se mohli sami ze sebe ukázat tak, jak se opravdu jeví*. V jádru fenoménu (jevu) je skryt jeho význam.

1.2. K HEIDEGGEROVĚ BYTÍ A ČASU (1927)

Ústředním motivem této knihy je rozkrytí tzv. **ontologické difference**. To znamená vzít vážně rozdíl mezi jsoucnem a bytím. **Jsoucno** jako „vulgární fenomén“ je například tato vaše konkrétní kniha, kterou držíte v ruce. **Bytí jsoucího** (das Sein des Seienden) **jako fenomenologický fenomén** je oním nepředmětným smyslem každé knihy, kterým je ukazovat písmenka a obrázky.

Na úvodních stranách díla *Bytí a čas* Martin Heidegger (1889–1976) píše, že tázání po bytí, jehož pravou podobu chce nalézt, se stalo v dějinách filosofie floskulí, za níž se schovávala urputná snaha viděné jsoucno předvádět v podobě předmětné ideje (Platón), formy (Aristoteles) nebo eidetického invariantu (vzoru) u Husserla. Tázání po bytí může být proto smysluplné jen tehdy, chápeme-li dle Heideggera formální strukturu otázky po bytí. K této struktuře náleží:

1. „Předmět“, na který se ptáme. V našem případě je to bytí jsoucího.

2. To, čeho se ptáme. Ptáme se jsoouca, kterým jsme my sami.

To, kvůli čemu se ptáme, je naše bytí. Rozvinutí otázky po bytí činí Heidegger fenomenologickou metodou: **ptá se, jak se jeví bytí člověka, nikoliv jako myslitelé před ním, co je bytí**. Bytí je každé jednotlivé jsoouco zakládající a je tudíž skryté povrehnímu pohledu. Abychom se k bytí dostali, musíme sledovat, jak se jeví člověk pojmově uchopený jako **pobyt** (něm. Dasein).

„Pobyt je rozumějící možnost bytí, kterému v takovém bytí jde právě o bytí jakožto vlastní ... Ono bytí samo, k němuž se pobyt může tak či onak vztahovat a k němuž se vždy tak či onak vztahuje, nazýváme existence“ (Heidegger, 1927, s. 28.)

Budeme-li Heideggera parafrázovat, pak je **existence vztahem pobytu k vlastnímu bytí**: „Podstata pobytu spočívá v jeho existenci.“ (Heidegger, 1927, s. 59.) Jednotlivý pobyt má tzv. předontologické porozumění bytí – každý z nás nějakým způsobem rozumí tomu, že něco *je*. Tázání po bytí se Heidegger pokusil rozvinout přesným fenomenologickým **popisem každodenního, všedního a průměrného bytí pobytu**. Výsledkem těchto analýz byly tzv. **existenciály**. Existenciály jsou bytostné charakteristiky každého pobytu. *Kategorie* naopak náleží k charakteristikám takového bytí, které nemá povahu pobytu. To jsou například tzv. **předloženosti** (Vorhandensein), materiální nebo abstraktní věci bez vztahu k sobě samým.

ZÁKLADNÍ EXISTENCIÁLY:

- „**bytí ve světě**“ ve smyslu „být obeznámen..., být navyklým na..., zaobcházet s...“. „Bytí ve světě“ je pro každý pobyt jedinečné, neboť to není prosté umístění našeho těla na Zemi mezi stromy, lidi a věci. Fenomenologicky rozuměno je význam tohoto existenciálu mnohem hlubší a jemnější. Běžný „člověk z ulice“ se filosoficky, i když zpravidla ne-reflektovaně, pohybuje na Descartov-

ském rozdělení jsoouca na mysl (já) a fyzický svět. Heidegger o **fenoménu světa** říká, že je **horizontem souvisu významů**, ke kterým se určitý pobyt vztahuje;

- „**obstarávání**“ je nutným doprovodem možnosti bytí ve světě. Obstarávání se děje nejčastěji prostřednictvím **nástroje**. Nástroj je svou příručností současně disponovatelností k užití (například kladivo). Každý takový prostředek (nástroj) odkazuje zase k jiným atd. Tím se vytváří svět obstarávání;
- pobyt je ve světě jako „**spolubytí**“. Existuje vždy s druhým **spolupobytem**, vůči kterému může vystupovat se **starostí**, jejíž modifikací je **péče**. Nechápejte prosím péči sociálně – eticky, všechny takové interpretace jsou odvozené z této původní existenciální analýzy;
- pobyt se ve svém bytí **rozvrhuje na své možnosti**. Tyto možnosti vycházejí ze dvou základních způsobů porozumění bytí ve světě. Buď je rozvrhující se pobyt **autentický**, rozumí si ze svých nejvlastnějších možností. Nebo je pobyt **propadlý neurčitému „ono se“**. V tom případě člověk žije tak, jak to vidí u druhých, a **nechává si od druhých odejmout své bytí**. Neautentický pobyt sobě rozumí z toho, jak „*se*“ světu a obstarávání rozumí v běžnosti, průměrnosti a **každodennosti**;
- žádný pobyt by si nemohl nějak rozumět nebýt časovosti. Časovost jako existenciál (nikoliv na hodinkách měřený čas – ten je odvozený) člení pobyt do minulé **vrženosti**, přítomného **okamžiku** a budoucího „**moci být**“ nějakou možností.
- **vrženost** se člověku (pobytu) zjevuje vždy v určitém **rozpoložení** (vyladění). Pobyt se vždy nejprve nalézá jako **vržené porozumění** v jistém naladění. Výrazem naladění se míní v konkrétní podobě to, co má kdo „na duši“: radost,

smutek, touhu, nechuť, nudu, strach, úzkost atd.;

- **rozumění** zpřístupňuje pobytu jeho možnosti, jeho „moci být“. Neautentické rozumění bere svou inspiraci ze žvanění (neautentická řeč, která mluví o věcech tak, jak je běžné v průměrném davu) a **zvědavosti** (pobyt se nechává neustále rozptylovat nejrůznějšími „zajímavostmi“). Tím se ale samozřejmě okrádá o možnost své vlastní **otevřenosti** vůči světu a druhým, to je vůči svým autentickým možnostem.
- Nejvlastnější a nejjistější možností každého pobytu je **bytí k smrti**. Uvědomění si vlastní smrti vytrhává člověka ze zajetí v onom průměrném každodenním bytí. Smrt je nejvlastnější „moci být“ každého pobytu.
- Základní strukturu pobytu pak vytváří jakýsi centrální existenciál, kterým je **starost**. Smyslem starosti je časovost jako minulostně se zpřítomňující budoucnost. **Ve starosti** (nejedná se o nějakou ustaranost, ale prostý fakt váhy, kterou každý pobyt přikládá svému životu) **se sjednocuje to, jak už vždy jsem (vrženost) s přítomným okamžikem rozvržení do nějakých možností (budoucnost)**.
- Heidegger analyzoval dvě základní vyladění: úzkost a strach. Ve strachu jsem propadlý přítomnému jsoucnu, které mě nějak ohrožuje. Strach je nevlastní (neautentický) způsob vyladění. Strach se týká vždy nějakého předpředmětu, nebo z daného fenoménu nějaký konkrétní předmět dělá. Naopak úzkost nemá svůj předmět. Vyladění úzkosti chce Heidegger využít, neboť vytahuje člověka ze zajetí v předmětných danostech obstarávaného světa (podobné je to ale i s opravdovou láskou nebo nudou). V úzkostném osamocení má pobyt, aby byl autentický (to je aby žil svůj život a ne život druhých), vydržet a ustát vědomí jisté možnosti konce bytí na světě.

Většinou si ale pobyt svou **konečností** nepřipouští a žije dál svůj stereotyp, protože si už zvykl a hlas svého svědomí volající k autenticitě nechce slyšet.

Heideggerova existenciální analýza vycházela z fenomenologické metody, a proto měla odhalit bytí pobytu tak, jak se opravdu jeví. I když se tyto popisy pohybují v poměrně vysoké abstrakci, Heidegger jimi zachycuje praktický a žitý pobyt člověka v jeho světě.

1.3. HEIDEGGEROVO MYŠLENÍ PO TZV. OBRATU

Období *Bytí a času* bylo snahou vyjevit **smysl bytí** na základě popisu bytí pobytu. V tomto ohledu se jako smysl bytí (smysl je to, na základě čeho dané věci rozumíme) ukázala časovaná starost. Přibližně po roce 1930 Heidegger nejde k bytí přes člověka, ale **bytí se samo** člověku dává. Člověk je nyní pojímán jako **světlna bytí**. Samotné bytí je světlna (Lichtung), zatímco to, co se v ní pobytu jeví (co je osvětleno), je jsoucí. Způsob, jak se bytí jeví, se v průběhu dějin bytí mění.

Ve starém Řecku svou pravdu (neskrytost) bytí odkrývalo člověku jako živlové podstaty (země, voda, oheň, vzduch), neomezený princip (apeirón), ideje nebo formy. Později se ve scholastice **bytí přímo ztotožnilo s nejvyšším jsoucnem**, kterým byl bůh. Bytí v novověku se ukazovalo filosofům (těm, kteří by měli mít starost o bytí jako takové) jako substance, monády, absolutní *já* nebo duch, vůle, hmota, pozitivistický jev atd. Bytí samo si však tímto nasazovalo jen masky, za kterými se tak rádo *skrývá*. Bytí je ze své povahy *čudné*, a přestože je vždy pro člověka tím nejbližším, je mu zároveň tím nejdálším, a tak dochází k **zapomenutí na bytí**.

V básnění se člověku jakožto světlině bytí může bytí velmi dobře vypovídat a připomínat. Heidegger našel takovou přízeň *čudného* a *skrývajících se bytí* zvláště u básníků Hölderlina, Trakla nebo Rilkeho. Vůbec oblast autentické spirituality, umění, ale i pravdivého a prostého života jsou přístupovými místy, v nichž se může světlit (zjevovat) samo bytí.

Naopak moderní věda a technika staví do popředí jen ovládnání a využívání světa předmětných jsoucen a na jejich základě zapomíná. Bytí je bezdůvodovým základem i pro vědu a techniku. Proto i technický a manipulativní způsob vnímání světa a života je jen dočasným „úsekem“ dějin bytí. Tento „úsek“ skončí tím, že bytí ve své nekonečné svobodné volnosti zjevování dá lidem svou přízeň a odvrátí blížící se katastrofu.

V posmrtně uveřejněném rozhovoru v časopise *Der Spiegel* (1976) Heidegger prohlásil: „Už jen nějaký bůh nás může zachránit.“

Bytí je **smyslem** každého jsounca a člověk jej může – **je-li oproštěn od předsudků a chtivých manipulací** – odhalovat. Smysl je to, na základě čeho dochází daná věc u nás porozumění. Důležité přitom je vědět, že **nikoliv my můžeme myslet bytí, ale bytí samo se skrze nás může myslet.**

2. VZTAH VĚDOMÉ A NEVĚDOMÉ SLOŽKY DUŠEVNÍHO ŽIVOTA

Pro Bossovu daseinsanalýzu¹ jsou určení lidského pobytu pojatého jako **výdrž v prosvětlené otevřenosti světa** nesmírně důležitá k tomu, aby mohl svůj přístup k člověku vymezit v opozici vůči všem substančním a modelovým pojetím.

V dějinách novověké filosofie bylo jako paradigma zkoumání určeno *vědomí* a problematika věcně pojatého subjektu byla vůbec těžištěm filosofování od Descarta a vrcholila osvícenskou apoteózou lidské autonomie. My jsme se v úvodních kapitolách této práce zabývali fenomenologií Husserlovou, která byla také ještě stále spíše deskripční vědomí, jež bylo primárně karteziánsky uchopeno jako vědomí bytí – *cogito, ergo sum*. Heidegger obrátil toto slovní spojení, když se odhodlal tázat po bytí vědomí.



V předvečer 70. narozenin 1959. Zprava doleva: M. Boss, M. Heidegger, paní Bröckerová, J. Beaufret, W. Biemel, paní Bossová, H. Petzet, W. Bröcker, E. Kästner, Fr. Heidegger

V tom se mu ale ukázalo, že pojem vědomí je relevantní pouze jako aspekt našeho vztahu k předmětu. Vědomí samo není předpoklad našeho vztahu ke světu (jenž

¹Medard Boss se narodil v roce 1903 v St. Gallenu. Vystudoval medicínu a prošel psychoanalytickým výcvikem přímo u Sigmunda Freuda. Důkladně se rovněž seznámil i s analytickou psychologií C. G. Junga. Psychoterapeutická praxe jej však nutila hledat hlubší založení pojetí člověka v rámci psychologického diskursu. Antropologická psychiatrie Ludwiga Binswagera, kterou jsme si zde předvedli v kritických náhledech na její pochopení svého filosofického východiska, ale nemohla dlouho zůstat tou pravou inspirací. Boss se proto podrobně a v přímém kontaktu s autorem zabýval fundamentální ontologií a celý svůj profesijní život pak zasvětil takovému přístupu v medicíně a psychologii, jenž by vycházel z analýzy pobytu. Zemřel v roce 1990. Daseinsanalytické hnutí má své centrum v Curychu (**Daseinsanalytisches Institut für Psychotherapie und Psychosomatik – Medard Boss-Stiftung**) a od roku 1984 vydává i svůj časopis **Daseinsanalyse – Phänomenologische Anthropologie und Psychotherapie**. Významnou aktivitu vyvíjí i Internationale Vereinigung für Daseinsanalyse. Daseinsanalyticky orientovaní lékaři a psychologové se sdružují v mnohých zemích, ve Spojených státech například na Daquesne University v Pittsburgu. Ze známých pracovišť v naší zemi bychom mohli jmenovat pražskou kliniku ESET (J.Růžička a O. Čálek) a Regi-onální institut EPOCHÉ v Plzni (L. Horák).

je primárně dán předtématickým porozuměním bytí), neboť je pouze svého druhu pojatou otevřeností pobytu. Boss (1992, s. 15–22) pak tvrdí, že: „vědomí vždy předpokládá pobyt, nikoliv obráceně. Vědění a vědomí se pohybuje vždy už ve vezdejší otevřenosti, bez které by nebyly vůbec možné.“ Podle Bosse se moderní medicína ani psychologie ještě nevymanila z teoretického psychologismu a subjektivismu, když má potřebu naše psychické funkce a procesy zasazovat do rámce předem daného a myšleného prostoru, v němž se člověk nalézá na způsob **předloženosti** (Vorhandensein), jak říká Boss a Heidegger (1987, s. 259) : „...a že se tam vyskytuje jako nějaký pro sebe jsoucí, materiální nebo imateriální předmět, v jehož vnitřku se nacházejí duševní mohutnosti a snahy nebo pudy.“ Všechny tzv. duševní mohutnosti, jejichž nositelem mělo být předmětně pojaté vědomí, Boss nyní uvažuje jako vztahové možnosti bytí pobytu. Bytí těchto vztahových možností není srovnatelné s bytím příručnosti či předloženosti. Boss tedy činí krok od přítomně, na nějakém místě se vyskytující duši, k prostorově jsoucímu vztahování v otevřeném poli možností, jimž pobyt rozumí z jejich vlastní povahy. My bychom se v této souvislosti mohli nechat inspirovat například asubjektivním charakterem fenomenálního pole **Jana Patočky** (1907–1977) v *Kacířských esejích o filosofii dějin* (1990, s. 156–157).

V dialogu s hlubinně psychologickými teoriemi se Boss střetává také s pojmem *nevědomí*. Jako nevědomé jsou považovány ty duševní procesy, které se odehrávají za příspění psychické energie, libida, v zasutých vrstvách mechanicky pojaté psýché. Freudův topografický model rozlišuje nevědomí (v něm se odehrávají procesy, které subjekt vytěsňuje), předvědomí (procesy, které se stávají snadno vědomými) a samotné vědomí. Nevědomé procesy se řídí primárně procesuálním myšlením, zatímco předvědomé a vědomé procesy se řídí myšlením sekundárně procesuálním.² Strukturální pojetí

psychického aparátu jak známo rozlišuje tzv. psychické instance: id, ego a superego. V rámci tohoto pojetí Freud nevědomí už nepovažuje za pouze nutnou hypotetickou postulaci (jak je vidno například v *Přednáškách k úvodu do psychoanalýzy 1997*), k vysvětlení duševních procesů kauzálně genetickým způsobem. Podniká dokonce rozsáhlé kroky k tomu, aby dokázal téměř faktickou subsistenci této psychické instance. Zde máme na mysli především Freudovy interpretace přeroknutí, snového života nebo posthypnotického jednání.

Heidegger s Bossem (1987, s. 233) velmi jednoduše převádí problematiku nevědomí na bázi existenciálu rozumění (Verstehen): „Rozuměním lze nazývat například vzhled do motivační struktury, náhled, jak určitá věc souvisí s jinou, jak něco řečeného souhlasí s věcí samou. Důvod pohybu = důvod pro nějaké jednání, tzn. pro určité sebou-pohybování. Důvodem se zde nemíní nějaká působící příčina, nýbrž nějaké „proč“. Něco nevědomého nemůže být oním „proč“, neboť ono „proč“ už předpokládá nějaké uvědomění. Proto je nevědomé nesrozumitelné.“ Podobně argumentuje i Lyotard (1995, s. 57–58): „...jak může mít něco nevědomého smysl, když je zdrojem veškerého smyslu vědomí? (...) To, co Freud nazýval nevědomím, je v konečné instanci vědomí, kterému se nedaří uchopit sebe sama jako vědomí specifikované.“

S nevědomím je to podobné jako s vědomím. Máme-li je uvažovat jako substance, musíme předpokládat, že se během času nemění. Stálost mého „bytí sebou“ nám

² Primárně procesuální myšlení (PPM) pracuje s tzv. zhuštěním a přemístěním, tzn. že představy, vzpomínky atd. mají tendenci splývat, mnohde se vzájemně zaměňovat a jedna druhou symbolizovat. PPM používá dále tzv. volné energie, ignoruje kategorie prostoru a času a je řízeno principem slasti, tzn. že redukuje strast halucinatorním splněním přání. Sekundárně procesuální myšlení (SPM) se řídí zákony gramatiky a formální logiky, používá vázané energie a je ovládáno principem reality, tzn. že redukuje strast pudové tenze adaptivním chováním (Rycroft, 1993).

ale fundamentální ontologie ukázala jako možnou právě tehdy, je-li časující se.

Bossova daseinsanalýza (1992, s. 29) si bere na mušku také analytickou psychologii C. G. Junga, jehož kolektivní nevědomí považuje za „... důsledek téhož subjektivistického chápání člověka a téže psychologické metody myšlení“, jakou představovala psychoanalýza. I Jung si představuje člověka jako vrstevnatě o sobě jsoucí danost, přičemž nejhlubší tato vrstva je konstrukcí kolektivního nevědomí, jež je strukturováno redukcí rozmanitých fenoménů na fenomenálně obtížně vykazatelnou obecnost tzv. archetypů.

Oblast objektivně pojatého nevědomí, vykládaného kauzálně, dle Bosse na způsob fyziky 19. století, se daseinsanalýza pokouší přirozeně převést na původnější základnu našeho sebeporozumění. Chápeme-li Bossův návrh dobře, budeme jej parafrázovat ve směru, který naznačuje Heidegger (1993) ve svém spisu *O bytí a pravdě*. Rozprostraňující se prosvětlování o sobě (in concreto vědomí, otevřenost pobytu) je možné ze své strany jen tehdy a do té míry, jak je k němu uvolněno rozprostraňujícím skrýváním Bytí, kterému Boss (1992, s. 31) říká „skrytost o sobě“, v níž se rozpoští i psychologická konstrukce nevědomí.

3. K BOSSOVU POJETÍ PSYCHOSOMATIKY ANEB PŘÍSPĚVEK K PROBLÉMU DUALITY TĚLA A DUŠE

Vzhledem k tomu, že byl Medard Boss lékař, měl přirozeně záměr dovádět fenomenologické analýzy až k medicínskému území. Také my sledujeme vývoj fenomenologické metody v tématickém poli psychologie a psychiatrie a nemůžeme proto obejít Bossův návrh vidět daseinsanalýzu také jako možnou filosofii medicíny. Heidegger v knize *Bytí a čas* (1927) rozpracoval základní, bytostné rysy lidského pobytu, existenciály, jež Boss ve spisu *Nárys medicíny a psychologie* (1992) uplatňuje v daseinsanalytickém učení o nemoci. Daseinsanalytický fundament medicíny je vytvořen stálým ohledem k pro-

storovosti, časovosti, tělovosti, vzájemnému spolubytí, naladěnosti, dějinnosti a smrtelnosti. Tyto existenciály jsou, jak jsme viděli, stejně původní a daseinsanalýza je má přivádět k co možná nejzazší svobodě každého pobytu. Omyl „školní medicíny“ a na ní závislé novověké psychologie spočívá v neustálém zpředměťování těchto bytostných rysů právě na somatické, duševní nebo psychosomatické obrazy onemocnění. V nich se pak stále více prohlubuje předsudečnost a nepřiměřenost odborné terminologie, která si poté nárokuje vědeckou platnost. Boss ani v nejmenším moderní medicíně neupírá množství jejich objevů, pouze jejich platnost zakládá ve fundamentální ontologii.

To vytváří také nyní i pro nás možnost je interpretovat tak, aby jim bylo rozuměno přiměřeně povaze lidského bytí. Například stále ještě substančně pojímaná celostní medicína s důrazem na jednotu duše a těla může být rozhodnějším a přesnějším způsobem charakterizována právě prostřednictvím oněch existenciálů. Je-li pobyt na světě, pak je podle Bosse existencí vždy **tělovanou**. To mu dává možnost bezprostředního potýkání s vnitrosvětskými jsoucnými a rovněž jej uvolňuje k tělovanému spolubytí. Tělovaná existence je zasazena ve vnitrosvětské prostorovosti, z čehož se pak čerpají eventuelní karteziánská zpředmětnění a tendence k měření. Oblast představovaného, myšleného a pocítovaného může být považována za doménu **duše**, jejího časového rozvrhování a vždy nějak vyladěného vztahování. Oblast **ducha** může zahrnovat potenciální celost prosvětlené uvolněnosti dávající vědomí dějinnosti a provázanosti s celkem jsoucího, tedy volněji řečeno s celkem univerza. To vše společně pak dává povstávat ontologické diferenci. Díky ní se ve světlině bytí, lidském pobytu, vypovídá *bytí* samo prostřednictvím **významů přítomných v našem společném světě** (srovnej s buddhistickým termínem dharma a dharmakája). Právě v něm se realizuje ona **jednota těla, duše a ducha**. To ovšem jistě nelze chápat jako nějakou

formu fundamentálně-ontologické dialektiky, ale spíše jako návrh směru, kterým by se mohla „metafyzická“ daseinsanalýza ubírat při konfrontacích s těmito tradičními pojmy, samozřejmě vedená svou vnitřní existenciální pragmatičností. Uvedený příklad berme jako pomůcku pro lepší porozumění a názornější vidění věci. Tato fenomenologická věcnost by začala ztrácet opodstatnění teprve při hlubokých vnorech lidského ducha, v nichž by bylo možné nahlížet tajemství Bytí. V těchto souvislostech se nám proto musí jevit všechny somatické neuromanipulace, kterými se přírodovědci dovolávají tzv. biologické podmíněnosti duševního života člověka, za cestu do slepé uličky. Zpředmětňující scientismus se nemůže vyladit do vnímání bytostného na člověku. **Přírodovědec asi nikdy nebude z principu věci schopen vysvětlit, jak se z určitých komplexů nervových vzruchů v lidském mozku může stát lidský zážitek nebo myšlenka.** K těmto fenoménům se lze přibližovat zase jenom způsobem přiměřeně lidským.³

Směrování k celostnímu, holistickému pojmání člověka se proto ovšem stane opodstatněným teprve při opuštění psychofyzického paralelismu. Ten je patrný už v názvu *psychosomatika*. Proto raději Boss doporučuje označení *antropologická me-*

dicína, jež by se současně zaobírala jevy somatopsychickými, tedy patopsychickými doprovody tělesných onemocnění. Toto Bossovo pojmenování se nám ale také nejvíce zcela přesné. Vzpomeňme jen Heideggerovu jasnou distanci vůči filosofické antropologii na úvodních stranách *Bytí a času*. Budiž však daseinsanalytikům na omluvu, že termín „antropologický“ užívají vždy s ohledem na lidsky, tj. pobytu přiměřené způsoby vztahování.

Bossova daseinsanalýza vychází z předpokladu, že „bytí na světě“ je vždy už s tělem, přičemž tato tělovost (*Leiblichkeit*) nesmí být uvažována stejně jako tělesnost přírodních těles (*Körpersein*). Ještě ale ve spise *Úvod do psychosomatické medicíny* z roku 1958 uvažoval tělo jako «médium projevování lidského „bytí ve světě“». Člověk byl takto stále ještě složený ze dvou nesouměřitelných částí: kalkulující přírodovědou neuchopitelnou psýché a jejím materiálním nosičem, tělem, skrze něhož a v němž se teprve pobyt projevuje. Vztah těla a duše se stal, jak jsme mohli vidět, i vděčným tématem pro fenomenologii (mimo fundamentální ontologii). Řešení Husserlovo však končilo u transcendentálního subjektu, Sartrovo u rozštěpení na dva protikladné druhy bytí, Merleau-Ponty se spokojil s termínem „bydlení“ duše v těle.

³ Namátkou uvádíme sustihující citace z Bossovy studie *Psychosomatická medicína: věda nebo magie?* (Ineditní text v překladu O. Čálka). „Schopnost člověka jednat není jako možnost opticky viditelná a není ani měřitelná, ani zvažitelná. Není ničím materiálním. A přece je toto nemateriální bytí schopno něčeho právě tím, co je ve stavu ze sebe vyvinout i materiální ruku (...dajenige, das auch eine leibliche Hand aus sich heraus hervorzubringen vermag.). Neexistuje žádná tělová „materiální“ ruka, která by nebyla jednou z jevových forem lidské schopnosti k jednajícím zacházení s tím, s čím se setkáváme. Proto není nic divného na tom, když vše, co je na člověku tělové, podle konkrétně právě probíhajícího chování a jednání, tak samozřejmě sahá až do posledního vláknka, buňky nebo hormonu.“ (...) „Psychosomatika by se měla zpětně zamyslet nad svým názvem. V základě totiž hovoří o součtu dvou věcí, který vlastně vůbec neexistuje.“ Boss rovněž varuje před užíváním pojmu energie, tak jak je vyjádřen například ve vzorci $E=mc^2$, aby vyjádřil „to společné

a jednotné“ na všem, co je: „Při tomto moderním používání toto slovo ovšem utrpí značné vyprázdňení svých významových obsahů, které mu náležely kdysi, když mělo podobu starořeckého „ergon“ a „energeia“. Tato slova totiž ještě pro staré Řeky znamenala práci, která vychází najevo svým provedením, a moc, která v této práci vládne, a která jí jako taková dává trvat. V každém případě „energie“ z Einsteinova vzorce nemá nic společného s tím, co jsme nazvali vlastní esencí lidského existování, totiž s otevřeností a možností rozumět. „E“ z moderní fyziky je a zůstane slepou záležitostí.“ V dalším pak Boss upozorňuje na inspirativnější „fyzikální“ přístup jistého fyzika, který hovoří o kosmickém tanci, souvislostech kvantové fyziky s iluzorností předpokladu nezávislého pozorovatele apod. Domníváme se, že zde má pravděpodobně na mysli bestseller Tao fyziky, jehož autorem je Fritjof Capra. Ten ovšem bývá (oprávněně?) kritizován pro metodologickou neadekvátnost komparace kvantové fyziky s orientálními naukami.

Pobyt je vztažen ke světu díky smyslům a jeho intencionalita je intencionalitou tělovanou, ale porozumění významovostem, jež k nám vycházejí ze smyslových dat, tedy ono ne-předmětné, teprve zakládá pobyt jako takový: „Ať už k tělovanosti člověka přistupujeme z kterékoliv strany, vždy se ukazuje, že tělovaní předpokládá existování. Toto existování je tím, co těluje. Proto je lidská tělovanost v základě metodicky tím posledním, i když smyslově tím prvním, co se vnucuje pohledu.“ (Boss, 1992, s. 55.)

Podobně tělesný pohyb je u člověka výrazem jeho pohybovosti časoprostorově existenciální. Převédeme-li tyto výchozí teze spolu s existenciálním *rozpoložení*, *vyladění* (od něj, jak jsme již řekli, analýza pobytu vyvozuje veškeré psychologizující druhy lidské emocionality) na oblast psychosomatické medicíny, může se vykáázat zajímavá souvislost. Určité druhy otevřeného a laděného vztahování, tedy prožitková stránka lidské existence, může zůstat v zajetí určitých stereotypních, nesvobodných fixací a ty se pak mohou často také projevit, fenomenálně se manifestovat, jako tělesná onemocnění.

Jistý druh laděného vztahování může mít – a psychosomatika jako taková jej i předpokládá – svůj korelát v určitém orgánu nebo orgánové soustavě. Strach, úzkostlivost, závislost na péči souvisí s dýchacími potížemi (astma). Posesivní tendence vůči světu či obava z nezvládnutí náročné situace – vředová choroba. Poruchy potence u mužů mohou často primárně vést v nepřiměřeně zvládaném mužském způsobu bytí, podobně gynekologické nemoci zase souvisejí s obtížemi nastavit se tomu kterému pobytu přiměřeně ženskému bytí (Buytendijk, 1953).

Hledání těchto vztahů se začíná objevovat

⁴ K tělovanosti a tělesnosti u Bosse srv. zejména: Nárýs medicíny ...I.(1992) sv., s. 52–61 a II. sv. s. 9–14, dále Zollikoner Seminare (v rozhovorech s Heideggerem) např. na s. 244–250, 292–296. A také in: Von der Psychoanalyse zur Daseinsanalyse (1979). Kap. Die Psychosomatische Medizin und das Kausalitätsprinzip. S. 405–422.

a pozvolna i prosazovat krátce před druhou světovou válkou. Zvláště ve vnitřním lékařství byla už tehdy patrná snaha o skloubení tzv. biomedicínských a psychosociálních pohledů na nemoc. Podle Honzáka (1991) je to zásluha především Franze Alexandra a Helen Flanders Dunbarové,⁵ kteří začínají užívat uvedený termín „psychosomatický“. Původně pochází od představitele německé romantické medicíny Heinrotha, kterým dokládal podstatný vztah mezi nemocí a hříchem. Podobně soudil také renesanční alchymista Paracelsus, jenž spatřoval v bolestech a útrapách vyrovnávání provinění.⁶ Fenomenologický přístup by měl být nicméně opatrný, než aby podlehł občas dosti schématickým, zobecňujícím a zpředměťujícím kauzálním klasifikacím. Odhalování a porozumění smyslu somatických, s Bossem řečeno existenciálně tělovaných, symptomů se musí odehrávat vždy s ohledem na konkrétní pobyt a možný výkaz celkovosti jeho existence, jak ostatně tvrdí i nejvýznamnější český daseinsanalytik Oldřich Čálek (1997, s. 19–20):

„Z tohoto hlediska může být tzv. volba orgánu naprosto individuálně jedinečná v závislosti na motivech životní historie a současné životní situace daného jedince. V každém případě je však tzv. psychoso-

⁵ „Alexander aplikoval psychosomatické teorie na několik chronických onemocnění s tehdy neznámou nebo nejasnou etiologií a ohraničil tak dodnes známou skupinu »psychosomatických onemocnění«: esenciální hypertenzi, vředovou chorobu, revmatickou arthritidu, thyreotoxikózu, ulcerativní collitidu, asthma bronchiale a atopický ekzém. Tyto nemoci měly podle něho psychogenní etiologii, a proto měly být kauzálně psychotherapeuticky, psychoanalyticky léčeny. Alexander se domníval, že podstatným činitelem pro rozvoj nemoci je specifický konflikt, zatímco Dunbarová měla za to, že zásadní roli zde hraje specifická osobnost nemocného. Tato pojetí nebyla zcela protichůdná, spíše se vzájemně doplňovala.“ (Honzák, R. (1991): Vývoj a současný stav psychosomatického přístupu. In Růžička J. (Ed.). *Psychoterapie I*. Sborník přednášek pražské psychoterapeutické fakulty. Praha:Triton, s. 47–48.)

⁶ Podle Entralgo, P. L. (1995): *Nemoc a hřích. Od asyrsko-babylonských kultů k moderní psychoanalýze*. Praha: Vyšehrad.

matické onemocnění výrazem neschopnosti porozumět tomu, s čím se jedinec setkal, a přiléhavě a svobodně na to odpovědět. Situace, které nedokáže řešit samostatným rozhodnutím, pak řeší mimovolnými tělesnými odezvami. Tím D. A. reinterpretuje i pojem tzv. konverze energie. Ani zde tedy D. A. nevychází z hledání příčin, ale ze smyslu onemocnění.“

LITERATURA:

- Boss, M. (1992). *Nárys medicíny a psychologie*. II. svazek. Rychnov nad Kněžnou: J. a J.
- Boss, M. (1979). *Von der Psychoanalyse zur Daseinsanalyse*. Wien: Europa Verlag.
- Buytendijk, F. J. J. (1953). *Die Frau. Eine existenzial-psychologische Untersuchung*. Köln: J. P. Bach.
- Čálek, O. (1997): Úvod do daseinanalýzy. In: *Psychoterapie III*. In Růžička J. (Ed.). *Psychoterapie I*. Sborník přednášek pražské psychotherapeutické fakulty. Praha: Triton.
- Entralgo, P. L. (1995): *Nemoc a hřích. Od asyrsko-babylonských kultů k moderní psychoanalýze*. Praha: Vyšehrad.
- Heidegger, M. (1993): *O pravdě a Bytí*. Praha: Mladá fronta.
- Heidegger, M. (1996): *Bytí a čas*. Praha: OY KUMENH.
- Heidegger, M. (1987): *Zollikoner Seminare*. K vydání připravil M. Boss. Frankfurt: Vittorio Klostermann.
- Honzák, R. (1991): *Vývoj a současný stav psychosomatického přístupu*. In Růžička J. (Ed.).

- Psychoterapie I*. Sborník přednášek pražské psychotherapeutické fakulty. Praha: Triton.
- Lyotard, J.-F. (1995): *Fenomenologie*. Praha: Victoria Publishing.
- Rycroft, Ch. (1993): *Kritický slovník psychoanalýzy*. Praha: Jiří Kocourek.

Doc. PhDr. Pavel Hlavinka, Ph.D. (1971), vystudoval filosofii, psychologii a politologii na UP v Olomouci. Přednáší na Právnické a Filozofické fakultě UP v Olomouci Filosofickou propedeutiku, Psychologii pro právníky, Humanistickou psychologii, Úvod k orientálním naukám, Evropské politické myšlení a Etiku.

Zabývá se fenomenologií a jejími aplikacemi v psychoterapii a souvislostmi mezi fenomenologií a východními duchovními proudy.

Kontakt:

*hlavinka.pavel@post.cz
Právnická fakulta Univerzity Palackého
Tř. 17. Listopadu 8
Olomouc
771 11
ČR*

Došlo do redakce: 13. 6. 2011, v revidovaném znění 25. 9. 2011. K publikaci přijat 3. 10. 2011.

VÝVOJ PSYCHOANALÝZY: OD PUDŮ K INTERSUBJEKTIVITĚ

Jan Poněšický

SOUHRN:

Současná psychoanalýza se značně vzdálila původnímu pudovému pojetí a jednostrannému terapeutickému zaměření na intrapsychickou dynamiku. Analogicky se změnila představa o vývoji lidské subjektivity: původním stavem není primárně narcistický egoistický novorozenec, který se postupně učí navazovat vztahy, nýbrž výchozím stavem je spojení, vazebnost, primární intersubjektivita. Spíše nežli pudový vývoj je organizátorem vývoje osobnosti vliv prostředí, neustálá tvorba a přetváření nových interpersonálních zkušeností.

Současná relacionální psychoanalýza pracuje s faktem, že se subjektivní citové světy obou protagonistů prolínají a spojují v intersubjektivním procesu, jenž se stává předmětem analýzy. V ní je zdůrazňován rovnocenný přístup, oboustranná participace a zaangażovanost na analytické práci.

Klíčová slova: Psychoanalýza, konflikt, struktura, já a sebepojetí, objektní vztahy, intersubjektivita.

SUMMARY:

The development of psychoanalysis: from bias (and internal drives) to intersubjectivity

Contemporary psychanalysis abandoned the original bias theory as well as the one-sided therapeutic view on the intrapsychical dynamics. Similarly the opinion about the development of the human subjectivity changed: the primary issue (initial state) is not an egoistic newborn baby, who learns to relate to others; the origin condition is characterized through connection, binding, mutuality, primary intersubjectivity.

The organisational principle of the developing personality is not first of all the psycho-sexual development, the enviromental influences and the creation of interpersonal

experiences (patterns) are much more important.

Contemporary relational psychoanalysis works with the fact that the subjective emotional worlds of both protagonists meet and join in an intersubjective process, which becomes the topic of the analysis. In this sense, equal position, mutual participation and engagement on analytical collaboration are supposed and supported.

Keywords: Psychoanalysis, Conflict, Structure, Self, Object-relations, Intersubjectivity.

Vývoj psychoanalýzy, její praxe i teorie jsou spjaty se společenským vývojem, zvl. jeho kritickou reflexí: zprvu proti viktoriánské pokrytecké morálce, později proti tlaku přizpůsobování (viz koncept „pravého já“, důraz na individuaci a autonomii, na budování Self a seberealizaci) a v poslední době proti hybridnímu individualismu, odcizení, osamocení a deficitům empatie s důrazem na intersubjektivitu, primární vazebnost, vztahovost a vzájemnost.

Rozdílný pohled a zaměření na lidskou psychiku vedl k odlišným přístupům a názorům na to, co člověku chybí a co potřebuje – a posléze k novým teoriím.

Co tudíž zbylo z původního pojetí psychoanalýzy? I na to lze těžko odpovědět, neboť se současná psychoanalýza větví do mnoha škol a proudů. To, co je všechny pojí, je **zkoumání nevědomí**, přesněji řečeno nevědomých procesů.

Původně se psychoanalýza soustřeďovala na emocionální následky psychického traumatu a jeho následné vytěsnění do nevědomí, posléze na studování individuální osobnosti, zvláště nevědomého pudového života, a ještě v době mých studií platila zásada, že to vše, co člověka v jeho životě, v meziosobním styku ovlivňovalo, trau-

matizovalo atd., lze v podstatě pominout, důležitý je jen výsledek, vzniklá patologická dynamika osobnosti, kterou je nutno během psychoterapie změnit. Zda se např. jednalo o skutečnou traumatizaci či jen představu, fantasii dítěte, nebylo podstatné, psychoterapeut se zabýval vzniklou intrapsychiekou dynamikou, narušeným emocionálním vývojem a metodou, jak to změnit, jak se těchto „fixací“ zříct či vše tolerantně připustit.

Již Otto Fenichel (1983) poukázal na to, že ony fixace nevznikají jen vlivem frustrace, např. touhy po milujícím kontaktu, jenž se pak stane dominantní celoživotní snahou, nýbrž i naopak zhýčkaností, a tudíž neustálým očekáváním láskyplného kontaktu.

Dnes víme, že i rekonstrukce skutečných událostí, jež vedou k poruše osobnosti, je terapeuticky (a lidsky!) důležitá, a to nejen ohledně potřeby porozumění vlastní biografii včetně vzniku určité symptomatiky, ale i proto, že je taktéž terapeuticky důležité, aby se analytik vcítil do tehdejší traumatizující situace, a tak porozuměl pacientovu strádání.

Psychoterapeutickou metodou byla zprvu **abreakce**, z velké části nevědomých „uskřínutých“ afektů (event. i v hypnóze), což však mělo jen dočasný efekt, neboť tím nebyla odstraněna (tj. byla obejitá) ona tendence, jež přispívala k potlačení neakceptovatelných afektů do nevědomí.

Tato zkušenost vedla Freuda (1982) ke změně o představě fungování psychického života. Místo dosavadního dělení na vědomou a nevědomou oblast se stalo klinicky prospěšnější charakterizovat osobnost jako dynamickou strukturu, sestávající z „ono“ (pudově citový základ), „já“ (syntetické a řídicí centrum naší osobnosti, jež vnímá jak požadavky ono, tak i příkazy nadjá a možnosti realizace výsledného chování v realitě) a „nadjá“ (představující kulturní normy a vzory chování, sociální aspekt). Symptomy vznikají v důsledku námahy - a tím stálého napětí - z neustálého potlačování pudových hnutí a s nimi spojených emocí do

nevědomí, resp. coby kompromisní výtvar nevyřešeného konfliktu mezi ono, já a nadjá.

Těžiště terapie se postupně posunulo od přímého zabývání se nevědomím, zvl. citově pudovými tendencemi, představami a fixacemi, ke **zvětšení tolerance „já“ i „nadjá“**, čímž by měl být konflikt mezi „ono“, „nadjá“ a „já“ vyřešen. Tím dojde ke zrušení vytěsnění oněch „zakázaných“ tendencí, jejich uvědomění a integrace do osobnosti pacienta. Obranné mechanismy - též funkce našeho já, jež nás chrání před přílišnými psychickými otřesy - mají být nahrazeny flexibilními jáskými funkcemi.

Důležitá funkce „já“ byla spatřována v **řešení a zvládnutí konfliktů**. Psychoanalýza se dodnes zabývá jejich klasifikací a způsoby řešení, kdy je vždy jedna strana konfliktu více integrována do naší osobnosti, a tak převažuje nad opačnou, potlačovanou stranou. Vývoj psychoanalýzy se tedy ubíral od zabývání se pudovými tendencemi, později konflikty směrem k analýze celé osobnosti, jejich různých stránek a později i vztahů.

Např. tzv. bazální konflikt se odehrává mezi původní tendencí k zachování spojení s matkou, citové vazbě, pasivní lásce (závislosti) a tendencí k autonomii, individuaci, nezávislosti. Nutkaví neurotici trpí často konfliktem mezi tendencí k libovůli, agresi či naopak poslušnosti, disciplinovanosti. V tzv. oidipálním konfliktu jde o imponování, žárlivost a rivalitu, čemuž stojí v cestě etické příkazy.

Klinická praxe ukázala, že je přiléhavější a pro pacienty bližší hovořit o tzv. reprezentacích pudově-afektivních tendencí, tj. o osobnostních rysech, které se nachází v konfliktu, kdy je část naší osobnosti (stín dle Junga, 1995), např. spontaneita, autenticita, citovost atp., potlačována na úkor touhy po sebekontrolě či imponování jako silná a úspěšná osobnost.

Terapeut si zachovává určitý odstup, aby mohl co nejobjektivněji tuto intrapsychiekou situaci pacienta rozpoznat. Jeho práce spočívá v **klarifikacích i interpretacích**,

tedy ve zvědomování všech těchto souvislostí s představou, že se tím pacient v sobě vyzná, a bude tudíž schopen své konflikty řešit, resp. dosud nevědomé aspekty své osobnosti přijmout. Přinejmenším bude vystaven dilematu, které nastínil již Freud (1982), zdali je ochoten „vyměnit“ své neurotické utrpení – symptomy – za utrpení ve formě vystavení se konfliktu a jeho řešení.

Toto spíše kognitivní pojetí sdílela převážná část psychoanalytiků, ač někteří Freudovi žáci, např. S. Ferenczi (1964) a jeho žák M. Balint (1968), zdůrazňovali citově-emoční a podpůrný aspekt psychoterapie. Tak i dnešní významný psychoanalytik Otto Kernberg (1985) prohlašuje, že interpretace je jen tehdy hodna svého slova (významu), když hluboce emočně na pacienta zapůsobí a má za následek změnu jeho chování.

Souhrnně lze říci, že přes deklarovanou interpersonální oidipální dynamiku zastávala psychoanalýza intrapsychické pojetí s cílem vzdání se pudových přání. Teprve pozvolna získávala matka psychický význam (nejen coby prostředek pudového uspokojení).

Kvalita analytika se poměřovala technikou korektnosti a správnou interpretací nevědomých procesů. Stále se jednalo o medicínsko-objektivistický model terapeuta-experta a pacienta-objektu.

Emocionální, ale i vztahový aspekt zaujímá význačné místo v pojetí psychoterapie H. Kohuta (1973), průkopníka tzv. **Self-psychologie**. Šlo u něj o reakci na do té doby poněkud sterilní a bezemoční způsob psychoanalýzy v USA. **Organizátorem vývoje** psychického života u něj není v prvé řadě tzv. pudový vývoj, resp. dynamika libidinózního vývoje (od orálního stadia přes análně-agresivní až po oidipální, sexuální), nýbrž individuální vývoj celé osobnosti. Dítě se emancipuje z původní narcistické fáze, charakterizované přirozenou dětskou omnipotencí i představou všemocnosti rodičů, tj. nárokem na automatické uspokojování všech potřeb, k postupnému přejímání těchto kompetencí (tzv. částečné identifikace s jáskými funkcemi rodičů) – směřující k vy-

tvoření do značné míry nezávislé osobnosti schopné regulace svého sebevědomí, sebeoceny a recipročních vztahů.

Kohut (1973) předpokládá celoživotní závislost na významných osobách a potřebu resp. existenci responsibility ve vztazích.

Tento vývoj bývá více či méně narušen nedostatečnou empatií a emocionální podporou rodičů, zvl. v situaci, kdy se dítě musí smířit s tím, že jeho přání nemohou být okamžitě uspokojena a že ani jeho rodiče nejsou všemocní a vševědoucí. Takovéto frustrace vedou k tomu, že člověk trvá na svých narcistických nárocích i nadále. Psychoanalytik má tuto rodičovskou úlohu empatického pochopení, utěšování a povzbuzování převzít. I během terapie se nelze vyhnout neporozuměním, avšak tyto frustrace, tyto momenty je důležité zachytit, aby poté došlo k „reparaci“ (zhojení) skrze internalizaci následujícího vcitujícího se postoje terapeuta (např. coby schopnost sebeutěšování), jeho vztahového chování vedoucího k znovuzískání důvěry. Kohut se lišil od většiny analytiků i tím, že více nežli teorii zdůrazňoval **léčivý účinek empatie, rezonance** a dialogu, což by mělo vést k vitalizaci a koherenci osobnosti (self).

Již porozumění druhému je výsledkem intersubjektivního procesu ve vztahu. Terapeut není tudíž objektivní a nezávislý pozorovatel, naopak se nabízí jako angažovaný spolučlověk, který podporuje osobnostní vývoj.

Definitivní krok ke vztahovému pojetí psychoanalýzy představuje **teorie a praxe objektivních vztahů**, jejímž dnešním čelným představitelem je již jmenovaný Otto Kernberg (1985). Ten se snaží spojit představu pudově-emočního vývoje s původností mezilidské vztahovosti, jak ji zdůrazňují Bowlby (1975), Spitz (1967) či Mahlerová (1972), pro které je **organizátorem a hlavně strukturujícím elementem vývoj vztahovosti**. To je v podstatě i krédem neopsychoanalytiků Sullivana (1947), Fromma (1967) a Horneyové (1973).

Vcelku logicky se Kernberg (1985) do-

mnívá, že pudově-citový vývoj se realizuje ve vztazích, které tím spoluurčuje, zabarvuje: pod vlivem tohoto pudově-citového vývoje – např. orální touhy po neustálé lásce – dítě určitým způsobem prožívá sebe i své okolí, frustrace atd. jinak nežli v další agresivně-individuační fázi, kdy mu jde o osamostatnění. Na základě těchto zkušeností vytváří sebereprezentace i reprezentace objektů a vztahů k nim. Tak např. blízkost v něm může zanechat jak bazální zážitek důvěry v orálním stadiu, tak i úzkost (nesvobodu) se od vztahové osoby vzdálit v průběhu osamostatňování (individuace). Tyto emočně zabarvené vztahové reprezentace se tak stávají hlavními organizátory dalších mezilidských zkušeností (a slouží samozřejmě orientaci v lidském světě). V jistém slova smyslu nastupují tyto poměrně stále vztahové vzorce chování na místo předchozí řídicí funkce „já“, coby snadnější a rychlejší orientace a reagování na určitou situaci – totiž podle své dosavadní zkušenosti, podle sebe, své sebereprezentace – aniž by naše „já“ muselo vyhodnocovat budoucí jednání beroucí v potaz nároky „ono“, reality a „nadjá“. Psychoanalytici zde hovoří o typických vztahových zejména nevědomých přenosech.

Tak je charakterizována psychická struktura osobnosti organizací dosavadních vztahových zkušeností (Sandler, 1999), jež vedou k typickým vztahovým vzorcům prožívání a chování. Tato struktura, jež by měla obsáhnout zkušenosti se základními lidskými i mezilidskými oblastmi života, jako je blízkost a distance ve vztahu, láska, agrese, sebehodnocení a sebeprosazení, zvládnání frustrací a schopnost se něčeho vzdát apod., bude určovat náš jedinečný způsob vnímání, cítění, myšlení i jednání.

Člověk je ovšem i nadále v neustálé interakci s okolím a podléhá tak ovlivňování, neustálým změnám – ale i sám strukturuje svět navenek. Jak je s námi jednáno, tak se mnohdy chováme i sami k sobě a k druhým (Wurmser, 1993), stále „vyjednáваме“ způsoby a normy vzájemných interakcí, do-

mlouváme se automaticky o tom, jakých hodnot, norem chování a zásad se hodláme držet atd. (Streeck, 2007).

Struktura osobnosti, tj. typická organizace vztahových zkušeností, podléhá neustálému „přepisování“, korekturám, pod vlivem vnitřního i zevního dialogu (Altmeyer, 2011). Kromě toho, že jsou typické vztahové vzorce součástí naší identity, mají i dynamický charakter (jsou např. v konfliktu, jejich mnohoúrovňovost dovoluje regresi či progresi atd.).

Sepjetí dynamiky a struktury osobnosti je možno sledovat i na neuronální úrovni. Nervové buňky jsou zároveň „hardware“, ale jejich synaptické propojování vytváří i „software“, nové vzorce prožívání a chování (nové programy).

Na psychologické úrovni lze rozeznávat získávání zkušeností, jež „kompletizují“ naši osobnost, vedoucí k novým kompetencím ohledně zvládnání různých životních situací (strukturální aspekt, resp. se jedná o vývojové deficity) (Heigl & Heigl-Evers, 1997). Jindy jde v terapii o řešení konfliktů či podmínek vedoucích k opakování konfliktních situací (dynamický aspekt, resp. konfliktní patologie). Prvým se zabývá tzv. jáská psychoanalytická teorie a psychologie self, tím druhým teorie objektních vztahů.

Terapeut si i v tomto pojetí stále ještě zachovává určitý odstup, roli experta, který se domnívá, že je možná objektivní rekonstrukce vzniku psychické poruchy i vnímání maladaptivních vzorců chování v realitě i ve vztahu k němu, což posléze osloví. Uvědomuje si však i svoji roli spolučlověka, kterou bere v úvahu jen coby pozorovatel, snažící se využít své reakce a fantazie (**protipřenos**) k zpřesnění diagnostiky a lepšímu porozumění pacientovi. Nemusí se emočně angažovat, nenechává se zatahnout do dětských, jednostranných, maladaptivních, často nevědomých vztahových očekávání pacienta, což by bylo označováno jako spoluagování oproti přidržování se **principu abstinence**. I zde nastal značný posun: ne každé uspokojení potřeb pacienta znamená

vzdání se abstinence. Analytik poskytuje bezpečí, nosný vztah, porozumění a nechává na sebe pacienta působit.

Zároveň probíhají neustále vzájemné vědomé i nevědomé interakce mezi přenosem a protipřenosem (Bettighofer, 2000), které by si měl terapeut přiznat a jimi se zabývat.

Klinicky přínosná je teze, že i symptomatická pacienta má vztahový charakter a lze s ní pod tímto zorným úhlem pracovat (např. závratě s možností v mdlobách upadnout lze chápat jako strach, že když budu bezmocný, nikdo mi nepomůže, či naopak coby přání, aby mě někdo zachytil do náruče, resp. přání si odpočinout od svého výkonnostního jednostranného zaměření).

I tzv. **odpor** pacienta proti analýze jeho osobnosti je chápán interpersonálně jako oprávněný strach před necitlivým – např. příliš sterilním či rychlým – postojem analytika, před retraumatizací (zde spíše v důsledku negativních zkušeností). Snaží se tak ovlivňovat terapeuta, aby se hovořilo o jemu známých a vědomých (nikoli nebezpečných) tématech v pokud možno harmonickém ovzduší, tj. oba se nevědomky dohodnou na jakémisi příměří, a vyhnou se tím konfliktní problematice (Strecek, 2007).

S tím souvisí i **koncept testování terapeuta** (dle Weisse a Simpsona, 1977), kdy se pacient chce napřed přesvědčit o tom, zdali má o něj analytik opravdový zájem, zdali vnímá jeho trápení i přání, či se spíše nechá svést na scestí reagující pouze na manifestní chování. Zda se nechá terapeut manipulovat, zda spoluaguje, tj. jedná podobně, jak to pacienta již zná, či je schopen zprostředkovat jinou zkušenost (Yalom, 2003). Zda pochopí, že pacient zároveň chce i nechce změnu, psychoanalytickou léčbu. Teprve když analytik test úspěšně absolvuje, je pacient ochoten se otevřít a začít na sobě pracovat.

Změna se musí udát napřed u terapeuta, který se otevřel tomu nežitému, resp. vytěšněnému, jež má teprve poté šanci se projevit (Poněšický, 2003).

Vývoj psychoanalýzy spěje ke vztahově-interaktivnímu, intersubjektivnímu po-

jetí, jehož nejradikálnější formou je tzv. **relacionální psychoanalýza**. Její hlavní představitel, nedávno předčasně zesnulý S. Mitchell (2004), odmítá názor, že se jedná o samostatnou „školu“, a naopak zdůrazňuje, že se jedná o přístup, který mohou praktikovat různě orientovaní psychoanalytici. Jde v podstatě o důslednou aplikaci faktu, že každý poznatek je subjektivní konstrukcí, v psychoterapii ko-produkcí, výtvořem – z části nevědomým – obou účastníků, takže objektivní úsudek o pacientovi je iluzí (Kunzke, 2011). Oproti Holubovi (2010) se domnívám, že nezaujatost, nezaměřenost pozornosti je iluzorní, terapeut vědomě i nevědomě stále něco očekává, něco si přeje, jde o neustálé vzájemné ovlivňování (Poněšický, 2010). Jde tudíž o konstruktivistické, kontextuální a interaktivní paradigma, jež vychází z toho, že neexistuje žádná objektivní a nezávislá pravda, resp. realita. **Co budeme analyzovat** (tj. považovat za podstatné), **závisí od toho, kdo jsme** (od našeho zaměření). Stále nově vznikají společné světy obou účastníků, **společně organizované intersubjektivní pole**. Z těchto interakcí vyvstává naše individuální subjektivita. To jediné, na čem lze stavět, je vzniklá interakce a její výsledek – určitá atmosféra, společná fantazie, norma vzájemného jednání se sebou atd. Terapeut se zabývá otázkou: co se to mezi námi děje, jak to vzniklo, jaký to má význam a konsekvence, ale i o čem nemluvíme, čemu se vyhýbáme apod. To je nutno společně prohovorit, společně analyzovat. Psychoanalytik má být v této situaci selektivně autentický a s mírou emocionální tak, aby pacienta oslovil, avšak netraumatisoval, k čemuž mu pomáhá jeho schopnost vcítění. Tato empatie by měla směřovat nejen k vědomému i nevědomému prožívání a chování pacienta, nýbrž obsáhnout i porozumění pro biografický vznik jeho problémů, resp. symptomů. Z hlediska terapeuta je třeba flexibility, neboť záleží na situaci pacienta i jeho vztahu k terapeutovi, zda bude v určitém momentě považovat např. mlčení za taktní porozumění a souhlas či za nedostatečnou

podporu nebo zájem; zda bude interpretace vnímána jako intenzivní zabývání se pacientem či necitlivé, chladné odhalení; zda bude otevřenost psychoanalytika vnímána jako známka rovnocennosti či jako charizmatické svádění narcistou. Tato flexibilita však neznamená libovůli, považujeme-li psychoanalytickou techniku za kondenzát dosavadních terapeutických zkušeností, pak jde o to je citlivě a individuálně používat. A právě nejcennější momenty jsou okamžiky autentického setkání, které otevírá cestu k nové zkušenosti, k překonání s ní spojené nejistoty, resp. obavy.

Zde se nabízí i odpověď na otázku, proč se psychoanalytici tolik zabývají minulostí, resp. **přenosy** pacienta na sebe. Analýza přenosu by totiž měla vést k jeho zrušení, přesněji řečeno k uvědomění si toho, že se vytvořil vlivem minulých zážitků, že patří do biografické paměti a že je možno se z něho vymanit, což právě teprve umožňuje (resp. teprve poté je možné) bezprostřední setkání, jež je terapeutickým agens. Přitom je možno rozlišovat mezi původním přáním po autentickém a láskyplném kontaktu a mezi traumatizacemi spojenými s jejich frustrací s následnými náhražkovými (neurotickými, maladaptivními) interpersonálními strategiemi (přenosy).

Analýza přenosu je tudíž podmínkou i předejrou k autentickému setkání.

Jak se změnil názor na nevědomí! Není to už výraz původní intrapsychické pudovosti stojící v protikladu ke kulturním normám, nýbrž výraz přání po znovunalezení původní symbiózy, sepjetí se světem – včetně s tím spojených frustrací a vytěsňených agresivních reakcí. V terapii i v životě jde pak o to, nahradit – byť ne beze zbytku – toto původní spojení s matkou paletou interpersonálních vztahů a kompetencí, která přináší nejen bezpečí a důvěru ve svět, nýbrž i hrdost na individuální řešení s tím spojených problémů, na schopnost vytvářet společenství, uzavírat přátelství a ovlivňovat své okolí.

D. Stern (2007) hovoří v této souvislosti o implicitním vědění: dítě se již v preverbál-

ním období naučí, co dělat, aby dostalo to, co potřebuje: zklidnění, útěchu, podporu, hru, blízkost atd., a tyto strategie používá celý život. Tak slouží nevědomí k uchování spojené mezi jedincem a jeho okolím, často si ani neuvědomujeme svoji hlubokou potřebu po sebepůsobnosti, reakcích svého okolí, být viděn a být chápán (právě odepírání zpětných vazeb, nereagování je podstata tzv. mobbingu). V jistém slova smyslu pohání takto pojaté nevědomí člověka k vytváření vědomých vztahových vzorců chování. **Nevědomí není sociální, nýbrž navýsost sociální.** Chtění milovat a být milován, opřít se o někoho i být oporou, ctít a být sám uznáván bývá deformováno negativními zkušenostmi s následujícími obrannými či útočnými reakcemi včetně tělesných postojů, které sice uchrání člověka před dekompenzací, avšak mohou svojí rigiditou znemožnit kreativitu a autenticitu ve vztazích k lidem.

Tyto poznatky, resp. klinické zkušenosti, jsou právě dnes navýsost aktuální. V psychoanalýze se jedná spíše nežli o potlačení agresivní či sexuální pudovosti do nevědomí o vytěsnění emocionální vzájemnosti, blízkosti, laskavosti, otevřené komunikace a obapolného uznání, o což se právě relační psychoanalýza snaží.

Opět lze zvolat: jaká změna psychoanalytického pojetí osobnosti!

Pro S. Freuda (1982) byl člověk egoistická bytost, které jde o uvolnění pudového napětí, jen k tomu potřebuje ostatní lidi, resp. milovat a nenávidět. Chová se dle principu slasti a vyhýbání se strasti, což se snaží uskutečňovat dle možnosti v realitě. Jak se to liší od dnešní představy o původnosti přání po vztahu, po potřebě bezpečí a osobnostního rozvoje. Psychická struktura není iniciována vrozenými pudy, nýbrž utváří se vzájemnou komunikací a vztahovostí.

Vývoj psychoanalýzy lze charakterizovat:

1. od zabývání se pudy a konflikty k analýze celé osobnosti,
2. od zaměření se na individuum k důrazu na vztahy,
3. od vnitřních organizátorů psychického

- vývoje k zevním organizátorům, k formování interpersonálními zkušenostmi,
4. od zabývání se minulostí k situaci „zde a nyní“,
 5. od terapeuta „archeologa“ k „architektovi“ jeho self, zvl. u strukturálních (časných) poruch osobnosti,
 6. od interpretací a zvědomování k tvorbě nových zkušeností; výstavba osobnosti neskončila dětstvím, nýbrž stále pokračuje,
 7. primátem intersubjektivit v psychickém vývoji, ze které se konstituuje naše individualita, naše Self.

Jak to všechno může psychoanalytik integrovat do osobního terapeutického konceptu? Mohu odpovědět pouze za sebe.

Psychoanalytickou psychoterapii považuji za snahu o co nejhlubší a nejširší porozumění člověku, lidské vědomé i nevědomé psychice, prožívání i chování, ze kterého se mohou odvíjet specifické terapeutické postupy. Nevědomí chápu jako předvědomé či z vědomí vytěsněné interpersonální pohnutky a strategie o co usilovat, jak toho dosahovat a čemu se vyhnout (charakteristikou člověka je intencionalita) – to vše na jedné straně zformováno již v raném dětství, na druhé straně stále v pohybu, stále podléhající změnám – v životě a samozřejmě během psychoterapie. **Výsledný postoj** terapeuta a s tím spojené jednání s pacientem má větší váhu nežli psychoterapeutické techniky.

Poznání člověka v jeho komplexitě je vždy poznamenáno vlastní subjektivitou, vlastním vědomým i nevědomým postojem a reakcemi. Tyto reakce, to, co říká a navrhuje terapeut pacientovi, vyplývá z našich vědomých i nevědomých pohnutek. Proto je nejspolehlivějším terapeutickým postupem společné zabývání se tím, co se mezi pacientem a terapeutem odehrává a co vzniká, jak na sebe reagujeme, co preferujeme, čemu se vyhýbáme atd.

Přitom, i coby sebeanalyzovaný psychoanalytik, přesně nevím, co ve mně zanechaly různé psychoanalytické směry, tj. které zku-

šenosti významných psychoanalytiků mě nejvíce během mého výcviku i praxe znamenaly a dosud ovlivňují. Tak se např. domnívám, že lze sladit teorii objektních vztahů a intrapsychieho vývoje s intersubjektivním pojetím relacionální psychoanalýzy. To vše neznamená libovůli, nýbrž individuální přístup a co nejsvědomitější reflexi vlastního vnímání a prožívání interakcí s pacientem, vcitování se do něj i do sebe, spolu s odvahou k uvážené autenticitě, která by měla stát ve službách pacientova vývoje, prospěšných vzájemných setkáních.

LITERATURA

- Altmeyer, M.: Soziales Netzwerk Psyche. Versuch einer Standortbestimmung der modernen Psychoanalyse. Forum der Psychoanalyse, Band 27, Heft 2, s. 107-127. Springer, München, 2011.
- Balint, M.: Primary love and psychoanalytic technique. Chicago: London Univ., Chic. Press, 1968.
- Balint, M.: Therapeutische Aspekte der Regression. Klett, Stuttgart, 1968.
- Bauer, J.: Warum ich fühle, was du fühlst. Heyne, München, 2007.
- Bettighofer, S.: Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozeß. Kohlhammer, Stuttgart, 2000.
- Bowlby, J.: Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Kindler, München, 1975.
- Fenichel, O.: Psychoanalytische Neurosenlehre. Ullstein, Frankfurt, 1987.
- Ferenczi, S.: Weiterer Ausbau der aktiven Technik. In : Bausteine der psychoanalyse, Band 3. Huber, Bern-Stuttgart. 1964.
- Freud, S.: Studienausgabe. Band 1-9. Frankfurt a. M. Fischer, 1982.
- Fromm, E.: Der Moderne Mensch und seine Zukunft. Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt, 1967.
- Grawe, W.: Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen, 2004.
- Heigl, Heigl-Evers, O.: Lehrbuch der Psychotherapie. Fischer, Stuttgart, 1997.
- Holub, D.: Psychoanalýza a psychoanalytická psychoterapie. In: Vybíral, Z., Roubal, P., (eds) Současná Psychoterapie. Portál, Praha, 2010.

- Kernberg, O.: Objektbeziehungen und die Praxis der Psychoanalyse. Klett-Cotta, 1985.
- Kohut, H.: Die Heilung des Selbst. Frankfurt a. M., Suhrkamp, 1973.
- Kunzke, D.: Grundlegende Merkmale interpersoneller, intersubjektiver und relationeller Ansätze als Ausdruck aktueller Entwicklungstendenzen in der Psychoanalyse. Psyche, Heft 7, 65, Jahrgang, s.577-616. Klett-Cotta, Stuttgart, 2011.
- Mahler, M.: Symbiose und Individuation. Klett, Stuttgart, 1972.
- Mitchell, S. A.: Vztahová psychoanalýza. Triton, Praha, 2004.
- Poněšický, J.: Úvod do moderní psychoanalýzy. Triton, Praha, 2003.
- Poněšický, J.: Agrese, násilí a psychologie moci v životě i v procesu psychoterapie. Triton, Praha, 2010.
- Sandler, J., Sandler, A.M.: Innere Objektbeziehungen. Klett-Cotta, Stuttgart, 1999.
- Spitz, R.: Vom Säugling zum Kleinkind. Klett, Stuttgart, 1967.
- Stern, D.N.: Der Gegenwartsmoment. Brandes & Apsel, Frankfurt/M., 2007.
- Streeck, U.: Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen. Klett-Cotta, Stuttgart, 2007.
- Sullivan, H.S.: The Interpersonal Theory of Psychiatry. NY, Norton, 1947.
- Weiss, J., Sampson, H., Gassner, S., Caston, J.: Research on psychoanalytic Process: A comparison of two Theories about analytic neutrality. Mount Zion Hospital & Medical Letter, Bulletin Nr 3, 1977.
- Wurmser, L.: Flucht vor dem Gewissen. Berlin, Springer, 1993.
- Yalom, I.D.: Chvála psychoterapie. Praha, Portál, 2003.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D., je cvičným psychoanalytikem a cvičným psychoterapeutem pro dynamickou individuální i skupinovou psychoterapii a vedení Balintovských skupin, jakož i supervizorem na Drážďanském psychoanalytickém a psychoterapeutickém institutu.

Pracuje na částečný úvazek na psychosomatické klinice v Berggiesshuebelu a vyučuje na Pražské vysoké škole psychosociálních studií a na Pražské psychoterapeutické fakultě.

Došlo do redakce: 29. 9. 2011, v revidovaném znění 14. 11. 2011. K publikaci přijat 17. 11. 2011.

**Společnost pro logoterapii a existenciální
analýzu (SLEA) srdečně
zve na 11. logoden na téma**

„VINA A ODPUŠTĚNÍ V PSYCHOTERAPII“

**Konference se uskuteční 21. 4. 2012
v Psychiatrické léčebně Bohnice.**

Bližší informace naleznete na www.slea.cz



**Každoroční dvou-třídenní workshop
se zahraničním lektorem**



Pražská škola narativní terapie

Mezinárodní Narativní Akademie 2012 - 2015

(s laskavou podporou Jill Freedman, Evanston Family Therapy Center Chicago)

Čtyřletý program vzdělávání a aktuální praxe v narativním přístupu a terapii
200 hodin tréninku v narativním přístupu + 100 hodin zahraničních workshopů

Zahraníční workshopy jsou určeny i širšímu publiku

Účastníci celé Akademie mají 10% slevu na zahraniční workshopy

ABSOLVENT celé AKADEMIE (200 hod Pražské školy + 100 hod zahraničních workshopů) získá aktuální teoretické zázemí a širokou praktickou výbavu pro narativní práci ve své oblasti praxe (zejména terapie, ale i poradenství, supervize, koučink), doplněnou o zkušenosti předních světových odborníků v této oblasti.

Počet účastníků čtyřleté NarAkademie je omezen na 20.

Sleva pro studenty 10%

Další informace na www.isz-mc.cz, nebo na tel.: 776 606 761

NEZDAR V PSYCHOTERAPII

Jak psychoterapeuti prožívají a zvládají nezdar v psychoterapii (výsledky výzkumu¹)

Jiří Jakubů

ABSTRAKT

Cílem předkládané studie bylo zmapovat, jak psychoterapeuti prožívají a zvládají nezdar ve své terapeutické praxi. Zkoumali jsme soubor 100 psychoterapeutů, tvořený 55 ženami a 45 muži, z toho bylo 48 psychologů, 29 lékařů a 23 jiných pracovníků pomáhajících profesí ve věkovém rozmezí 25 až 64 let, různých psychoterapeutických směrů. Nezdar je významnou emocionální zátěží v práci psychoterapeuta. Typickými nezdary jsou sebevražda klienta, předčasný odchod z terapie, odchod proti mínění terapeuta či zhoršení tělesných symptomů, sociálních vztahů a vztahu k sobě samému během terapie. Tento vnímaný (prožívaný) nezdar byl u terapeutů většinou spojen s intenzívními, vnitřně prožívanými pocity agrese, úzkosti, smutku, viny, bezmoci a pochyb. Zároveň jsme zjistili, že terapeuti mají vytvořeny takové copingové zdroje a osvojeny takové copingové strategie, které jim umožňují tyto situace aktivně a produktivně zvládat. Jejich přesvědčení, hodnotový systém a víra jsou pro ně důležitým zdrojem zvládnutí nezdaru a jiných zátěží v terapii. Mezi převažující copingové strategie patří reflexe a sociální opora v podobě supervize, intervize, pomoc kolegů a blízkých osob či vlastní výcviková terapie.

Klíčová slova: zátěž, nezdar, zvládnutí, psychoterapeut, klient.

ABSTRACT

Failure in psychotherapy: How psychotherapists experience and cope with failure in their therapeutic practice (Results of the research)

This study aims at examining how psychotherapists experience and cope with failure in their therapeutic practice. We have explored the set of 100 psychotherapists, consisting of 55 females and 45 males, in total 48 psychologists, 29 physicians and 23 workers in helping professions, all between 25–64 years of age, of various psychotherapeutic approaches. Failure is an important emotional stress at the psychotherapist's practice. Typical failures are client's suicide, dropout and resignation from therapy, as well as deterioration of bodily symptoms, social relations and relations to oneself during the therapy. This perceived therapists' failure tends to be connected with intense negative feelings of anger, anxiety, sorrow, guilt, helplessness and self-doubt. We have also found out that therapists have developed coping resources and adopted coping strategies that enable them to manage and cope with such situations actively and productively. Their beliefs, value system and faith are an important source of coping with failure and other stress in therapy. Reflection and social support in the form of supervision, intervision, assistance of colleagues or fellows or the training therapy itself rank among prevailing coping strategies.

Key words: stress, failure, coping, psychotherapist, client.

ÚVOD

Psychoterapie je poměrně mladý vědní obor, jehož moderní historii spojujeme se jménem Sigmunda Freuda. Právě on uskutečnil trojí zásadní obrat, jímž položil základy vědecké psychoterapie: (1) Ukázal, že

¹ Výzkum probíhal v rámci postgraduálního studia na katedře psychologie FF UK Praha. Za vedení, konzultace a podporu děkuji J. Srncovi, K. Balcarovi, V. Kebzovi, J. Kožnarovi, H. Drábkové, J. Šípkovi, Z. Vybíralovi, A. Šimkovi, A. Thériaultové, J. Kocourkové, zúčastněným kolegům a rodině. Za nepostaratelnou pomoc, statistické zpracování a kontrolu výsledků velice děkuji T. Zudovi. Za cenné komentáře děkuji recenzentům.

vnitřnímu světu, subjektivitě člověka (a tedy i duševní nemoci) lze rozumět, byť se může zdát nesmyslný, iracionální a nepochopitelný, neboť se namnoze neřídí pravidly logiky a racionality, ale je pod vlivem nevědomých motivů a intencí a jejich střetů. (2) Obrátil pozornost nejen k nemocnému (druhému) a jeho nemoci (potížím), ale i k lékaři, psychoterapeutovi. Jako první poukázal na nezbytnost vlastní terapie pro samotné terapeuty. (3) Obrátil pozornost k povaze vztahu mezi lékařem (terapeutem) a pacientem (klientem) a zdůraznil, že psychoterapeutická léčba se odehrává ve vztahu a skrze něj.

Od té doby přinesl vývoj psychoterapie mnohé, mnohdy i protichůdné poznatky. Psychoterapii jako oboru paradoxně pomohla provokativní Eysenckova studie (1952) o její neúčinnosti, která nastartovala éru výzkumů a ověřování teoretických konceptů i praktické účinnosti psychoterapie. Výzkum v psychoterapii má rozměr nejen politicko-ekonomický, ale i etický: nejde jen o obhajobu oboru, ale i o zjišťování a ověřování toho, co má skutečnou váhu (Tumušák, 2005). Komplikovanost psychoterapeutického výzkumu je však umocněna jak samotným vymezením a rozmanitostí psychoterapie jako oboru, její intera transdisciplinaritou (Vymětal, 2004), tak i předmětem jejího studia: člověkem a jeho subjektivitou v předivě jeho vztahů k sobě, druhým a světu².

Před samotnou realizací našeho projektu jsme se museli vypořádat se dvěma okruhy problémů:

1. JAK POJÍMAT NEZDAR

Téma nezdaru je v psychoterapii obtížně uchopitelné – nezdar je odvrácenou stranou dobře probíhající, vydařené práce; je nežádoucí, ale nevyhnutelný. Celý systém psychoterapeutického vzdělávání je vlastně

průpravou k dobře prováděné praxi, kdo by se tedy hlásil k nezdaru, neúspěchu či selhání? Tím nesnadnější je zabývat se jím otevřeně, nezatíženě a detailně, přestože jej ve své praxi (jistě) zažil každý terapeut. Jedno z prvních sebeodhalení podává S. Freud (1993, s. 134–195) v případě pacientky Dory s výstižným popisem toho, co k zážitku nezdaru v terapii patří: komplikující vlivy okolí, nedocenění vztahových prvků – přenosu a protipřenosu, předčasné interpretace, odpor vůči změně, neproduktivita léčby a malý pokrok v terapii, nepostačující vědomosti a zkušenosti terapeuta, náhlý odchod z terapie, terapeutovy pocity bezmoci, roztrpčenosti a nekompetence.

V širším slova smyslu lze zvládání nezdaru v psychoterapii zkoumat v intencích teorií zvládání stresu a zátěže (*copingu*) tak, jak je představili klasikové přístupu kognitivně-transakčního (Lazarus a Folkmanová, 1984), sociálně-kognitivního (A. Bandura, 1992) či kognitivně-relačního (*mastery-orientation* dle Dweckové, 1999 vs. *learned helplessness* dle Seligmana a Maiera, 1967). Jiným pohledem je zkoumání vlivu osobnostních dispozic: sem patří např. koncepty odolnosti (resp. nezodolnosti) v pojetí *sense of coherence* (Antonovsky, 1979), *resilience* (srov. Novotný, 2010) či *hardiness* (Kobasová, Maddi a Kahn, 1982), vlivy neuroticismu a extravertze (McCrae a Costa, 1986) aj. Specifickou oblastí je syndrom vyhoření – *burnout* (srov. Kebza a Šolcová, 1998).

Psychoterapeutický pohled na prožívání a zvládání zátěže předkládá psychoanalýza v ucelených a provázaných konceptech přenosu a protipřenosu (např. Winnicott, 1949), obranných mechanismů Ega, vztahové vazby (*attachment*), podpůrného prostředí (*holding*), schopností pojmout a zpracovat klientovy neúnosné vnitřní obsahy (*containing*) aj. (srov. Fonagy a Targetová, 2005). Do této myšlenkové oblasti patří i tzv. syndrom pomocníka W. Schmidbauera (2000). Existenciálními otázkám a *copingu* prostřednictvím prožívání smysluplnosti života se explicitně věnuje Franklova logoterapie a existenciální

² V české odborné literatuře se traduje i pojetí psychoterapie jakožto „péče o duši“ s odkazem na filosofa J. Patočku (Patočka 1992; srov. Růžička, 2003 či Vymětal, 2004).

analýza a Yalomova existenciální psycho-terapie, otázku zvládnání prostřednictvím náboženské víry a „smyslu“ referují u nás např. Strážnec (1994), Balcar (1995) či Halama (2000)³.

Práce, které se explicitně věnují zkoumání nezdaru (selhání či neúspěchu) v psychoterapii, jsme schematicky rozdělili do dvou kategorií, resp. pozic – vnější a vnitřní:

A. Vnější pozici myslíme relativně dobře operacionalizovatelnou rovinu vnějších kritérií a znaků, efektu a procesu terapie. Jde např. o zkoumání příčin nedosažení dohodnutého cíle terapie či změny, zhoršení klientova stavu v důsledku terapie, neodstranění či nezmírnění symptomů, životní nepohody či utrpení, opakování typických chyb na straně terapeuta, špatné diagnostické rozvahy či léčebného postupu aj. Sem patří studie zaměřené na předčasné odchody z terapie – *dropouts* (např. Fierster a Rudestam, 1975; Backeland a Lundwall, 1975; Strupp, 1978; Pekarík, 1985; Wierzbicki a Pekarík, 1993; Pulford, Adams a Sheridan, 2007), případně na důležité znaky, resp. chyby v terapeutickém vztahu a procesu (Buckley, Karasu a Charles, 1979; Spitz, Kass a Charles, 1980; Chessick, 1971 aj.).

B. Zkoumáním (z) vnitřní pozice rozumíme výzkumy zaměřené na emoce, subjektivní prožitek terapeuta v průběhu terapie. Tento vnímaný nezdar nemusí korespondovat s vnější situací, byť se od ní odvozuje. Zjednodušeně řečeno: navenek se mnohdy nemusí „nic“ přihodit, a přesto (či právě proto) se terapeut může cítit jako selhávající. Tato oblast je zachycena v popisu pocitu nezdaru (*sense of failure*) z výzkumu Ho-

warda, Orlinského a Hilla (1969) či pocitu společného nezdaru (*sense of mutual failure*) z jiných studií týchž autorů (Hill, Howard a Orlinsky, 1970; Orlinsky, Howard a Hill, 1975). Dalšími příklady je pojetí nezdaru jako zastřešujícího konstruktů (*unitary construct*) v Mearnsově výzkumu (1990), kdy z 62 účastníků výzkumu 61 potvrdzovalo zkušenost a prožitek vlastního nezdaru; Deuschové (1984, 1985) zkoumání iracionálních a idealizovaných požadavků, jejichž nenaplnění vede k subjektivnímu prožitku nezdaru a selhání u terapeuta; výzkumy Farbera a Heifetze (1981, 1982) o stresujícím vlivu nedostatku terapeutického úspěchu, nenaplněných pocitů uspokojení a pochybnostech o smyslu vlastní práce či práce Thériaultové a Gazzoly (2008) zaměřená na pocity nekompetence (*feelings of incompetence*) a jejich vlivu na práci terapeuta atd. Z přímé klinické praxe vychází např. Chessick (1971), Casement (2002) a další, zejména psychodynamicky orientovaní autoři. Z domácí oblasti je tematicky blízko výzkum Šeblové, Kebzy a Vígnerové (2007), zaměřený na prožívání zátěže a stresu u pracovníků záchranných služeb, v němž kromě jiného jako nejvíce stresující faktor uvádějí smrt dětí či mladých lidí, kardiopulmonální resuscitaci, dále vztahy na pracovišti, chování pacientů a také zodpovědnost a bezmocnost v některých situacích, což jsou prožitky, které hrají podstatnou roli i v našem zkoumání.

V naší práci nezdar pojmáme a zkoumáme jako subjektivně vnímaný prožitek a vyhodnocení terapeuta spojené s vnější i vnitřní zátěží, které je terapeut vystaven a kterou musí zvládat. Buckley et al. (1979, s. 1580) zdůrazňují, že „*schopnost snášet nevyhnutelné emoční napětí, které je součástí terapeutické situace, je nepostradatelným znakem efektivní terapie a základem pro ustanovení terapeutické aliance*“. Pokud terapeut tuto zátěž, dle vlastního vyhodnocení, přiměřeně nezvládá či nemá k dispozici strategie a nástroje, které by mu k tomu pomohly, je vystaven intenzivním negativním

³ Důležitým zdrojem přehledných informací a odkazů na téma zátěže a jejího zvládnání (copingu) nám byly práce českých a slovenských autorů: Křivohlavého (2001), Fickové (1993 a, b), práce Blatného s Oseckou či Kohoutkem, Janušovou či Millovou (1998, 2002, 2008), Kebzy se Šolcovou (1999, 2010), Šolcové, Lukavského a Greenglassové (2006), kolektivu autorů ze sborníků Ruiselové (1994, 2006), práce Výrosta a Slaměníka (2001) aj.; ze zahraničních pak zejména přehledy Koslowského et al. (1995) či Snydera (1996).

emocím a zpochybnujícím úvahám, které snižují jeho pocit vlastní kompetence a významně ovlivňují jeho aktivitu, terapeutický proces a výsledek samotné terapie.

2. KDO PATŘÍ DO VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Druhou potíží při vytváření projektu byla otázka, koho zařadíme do zkoumaného vzorku. Vymezení kategorie „psychoterapeut“ je totiž (nejen) v ČR nesnadné a její hranice jsou teoreticky nejasné již vzhledem k samotnému vymezení oboru (už zmiňované inter- a transdisciplinaritě). Nemáme zákon o psychoterapii a neexistuje ani aktuální reprezentativní seznam psychoterapeutů (web České psychoterapeutické společnosti uvádí seznam psychoterapeutů ve zdravotnictví, který čítal k lednu 2010 celkem 81 kolegů, tištěný Seznam psychoterapeutů, vydaný toutéž ČPS r. 2002, zahrnující i kolegy mimo zdravotnictví, uvádí kolem 360 osob). Z výše uvedeného vyplývá, že vytvořit reprezentativní výzkumný vzorek je téměř nemožné.

Ztotožňujeme se s Eksteinem a Wallersteinem (1993), kteří říkají, že profesionální identita se začíná utvářet v průběhu výcviku, zrcadlí vnitřní zkušenost jedince a projevuje se společenským uznáním dotyčné osoby jako někoho, kdo patří k dané profesi. V našem výzkumu je jako psychoterapeut pojímán ten, kdo vystudoval medicínu, psychologii či některou z tzv. pomáhajících profesí, absolvoval či absolvuje Českou psychoterapeutickou společností akreditovaný výcvik a provádí psychoterapeutickou práci.

METODA

Popis souboru. Zkoumaný soubor tvořilo celkem 100 psychoterapeutů (45 mužů a 55 žen) s různým pregraduálním vzděláním (lékaři-psychiatri, psychologové, sociální pracovníci, speciální pedagogové, faráři), různým typem psychoterapeutického výcviku, variabilní terapeutickou modalitou a klientelou, v rozsahu 25–65 let věku a 1–40 let délky praxe (viz tabulka č. 1, údaje v %).

POSTUP VÝZKUMU

Cílem výzkumu bylo zjistit, co psychoterapeuti vnímají jako nezdar ve své praxi, jak tento vnímaný nezdar prožívají, jakými způsoby jej zvládají a v čem shledávají jeho příčiny na straně své a klientově. Pro vý-

Tabulka č. 1: Popis souboru

Pohlaví	
<i>muž</i>	45
<i>žena</i>	55
<i>Celkem</i>	100
Praktikovaný směr	
<i>psychoanalytické směry</i>	23
<i>SUR a psychodynamická pst</i>	15
<i>existenciální směry</i>	15
<i>PCA</i>	12
<i>eklektický a integrativní přístup</i>	12
<i>Gestalt</i>	7
<i>SUR a rodinná terapie</i>	7
<i>rodinná a systemická terapie</i>	5
<i>KBT</i>	3
<i>neudáno</i>	1
<i>Celkem</i>	100
Modalita	
<i>individuální pst</i>	49
<i>individuální a skupinová pst</i>	29
<i>individuální a rodinná pst</i>	13
<i>vše kombinováno</i>	5
<i>rodinná, párová a skupinová pst</i>	4
<i>Celkem</i>	100
Vystudovaný obor	
<i>psychologie</i>	48
<i>medicína</i>	29
<i>pomáhající profese</i>	23
<i>Celkem</i>	100
Klientela	
<i>neurotičtí a poruchy osobnosti</i>	47
<i>zdraví a neurotičtí</i>	15
<i>závislí a poruchy osobnosti</i>	14
<i>psychózy a těžší poruchy</i>	10
<i>zdraví</i>	8
<i>vše</i>	6
<i>Celkem</i>	100

Věk kategorizovaný	
25–35 let	25
36–45 let	36
46–65 let	38
Celkem	99
Průměr	43,8
Směr. odchylka	9,6
Délka praxe kategorizovaná	
do 5 let	15
6–15 let	47
16–25 let	26
26 a více	11
Celkem	99
Průměr	14,1
Směr. odchylka	8,9

zkumný projekt jsme zvolili metodu mapujícího, resp. přehledového průzkumu (Srnc, 2006).

Samo zvládání nezdaru jakožto zátěže jsme sledovali ve třech vzájemně provázaných fázích, a to v oblasti emocionálního prožitku, kognitivního zpracování a konace (zvolené pracovní strategie). To odpovídá i obecnému pojetí copingu jako „*průběžně se odehrávající kognitivní, behaviorální a emoční snahy člověka zvládnout vnější a vnitřní nároky, s kterými se střetává v rámci svého života v obklopujícím prostředí*“ (Šolcová et al., 2006, s. 146). Za tímto účelem jsme dle Schwartzova metodologického vymezení (Schwartz et al., 1999, dle Baumgartnera, 2001) sestrojili „dotazník nezdaru“, který má 5 částí (A–E): (A) zjištění vstupních dat o osobě psychoterapeuta; (B) otevřený inventář možných nezdaru a jejich posouzení terapeutem; (C) popis terapeutových reakcí na vlastní, konkrétní prožitek nezdaru (na úrovni emocí, kognicí a konací). Tyto reakce terapeut vyhodnocuje ze tří pozic dle toho, zda příčiny nezdaru přisuzuje sobě, klientovi či vnějšímu okolí; (D) terapeutovy úvahy o předpokládaných příčinách nezdaru (a to ze strany terapeuta i klienta) a (E) terapeutovo posouzení vlastní a klientovy odpovědnosti za nezdar terapie,

uvedení vlastního největšího nezdaru, co mu pomohlo jej zvládnout a posouzení vlivu vlastní víry, přesvědčení a hodnot na zvládání nezdaru.

Jako druhá metoda byla použita Existenciální škála – ESK autorů Laengleho et al. (2001), a to její dvě stupnice: Svoboda a Odpovědnost. Zde jsme zjišťovali, zda odpovědnost za nezdar v terapii v části E našeho dotazníku koreluje s výsledky dosaženými standardizovanou ESK.

Pro sestavení skupiny respondentů jsme použili metodu lavinového výběru/sněhové koule, která je v našem výzkumu kombinací záměrného a příležitostného výběru (Miovský, 2006). Písemným oslovením členů odborných společností, osobním předáním dotazníků na jednotlivých pracovištích či předáváním a „nabalováním“ na odborných profesních akcích jsme získali zkoumaný vzorek (od celkově oslovených asi 300 psychoterapeutů jsme získali 100 zpracovatelných dotazníků). Z hlediska profesionální etiky byli respondenti informováni o účelu výzkumu a použití získaných dat, výzkum byl anonymní a dobrovolný. Pokud někteří uvedli své identifikační údaje, byla při zpracování výsledků tato data anonymizována a všem účastníkům byla nabídnuta možnost kontaktovat zadavatele v případě, že chtějí být seznámeni s výsledky výzkumu.

METODY ANALÝZY

Výroky psychoterapeutů týkající se prožívání a zvládání nezdaru v „dotazníku nezdaru“ jsme zpracovávali obsahovou analýzou. Ta měla dvě fáze: v první šlo o prostou frekvenční analýzu jednotlivých typů výroků a výpovědí (každý psychoterapeut jich mohl na jednu otázku či tvrzení poskytnout více, a proto v tabulkách uvádíme procentuální četnosti těchto odpovědí z jejich celkové sumy), v druhé byly tyto výroky a výpovědi seskupovány do významově zastřešujících kategorií. Zjišťování vlivu jednotlivých proměnných – hypotetických prediktorů (pohlaví, věku, pregraduálního vzdělání, praktikovaného terapeutického směru

a let praxe) na dílčí fáze procesu zvládnutí prožívaného nezdaru (tedy na emoce kognice a konace terapeuta) jsme zkoumali deskriptivní statistikou, analýzou rozptylu a srovnáváním průměrů (ANOVA). Korelační analýzou jsme zjišťovali vztah mezi prožívanou odpovědností za nezdar v terapii, jak byla skórována na škále v našem „dotazníku nezdarů“, a hodnotami získanými na stupnicích Svobody a Odpovědnosti v standardizované Existenciální škále frustrace (ESK). Výpočty byly provedeny PC programem SPSS 17.

VÝSLEDKY

1. **Inventář nezdarů.** V tabulce č. 2 jsou deskriptivní statistikou uspořádány výsledky z navrženého inventáře nezdarů (část B v „dotazníku nezdarů“), v němž psychoterapeuti hodnotili, zda daný výrok (fenomén) považují za nezdar a zda a jak často se s ním ve vlastní praxi setkali.

Z řazení výsledků vyplývá, že 68 % psychoterapeutů považuje suicidium za nezdar v psychoterapii (a ve své praxi jej zažilo 30 terapeutů ze zkoumaného vzorku). Podobně silný náboj nese i přetrvávající zhoršení

klientova stavu a vztahu k sobě samému či okolí během terapie, případně ukončení terapie proti mínění terapeuta. Mezi psychoterapeuty není v hodnocení těchto situací statisticky signifikantní rozdíl dle pohlaví, věku, vzdělání či typu výcviku.

2. **Emoce, kognice a konace terapeuta při prožívání nezdarů** (část C „dotazníku nezdarů“). V této části dotazníku psychoterapeut odpovídá na to, co cítí, co si myslí a jak koná v případě, že příčinu nezdaru shledává spíše u sebe, klienta či vnějšího okolí. (Terapeut mohl vyjádřit vždy více druhů emocí, kognicí a konací, a proto jsou v grafech zachyceny vždy jejich relativní četnosti výskytu v procentech.)

a) Při zjišťování, jakými emocemi na prožitek konkrétního nezdaru psychoterapeuti nejčastěji reagují, jsme získané odpovědi rozčlenili obsahovou analýzou do šesti kategorií. Vyplývá z nich, že nezdar je prožíván jako silná psychická zátěž a je spojen s intenzivními emocemi: vztekem a zlobou, obavami a úzkostí, lítostí a smutkem, rezignací a bezmocí, pocitem viny a pochybnostmi o sobě (své kompetenci a sebeúčinnosti) a smyslu vlastní práce. Intenzita prožíva-

Tabulka č. 2: Inventář nezdarů

Inventář potenciálních nezdarů	Vnímá jako nezdar (relativní četnost výskytu v %)	Průměrná intenzita (na škále 1–10)*	Směr. odchyl.
Suicidium klienta v průběhu či krátce po ukončení terapie	68	1,4	0,61
Přetrvávající zhoršení klientova postoje k sobě samému při ukončování terapie	68	2,1	1,45
Přetrvávající zhoršení klientových sociálních vztahů a vazeb při ukončování terapie	57	2,5	1,57
Předčasné ukončení terapie z rozhodnutí klienta proti mínění terapeuta	54	3,1	1,78
Přetrvávající zhoršení klientovy tělesné symptomatiky při ukončování terapie	49	2,6	1,68
Zhoršení klientova postoje k sobě samému v průběhu terapie	31	3,4	2,00
Předčasné ukončení terapie z rozhodnutí terapeuta	30	1,9	1,23
Dosažení zvoleného cíle psychoterapie bez překonání či změny osobního patologického, maladaptivního postoje	26	3,7	2,01
Kritika či destrukce terapie nebo kvalit terapeuta po celou dobu terapie	26	2,4	1,61
Předčasné ukončení terapie z rozhodnutí klienta a se souhlasem terapeuta	14	3,3	1,72
Zhoršení klientovy tělesné symptomatiky v průběhu terapie	11	4,7	2,23
Zhoršení klientových sociálních vztahů a vazeb v průběhu terapie	11	4,0	1,98
Předčasné ukončení terapie v důsledku vnějších okolností mimo rámec terapie	7	3,3	1,81
Po proběhnutí terapii se klient chce po čase do terapie vrátit	6	3,9	2,01

* 1 = „nezažívám nikdy“, 10 = „zažívám velmi často“

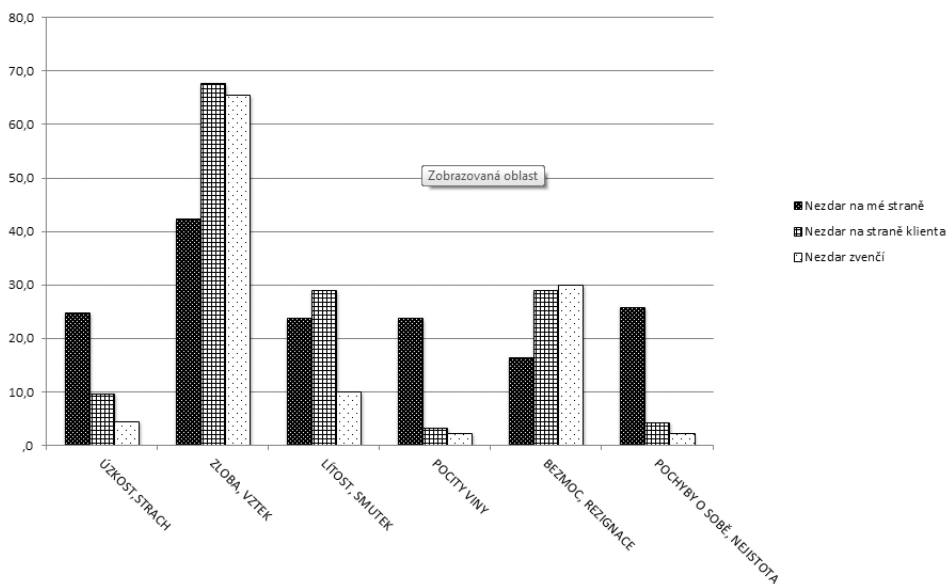
ných pocitů se liší dle toho, komu psychoterapeut subjektivně přisuzuje příčinu nezdaru – zda sobě, klientovi nebo vlivu vnějšího okolí.

Nejsilnější emocí při prožívání nezdaru je jednoznačně zloba, vztek. Nejvíce ji psycho-

výroků do 10 kategorií a opět jsme je sledovali ze třech rovin posuzování, tedy podle toho, kde terapeut shledává důvody nezdaru (zda u sebe, u klienta či jej přisuzuje vlivu vnějšího okolí).

Nejužívanější kognitivní strategie, které psychoterapeuti uplatňují v případech vní-

Graf č. 1: Emocionální prožívání nezdaru (%)



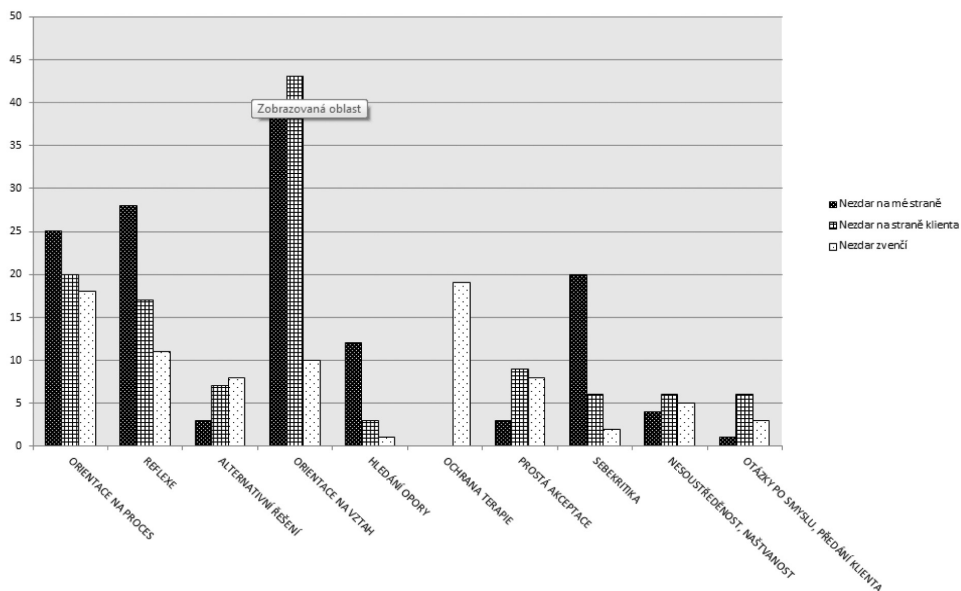
terapeuti prožívají, pokud nezdár připisují klientovi, případně vnějšímu okolí. S pocity vzteku se u psychoterapeutů v situaci, kdy příčiny nezdaru připisují sobě, často pojí úzkosti a obavy, případně pocity viny, pochybnosti o sobě samém, soucit a smutek, v důsledku až rezignace a bezmoc. V případě, že odpovědnost za nezdár psychoterapeuti přisuzují klientům, je se vztekem často spojen pocit lítosti a smutku, případně bezmoci a rezignace. Pokud odpovědnost za nezdár psychoterapeuti připisují vnějšímu okolí, jsou nejsilnějšími emocemi zloba a vztek na toto okolí, bezmoc a rezignace, případně smutek a lítost.

b) Při zkoumání, které kognitivní strategie psychoterapeuti k zvládnutí konkrétního nezdaru nejčastěji užívají, jsme obsahovou analýzou sdružili nejfrekventovanější typy

maného nezdaru, jsou spojeny s orientací na terapeutický vztah a proces, reflexí a sebereflexí, případně hledáním opory (sociální opory v rámci profese a mezilidských vztahů). Psychoterapeuti také kladou důraz na ochranu procesu terapie, pokud jej vnímají jako ohrožený z vnějšku (rodina, příbuzní, zaměstnavatel...). Z negativních inhibujících strategií jde zejména o sebekritiku. Defenzivní strategie kognitivního úniku či popření jsou zastoupeny minimálně a domníváme se, že jde pravděpodobně o osobnostní problematiku dotyčného terapeuta, ne však o obecný styl terapeutické práce.

c) Při otázce, jaké jsou nejčastější další strategie zvládnání (konace), které psychoterapeut zvolí při prožitku konkrétního nezdaru, jsme získané odpovědi obsahovou analýzou sjednotili do 9 kategorií a opět v grafu

Graf č. 2: Kognitivní strategie zvládání (%)

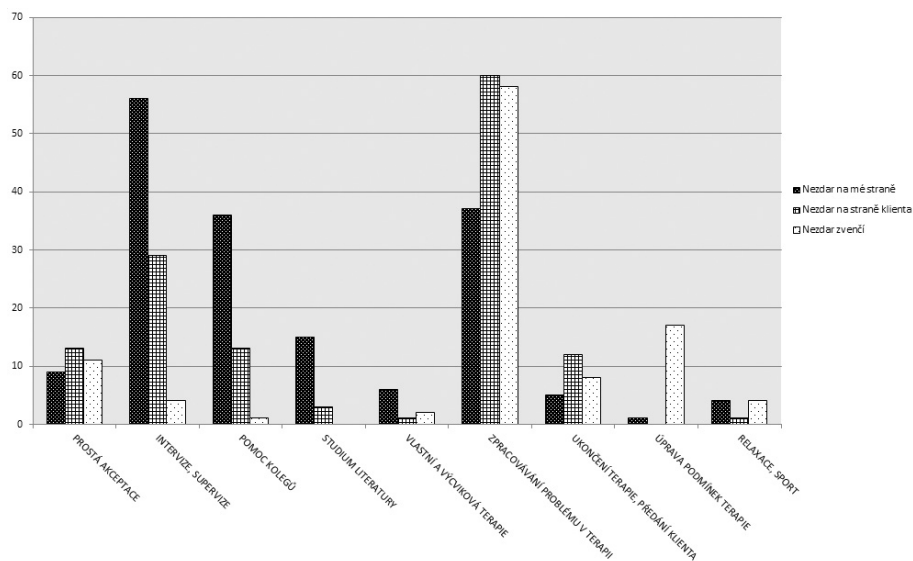


rozlíšili dle toho, u koho psychoterapeut nalézá a komu přisuzuje příčinu nezdaru (zda sobě, klientovi či vlivu vnějšího okolí).

V následném konání či chování psycho-

terapeuti nejčastěji využívají strategií reflexe a zpracování (probrání) problému přímo s klientem, anebo intervizi, supervizi a pomoc kolegů (jinak řečeno sociální opo-

Graf č. 3: Konace (zvolené strategie zvládání v %)



ru) v případech, že příčiny nezdaru přisuzují sobě. V případě, že příčiny a důvody nezdaru připisují klientovi či vnějšímu okolí, významně klesá užítí sociální opory, psychoterapeuti se spoléhají více na vlastní zdroje (probrání problému s klientem, prostá akceptace). Pokud vidí příčinu nezdaru ve vnějších vlivech, zaměřují se více na ochranu procesu a bezpečí v terapeutické situaci, upravují podmínky terapie. Zjistili jsme, že mladší kolegové se v situaci nezdaru více obrací k sociální opoře (intervize, supervize, konzultace s kolegy, vlastní terapie), zatímco starší kolegové se více spoléhají na vlastní zdroje – (sebe)reflexi.

3. Důvody nezdaru. V části D „dotazníku nezdaru“ je psychoterapeut vyzván, aby se pokusil formulovat, jaké jsou dle jeho mínění důvody nezdaru v situaci, kdy za nezdar činí odpovědným sebe (tab. č. 3), a v situaci, kdy odpovědnost za nezdar přisuzuje klientovi (tab. č. 4).

Důvody nezdaru, pokud je psychoterapeut přisuzuje sobě, jsme obsahovou analýzou

a) Tabulka č. 3: Důvody nezdaru na straně terapeuta

Důvody na straně terapeuta	Relativní četnost (v %)
technicko-profesionální nedostatky / psychoterapeutické zručnosti	43
nedostatečná motivovanost, vyladění	41
osobnostní charakteristiky (omnipotence, netrpělivost...)	30
protipřenos	29

b) Tabulka č. 4: Důvody nezdaru na straně klienta

Důvody na straně klienta	Relativní četnost (v %)
nedostatečná motivovanost	46
strach ze změny	34
klientovo chování, diagnóza	29
nereálná očekávání	22
vztahové fenomény	7

roztřídili do 4 kategorií: 1. technicko-profesionální nedostatky, resp. nedostatečné psychoterapeutické zručnosti (v oblasti vzdělání, znalostí, erudice, informací); 2. protipřenosové fenomény (přímo tak terapeuti nazvané; jde o emoce a postoje ke kli-

entovi, které vznikly v průběhu samotné terapie); 3. nedostatečná motivovanost (např. nedostatečné vyladění na klienta, nedostatek zaujetí pro práci s daným klientem či naopak obavy z klienta či jeho potíží a stavu; lze uvažovat o protipřenosu v nejšířším slova smyslu); 4. vlastní, terapii ovlivňující osobnostní charakteristiky terapeuta (omnipotence, grandiozita, úzkostnost, netrpělivost aj.).

Obsahovou analýzou jsme v případě, že důvody nezdaru přisuzuje psychoterapeut klientovi, rozlišili dle 5 kategorií výroků: 1. nedostatečná motivovanost klienta pro terapii; 2. strach ze změny (a z toho, co přináší); 3. klientovo chování, resp. diagnóza (tedy vážnost či specifická klientových potíží spolu s jejich projevy); 4. nereálná klientova očekávání od terapie či terapeuta. Někteří terapeuti explicitně uvedli 5., že nezdar je vždy vztahová záležitost (je věcí či funkcí vztahu) a klient tak reaguje na kvality a charakteristiky vztahu s terapeutem.

4. Významný nezdar a jeho zvládnání.

V části E našeho dotazníku byli psychoterapeuti požádáni, aby uvedli významný nezdar ze své terapeutické praxe a také to, co jim pomohlo jej zvládnout. Tato část dotazníku je explicitně zaměřena na vlastní copingové strategie terapeutů.

Obsahovou analýzou výpovědí psychoterapeutů jsme rozlišili 4 kategorie prožitých významných nezdarů, a to neproduktivní te-

a) Tabulka č. 5: Významný nezdar

Prožitý významný nezdar	Relativní četnost (v %)
neproduktivní terapie, nedostatek úspěchu	28
klientova nespokojenost, agrese	26
předčasný odchod z terapie	25
suicidální pokus klienta	13

rapii (selhávající terapeutovo úsilí, terapie bez dosažení stanovených cílů či změn), klientovu projevanou nespokojenost a (verbální) agresi, předčasný odchod z terapie či suicidium.

Nejúčinnějšími strategiemi, které terapeuti používají při zvládnání prožitého nezdarů,

b) Tabulka č. 6: Zvládání významného nezdaru.

Zvládání prožitého nezdaru	Relativní četnost (v %)
reflexe, sebereflexe	46
intervize, supervize	43
kolegové a blízcí	24
vlastní či výcviková terapie	8
probírání s klientem a jeho příbuznými	5
relaxace, sport, koníčky	4
modlitba	2
zůstalo mi to	1

je reflexe a sebereflexe či složky sociální opory (intervize, supervize, kolegové a blízké osoby), případně vlastní terapie. Drtivá většina terapeutů má osvojeny aktivní strategie zvládání nezdaru.

5. Korelace „dotazníku nezdaru“ a Škály ESK. Mezi prožíváním odpovědnosti za nezdar prováděné psychoterapie v našem dotazníku a Odpovědností a Svobodou dle Škály ESK jsme korelační analýzou neprokázali žádnou souvislost. Škála ESK měří jiný, specifický, existenciálně laděný konstrukt a nekoreluje s terapeutickou odpovědností, skórováním samotnými terapeuty v našem „dotazníku nezdaru“. Naše hypotéza, že terapeuti skórující více na škále Odpovědnosti ESK budou také více prožívat odpovědnost za nezdar než terapeuti skórující na škále Svobody, se použitými metodami neprokázala.

6. Hodnoty, přesvědčení a/či víra při zvládání prožívaného nezdaru. Hodnotový systém a různá osobní přesvědčení jsou důležitým copingovým zdrojem pro 76 % psychoterapeutů, dalších 17 % psychoterapeutů explicitně uvedlo svou víru či náboženské přesvědčení jako významný copingový zdroj. Pomáhají terapeutům (dle jejich vlastních výroků) unést některé aspekty zátěže a nezdaru tím, že jsou zdrojem naděje, důvěry a útěchy, tlumí či vyvažují vliv některých osobnostních charakteristik (jsou v kontrastu k omnipotenci a grandiozitě, pomáhají snášet relativitu a omezení lidského života, úzkosti a bezmoc). Pro 7 % psychoterapeutů nemá či nemá mít sys-

tém hodnot, přesvědčení a/či víra roli při zvládání vnímaného nezdaru, což někteří dovozují vlastním přesvědčením, že proces psychoterapie nemá být, pokud možno, těmito skutečnostmi kontaminován, neb to posiluje klientovu závislost na terapeutovi a nepřispívá ke klientovu autonomnímu vývoji.

7. DALŠÍ VÝSLEDKY

Při zjišťování, zda existují rozdíly v pojetí, prožívání a zvládání nezdaru, které by byly dány pohlavím, věkem, pregraduálním studiem, praktikovanou terapeutickou metodou, lety praxe či typem výcviku, jsme analýzou rozptlyli a srovnáním průměrů zjistili „pouze“ dva závažné poznatky:

Při zkoumání vztahů mezi pocity spojenými s prožívaným nez darem a věkem psychoterapeutů se ukázal signifikantní rozdíl v prožívání a zpracovávání pocitů bezmoci a rezignace mezi psychoterapeuty dle dosaženého věku a délky praxe v situaci, kdy psychoterapeut důvody nezdaru připisuje sobě (viz tabulka č. 7).

Tabulka č. 7: Věk a délka praxe vs. bezmoc a rezignace

Cítí bezmoc a rezignaci?		Věk	Délka praxe
NE	Mean	44,68*	14,69**
	N	81	80
ANO	Mean	38,67*	10,75**
	N	15	16
Celkem	Mean	43,74	14,03
	N	96	96

* Studentův T-test ($t = 2,625$, hladina významnosti = 0,015) ukazuje rozdíl mezi skupinou, která prožívá bezmoc a rezignaci, a těmi, kdo takové pocity neprožívají – skupina prožívající bezmoc a rezignaci je v průměru významně mladší. Tento rozdíl se nevztahuje na délku praxe.

** Studentův T-test ($t = 2,254$, hladina významnosti = 0,031) ukazuje druhý rozdíl mezi skupinou, která prožívá bezmoc a rezignaci, a těmi, kdo takové pocity nemají – skupina prožívající bezmoc a rezignaci má kratší délku praxe.

Získané výsledky prokazují, že chronologický věk psychoterapeuta a délka jeho praxe napomáhají k snížení pocitů bezmoci a rezignace v případě prožívání nezdaru

a naopak: mladší psychoterapeuti s kratší délkou praxe jsou více vystaveni pocitům bezmoci a rezignace v případech subjektivně prožívaného nezdaru, resp. v situaci prožívané zátěže. Toto zjištění koresponduje s poznatkem v bodu 2c, že mladší kolegové více volí strategie sociální opory a starší spíše (sebe)reflexi.

Při zkoumání vztahu mezi pocity při prožívání nezdaru, jehož důvody shledávají terapeuti na své straně, a jejich pohlavím jsme zjistili naznačený rozdíl mezi muži a ženami v prožívání úzkosti a obav (viz tabulka č. 8).

Tabulka č. 8: Gender a úzkost

Pohlaví	Muž	Žena	Fisherův exaktní test, p jednostranně	Celkem – v obou skupinách
úzkost, strach	16 %	32 %	.054	25 %
zloba, vztek	48 %	38 %	.216	42 %
lístost, smutek	18 %	28 %	.177	24 %
vína	23 %	25 %	.514	24 %
bezmoc, rezignace	18 %	15 %	.445	16 %
pochyby o sobě, nejistota	30 %	23 %	.294	26 %
N	44	53		97

Z tabulky vyplývá, že ženy pocítují více obav a úzkostí při prožívání nezdaru než muži (naznačená signifikance), zatímco muži častěji než ženy prožívají zlobu a vztek (byť nejde o signifikantní významnost). V jiných kategoriích emocí, prožívaných při nezdaru, jsme, jak vyplývá z tabulky, žádný signifikantní rozdíl daný pohlavím respondentů neprokázali.

DISKUSE

V naší práci jsme zjišťovali, které situace psychoterapeuti vnímají jako nezdar, jak jej emocionálně prožívají, kognitivně zpracovávají a jak následně pokračují v terapeutické práci; jaký největší nezdar prožili a co jim pomohlo jej zvládnout, v čem vidí příčiny nezdaru na své a v čem na klientově straně, a to na základě vlastních, konkrétních zkušeností. Ačkoli jsme pracovali metodou lavinového výběru/sněhové koule, spojenou s nemožností sestavit reprezentativní soubor, domníváme se, že zkoumaný vzor

rek 100 psychoterapeutů má dostatečnou statistickou sílu, umožňující vést jisté zobečňující úvahy. Další námitkou může být taktéž omezená výpovědní hodnota u self-report metodologií: zda si je schopna dotyčná osoba některé věci, na něž se ptáme, uvědomit, připustit a sdělit; svou roli hraje vnímaná sociální žádoucnost a stud, vztah k výzkumníkovi a rozdílná teoretická paradigma terapeutických škol. I proto jsme se snažili validitu našeho dotazníku posílit konzultací jednotlivých položek a jeho částí s nezávislými výzkumníky a předvýzkumem u 15 respondentů.

Z výsledků vyplývá, že jako nezdar vnímá a hodnotí většina terapeutů takové důsledky své práce, které jdou proti vlastnímu smyslu terapie (ať je jím léčba, pomoc, podpora, osobnostní rozvoj aj.). Jsou to situace, v nichž terapeut prožívá své selhání, nenaplnění skutečných nebo subjektivně vnímaných nároků a očekávání spojených se svou profesionální rolí, což významně ohrožuje jeho sebehodnocení, sebeúčinnost a kompetenci. Jde zejména o suicidium klienta a přetrvávající zhoršení klientova postoje k sobě samému při ukončování terapie (shodně 68 % terapeutů), přetrvávající zhoršení klientových sociálních vztahů a vazeb při ukončování terapie (57 %), předčasné ukončení terapie proti mínění terapeuta (54 %) a přetrvávající zhoršení tělesné symptomatiky při ukončování terapie (49 % terapeutů). Nejvíce emocionálně „nabitě“ se jeví suicidium: 32 % psychoterapeutů nepokládá suicidium za nezdar a 68 % ano; zároveň někteří terapeuti dopisovali na škálu 1–10 neexistující „0“, aby zvýraznili, že suicidium ve své praxi nezažili (to už se u žádné další položky neopakovalo: přitom nulový výskyt je na škále pod stupněm „1“). Zajímavé srovnání umožňuje Deutschová (1984), v jejímž výzkumu 61 % psychoterapeutů považovalo za největší stresor možnost klientova suicidia. Uvádí rovněž, že 59 % psychoterapeutů hodnotilo jako významný stresor svou neschopnost pomoci aktuálně distresovanému klientovi

či nedostatek pokroku v terapii (50 %), pro 58 % byla zátěží klientova agresivita a zlost na terapeuta. Byť nelze položit rovnítko mezi stresor a nezdar, ukazuje se, že suicidium a terapie, vnímaná jako neproduktivní či neúspěšná, jsou pro terapeuty mimořádnou zátěží. Zároveň je zřetelné, že „nejsilnější“ nezdarci mají nejnižší četnost výskytu a že jde o situace mimořádné.

Zjistili jsme, že chronologický věk (stáří) terapeuta a délka jeho praxe napomáhají ke snížení výskytu pocitů bezmoci a rezignace v případech prožívaného nezdaru. Dosažené výsledky nás vedou k hypotéze, že jak erudice, tak i chronologický věk jsou důležité proměnné, které jsou spojeny s jistou životní zralostí a tolerancí k nezdaru (neúspěchu, selhání) ve smyslu realističtějších očekávání a nároků psychoterapeuta k sobě či klientovi. To by mohlo být jedním z vysvětlení, proč se mladší kolegové při prožívání nezdaru cítí bezmocněji a rezignovaněji než kolegové starší; volba sociální opory (supervize, intervize, pomoc kolegů, vlastní terapie) je u mladších psychoterapeutů logická a plně na místě. Druhým zjištěním je, že ženy-psychoterapeutky prožívají při nezdaru častěji než muži-psychoterapeuti obavy a úzkosti, naproti tomu muži prožívají častěji zlobu a vztek (byť jde pouze o naznačenou signifikanci). Je otázkou, zda jde o genderovou specifitu ve smyslu očekávatelné ženské vnímavosti, citlivosti, „mateřskosti“ oproti mužské „tvrdošti“. V této souvislosti je zajímavá přehledová studie Languaové a Stormshakové (2000). Uvádějí výzkumy, dle nichž ženy upřednostňují strategie sociální opory a coping zaměřený na emoce a vyhnoutí více než muži, což podle nich může souviset se sociokulturními nároky a očekávanými: gender predikuje užití typu copingových strategií.

Z dalších výsledků vyplývá, že terapeuti jsou racionálně kritičtí v posuzování svých a klientových důvodů, které hrají roli v případném nezdaru. To, že vnímají své nedostatky v oblasti nedostatečné psychoterapeutické zručnosti (technicko-profesionálních

nedostatků), motivovanosti, osobnostních charakteristik a protipřenosových fenoménů, poukazuje na důležitost, potřebnost a možnosti dalšího vzdělávání a výchovy psychoterapeutů.

Zvládnání zátěže v kategoriích copingových strategií je popisováno jako coping orientovaný na problém či na emoce (Lazarus a Folkmannová, 1984), coping orientovaný na problém, emoce či vyhnutí (Endler a Parker, 1990), strategie orientované na řešení problému, sociální oporu či vyhnutí se (Amirkhan, 1990) aj. Na základě dosažených výsledků lze hovořit o tom, že terapeuti při vyhodnocování a zvládnání zátěže mají osvojeny a používají více produktivní, aktivní strategie spojené s orientací na problém a vyhledávání sociální opory, v minimální míře defenzivní strategie přepnutí, úniku, vyhnutí. Ve srovnání s rozdělením, které používá Tobinův inventář strategií zvládnání CSI (Tobin et al., 1984, dle Blatného a Osecké, 1998), je možné hovořit o tom, že terapeuti při prožívání a zvládnání negativních emocí neuvírají ve své většině odklonové strategie (vyhýbání se problému, fantazijní únik), ale příklonové strategie, kam patří sociální opora, řešení problému a kognitivní restrukturační. Tento poznatek je potřeba věrohodně ověřit a prozkoumat, případně porovnat s jinými profesemi.

Důležitou otázkou je vliv osobnostních proměnných u osob, které si zvolily dráhu pomáhajících profesí, zejména profesi psychoterapeuta. Osobnost psychoterapeuta a jeho osobnostní dispozice můžeme považovat za interferující proměnnou z hlediska jak pre-profesionálního (kdo jsou ti, kteří si tuto práci vybírají), tak profesionálního vývoje (jak jsou ovlivňováni teoretickými paradigmaty daného psychoterapeutického směru, vlastní tréninkovou terapií, svými lektory, trenéry apod.). Těto oblasti jsme se sice explicitně nevěnovali, přesto však na její důležitost samotní respondenti poukázali (vliv osobnostních charakteristik terapeuta a protipřenosu na prožívání nezdaru). Jiným důležitým zjištěním je, že pro celkem

93 % psychologů hraje systém hodnot, přesvědčení a/či vlastní víra důležitou roli při zvládnání prožívaného nezdaru (víru či náboženského přesvědčení uvedlo explicitně 17 % psychologů). Pro 7 % psychologů přesvědčení a/či víra nehrají či nemají hrát roli ve zvládnání nezdaru, neb klient by neměl být dle nich indoktrinován hodnotami či vírou psychologa. Jde však o jinou oblast uvažování: v našem dotazníku zjišťujeme, zda psycholog sám pro sebe používá „coping smyslem“, zda hodnoty, přesvědčení a víra jsou pro něj samého copingovým zdrojem, ne zda je nabízí či „dává“ klientovi (přesto je připomínka o nebezpečích indoktrinace v psychoterapii platná).

Ve zkoumaném vzorku jsme (kromě uvedeného vlivu věku a délky praxe, resp. pohlaví terapeuta) nezjistili jiné statisticky signifikantní rozdíly v prožívání a zvládnání nezdaru u psychologů, dané pregraduálním studiem, druhem terapeutického výcviku či typem klientely. To neznamená, že by takovéto rozdíly nemohly existovat: danou metodologií, zvolenými metodami a při nereprezentativním zkoumaném vzorku jsme však pravděpodobně nemohli další významné rozdíly zachytit.

ZÁVĚR

Profese psychologa, obor psychoterapie a její praktikování jsou specifické tím, že mnohem více než s tzv. vnější realitou života našich klientů pracujeme s tzv. realitou vnitřní, subjektivitou člověka, jeho vnitřním prožitkem a reprezentacemi světa vnějšího: tato (spolu)práce probíhá v terapeutickém vztahu a zároveň se nás (psychologů) vnitřně dotýká. Z toho vyplývá, že nezdár je fenomén, který je psychologem prožíván jako skutečný i tehdy, když jej druhá strana – klient či vnější pozorovatel – nevnímá, anebo se ani neděje, např. v případě vysokého, strnulého, nárokujícího *Ego-ideálu* a trestajícího *Nad-já*, v případě narcistické nerovnováhy – křehké sebeúcty – terapeuta, při neurotic-

kém zkruslení apod. (Schmidbauer, 2000). Samotný výkon profese, a zvláště nezdár v psychoterapii, je psychologem prožíván jako zátěž (a to zejména u mladých a začínajících terapeutů): ve své praxi jsou vystaveni namnoze idealizovaným, a přesto požadovaným nárokům své profese, svých klientů (vážnost jejich potíží, agresivita, psychotické chování, ohrožování života svého či druhých, odmítání, kriminální činy, nátlak), jejich blízkých či okolí, ale zároveň i svým vlastním emocím, pochybnostem, deficitům a vnitřním konfliktům (Deutschová, 1984). Problémy plynoucí z těchto kumulujících se zátěží jsou málo zkoumány a reflektovány. Prostor k tomu se ponějvíce otvírá ve vzdělávacím procesu psychologických institutů – v tréninkové terapii, teorii a supervizi – a v dalších odborných aktivitách. Chessick (1971, s. 19) říká, že „z mnoha různých faktorů, které způsobují nezdár (failure) v psychologické práci, je jeden, který se dá ošetřit nejsnáze, a tím je psychologický prostor psychologů“.

Zároveň však platí i to, že nezdár sám může být a často i je důležitým momentem v procesu učení a profesionálního zrání terapeuta, tak jako tomu koneckonců bylo u Freuda a jeho pacientky Dory. Ten, kdo nedělá žádné chyby, je potenciálně nebezpečnějším terapeutem než terapeut, který chybí, je schopen své chyby vnímat a připustit a posléze se z nich i učit. To sděluje i starší a zkušenější terapeut začínajícím kolegům: „*Totální mistrovství v umění psychoterapie nelze nikdy trvale dosáhnout. Chyby jsou nevyhnutelné, ale je potřeba je vidět spíše jako příležitost se učit než jako základ pro sebeobviňování...*“ (Kovitz, 1998, s. 105).

Na závěr je třeba zdůraznit, že v našem výzkumu jsme se primárně a explicitně věnovali zejména zátěžovému, negativním prožitkovým fenoménům psychologů a tomu, jak je zvládají. Kromě uvedených zjištění a možných hypotéz však zažívají psychologové pocity satisfakce, radosti a smysluplnosti, zvláště pokud jim jejich práce přináší naplnění, úspěch a uznání. Byť

jsme tuto dimenzi psychoterapeutické práce nezkoumali, předpokládáme, že právě ona patří mezi základní copingové zdroje při zvládnání nesnází, zátěže a nezdaru, s kterými je práce psychoterapeutů spojena.

LITERATURA

- Amirkhan, J. H.: A factor analytically derived measure of coping: The coping strategy indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1990, 1066-1074.
- Antonovsky, A.: *Health, stress, and coping*. San Francisco, Jossey-Bass, 1979.
- Baekeland, F., Lundwall, L.: Dropping out of treatment. A critical review. *Psychological Bulletin* 82, 1975, 738-783.
- Balcar, K.: Životní smysluplnost a osobnost. *Československá psychologie* 39, 1995, 6, 496-502.
- Bandura, A.: Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist* 37, 1982, 2, 122-147.
- Baumgartner, F.: Zvládanie stresu – coping. In: Výrost, J., Slaměnk, I. (Eds.): *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha, Grada 2001, 191-208.
- Blatný, M., Osecká, L.: Zdroje sebehodnocení a životní spokojenosti: osobnost a strategie zvládnání. *Československá psychologie* 42, 1998, 5, 385-394.
- Blatný, M., Kohoutek, T., Janušová, P.: Situačně kognitivní a osobnostní determinanty chování v zátěžové situaci. *Československá psychologie* 46, 2002, 2, 97-108.
- Buckley, P., Karasu, T. B., Charles, E.: Common mistakes in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 136, 1979, 12, 1578-1580.
- Casement, P.: *Learning from our mistakes. Beyond dogma in psychoanalysis and psychotherapy*. London, Routledge 2002.
- Deustch, C.J.: Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice* 15, 1984, 6, 833-845.
- Deutsch, C.J.: A survey of therapists' personal problems and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice* 16, 1985, 305-315.
- Dweck, C.S.: *Self-Theories: Their Role in Motivation, Personality and Development*. Philadelphia, Taylor and Francis 1999.
- Ekstein, R., Wallerstein, R. S.: *Výučba a výcvik v psychoterapii*. Bratislava, Veda 1993.
- Endler, N. S., Parker, D. A.: Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personal and Social Psychology* 58, 1990, 5, 844-854.
- Eysenck, H. J.: The effects of psychotherapy. An evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 16, 1952, 310-324.
- Farber, B. A., Heifetz, L. J.: The satisfactions and stresses of psychotherapeutic work: A factor analytic study. *Professional Psychology* 12, 1981, 5, 621-630.
- Farber, B. A., Heifetz, L. J.: The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional Psychology* 13, 1982, 2, 293-301.
- Ficková, E.: Determinanty zvládnania stresu: I. Teoretické prístupy. *Československá psychologie* 37, 1993a, 1, 37-46.
- Ficková, E.: Determinanty zvládnania stresu: II. Metodologické problémy. *Československá psychologie* 37, 1993b, 2, 129-138.
- Fiester, A. R., Rudestam, K. E.: A multivariate analysis of the early dropout process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43, 1975, 528-535.
- Fonagy, P., Target, M.: *Psychoanalytické teorie*. Praha, Portál 2005.
- Freud, S.: *Vybrané spisy II-III*. Praha, Avicenum a Universe 1993.
- Halama, P.: Teoretické a metodologické prístupy k problematike zmyslu života. *Československá psychologie* 44, 2000, 3, 216-236.
- Hill, J. A., Howard, K. I., Orlinsky, D. E.: The therapist's experience of psychotherapy: Some dimensions and determinants. *Multivariate Behaviour Research* 1970, 5, 435-451.
- Howard, K. I., Orlinsky D. E., Hill, J. A.: The therapists' feelings in the therapeutic process. *Journal of Clinical Psychology* 83, 1969, 83-89.
- Chessick, R. D.: *Why psychotherapists fail*. New York, Science House 1971.
- Kebza, V., Šolcová, I.: Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenčné možnosti. *Československá psychologie* 42, 1998, 5, 429-448.
- Kebza, V., Šolcová, I.: Syndrom vyhoření, vybrané psychologické proměnné a rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. *Československá psychologie* 54, 2010, 1, 1-16.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., Kahn, S.: Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology* 42, 1982, 168-177.

- Koslowsky, M., Kluger, A. N., Reich, M.: *Commuting stress: causes, effects and methods of coping*. New York, Plenum 1995.
- Kovitz, B.: To a beginning psychotherapist: How to conduct individual psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 52, 1998, 1, 103-115.
- Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví*. Praha, Portál 2001.
- Lazarus, R. S., Folkman, S.: *Stres, appraisal and coping*. Springer, New York 1984.
- Laengle, A., Orgler, C., Kundi, M.: *ESK-Existenciální škála*. Praha, Testcentrum 2001. *Překlad a úprava K. Balcar*.
- Lengua, L.J., Stormshak, E.A.: Gender, gender roles and personality: Gender differences in the prediction of coping and psychological symptoms. (Statistical data included). *Sex Roles. A Journal of Research* 43, 11/12, 2000.
- Maier, S.F., Seligman, M.E.P.: Learned helplessness theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology* 105, 1976, 3-46.
- McCrae, R., Costa, P.: Personality, coping and coping effectiveness in adult sample. *Journal of Personality* 54, 1986, 385-405.
- Mearns, D.: Counsellors' experience of failure. In: Mearns, D., Dryden, W. (Eds.): *Experiences of counselling in action*. London, Thousand Oakes: Sage 1990, 80-143.
- Millová, K., Blatný, M., Kohoutek, T.: Osobnostné aspekty zvládania záťaž. *E-psychologie*, (el. časopis ČMPS) 2, 2008, 1, 1-8.
- Miovský, M.: *Kvalitatívny prístup a metódy v psychologickom výskumu*. Praha, Grada 2006.
- Novotný, J. S.: Resilience dnes: teoretické koncepty, nedostatky a implikácie. *Československá psychologie* 54, 2010, 1, 74-87.
- Orlinsky, D. E., Howard, R., Hill, J. A.: Conjoint psychotherapeutic experiences: Some dimensions and determinants. *Multivariate Behavioral Research* 10, 1975, 4, 463-477.
- Patočka, J.: *Evropa a doba poevropská*. Praha, Lidové Noviny 1992.
- Pekarik, G.: Coping with dropouts. *Professional Psychology: Research and Practice* 16, 1985, 1, 114-123.
- Pulford, J., Adams, P., Sheridan, J.: Therapists' attitudes and beliefs relevant to client dropout revisited. *Community Mental Health Journal* 44, 2008, 3, 181-186.
- Ruiselová, Z., Ficková, E.: *Poznávaní a zvládání zátěžových situací II*. Bratislava, Ústav experimentální psychologie SAV 1994.
- Ruiselová, Z. et al.: *Štýly zvládania záťaž a osobnosť*. Bratislava, Ústav experimentální psychologie SAV 2006.
- Růžička, J.: *Péče o duši v perspektivách psychotherapie*. Praha, Triton 2003.
- Seligman, M.E.P., Maier, S.F.: Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1967, 1-9.
- Schmidbauer, W.: *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha, Portál 2000.
- Schwartz, J.E., Neale, J., Marco, C., Shiffman, S. S., Stone, A.A.: Does trait coping exist? A momentary assessment approach to the evaluation of traits. *Journal of Personality and Social Psychology* 77, 1999, 360-369.
- Snyder, C. R. (Ed.), *Coping: The psychology of what works*. New York, Oxford University Press 1999.
- Spitz, H.I., Kass, F., Charles, E.: Common mistakes made in group psychotherapy beginning therapists. *American Journal of Psychiatry* 137, 1980, 12, 1619-1621.
- Srnc, J.: *Strategie a metody psychosociálního výzkumu*. Praha, PVŠPS 2006.
- Stržhenec, M.: *Psychológia náboženstva*. Bratislava, Ústav experimentálnej psychologie SAV 1994.
- Strupp, H.: Psychotherapy research and practice: An overview. In: Garfield, S. L., Bergin, A. E. (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, Wiley 1978, 3-22.
- Šeblová, J., Kebza, V., Vignerová, J.: Zátěž a stress pracovníků záchranných služeb v ČR. *Československá psychologie* 51, 2007, 4, 404-417.
- Šolcová, I., Kebza, V.: Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie* 43, 1999, 1, 19-38.
- Šolcová, I., Lukavský, J., Greenglass, E.: Dotazník proaktivního zvládání životních nároků. *Československá psychologie* 50, 2006, 2, 148-162.
- Thériault, A., Gazzola, N.: Feelings of incompetence among experienced clinicians: A substantive theory. *European Journal of Qualitative Research in Psychotherapy* 3, 2008, 19-29.
- Timulák, L.: *Současný výzkum psychotherapie*. Praha, Triton 2005
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V.C.: *User's manual for the coping strategies inventory*. Ohio, 1984.
- Vymětal, J. et al.: *Obecná psychotherapie*. Praha, Grada 2004.

Wierzbicki, M., Pekarik, G.: A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice* 24, 1993, 2, 190-195.

Winnicott, D.W.: Hate in the counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis* 30, 1949, 2, 69-74.

Autor: PhDr. Jiří Jakubů, Ph.D., klinický psycholog a psychoterapeut, Praha.

Kontakt:

jiri.jakubu@cetera.cz, www.cetera.cz

Došlo do redakce: 15. 1. 2011, v revidovaném znění 31. 5. 2011, v druhé revizi 27. 9. 2011. K publikaci přijat 3. 10. 2011.

VZTAH MEZI SNOVÝMI A REÁLNÝMI ŽIVOTNÍMI KONFLIKTY

Alena Piháková

ABSTRAKT:

Článek je zaměřen na psychoanalytické teorie snění a jeho funkcí. Autorka na základě svých dlouhodobých zkušeností s vedením malých výcvikových skupin univerzitních studentů prezentuje své pozorování, že konfliktní snové obsahy často souvisejí s reálnými životními konflikty. V článku jsou uvedeny některé typické příklady. Opakující se sny lze chápat jako zprávy o přetrvávajících osobních problémech nebo jako pokus vyřešit vnitřní konflikty na vědomé i nevědomé úrovni. Tyto konflikty se mohou pravděpodobně promítnout do vnější reality nebo transformovat v symptomy.

Klíčová slova: konflikt, funkce snění, snové série, symptomy

ABSTRACT:

The relationship between dreamy and real-life conflicts

The article is focused on psychoanalytic theories of dreaming and its functions. On the basis of her long-time experience in conducting small training groups of university students presents the author her observation that conflicting dream contents are often connected with real-life conflicts. In the paper, there are given a few typical examples. Repeating dreams can be understood as messages about persisting personal problems or as an attempt to resolve internal conflicts on conscious as well as on unconscious level. These conflicts can be probably projected into external reality or converted into symptoms.

Key words: conflict, functions of dreaming, dream series, symptoms

BIONOVA TEORIE SNĚNÍ

Ve svém sdělení vycházím z teorie snění britského psychoanalytika Wilfreda Biona (1897–1979), který zásadním způsobem pře-

pracoval starší psychoanalytické modely výkladu snů, navazující na dílo Sigmunda Freuda. V roce 1962 Bion v díle *Učení se ze zkušenosti* (*Learning from experience*) zavedl termín **alfa-funkce** k označení souboru mentálních operací, které společně transformují syrové senzorké impresie (tzv. *beta elementy*) do prvků zkušenosti (*alfa elementů*), jež lze využít při běžné vědomé i nevědomé psychické aktivitě. Alfa elementy se podle Biona podobají metabolizované potravě, která je vhodná pro duševní činnost, jakou je snění, represe, zapomínání, rozlišování, myšlení a učení, zatímco beta elementy jsou psychicky nestravitelné. Alfa elementy lze reflektovat jako mentální fenomény, zatímco beta elementy existují v mysli jako izolované prvky, jako „věci o sobě“, jež nelze využít při tvorbě významů. Bion soudí, že lidská mysl má tendenci se beta elementů zbavovat, což se děje především prostřednictvím projektní identifikace a agování¹ či prostřednictvím tvorby chorobných symptomů (Bion, 1962).

Podle Biona mají první zážitky dítěte povahu beta elementů, které matka na základě svých životních zkušeností „kontejnuje“, tj. transformuje na alfa elementy. Pokud matka z nějakého důvodu vrací dítěti jeho projekce nezpracované, tedy v podobě beta elementů, pak je dítě nemůže produktivně využít, takže zůstávají v jeho psychice jako poměrně nepřijemné prožitky (beta elementy). Např. jestliže dítě spadne, rozpláče se a matka ho ještě zbije, pak žádné „kontejnování“ neproběhlo. Bion se domnívá, že pokud je dítě dlouhodobě vystaveno necitlivé, odmítavé odezvě blízkých lidí na své trápení a úzkost, mohou u něj vzniknout vážné psychické

¹ Termínem agování (*acting out*) se v psychoanalýze označuje přímočaré vybití nevědomých emočních impulzů v chování.

potíže. Dítě totiž nemá možnost učit se ze zkušenosti svých rodičů, takže se nerozvíjí jeho vlastní vnitřní schopnost „kontejnovat“ nepříjemné zážitky, jejíž důležitou komponentou je schopnost *symbolizace*. Narušení symbolických mentálních funkcí je podle Biona jednou z hlavních příčin zvláštního mentálního stavu psychotických pacientů, který popsal v díle *Učení se ze zkušenosti*:

„Pokud pacient není schopen transformovat svou emocionální zkušenost do alfa elementů, pak nemůže snít. Alfa-funkce transformuje sensorické dojmy do podoby alfa elementů, které se podobají, ba možná shodují s vizuálními představami, které známe ze snů. Jsou to ty představy, které Freud považoval za nositele latentního snového obsahu... Selhání alfa funkce má za následek, že pacient nemůže snít, a proto nemůže spát. Alfa-funkce přetvářejí sensorické impresie emocionálních zážitků do podoby, v níž jsou dostupné pro vědomé i snové myšlení. Pacient, který nemůže snít, nemůže ani usnout, ani se probudit. Tak vzniká podivný stav, který klinicky můžeme vidět tehdy, když se psychotický pacient chová přesně tak, jako by se v něm nacházel.“ (Bion, 1962, s. 7)

Bion předpokládá, že snění, respektive nevědomá mentální aktivita, probíhá nejen ve spánku, ale také v bdělém stavu. Zdravý člověk je přitom schopen rozlišovat mezi tím, zda sní či bdí, protože mezi jeho vědomím existuje tzv. **kontaktní bariéra**. Např. spící člověk má emocionální zážitek, přetvoří ho v alfa elementy a díky tomu je schopen mít snové myšlenky. Má také možnost probudit se a v bdělém stavu svůj zážitek vyprávět, tedy přetvořit ho v to, co obvykle označujeme jako sen (Bion, 1962).

Bionovy koncepty „kontejneru“ a „kontejnování“ významně ovlivnily chápání psychoanalytické terapeutické situace. Podle Biona hledá dospělý pacient u analytika nebo ve skupině azyl, bezpečné místo. Léčebná situace zahrnuje jednak podpůrné prostředí, jednak se v ní nemocný pokouší najít smysl své vnitřní zkušenosti. V této situaci dochází k projekci nezvládnutých emocí

(beta elementů) na skupinu nebo na analytika, který by je měl „kontejnovat“ a přeložit do významu, jež je činí smysluplnými. Nalezení významu hypoteticky napomáhá vzniku vnitřní soudržnosti (Grotstein, 1985).

TEORIE SNĚNÍ NAVAŽUJÍCÍ NA DÍLO WILFREDA BIONA

Na Bionovu teorii snění navázali američtí psychoanalytici Thomas H. Ogden a James S. Grotstein, který u Biona absolvoval cvičnou analýzu (viz např. Grotstein, 2000), španělský psychoanalytik León Grinberg, izraelský skupinový analytik Robi Friedman a řada dalších.

Podle **Thomase H. Ogdena** rozšířil Bion koncepci snění takovým způsobem, že jeho úloha již není omezena na vyprávění příběhů s manifestním a latentním obsahem. Bion převrací běžné přesvědčení, že schopnost usnout je podmínkou snění. Místo toho předpokládá, že snění je to, co umožňuje usnutí a probuzení. Obě formy snění, tj. snění probíhající ve spánku i nevědomé snění v bdělém stavu, vytvářejí živou, částečně propustnou bariéru, která odděluje a současně spojuje vědomý a nevědomý duševní život. Ogden z toho vyvozuje, že snění nám umožňuje vytvářet a udržovat strukturu naší mysli organizovanou kolem rozdílu mezi vědomím a nevědomím a zprostředkovávat jejich vzájemnou konverzi (Ogden, 2003).

Ogden ovšem nepokládá všechny sny za inspirativní a kreativní, což potvrzuje existence nočních můr a děsů. **Noční můry** jsou zlé sny, zatímco **noční děsy** nejsou sny v obvyklém slova smyslu. K nočním můrám dochází v REM fázi spánku, zatímco noční děsy se vyskytují v hlubokém NREM spánku. Ukazuje se, že na noční děsy neexistuje žádná vědomá ani nevědomá vzpomínka. EEG záznamy nasvědčují tomu, že se dítě s nočním děsem vůbec neprobudilo. Vyjádřeno v Bionově terminologii, noční děsy sestávají ze syrových smyslových dojmů (beta elementů), které nelze propojit s ostatními mentálními prvky. Noční můra je naproti tomu skutečný sen,

v němž je emoční bolest daného jedince podrobena převážně nevědomé psychické práci, která může vyústit v duševní růst. Toto snění je však přerušeno v okamžiku, kdy jedincovu schopnost vytvářet snové myšlenky a snít zahlťte znepokojivé působení snového emočního prožitku. Člověk, který se probudil z noční můry, dosáhl meze svých schopností samostatně snít. Potřebuje mysl, „kontejner“ druhé osoby, aby mu pomohla zpracovat dosud nesněný aspekt jeho noční můry (Ogden, 2004).

Ogden zdůrazňuje, že zkušenost, kterou nelze prosnit, může mít svůj původ v traumatu, což je nesnesitelně bolestný emoční zážitek, jakým je smrt rodičů nebo dítěte, vojenský nálet, znásilnění nebo uvěznění v koncentračním táboře. Existují ovšem i vnitřní dispozice ke vzniku traumatických zážitků, které jsou podle Ogdena důsledkem toho, že matka (či jiná pečující osoba) nedokázala adekvátně „kontejnovat“ primitivní úzkosti dítěte a zajistit mu pocit bezpečí. Někdy ovšem vznikají vnitřní potíže na základě konstituční duševní křehkosti, zranitelnosti (*fragility*), která dítěti znemožňuje prosnit jeho emoční zkušenost, a to ani s pomocí „dosti dobré matky“². Neprosněná zkušenost – ať už je důsledkem převážně externích, nebo interních sil – se stává komponentou vnitřního světa daného jedince, která se může projevit v podobě psychosomatických onemocnění, těžkých perverzí, závislostí apod. (Ogden, 2007).

Bionovu teorii snění dále rozvinul španělský psychoanalytik **León Grinberg** (1921–2007), podle jehož názoru mohou být sny využity jako „kontejnery“, které osvobodí nemocné od rostoucího napětí. Tuto funkci

plní především tzv. **evakuativní sny** (*evacuative dreams*), jež slouží k odstranění nesnesitelných afektů a nevědomých fantazií, případně k bezpečnému uvolnění pudového napětí. Grinberg konstatuje, že s evakuativními sny se lze nejčastěji setkat u hraničních a psychotických pacientů. Objevují se však i u nemocných s neurotickými potížemi, a to zejména v regresivním stavu, jaký u nich vzniká o víkendech nebo v jiných údobích odloučení od jejich analytika. Evakuativní sny lze odlišit od tzv. **smíšených snů** (*mixed dreams*), které usilují nejen o uvolnění nepřijatelných afektů či o odstranění špatných vnitřních objektů, ale obsahují také prvky obav a viny. Grinberg dále popsal tzv. **elaborativní sny** (*elaborative dreams*), jejichž primární funkcí je zpracování vnitřních problémů. Tyto sny obsahují depresivní a reparační prvky, a to se zřetelnou tendencí k jejich propracování. Podle Grinberga jsou elaborativní sny v inverzním vztahu k agování, tj. k odehrávání vnitřních konfliktů ve vnějším světě. Čím větší je produkce těchto snů, tím menší je tendence k agování, a naopak (Grinberg, 1987).

Grinberg dospěl k závěru, že jedním ze základních zdrojů agování je zážitek separace nebo ztráty objektu, jež vyvolal smutek, který pacient z různých důvodů neprožil a nezpracoval na vědomé úrovni. Podle Grinberga může být ztráta milované osoby zdrojem mimořádně bolestných afektů, ke kterým patří smutek, deprese, vztek a úzkost, s nimiž se jedinec často není schopen vyrovnat. Také přechodné odloučení od terapeuta někdy u pacientů evokuje podvědomé vzpomínky na dřívější separační zážitky, což vytváří zmatek mezi neverbálními, verbalizovanými a akčními modely zpracování afektu. Separace během psychoanalytické léčby tak často spouští epizody agování (Grinberg, 1987).

Grinberg předpokládá, že pacient někdy využívá jako „kontejnující“ objekt své vlastní tělo, což vede ke vzniku psychosomatických či hypochondrických poruch nebo snů s evakuativními charakteristikami. Tělesné

² Ogden zde odkazuje na známý koncept britského psychoanalytika Donalda W. Winnicotta (1896–1971), podle jehož názoru je dítě po narození součástí jednotky matka-dítě, v jejímž rámci se postupně rozvíjí jeho základní vztahová kapacita. K tomu, aby se tato schopnost mohla rozvinout, je nutná přítomnost dosti dobré matky (*good enough mother*), která přiměřeně empaticky reaguje na tělesné a psychické potřeby dítěte (Winnicott, 1998).

symptomy se stávají konkrétní daností, která anuluje nesnesitelné afekty bolesti a separační úzkosti nebo působí proti nim. Agování se někdy objevuje po evakuativních snech jako jejich doplněk. Jeho obsah přitom může být značně podobný obsahu snů, které mu předcházely. Grinberg je přesvědčen, že se jedná o sny, kterým se nepodařilo zcela splnit jejich evakuativní funkci. To má za následek přetrvávání rozporů v mysli pacienta, který se jich snaží zbavit odehráváním ve vnějším světě, přičemž často aloplasticky transformuje vnější realitu v souladu se svými intrapsychickými konflikty. „Agování tak představuje dramatizovaný sen, který je odehráván v bdělém stavu: sen, který nebylo možné snít.“ (Grinberg, 1987, s. 171.)

Izraelský skupinový analytik **Robi Friedman** považuje sny za projev autonomního úsilí lidské mysli vyrovnat se s vnitřními hrozbami a intenzivními emocemi, které narušují duševní rovnováhu. Lidská mysl se ve spánku pokouší „kontejnovat“ a propracovat pocity, které sahají od mimořádně slastných po neúnosně děsivé. Vyprávění snů je projevem dodatečného (obvykle nevědomého) úsilí dokončit proces „kontejnování“ v interpersonálním prostoru, kde existuje určitá naděje na pokračování nedokončené snové práce (Friedman, 2006).

Friedman důsledně rozlišuje mezi sněním a vyprávěním snu. *Snění* lze podle něj definovat jako intrapsychický proces, který snícím pomáhá vyrovnat se s extrémními vnitřními emočními zážitky. *Vyprávění snu* je naproti tomu vždy interpersonální událost. Friedman považuje snění za intrapsychickou fázi propracování vnitřních emocionálních excesů, zatímco vyprávění snu za jeho kompletní interpersonální fázi, jejímž cílem je další zpracování, „strávení“ emočního napětí, s nímž se jedinec pokusil vypořádat již během snění. Friedman označuje tuto funkci vyprávění snu jako *žádost* či *prosbu o „kontejnování“* (*request for containment*) (Friedman, 2004).

Friedman uvádí, že sny lze při individuální i skupinové terapii využívat třemi

základními způsoby: Při *informativním využití* snů může jejich analýza přispět k lepšímu poznání a sebepoznání vnitřního světa daného jedince nebo členů skupiny či k upřesnění jejich diagnózy. Cílem *formativního využití* je posílit ego snícího či strukturu jeho osobnosti, případně zvýšit pracovní kapacitu skupiny. *Transformační využití* snů vychází z předpokladu, že jejich vyprávění je mocný komunikační prostředek, který vyvolává změny vztahů snícího s jeho posluchačem či posluchači. Při práci ve skupině může vést ke změnám skupinové atmosféry (Friedman, 2008).

ZKUŠENOSTI S VEDENÍM MALÝCH VÝCVIKOVÝCH SKUPIN UNIVERZITNÍCH STUDENTŮ

Od akademického školního roku 1995/1996 až do roku 2009/2010 jsem studentům 4. a 5. ročníku jednooborové psychologie na Filozofické fakultě UP v Olomouci nabízela volitelný seminář *Výklad snů*, o kterém jsem dvakrát referovala na stránkách časopisu *Konfrontace* (Plháková, 1999; 2000). V prvních deseti letech existence semináře se jednalo o dvousemestrální zážitkový program, určený pro cca 10 osob, v posledních čtyřech letech jsem tuto formu výuky zkrátila na jeden semestr. Důvodem byla (kromě snahy uspokojit velký zájem studentů) také moje tendence přeměnit tuto svéráznou formu výuky z převážně zážitkové podoby, provázené mnohdy intenzivními citovými prožitky jejich účastníků, do střízlivější, více didaktické podoby.

Rizika spojená s daným organizačním uspořádáním jsem se již od školního roku 1997/1998 snažila zmírnit tím, že jsem při prvním setkání se studenty probírala hlavní zásady společné práce, k nimž patřilo dodržování důvěrnosti, tj. doporučení, aby o zážitcích ze semináře pokud možno nemluvili s nikým, kdo se ho nezúčastňuje, právo říct stop (pokud debata začne být subjektivně nepřijemná), pravidelná docházka a včasné příchody. Deklarované cíle semináře byly vzdělávací, tj. prakticky si vyzkoušet

různé koncepce výkladu snů, s nimiž se studenti seznámili v rámci teoretické výuky (Freud, Jung, Bion, Grinberg, Ogden aj.). Zdůrazňovala jsem, že si nemůžeme klást terapeutické cíle.

Studenti na semináři prezentovali vlastní sny, k nimž ostatní přinášeli své nápady, pocity, komentáře a asociace. Hlavní metodou práce byla tedy *volně plynoucí diskuse (free-floating discussion)*, která je skupinovou obdobou volných asociací v individuální analýze. Výuka probíhala během semestru jedenkrát týdně a trvala 90 minut. Účastníci semináře (včetně mě) sedávali v kruhu na židlích. Svou aktivitu jsem se snažila omezit na nezbytně nutné intervence. Při dvousemestrální formě výuky jsem byla aktivnější pouze při prvních 4–5 setkáních, kdy jsem sdělováním svých pocitů a nápadů chtěla studentům poskytnout model vhodných příspěvků. Zpočátku jsem také poměrně často nabízela vhodné nebo možné interpretační schéma. Později studenti sami upozorňovali na to, že daný sen lze vyložit například jako symbolické znázornění konfliktů mezi egem, id a superegem, jako kompenzaci jednostranného zaměření v každodenním životě nebo jako reprezentaci vztahů k blízkým lidem. Na některé sny bylo možné aplikovat i původní Freudovo pojetí, totiž že sen je splněním pudového přání. Nejvíce se nám však osvědčila interpretace snu na rovině subjektu, kterou navrhl Jung, a dál propracovali jeho následovníci. Tento výklad pojímá nejen všechny postavy ve snu, ale také zvířata, předměty, rostliny a děje jako rysy osobnosti snícího, případně jako symbolické znázornění její vnitřní dynamiky (Jung, 1997; Aeppli, 1996).

Vcelku lze konstatovat, že si účastníci semináře velmi rychle osvojili nejen metodu volně plynoucí diskuze, ale také základní psychodynamické principy výkladů snů, takže ve druhém semestru byli schopni pracovat v podstatě samostatně. Po zkrácení výuky na jeden semestr se začali dožadovat mojí větší aktivity, což nejspíš souviselo s tím, že času bylo málo a mnohdy poměrně

dlouhá skupinová mlčení, jež jsem považovala za nezbytná pro uzrání nových nápadů, vnímali jako ztrátu času.

Na začátku jednosemestrální i dvousemestrální výuky bylo obvykle nutné zkorigovat zlozvyk (neumím to jinak nazvat), který si někteří studenti již stačili osvojit v různých formách skupinových výcviků. Mám na mysli předpoklad, že by se lidé „na skupinách“ měli pokud možno ostře a bez obalu navzájem kritizovat. V rámci psychoanalytické skupinové psychoterapie je tento způsob práce pokládán za škodlivý, neboť vede pouze k mobilizaci obran členů skupiny a ke zhoršení jejich vzájemných vztahů. Např. britský skupinový psychoanalytik Malcolm Pines již v 80. letech rozlišil tzv. reflexivní a nereflexivní zrcadlení členů psychoterapeutických skupin. **Pozitivní reflexivní zrcadlení** je podle něj běžnou součástí skupinové psychoterapie, která může být velmi kreativní. V optimálním případě přivádí členy skupiny k novým poznatkům, jež jsou výsledkem kombinace percepce druhých lidí a vzhledu do jejich vlastní psychiky. Tzv. **nereflexivní zrcadlení** se projevuje tím, že mezi členy skupiny probíhají ostré střety, konfrontace a vzájemné odmítání. Účastníci psychoterapie nejenže nepřijímají názory druhých lidí, ale považují je za perzekuční, urážlivé a nepravdivé, takže na ně reagují útočným nebo odvetným zrcadlením. Někdy znevažují postřehy ostatních tím, že je označují za projekci jejich vlastních nedostatků. U členů skupiny probíhá téměř alergická vzájemná imunitní reakce netolerance, podráždění a odmítnutí (Pines, 1982).

Ve školním roce 2010/2011 byl seminář *Výklad snů* vyřazen z rozvrhu, a to především „díky“ mému kariérnímu postupu, po kterém se mi snížil úvazek. Musím přiznat, že jsem sice pociťovala lítost z ukončení zajímavé práce, ale také úlevu. V posledních třech či čtyřech letech jsem si sny účastníků semináře pamatovala hůř než dřív. Cítila jsem, že už nemám žádné svěží nápady a při interpretaci sklouzávám do rutiny, což však zpravidla zachránili sami studenti, kteří

originální ideje určitě nepostrádali. Občas se mi však vrátilo staré okouzlení světem snů, a to zejména při výkladu snových sérií.

Během čtrnácti let praktikování semináře jsem také musela opakovaně čelit obtížným situacím, z nichž některé vyplývaly z daného organizačního uspořádání. Skupinovou práci komplikovalo například to, že se studenti vzájemně znali, takže o některých osobních tématech nechtěli mluvit. Mnohem častěji mě však překvapili ohromnou mírou otevřenosti. Někdy se na semináři setkali jedinci, kteří spolu soupeřili, byli do sebe zamilovaní, chodili spolu, nebo se rozešli apod. Interakce vyplývající z těchto složitých vztahů bylo příležitostně nutné okomentovat nebo reflektovat, zejména pokud vyústily v příliš kritický nebo útočný výrok na adresu některého účastníka semináře. Za této situace jsem skupinu obvykle vybídla, aby se pokusila porozumět tomu, co se zde právě teď děje. Neocenitelným pomocníkem byl přitom humorný nadhled.

Studenti mě znali jako lektorku náročných teoretických oborů, což je přirozeně role odlišná od vedoucí zážitkového semináře. Myslím však, že tato okolnost žádné zvláštní potíže nezpůsobovala, snad i díky tomu, že se na olomoucké katedře tradičně pěstují velmi srdečné a neformální vztahy mezi studenty a vyučujícími. Lze ovšem předpokládat, že učitelé na všech úrovních vzdělávací soustavy mohou být vhodným objektem pro přenos komplikovaných vztahů k rodičům i jiným významným autoritám. Účastníkům semináře se občas zdávaly sny o některém členovi naší katedry, nejčastěji o jejím vedoucím docentu Řehanovi. Zpravidla jsem to řešila prohlášením, že momentálně prožívám konflikt loajality vůči nim a vedoucímu, takže budou muset sen vyložit sami, což většinou s klidem udělali. Při rozboru snů, v nichž se objevovaly mentální reprezentace členů katedry, studenti příležitostně rozlišovali mezi reálnými a přenosovými komponentami vztahů k těmto osobám, které se promítly do snových obsahů. Např. sen o tom, že je student u zkoušky nahý, byl

interpretován jednak jako důsledek jeho předchozího neúspěchu u zkoušky, při které byl vyučujícím vyhozen, jednak jako výraz přenosového pocitu slabosti a bezbrannosti ve vztahu k rodičovským i jiným autoritám.

Za čtrnáct let existence semináře se stalo jenom třikrát, že student vyprávěl sen, ve kterém se mu zdálo o mně. Ve dvou případech se to stalo poté, kdy jsem se ho nějakou poznámkou dotkla, jednou jsem ve snu vystupovala jako jakási idealizovaná postava, což je samo o sobě dosti podezřelé. Jako absolventka výcviku ve skupinové psychoanalytické psychoterapii jsem si byla vědoma možnosti vzniku vlastních protipřenosových pocitů ve vztahu k účastníkům semináře, které jsem se snažila subjektivně reflektovat, ale nahlas jsem o nich nemluvila.

POZNÁMKY K POSTUPU PŘI VÝKLADU SNŮ

Seminář si poměrně často vybírali studenti s dosti závažnými osobními a citovými problémy, kteří zřejmě doufali v jejich částečné zpracování. K nejčastějším problémům patřily potíže se separací od rodičů, rozchod s partnerem, bolest ze ztráty některého z rodičů – obvykle otce – po rozvodu aj. Obsahem semináře bylo v podstatě pouze vyprávění snů a jejich následný rozbor, takže skupinová dynamika zde nebyla tak výrazná jako v terapeutických či výcvikových skupinách. K diskuzi o osobních problémech, vnějších či vnitřních konfliktech snícího jsme se obvykle dostali teprve poté, co svůj sen prezentoval, a to ne vždy. Pokud se však ve snu objevovali jeho blízcí lidé, tj. otec, matka, sourozenci či partneři, pak poměrně často některý člen skupiny položil otázku typu: „Jak vycházíš s otcem, s matkou, se sourozenci?“, kterou snící zpravidla zodpověděl. Vhodnější odezvou než otázka jsou však podle mého názoru asociace typu: „Když jsem poslouchal tvůj sen, připomnělo mi to, jak jsme byli s mým otcem na výletě a zabloudili jsme“ nebo „Teď mi napadlo, že podobná zápletka se objevuje ve filmu

Rozum a cit“ apod. Někdy sen propojil se svými osobními problémy sám student, který ho vyprávěl. Pokud se jednalo o starší sen, tak jsem se poměrně často zeptala, zda obsah snu nějak souvisí s jeho osobní situací v době, kdy se mu zdál, což bylo – jak si teď uvědomuji – poněkud sugestivní. Vcelku však nebylo nutné studenty do hovoru o osobních problémech nutit. Pokud o nich mluvit nechtěli, bezvýhradně jsme to respektovali. Na semináři obvykle rychle vznikla důvěrná a srdečná atmosféra, což mě uklidňovalo v mých obavách, že některé tíživé problémy, které při výkladu snů vylplynuly na povrch, nelze v daném uspořádání zpracovat.

Domnívám se, že při psychotherapeutické či výcvikové práci se sny není podstatná akademická otázka, zda sny mají smysl, nebo jsou pouze vedlejším produktem zpracování informací v REM fázi spánku. Sny, respektive vzpomínky na ně, bývají natolik útržkovité, chaotické a dvojznačné, že už jejich vyprávění umožňuje promítnout do nich (podobně jako do projektivního testu) určité osobní vlastnosti, problémy, životní zápletku či příběh. Snové obsahy jsou přitom vždy vysoce osobní, což usnadňuje přechod k intimním tématům a problémům daného jedince.

O **snových sériích** (opakujících se snech) mluvíme tehdy, je-li ve snech téže osoby (často různými vyjadřovacími prostředky) vyjádřeno jedno klíčové téma, problém nebo vzorec mentálního dění, který je pro ni typický. Tendence k opakování je zvlášť zřetelná u snů, které se člověku zdají během jediné noci, ale sny s podobným významovým jádrem se mohou zdát celá léta. Repetitivní sny popsal už Freud (1991), který předpokládal, že mají svůj původ v infantilních pudových přáních, usilujících (i v dospělosti) o své vědomé vyjádření. Výkladu snových sérií věnují velkou pozornost také analytici terapeuti, protože podle nich obvykle vyjadřují určitý základní problém daného jedince. Jung soudí, že „jen zřídka můžeme vyložit, byť jen s přibližnou jistotou, izolova-

ný neproniknutelný sen... Relativní jistoty dosáhneme teprve při výkladu *série snů*, kde mohou následující sny opravit omyly ve výkladu snů předchozích. V sérii snů lze také daleko lépe rozpoznat základní obsahy a motivy.“ (Jung, 1997, s. 145)

Při sledování snové série lze někdy pozorovat, že sny vyjadřují stejný základní problém pokaždé jinými symboly. V případě úspěšného průběhu psychoterapie v nich přitom bývá patrná tendence k jeho propracování a zvládnutí (Dieckmann, 2004). Např. jednomu studentovi, který přežil těžkou autonehodu, při níž zahynul jeho nejlepší kamarád, se zdávaly sny o ohnivém výbuchu. Tyto sny měly poměrně dlouhou charakter noční můry, tj. mladík se z nich probouzel v úzkostném stavu zalitý studeným potem. Ohnivá koule se však postupně přeměnila na tygra, který před snícím nečekaně vyskočil, a nakonec v žíhanou kočku se svítícíma očima, která již vcelku žádné obavy nezbuzovala.

Domnívám se, že k výkladu snů je vhodné přistupovat z apriorní pozice, kterou Jung vyjádřil výrokem: „Nemám ponětí, co tento sen znamená.“ (Jung, 1997, s. 222.) Teprve po zaujetí tohoto postoje je možné krok za krokem odhalovat jeho význam. Dalším úkolem je oprostit se od navyklých komplikovaných způsobů myšlení. Význam snů je mnohdy velmi prostý, je takřkajíc nabíledni a používání složitých kognitivních schémat znesnadňuje pochopení jeho významu. Nejvhodnějším myšlenkovým postupem při rozboru snů jsou podle mého názoru úsudky na základě analogie. Volné asociace snícího, členů skupiny, případně i vedoucího ke snovému obsahu tvoří střípky mozaiky, což po určitém čase vede ke vzniku celistvého obrazu, tj. k odhalení smyslu daného snu.

Správnost výkladu samozřejmě nelze nijak objektivně dokázat či ověřit a zřejmě to ani není nutné. Důležité je, zda se určitým způsobem povedlo „kontejnovat“ nezpracované vnitřní konflikty a napětí, což se v důvěrné a příjemné skupinové atmosféře

zpravidla daří. Samotné interpretace, které lze definovat jako vysvětlující výroky, směřující k tomu, aby si člověk uvědomil něco, co bylo dosud nevědomé (Gabbard, 2005), pravděpodobně nejsou nejdůležitějším nástrojem „kontejnování“. Mnohem účinnější jsou sdílené pocity členů skupiny, jejich podpora, porozumění a celá skupinová atmosféra.

Friedman (2004) předpokládá, že „kontejnování“ snu probíhá nejlépe tehdy, když jiný člen skupiny vypráví svůj vlastní sen s podobným obsahem. Podle mých zkušeností mívají podobný pozitivní efekt také asociace na pohádky, mýty, knihy či filmy, které v něčem připomínají snovou zápletku. V Jungově analytické psychologii se tento postup označuje termínem **amplifikace** (rozšíření, rozhojnění). Podle Jolandy Jacobiové je to metoda výkladu, při níž analytik pomáhá snícímu spojit snové obrazy s kulturními či univerzálními symboly a motivy z mytologie, náboženství, folklóru či pohádek. Při tomto procesu by mělo dojít k prolnutí a částečnému sjednocení vědomého a nevědomého, osobního a kolektivního (Jacobi, 1992).

UKÁZKY VÝKLADU SNOVÝCH SÉRIÍ

Zdařilá interpretace snu bývá provázena zřetelným „aha zážitkem“, který synchronně či simultánně prožívají všichni členové skupiny. Někdy se rozbor snu nedaří, což rovněž shodně pocítují všichni účastníci daného sezení. Neukončený nebo nepovedený výklad jsem subjektivně prožívala jako neukončenou záležitost a v myšlenkách jsem se k němu nutkavě vracela.

K prožitkům hlubokého vhledu vedly zejména interpretace snových sérií, které upozornily na souvislosti mezi reálnými a snovými konflikty, případně mezi agováním a tvorbou symptomů. Z asociací ke snovým obsahům také někdy vyplynulo, že se snící pokusil uspořádat vnější realitu způsobem, který zřetelně korespondoval s obsahem jeho snu. Ilustruje to následující

příklad opakujících se snů jedné studentky, uveřejněný (stejně jako všechny ostatní) s jejím souhlasem. Ukázky jsou prezentovány jako krátké kazuistiky, jejichž uhlazená forma se značně liší od pomalého, někdy chaotického rozboru snu na semináři, provázeného originálními nápady i zbytečnými odbočkami, smíchem, mlčením, smutkem, někdy i slzami.

Dívka byla po rozvodu rodičů, ke kterému došlo v jejích 10 letech, svěřena do výchovné péče otce. Ten je nyní nezaměstnaný a závislý na alkoholu. Dcera s ním žije sama ve společné domácnosti, s matkou a starší sestrou se vidá málo (třikrát do roka). Otec má momentálně zřejmě jediný trvalý a vřelý mezilidský vztah se svou dcerou, která k němu cítí směr lásky, soucitu a pohrdání. Na semináři se svěřila s tím, že se jí zdávají poměrně nepříjemné sny o hadech, kteří ji ve snu zpravidla kousnou. Děsí ji hlavně to, jak na ni otevírají hubu, jakoby ji chtěli pohltnout. Po hadím kousnutí se obvykle probudí zalitá studeným potem.

Z hlediska Grinbergovy (1987) klasifikace se zřejmě jedná o evakuační sny, kterými se mysl dívky pokouší zbavit úzkosti a obav, které v ní vzbuzuje příliš těsný a v podstatě bezvýhodný vztah s otcem.

Z další diskuse vyplynulo, že studentka doma chová malé černohnědé hady, které má ochočené a kterých se prý vůbec nebojí. Lidé o ní říkají, že je čarodějnice, když to s těmi hady tak umí. Pokud se doma učí, hadi se na ni z terária pozorně dívají.

Chov hadů pravděpodobně představuje pokus mladé ženy zvládnout úzkosti a obavy, reprezentované ve snu nebezpečnými zvířaty. Pravděpodobně se jedná o nevědomé odehrávání vnitřních citových problémů ve vnějším světě, s nereflaktovaným cílem tyto problémy zmírnit, tj. uklidnit se a uchlácholit.

Po prezentaci výše uvedeného snu začali účastníci semináře s velkým zaujetím diskutovat o tom, jaká domácí zvířata chovali a chovají a jak to souvisí s jejich psychickými problémy. Ukázalo se, že jeden student,

jehož otec několikrát zbil svou manželku, tj. studentovu matku, na vědomé úrovni zavrhl agresivitu vůči ženám jako naprosto nepřijatelnou. Tento mladík však vlastní ochočeného potkana, kterého nosí na rameni. Občas s ním jezdí v tramvajích, na což přítomné ženy reagují velice vyděšeně. Zdá se být pravděpodobné, že vytěsněná agresivita vůči ženám je zde odehrávána prostřednictvím zdánlivě mírumilovného chovu neobvyklého domácího mazlíčka.

Vzájemné vztahy mezi nevyřešenými vnitřními problémy a jejich transformací ve vnějším světě ilustruje i následující příklad snové série, prezentované jedním účastníkem semináře:

Rodiče studenta (oba úspěšní ekonomové) se před dvěma lety rozvedli. Otec nyní žije s novou partnerkou, se synem se vídá zhruba jednou za 14 dnů, vycházejí spolu výborně. Studentovi se krátce po rozvodu rodičů zdál tento sen: Ráno se probudil doma v posteli a chtěl vstát. Přitom se mu ošklivě podlomily nohy, takže spadl zpátky do peřin. S leknutím zjistil, že mu chybí kus pravé nohy (od kolene dolů). Vedle postele se povalovala protéza. V dalších snech student opakovaně viděl sebe sama s protézou na noze, přičemž se s ní naučil velmi dobře chodit. V reálném životě velice dbá na to, aby měl kvalitní sportovní obuv. Občas je nucen jít kolem prodejny zdravotnických potřeb, kde je za výlohou několik protéz. Několikrát se tam zastavil a protézy si prohlédl, přičemž bezděčně uvažoval nad tím, se kterou by se mu nejlépe chodilo.

Skupina vcelku rychle dospěla k závěru, že ztráta milovaného otce je ve snu reprezentována ztrátou nohy a jejím nahrazením protézou. Mimořádný zájem o kvalitní obuv je zřejmě projevem snahy ošetřit citové trauma, způsobené vynucenou separací od otce.

Následující příklad upozorňuje na možné souvislosti mezi obsahem snů, citovými problémy a tvorbou symptomů:

Studentce s úzkostnou a nejistou vazbou k otci se zdával sen o renovaci jejich starého

rodinného domu, kterou však nebylo možné dokončit, protože dům měl slabý nosný sloup. V posledních letech studia se u ní objevily vážné zdravotní problémy, které jí znemožnily přijmout lákavou nabídku zaměstnání. Nedávno se jí zdál sen o budově se stejným půdorysem, jaký má starý rodinný dům. Byl však přebudován na prosperující restauraci, v níž dívka šéfovala.

Sny o chatrném domě, v němž otce nejspíš představuje slabý nosný sloup, zřejmě reprezentují dívčinu percepci rodinné situace. Účelem tvorby tělesných symptomů je pravděpodobně její snaha udržet stávající vztahové uspořádání a přesvědčit se o rodičovské lásce, zejména o lásce otce. Sen o prosperující restauraci nabízí odvážné řešení dané situace, ke kterému však dívka zatím pravděpodobně nemá odvahu.

Na semináři *Výklad snů* jsem vyslechla desítky podobných snů či snových sérií. Většinou se však nejednalo o tak „čítankové“ příklady, jaké jsou uvedeny v předchozí části sdělení.

ZÁVĚR

Moje zkušenosti se seminářem *Výklad snů* potvrzují názor řady autorů (Grinberg, Friedman, Pines, Ogden aj.), že sny slouží k propracování, případně „evakuaci“ emočního napětí, souvisejícího zejména s problémy v mezilidských vztazích. Jedinec trpící nezvladatelnými úzkostmi hledá „kontejner“ pro jejich zpracování, kterým může být výcviková či terapeutická skupina, přátelé, partneři, domácí zvířata nebo vlastní tělo. Sny tak mohou být prováděny odehráváním konfliktních témat ve vnějším světě, případně tvorbou neurotických či psychosomatických symptomů. Na základě svých zkušeností mohu konstatovat, že se s prolínáním těchto tří způsobů zpracování citových problémů setkáváme nejen u osob trpících závažnými poruchami osobnosti, ale i u mladých lidí s poměrně dobrou úrovní psychické organizace. Zvláštním fenoménem je přetváření externích podmínek tak, aby zmírňovaly tíživé snové obrazy.

LITERATURA:

- Aeppli, E. (1996). *Psychologie snu*. Praha: Sagittarius.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. New York: Basic Books.
- Dieckmann, H. (2004). *Sny jako řeč duše*. Praha: Portál.
- Freud, S. (1991). Úzkost a pudový život. In Freud, S. *Vybrané spisy I*. Praha: Avicenum, s. 408–423.
- Friedman, R. (2004). Interpersonální “kontejnování” snů ve skupinové psychoterapii: příspěvek k práci se sny ve skupině. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, 6(2), 19–26.
- Friedman, R. (2006). Who contains the group and who is the leader? A relational disorders perspective. *European Journal of Psychotherapy and Counseling*, 8(1), 21–32.
- Friedman, R. (2008). *Dreamtelling as a request for containment: three uses of dreams in group therapy*. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(3), 327–44.
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Grinberg, L. (1987). Dreams and acting out. *Psychoanalysis Quarterly*, 56(1), 155–176.
- Grotstein, J. S. (1985). Wilfred R. Bion: An odyssey into the deep and formless infinite. In Reppen, J. (Ed.). *Beyond Freud: A study of modern psychoanalytic theories*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, s. 297–313.
- Grotstein, J. S. (2000). *Who is the dreamer who dreams the dream? A study of psychic presences*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Jacobi, J. (1992). *Psychologie C. G. Junga*. Praha: Jiří Kocourek.
- Jung, C. G. (1997). *Výbor z díla I*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
- Ogden, T. H. (2003). On not being able to dream. *International Journal of Psychoanalysis*, 84(1), 17–30.
- Ogden, T. H. (2004). Toto umění psychoanalýzy. Snění nesněných snů a přerušených výkřiků. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, 6(2), 4–18.
- Ogden, T. H. (2007). On talking-as-dreaming. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(3), 575–589.
- Pines, M. (1982). Reflections on mirroring. *Group Analysis*, 15(2), 1–26.
- Plháková, A. (1999). Zkušenosti se seminářem „výklad snů“ u studentů psychologie. *Konfrontace*, 10(4), 28–32.
- Plháková, A. (2000). Snové symboly. *Konfrontace*, 11(4), 227–234.
- Winnicott, D. W. (1998). *Lidská přirozenost*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.

Prof. PhDr. Alena Plháková, CSc. vyučuje od roku 1995 na Katedře psychologie FF UP v Olomouci obecnou psychologii, dějiny psychologie a úvod do psychoanalytických teorií. Kontakt: alena.plhakova@upol.cz

Došlo do redakce: 11. 7. 2011, v revidovaném znění 21. 9. 2011. K publikaci přijat 3. 10. 2011.

VYUŽITÍ PRINCIPŮ SATITERAPIE PŘI LÉČBĚ ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU (DÉMON ALKOHOL – VYUŽITÍ „MINDFULNESS“ PRINCIPŮ)

Veronika Šuráňová

ABSTRAKT

Článek popisuje teoretická východiska satiterapie a dále konkrétní techniku využívanou při práci s klienty závislími na legálních drogách spolu s ukázkou jejího praktického průběhu. Aplikace techniky je představena při terapeutické práci se situacemi, ve kterých klienti trpí bažením, tzv. cravingem, případně nutkavými myšlenkami na požití alkoholu. Za pomoci konkretizace a komentování se mapuje vnitřní svět klienta v jednotlivých dílčích situacích. Dále je započata postupná integrace tzv. odštěpených vnitřních reprezentací, introjektů, komplexů. Satiterapie kombinuje klasické postupy západní (evropské a americké) a východní (asijské) psychoterapie.

Klíčová slova: závislost na alkoholu, bažení, integrace odštěpených introjektů, satiterapie.

ABSTRACT

Utilizing satitherapy principles during alcohol addiction treatment (The Alcohol Daemon – utilizing mindfulness principles)

The issue describes theoretic bases of satitherapy (mindfulness psychotherapy). The author presents a particular technique which is used with alcohol addicted clients in a therapeutic practice. The application of the technique is introduced to craving situations (or obsessive thoughts about alcohol). The inner psychic world of client is mapped

¹ **Konkretizace** – obecně jde „o postupné hledání stále konkrétnějších forem jakéhokoliv nepřesně vnímaného tématu“ (jevu). Konkretizovat můžeme rozhovorem, volnými asociacemi, aktivní imaginací, výtvarným znázorněním, prostorovým uspořádáním osob a předmětů apod. (Němcová, 2002, s. 20).

using the concretization and the commenting of particular situations. The integration of introjects (inner representations, complexes) which were split off is gradually begun. Satitherapy integrates classical Euro-American and eastern (Buddhist) psychotherapy processes.

Key words: alcohol addiction, craving, integration of splitting-off introjects, mindfulness, psychotherapy, satitherapy.

Článek předkládá praktickou ukázkou techniky, spolu s jejím teoretickým zakotvením, která využívá principů všímavosti (angl. mindfulness) při práci s lidmi závislími, nebo nadužívajícími alkohol. Uplatňuji ji především v situacích, kdy klienti trpí bažením, tzv. cravingem, případně nutkavými myšlenkami na požití alkoholu.

Vycházím přitom z nehodnotícího postoje k nejrůznějším dilematům, omezením i možnostem klienta, táži se po jejich významu a zároveň je vnímám jako aktuální součást jeho životního prostoru. Cílem předkládané techniky je za pomoci konkretizace¹ a komentování² zmapovat vnitřní svět klienta v jednotlivých situacích a dále započít postupnou integraci tzv. odštěpených vnitřních reprezentací, odštěpených introjektů.

Moreno (2005) uvádí, že do psychoterapie si jedinec přináší internalizované reprezentace intimních mezilidských vztahů (rodiče-dítě, manžel-manželka), obsahující sumu všech interpersonálních struktur, vycházejících z náklonnosti a odmítnutí soustředěných okolo daného jedince. Psychoanalýza

² **Komentování** – „je zaznamenávání povšimnutých skutečností“. Jde o akcentování (podtržení, zvýraznění) prožitkově významného projevu klienta (ať již pozitivního, či negativního) (Němcová, 2002, s. 17).

nazývá tyto reprezentace internalizovanými objekty, Jung hovoří o tzv. komplexech.

Millon, Lerner, Weiner et al. (2003) píší o rodičovských introjektech, na které lidská bytost často nevědomě reaguje při vnitřním dialogu, kterým si pomáhá snižovat například úzkost. Často se jedná o takové dialogy, které se pojí s vnitřním konfliktem. Introjekty fungují jako mentální reprezentace významných, zejména rodičovských postav (Johnson, 2007). Vnitřní dialog tedy v těchto případech pomáhá při snaze zmírnit nepříjemné prožívání spojené s vnitřním konfliktem.

Popisovaná technika se zaměřuje na okamžiky (i dílčí situace) v životě klienta, které poukazují na možný vnitřní konflikt. Opírá se o jeho vnitřní dialog, který v daném (kritickém) okamžiku vede, a přirozeně na něj navazuje. U klientů zneužívajících alkohol se může jednat o situace spojené s rozhodováním či s úvahami týkajícími se požití návykové látky. Je vhodné techniku nabídnout ve chvíli, kdy je takový vnitřní dialog v terapeutickém sezení otevřen nebo při reflektování zpětně verbalizován samotným klientem.

Představovaná technika napomáhá klientovi porozumět tomu, jak jsou jeho vnitřní reprezentace zapojeny v prožívání reálných situací. Pomáhají mu porozumět, jak na podkladě jejich prožívání sám jedná. Tyto reprezentace však musí být pojmenované a objevené samotným klientem. Musí vycházet z jeho vlastního konstruování zaznamenané skutečnosti.

V terapii tato technika otevírá možnosti korektivní zkušenosti, konkretizace těchto reprezentací a následně i možnosti klienta kvalitativně nově zakoušet vnější svět. Díky jejich externalizaci (zvnějšnění) dochází k tomu, že klient sám popisuje problém jako fenomén, který „jakoby“ byl vně jeho vnitřního světa (v satiterapii nazývaného psychotop). Můžeme tak zprostředkovat klientovi zážitek oddělení od toho, co jej „ovládá“ (a co prožívá jako těžko zvladatelné). Na své vnitřní konflikty se tak klient může dívat „jakoby“ zvnějšku.

Při konkretizaci terapeut zpřesňuje významy, opakuje a podtrhuje vlastnosti a pojmenování, které formuluje sám klient. Nezbytné je ověřování autorizace pojmů a významů klientem (srov. Chvála, Trapková, 2003).

Terapeut v satiterapii svým jednáním podporuje klientovo autentické prožívání, jeho vlastní hodnocení a rozhodování. Umožňuje mu emancipovat se od tzv. převzatých a naučených hodnocení (např. „neměla bych být žárlivá“, „neměl bych plakat, kluci nepláčou“) nebo úsudků a jednání, které vystávají pod jejich vlivem (Němcová, 1993). Terapeut tedy podporuje poznání klienta, které vychází z autentického prožívání. Podporuje i seberegulaci a zodpovědnost za své jednání (Němcová, 1993).

Tyto podporované fenomény jsou při léčbě závislostí klíčové. Klient je veden k tomu, aby převzal zodpovědnost za své závislé chování a jednání. Rodiny jsou naopak podněcovány k tomu, aby tuto zodpovědnost přenechaly na jejich závislém příbuzném, namísto řešení důsledků jeho chování za něj.

CHARAKTERISTIKA TECHNIKY

Popisovanou techniku používám při specifických problémech klientů, se kterými pracuji v rámci ambulantní léčby závislostí na legálních drogách (včetně léčby nealtruistických závislostí). Hlavním léčebným prostředkem ambulantní léčby je zde individuální psychoterapie, v indikovaných případech kombinovaná s farmakoterapií. Léčba je určena pro osoby s diagnózou závislosti na alkoholu (příp. hazardních hrách, či lécích), stejně tak ji však mohou využívat tzv. riziková užívatelé. Podmínkou je záměr abstinovat (jedná se tedy o abstinenci orientovanou léčbu), navržená frekvence sezení je 1x týdně o délce 50 minut. Doporučená minimální délka celé spolupráce je půl roku. Je to však rámec spíše orientační, délka se odvíjí od spolupráce, jejímž podkladem je vzájemný vztah mezi klientem a terapeutem. Techniku uplatňuji při konkretizaci vnitř-

ních reprezentací, pracovně jsem ji nazvala *Démon alkohol – první rendez vous*.

V průběhu celé psychoterapie je vhodné techniku zařazovat tehdy, je-li vytvořena dostatečná vzájemná důvěra a klient se cítí bezpečně. Jestliže se klient chce věnovat svým tématům, je možné techniku (dle situace a vztahu s klientem) zařadit v optimálním případě již po 3–4 sezeních.

Této technice však musí předcházet terapeutická práce s pozitivními aspekty klientova prožívání. Klient tak nebude při odkrývání obtížných a emočně náročných témat příliš přetížen a má možnost vztahovat se i k tomu, z čeho ve svém životě může čerpat sílu a energii. Techniku není vhodné použít u osob, které ještě nemají důvěru v terapeutický vztah a proces, a v případě, kdy je spolupráce zatím ve fázi motivačních rozhovorů.

Terapeut v rámci satiterapeutických postupů používá zvnějšňování, tedy externalizaci internalizovaných reprezentací, a jejich zpředměťování pomocí satiterapeutických postupů konkretizace (Němcová, 2002).

Pokud vnitřní reprezentace klient vnímá jako kruté, trestající (zlé), terapeut je navíc ohraničuje od zdravého zbytku jeho vnitřního světa (psychotopu). Díky satiterapeutickým postupům technika umožňuje i zmírnit například přísnost a krutost těchto reprezentací založených v raném dětství klientů (srov. Vašina). Nabízím také jiný postoj, než s jakým se setkáváme v některých přístupech využívajících mentoring, edukaci a jiné taraktivní postupy léčby návykových nemocí. Technika klientovi umožňuje zvědomit si vlastní psychické procesy. Při další terapeutické práci mu může rovněž pomoci navázat kontakt s těmi částmi sebe sama, které měl tendenci odmítat. Klient s nimi může vstoupit v dialog a postupně je také přijmout a unést.

POPIS TECHNIKY V RÁMCI SATITERAPEUTICKÉHO FORMÁTU

Techniku je možné využívat v rámci individuální práce s klientem. Probíhá v stan-

dardním chráněném pracovišti, které je vymezeno jak prostorem pracovny, tak kontraktem mezi terapeutem a klientem. Stejně tak si na počátku vymezujeme frekvenci a počet sezení. Vytváříme tím podmínky pro vznik důvěry a terapeutického vztahu. K provádění techniky nepotřebujeme zvláštní pomůcky, můžeme ji použít jak na židlích, tak například vsedě na zemi.

V pracovně mám dvě křesla, mezi nimiž je umístěn menší stolek. Na stole mi leží mísa s různými předměty (kameny, figurky z „kinder vajčiček“, ořechy, nábojnice, mince atd.), stejně tak na policích mám různé věci, které v terapii používám (plyšový medvěd, prázdná láhev tzv. plácačka, hliněné figurky – postavy lidí, zrezivělý hřebík, xylofon atd.).

V předcházejících sezeních, než techniku použijeme, je vhodné zabývat se společně s klientem pozitivními aspekty jeho života a najít pevné opory jeho existence – tedy věnovat se společně s ním životním oblakem, které mu přinášejí pozitivní a příjemné prožitky. Co klientovi v jeho životě pomáhá, co mu dělá radost, co prožívá jako dobré (srov. Drozdová, 2006).

Před použitím techniky samé (ale i v předchozích sezeních) je vhodné, aby klient zmapoval a popsal situace, ve kterých došlo (v nejbližším období) ke zneužití alkoholu (nutkavému jednání – pití). Zabýváme se tím, kdy a kde přichází „craving“ (tzv. bažení), jak na to klient reaguje, a jak různé situace prožívá, jaký vnitřní dialog se v něm odehrává. Mapování napomáhá vytvářet mezi klientem a terapeutem důvěryhodný vztah, ve kterém je možné otevřeně mluvit o situacích, za které se většina klientů stydí. Klient se stává citlivějším a všímavějším ke svému prožívání, k tomu, jak na jejich podkladě reaguje a k tzv. spouštěčům. Konkretizace situací navíc pomáhá klienta zapojit do spolupráce na zvládnutí svých problémů.

Ve chvíli, kdy je klient schopen zpětně popisovat situace, ve kterých došlo ke zneužití

alkoholu, dokáže o nich hovořit a sdílet je, je možné tuto techniku použít.

UKÁZKA A ZLOMEK KASUISTIKY

Klient popisuje situaci, moment, který předcházel pití:

K: „...a tak sem tam stál a dostal sem strašnou chuť se napít... říkám si, neměl bych, ale pak sem se napil...“

T: „Pojďme se podívat, co se dělo ve vás... vy jste si říkal, neměl bych...“

K: „Jo, ale pak sem to stejně vypustil...“

T: „Když byste nyní dál slovně rozvíjel tu část ve vás, která říká „neměl bych“, co by ještě říkala?“

K: „Neměl bys, zase budeš mít problémy.“

T: Amplifikuje (zesílí hlas dle tendencí klientovy intonace, může rozvinout i gesto, které klient například tělem naznačuje) a opakuje: „Neměl bys, zase budeš mít problémy! ... Když by tato vaše část „Neměl bys, zase budeš mít problémy!“ byla nějaký předmět, jakýkoliv, který zde leží, co by to bylo?“ (Ukazuji klientovi misku s předměty, ukazuji na police a pobízím k výběru předmětu, případně zpřesňuji instrukci a dodávám, ať je to takový předmět, který odpovídá i prožitkově té větě, jakoby tu větu říkal sám ten předmět.)

Klient si vybírá velký (cca 50 cm) zrezivělý hřebík a postaví ho mezi nás na stůl.

T: „Čím to, že to padlo na tenhle hřebík?“

K: „No on je takovej velkej a tak jakoby ční a může se někam zarazit.“

Dále se bavíme o vlastnostech hřebíku. Dozvídám se, že je spíš nepřijemný a přísný.

K: „...ten můj vnitřní hlas (ukazuje na hřebík) ví, co je pro mě správný...“

T: „Takovej moralista je to!“ (Amplifikuji a stahuji význam – moralizování, abych pomohla klientovi lépe vidět charakter a podobu vnitřní reprezentace. V dalších fázích jde také o to, abych poukázala na hodnocení, která jsou převzatá, a pomohla je klientovi oddělit od jeho autentického prožívání a od jeho vlastního autonomního hodnocení.) Zvýrazňuji klientův kon-

strukt, dle kterého někdo jiný ví, co je pro něj správné (srov. introjekt).

K: Klient se pousměje, pookřeje a omlouvá ho: „On to se mnou myslí dobře...“

T: „Připomíná Vám to někoho z vašeho okolí, ze života?“

K: „Jo! Matku a manželku!“ (bez váhání odpovídá)

Chvíli si povídáme o podobnostech matky, manželky a zrezivělého hřebíku a konkrétních situacích, kdy se mu tak ženy (matka a manželka) v jeho životě jeví. Ptám se dále na pocit tady a teď, když si povídáme o hřebíku a o matce.

T: „No, ale vy jste se pak napil, čím to? ...co se ve vás dělo?“

K: „No měl sem prostě chuť.“

T: „Když by ta chuť byla zase nějaký předmět, co by byla? Zkuste si ji vybavit.“

K: Vybírá okamžitě hrocha s otevřenou tlamou.

T: „Kde na stole by byla? ...už nám tam leží hřebík...“ (poukazuji na hřebík)

K: Klient postaví hrocha dopředu, blízko k okraji a jeho osobě.

T: „Čím ten hroch vám k tomu sedí, k té chuti, proč jste si ho vybral?“

Následuje popis vlastností hrocha, akcentována je touha a schopnosti hrocha vábit a lákat s příměsí nenasytnosti.

T: „Kdyby si mohl (hroch) pustit, jak se říká, pusu na špacír, co všechno by říkal?“

K: „Dej si ...jedna neuškodí... dáš si jen jeden lok, dva. A víc ne, to zvládneš... Nejsi přece žádnéj slaboch!“

T: Zesiluji hlas, hovořím důrazně, zesílím a odzrcadlím i emoční ladění klientovy věty: „...to zvládneš... nejsi přece žádnéj slaboch...“ A na závěr stahuji význam: „Takže vy ste do toho šel s tím, že si můžete dát jeden lok, že to zvládnete. Nejste přeci nějaký slaboch.“

Následoval rozhovor o pocitech selhání – v terapeutickém vztahu se klientovi pojí s nálepkou alkoholik a vůbec se skutečností docházet někam do ambulantní léčby – a dále o kolísání rozhodnutí k ab-

stinenci, které je nabouráváno snahou si dokázat, že „*nejsem slaboch, můžu se jednou napít*“, aby se tak klient vyhnul nepříjemnému prožívání – pocitům selhání.

Tato technika také pomáhá klientovi je-ho vlastními slovy v rámci jeho vlastních autentických situací získat vědění a vidět souvislost mezi jeho prožíváním, které bývá motivací a zdrojem k jeho jednání. Příjemné prožívání probouzí tendence k ulpívání, nepříjemné naopak vzbuzuje v člověku snahy k vyhýbání a úniku (Němcová, 1993).

V rámci této techniky jsou zpřesňovány a do detailů konkretizovány situace, které klient chce v budoucnosti lépe zvládat. A esence (klientem vnímaná podstata) vnitřních reprezentací je rozváděna, amplifikována a zintenzivňována.

Při závěrečném reflektování celé techniky pomáhá terapeut popisem „objasnit“ vztah mezi vnitřní reprezentací (zobrazuje ji zrezivělý hřebík), prožíváním (pocity selhání) a jednáním (únik prostřednictvím abusu alkoholu). Reflektování vztahů mezi vnitřní reprezentací, prožíváním a jednáním zvyší pravděpodobnost porozumění i vzhledu v rámci celé interakce.

Cílem techniky je pomoci klientovi navázat vědomý kontakt s tzv. vnitřními reprezentacemi. Můžeme také hovořit o zvědomění a postupné integraci odštěpených introjektů. Klient to, co vnímá jako nepříjemné a špatné, často nedokáže sdílet současně s tím, co vnímá jako příjemné a dobré.

V průběhu techniky může terapeut klientovi nabízet empatický a přijímající postoj k jeho ambivalentním postojům a k jeho silnému prožívání. V následující terapeutické práci dále rozvíjí a pracuje na jejich integraci a přijetí.

ZÁVĚR

Techniku lze použít pro účely průzkumu vnitřního světa (psychotopu) samotným klientem, stejně jako pro diagnostiku, která mapuje intrapsychické procesy klienta.

Rovněž je možné, ba i vhodné následky vnitřních konfliktů a prožívání propojovat se situacemi z dětství, např.: „*Odkud znáte onen pocit selhání?*“ nebo: „*Když se budete vracet proti proudu času, která nejraději vzpomínka na pocit selhání se vám vybaví?*“ Klient je v tomto případě veden k tomu, aby si všímal souvislostí mezi jednotlivými událostmi a uvědomil si vzájemnou podmíněnost jevů svého prožívání.

Tuto techniku používám při práci se závislými klienty často. Pomáhá odkrýt mechanismus spouštěčů cravingu a také začarovaný kruh takzvaného prožívání-vědění-jednání³. Klient na základě svého nereflektovaného a neuvědomovaného prožívání často neuvědoměle jedná. Např. cítím vztek (prožívání), který nevyjádřím, cítím se také poníženy, což si neuvědomuji, v důsledku toho mi narůstá emoční tenze – jdu se napít, abych tenzi uvolnil (jednání). Při zpětné reflexi tohoto procesu si jej tak může klient lépe zvědomit. V průběhu celé terapeutické práce považuji za důležitý nehodnotící a přijímající postoj terapeuta k prožívání klienta. Postoj, který mu nabízí porozumění a soucit. V budoucnu je tak možné pracovat na tom, aby získal přístup k takovým emocím, které má tendence odmítat, a byl schopen je plně prožít, přijmout a unést.

Technika však především klientovi odkryvá, resp. klient sám přichází na nespočet osobních témat, která se v průběhu terapie nadále opakovaně objevují.

LITERATURA:

- DROZDOVÁ, K. (2006): Čtvero zakotvení. *Psychologie Dnes*; 10, s. 31–33.
 FRÝBA, M. (1996): *Psychologie zvládání života; Aplikace metody Abhidhamma*. Boskovice: Albert.

³ Paradigmatická triáda „**prožívání - vědění - jednání**“ popisuje vzájemnou interakci mezi těmito třemi ději, které probíhají ve vnitřním a vnějším světě jedince (Frýba, 1996).

- CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L. (2003): Osm kroků externalizace v narativní terapii u PPP, na <http://www.sktlib.cz/publikace.htm>.
- JOHNSON, S. M. (2007): *Charakterové typy člověka (terapeutická léčba raných poruch)*. Brno: Computer Press, a.s.
- MILLON, T., LERNER, M. J., WEINER, J. B. (Eds.) et al. (2003): *Handbook of Psychology*, Vol. 5: Personality and Social Psychology. New Jersey: John Wiley & Sons, inc. Hoboken.
- MORENO, Z. (2005): Psychodrama, teorie rolí a pojetí sociálního atomu, In Zeig, J. K. et al. (2005): *Umění psychoterapie*. Praha: Portál.
- NĚMCOVÁ, M. (2002): *Úvod do Satiterapie*, Velká Bíteš: Ateliér Satiterapie.
- NĚMCOVÁ, M. (1993): *Techniky průzkumu psychotopu I.*, Velká Bíteš: Ateliér Satiterapie.
- VÁŠINA, S. Čtenářský deník, nedatováno (<http://deniceksv.webgarden.cz/psychologie/melanie-kleinova-zavist-a-2.html>)

O autorce

Veronika Šuráňová pracuje jako vedoucí ambulantní léčby v A Klubech ČR, o.p.s. (zařízení sociálních a drogových služeb). Vystudovala sociální politiku a práci, obecnou teorii umění a kultury a sociální pedagogiku. Ve své psychoterapeutické praxi využívá dovedností a vědomostí nabytých během účasti v satiterapeutické výcvikové komunitě a v hodinách supervize satiterapeutické i supervize jiných psychoterapeutických směrů. Externě spolupracuje s o. s. Anabell (sdružení na pomoc osobám s poruchami příjmu potravy), vede kurzy „Focusingu“ pro veřejnost a sebezkušenostní výcvik a předmět „praktická psychohygiena“ na Pedagogické fakultě v Brně.

Kontakt: suranova.veronika@gmail.com

Došlo do redakce: 8. 5. 2011, v revidovaném znění 27. 6. 2011. K publikaci přijat 22. 8. 2011.

OBSEDANTNE MYŠLIENKY

Ivan Verny

ÚVOD KU KAZUISTIKE

Okrem mojej psychoterapeutickej praxe a supervízie tímov učím od roku 1989 procesorientovanu psychológiu / psychoterapiu vo Švajčiarsku, v Čechách a na Slovensku. Naša škola zastupuje tézu, že je dôležité nie len sa venovať reči a vnímaniu klientov a pacientov na pochopenie a vyvíjanie procesov, ale aj sebaučinnosti terapeuta, ktorého vnútorný proces počas terapie je spojený so snemím klienta. Dalo by sa to možno pojať ako širšie vnímanie „protiprenosu“. Toto sebaučinnosť je dôležitým terapeutickým nástrojom a zo supervízie viem, že ho mnoho terapeutov príliš malo používa.

Kazuistiku o jednom posedení s témou obsedancie som napísal ako ilustráciu možnosti nechať sa viesť vlastným vnímaním a nenechať sa zviest' popredným popisom problému.

Procesorientovaná psychológia vníma a rozlišuje to, s čím sa človek stotožňuje, od toho, čo sa mu deje. Obidva procesy sú časťou jedného celku a sú oddelené hranicou. Hranicou každodennej identity voči tomu, s čím sa nechceme stotožňovať. To, čo sa mi deje (napr. telesné symptómy, trenice vo vzťahoch alebo finančná kríza vo svete), je časťou mňa nezávisle od toho, či to chcem alebo nie. Tato hranica pozostáva z presvedčení a strachov, čo sa mi môže stať, ak to cudzie preberie moc nado mnou či nad mojím životom. Integrácia toho, čo sa mi deje, vedie k individuácii. Jedna časť nasej therapeutickej práce pozostáva z pozvania a úvodu klienta do kontaktu s tým cudzím, neznámym, iritujúcim procesom, resp. s jeho časťami. Iná časť je spracovávanie hraníc medzi tým, s čím sa niekto identifikuje, a tým, čo sa mu deje.

KAZUISTIKA

20.5.2010 prišla ku mne cca. 30-r. žena, expat (žije vo Švajčiarsku 10 rokov), blon-

dínka, so svetlou pletou. V histórii mala mentálnu anorexiu, z ktorej sa dostala pomocou vynikajúceho psychosomatika a vďaka láske muža, ktorý je teraz jej manželom. Vtedajší lekár ma jej teraz odporučil, lebo pani žije neďaleko mňa a 1000 km od neho.

Povedala mi, že sa chce zaoberať obsedantnými myšlienkami o tom, že jej 4-r. syn ma tak bledú pleť a trochu šmatlá / šľape si na vlastne nohy. Nechápal som, prečo to ma byť dôležité, tak mi vysvetlila, že aj ona mala tak svetlú pleť, vypadala bleďa a že sa jej ľudia vysmievali.

Keď som sa jej spýtal, akým spôsobom sa jej vysmievali, tak napodobnila súcítuplný hlas, ktorý hovorí: „Aká si Ty bleďa, asi si bola malo na slnku“.

Asi po 7 minútach obsedantnej témy a potom ako som zistil, že si nerobí starosti pre bledú pleť resp. šmatlanie svojho syna ako strach pred chorobami, ale sa len obava vysmievania, som sa začal nudiť a povedal som jej, že mam dojem, že asi ide o niečo iného a že sa obávam, že za jej obsedantnými myšlienkami by sa mohlo skrývať niečo závažnejšieho – nerozumela ma. Keď som sa jej spýtal, čím by sa asi musela zaoberať, keby nemala obsedantné myšlienky – tiež ma nerozumela.

Povedal som jej, že si myslím, že je jednoduchšie a menej bolestne zaoberať sa strachom pred vysmiatím syna, ako vlastnými problémami, či nespokojnosťou a či sa také niečo vyskytuje v jej živote. Ešte stále mi nerozumela.

Keďže sa mi nechcelo vraciäť sa k jej obsedancii, lebo som v tom nevnímäl veľa energie, som jej vysvetlil, že pre mnoho ľudí je ľahšie zniest' jednoduché obsedancie, ako sa zaoberať ťažkosťami ako napr. prístäť v novej kultúre, nespokojnosťou v práci, v rodine alebo v manželskom vzťahu – lebo to by mohlo ohrozovať niečo dôležitejšie.

Usmiala sa a povedala, že ma iné predstavy o manželstve, ako sa to teraz deje.

„Povedzte mi trochu o Vašom manželstve.“ „Mame vynikajúce manželstvo, hlavne mám krásne dovolenky.“ „Koľko dovolení máte?“ „4x1 týždeň / rok.“

„Nuž, nie som veľký matematik, ale ako to vypadá počas 48 týždňov u Vás doma?“

„Manžel pracuje ako IT špecialista u veľkej banky asi 14h denne, keď príde domov, je milujúcim otcom, potom sa rýchlo naje a potrebuje čas pre seba: sadne si k svojmu počítaču a robí si tam svoje veci 1.5 – 2h. Ja by som s ním rada strávila večer, porozprávala sa, išla spolu do postele – smiem to žiadať? Som normálna, keď to on nepotrebuje?“

„On splní, o čo ho požiadam, hoci nerozumiem, prečo to je pre mňa dôležité, ale chcela by som, aby splňanie mojich potrieb prišlo od neho bez toho, že by som si to musela pýtať.“

„Predstavte si, že sa nič nebude meniť, čo si predstavujete ako svoj život o 10 rokov?“

„Ja potrebujem pevnosť / oporu.“

„Ok, tak snívajte o tom, aké formy opory by mohli byť možné a ako by ste chcela žiť o 5, 10, 15 rokov, aby ste sa po tom dlhom stúpaní na rebríku života nezobudila a nezistila, že Váš rebrík bol opretý o nesprávnu stenu.“

Ku koncu posedenia som jej povedal, že mám pravidlo: keď niekto trávi 2/3 času v terapii rozprávaním o partnerovi, tak by som rad stretol partnera v terapii. Povedala, že sa o to pokusí.

Keď som sa spýtal, koľko krát počas nášho rozhovoru myslela na bledú pleť svojho syna, sa usmiala a povedala, že ani raz.

Na konci prvého posedenia prosím mojich klientov zvyčajne o email s 3 vetami o tom, čo je na zážitku prvého posedenia motivovalo pokračovať v terapeutickej práci so mnou, resp. 3 vety o tom, prečo by nechcela so mnou pokračovať (aby som sa naučil niečo o sebe).

A dostal som tento email:

„Dobrý den, pane Verny,

měla jsem se Vám ozvat, zda budu chtít pokračovat v terapii nebo ne.

Doma jsem manželovi všechno řekla, jak to u Vás probíhalo, samozřejmě měl i jiné názory a sám navrhl, že si s Vámi taky chce pohovořit. Potom jsme se ale dohodli, že se pokusíme (2-3 měsíce) snažit vnímat lépe potřeby druhého. Pokud se nám to nepodaří, tak se vám ozvu a domluvíme si schůzku.

Zatím mockrát děkuji, mějte se pěkně a možná nashledanou,

XX“

To bolo koncom Júna 2010; dva mesiace neskôr som sa spýtal na status quo a na zmeny, resp. na to ako často a aká obsedantne myšlienky máva.

KOMENTÁR:

V tomto jednom posedenie sa dialo množstvo vecí.

Keď som sa necítil vtiahnutý do históriky pacientky, začal som rozmýšľať, o čom by jej symptóm mohol byť. Moja úvaha bola - a to som jej aj vysvetlil: obsedancia znamená, že sa zaoberám veľa niečím, aby som sa nemusel zaoberať niečím iným, lebo proti tomu mám vnútorné zábrany (hranice). Mňa zaujímal ten proces v pozadie.

Okolo tejto klientky sa mi diala jedna generalizácia, ktorá mi neľahko padne: mám skoro 30 rokov skúseností s krajanmi vo Švajčiarsku: väčšinou chcú odo mňa „psychoaspirín“: „Pán doktor, odstráňte mi rýchlo moje symptómy, ale tak, aby to nebolelo.“ Toto určite trochu zaostrilo moje intervencie, hoci som sa snažil o jemnosť a trpezlivosť.

Ten pocit straty energie a moja nuda krátko po začiatku rozhovoru je pre mňa znamením, že sa klientka dotýka nejakej hranice. Okrem toho som sa dozvedel, že ide o strach z vysmiatia, čiže pravdepodobne o ostych. Tak som začal skúmať, čo by ta obsedancia mohla nahadzovať, resp. kam by to ostýchanie mohlo patriť. Obávam sa, že by tato časť pacientkinho procesu / hranice mohla byť zodpovedná za to, že sa nevrátila do terapie.

V kazuistike som nenapísal, že sme sa ku koncu rozprávali o legitímnosti jej potrieb a

o tom, že milujúci rodičia síce vnímajú potreby svojich malých detí, ale partnerom sa to často nepodarí, a preto je nutné, správne a pomocne, aby svoje potreby manželovi komunikovala.

Medzičasom otehotnela, potratila a smútila, obsedantné myšlienky mala len zriedka,

ale už sa viac do terapie neprihlásila. Pán manžel už vôbec nie.

Článok prošel posouzením v redakční radě. Došlo do redakce: 27. 9. 2011, v revidovaném znění 13. 10. 2011. K publikaci přijat 17. 10. 2011.

Projektivní sada koláží
800 obrázků Miroslava Huptycha
pro skupinovou a individuální psychoterapii

Bližší informace na: www.huptych.cz

ROZHOVORY O KIP

Milena Blažková

ABSTRAKT

Rozhovor PhDr. Mileny Blažkové se dvěma členy České společnosti pro katatymně imaginativní psychoterapii, MUDr. Robertem Kulískem a doc. Danem Pokorným, je zaměřen na katatymně imaginativní psychoterapii z pohledu terapeutické praxe a procesuálního výzkumu. Jsou nabízeny pohledy na společné prvky a odlišnosti KIP od jiných terapeutických přístupů, zejména pak psychoanalýzy. Aktéři rozhovoru vysvětlují způsob terapeutické práce s objektními vztahy, které se vynořují během imaginací. Nastíněna jsou základní specifika práce s dětmi v KIP, zmíněny jsou některé důvody pro indikaci a kontraindikaci KIP. Čtenář se seznámí s příklady konkrétních zrealizovaných procesuálních výzkumů v KIP.

Klíčová slova: katatymně imaginativní psychoterapie, psychoanalýza, objektní vztahy, primární proces, výzkum procesu psychoterapie

ABSTRACT

An interview of Dr. Milena Blažková with two members of the Czech Society for Guided Affective Imagery, Dr. Robert Kulisek and associate professor Dan Pokorny, is focused on katathym imaginative psychotherapy in terms of therapeutic practice and procedural research. They present views on commonalities and differences of the GAI from other therapeutic approaches, particularly of psychoanalysis. They explain the way of therapeutic work with object relations that emerge during the imagination. They outline the basic specifics of work with children in the KIP, there are also mentioned some reasons for the indication and contraindication of the KIP. The reader will become familiar with examples of specific procedural researches in the KIP.

Key words: Guided Affective Imagery, psychoanalysis, object relations, primary process, psychotherapy process research

ÚVOD

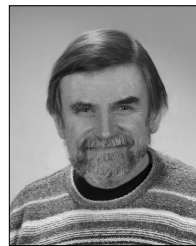
Rozhovor PhDr. Mileny Blažkové se členy České společnosti pro katatymně imaginativní psychoterapii, MUDr. Robertem Kulískem a doc. Danem Pokorným, je o tom, jak vypadá dnešní KIP v terapeutické praxi a jakými způsoby a proč se zkoumá v procesuálním výzkumu.

MUDr. Robert Kulisek, Ph.D.



Robert Kulisek je psychiatr aktuálně působící v soukromé psychiatrické a psychoterapeutické praxi, kde nabízí komplexní psychiatrickou péči pro děti, dorost a dospělé, individuální psychoterapii pro děti, dospívající a dospělé, rodinnou terapii, výchovné poradenství pro rodiče a krizovou intervenci pro děti i dospělé. Mimo jiné je členem České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii a členem České společnosti pro katatymně imaginativní terapii.¹

Doc. Dan Pokorný



Dan Pokorný je výzkumný pracovník v oblasti psychoterapie, metodik a matematik na Univerzitě v Ulmu. Zaměřuje se na vývoj procedur pro analýzu dat pro potřeby výzkumu procesu, analýzy textu a analýzy repetitivních vztahových vzorců.²

ROZHOVOR S ROBERTEM
KULÍSKEM

Mohl byste říci něco o sobě jako o psychoterapeutovi, výzkumníkovi? Například čemu se profesně aktuálně věnujete.

Co se týká KIP, dělali jsme hodně zajímavý výzkum v intervencích. Vytvořili jsme klasifikační systém intervencí a zajímalo nás, do jaké míry ovlivňují zastoupení primárního procesu v tom, jak pacient mluví. Analýza verbálního projevu se sledovala zase jinými metodami. Asi tím nejzajímavějším zjištěním bylo, že intervence terapeuta, které jsou spíše konfrontační a které ho udrží u konfliktního tématu, jež se objeví v imaginaci, tento primární proces podporují. To je samozřejmě z hlediska efektu terapie velice významné. Přemýšleli jsme nad tím, do jaké míry může být terapeut podpůrný nebo naopak konfrontující, což je otázka, která platí i pro spoustu jiných terapeutických směrů.

Pokud si dobře pamatuju, tak v tomto výzkumu vyšlo, že je efektivnější konfrontující terapeut...

Samozřejmě s tou podmínkou, že má pacient vytvořenu bezpečnou základnu. To znamená, že je s terapeutem v dobrém léčebném spojení. To je nutná podmínka. Takové zjištění má praktický dopad i třeba na výcvik, protože v počátcích výcviku má hodně frekventantů dojem, že by měli být zásadně podporující, velice empaticí, hodní, milí a spíše pacienta chránit. Myslím, že ve spoustě případů to může vést k tomu, že jde terapeut s pacientem do koluze a vyhnou se společně nepřijemným, ohrožujícím tématům, čímž pacient přijde o možnost se s konfliktem úspěšně konfrontovat. Zkušenosti KIP terapeuti měli v použitých kategoriích intervencí celou plejádu ve vyváženém

poměru. Ti začínající byli většinou hodně protektivní, opatrní, aby něco neprovedli.

To úplně chápu. Asi bych jako nezkušený terapeut postupovala stejně...

Nesmírně přínosné k vlastní supervizi jako terapeuta je v tomto ohledu si sezení nahrávat nebo zapisovat a přemýšlet nad tím, jak do toho vstupuji jako terapeut, jaké mám osobní charakteristické intervence. Myslím si, že je důležité si záznam po sobě pročíst, poslechnout. Je to šilené pracné, ale to je vedlejší.

Je to také hodně časově náročné.

Od toho jsou tréninkové semináře, které si pořádáme. Uskutečnili jsme si terapeutická sezení, která jsme nahráli, transkript jsme následně promítali a prozkoumávali jsme, proč v tu chvíli pacient a terapeut takto reagovali.

To si právě nedokážu představit při Vašem současném vytížení, že byste ještě po večerech poslouchal nahrávky...

Teď ne, to opravdu ne, po večerech o tom začnu průběžně přemýšlet.

Jak probíhal samotný výzkum?

To bylo různé. My jsme čerpali materiál převážně z týdenních intenzivních seminářů. Projekt vymyslel doc. Pokorný. Je to zpravidla skupina čítající 10-12 lidí, kde se na sobě vzájemně trénujeme, střídáme roli pacienta a terapeuta. Na základě toho jsme nasbírali poměrně dost materiálů. Transkripty následně prošly textovou analýzou primárního a sekundárního procesu – slovník byl přeložen z němčiny. Potom jsme korelovali zastoupení primárního procesu s jednotlivými kategoriemi intervencí, jejichž nejhrušší dělení je na suportivní (proces podporující) a konfrontační (proces rozvíjející, v angličtině „enhancing“).

Mohl byste mi nyní říci něco o Vaší praxi, jak třeba vypadá Váš pracovní týden?

Myslím, že pracovní týden je docela obvyklý. Kombinuji psychoterapii dětí i do-

¹ Vyhledáno 9. 4. 2011 na <http://www.psychiatr-psychoterapeut.cz/profil.html>.

² Bürgi-Kraus M., Kottje-Birnbacher L., Reichmann I., Wilke E. (ed.) (2007). Vývoj v imaginaci - imaginativní vývoj. MAJ: Chabičov.

spělých, pracuji i s rodinami, ale KIP používám převážně v individuální psychoterapii. Nespécializuji se třeba na využití KIP v párové terapii. Ve spoustě případů se ukazuje, jak KIP funguje jako úžasný katalyzátor terapeutického procesu. Jednak díky tomu... teď z hlavy nevím, o kolik je tam více primárního procesu, když se to srovná s běžným verbálním sezením, to by Vám řekl spíše doc. Pokorný, ale toto si myslím, že je jeden z faktorů, proč KIP vždy posune terapii dopředu. Další věc, která mě k tomu napadá, je, že zvláště u výrazněji osobnostně narušených pacientů se podporuje observační funkce ega. Že pacient imaginaci autenticky prožívá, je do toho emočně vtažený, ale zároveň si zachovává pořád pojem pro *tady a ted'*, pořád vnímá, že imaginuje. To je velice důležitý a účinný faktor. Obecně se dá říci, že to je jeden z obecných cílů psychoterapie.

Doc. Pokorný reagoval na poměr primárního procesu v denním snění:

Tak to Vám můžu říct, to je hodně zajímavé. Věnoval se tomu pan Martindale ve svých pokusech: nechal lidi psát příběhy a pak jim dal takové ty mexické houby s psylocibinem. Zjistil, že tam je 3x více primárního procesu. My jsme v našich sledováních zjistili, že v denním snu je 3,5x více primárního procesu než v obvyklých vyprávěních. Takže denní sen je ještě účinnější než mexické houby. Denní sny jsou přitom úplně legální.

Jaká byla vlastně Vaše cesta ke KIP, čím si Vás získala?

Byla to částečně rodinná zátěž, protože moje maminka pracovala jako psychoterapeut, navedla mě na tuto myšlenku a seznámila mě s tím.

Tak to by mě nenapadlo, že můžou být i takové motivace...

No (*smích*), takže to byla víceméně rodinná zátěž. Paralelně jsem dělal ještě výcvik v psychoanalytické psychoterapii individuální, přijde mi to jako velice vhodná kom-

binace. Spíše tedy pro psychodynamickou psychoterapii, abychom byli terminologicky přesní, to by se psychoanalytici psychoterapeuti rozčílili (*smích*). Nedovedu si jedno bez druhého dost dobře představit.

Mohl byste mi to ještě blíže vysvětlit?

Při práci s jednotlivými pacienty velice často využívám KIP jak z důvodů diagnostických, protože se tam velmi dobře zobrazuje základní vztahová vazba z hlediska přístupu k objektu, tak potom samozřejmě z důvodu propracování tématu, které je někdy běžným verbálním způsobem obtížněji zpracovatelné.

Na Vašich stránkách jsem si přečetla, že jste členem České společnosti pro katatymně imaginativní terapii a zároveň členem České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii. Jak Vy osobně vnímáte vztah mezi aktuální podobou KIP a psychoanalytickým přístupem?

Bude to teď znít hodně redukcionisticky, je to jenom část skutečnosti, ale zdá se mi, že právě KIP může dobře vizualizovat objektivní vztahy, a v tomto je velice přínosná zvláště u pacientů se sníženou schopností abstrakce. Možnost vizualizace a zpracování na této úrovni zároveň s podporou sebereflexe a observační části ega se mi zdá velice dobrá.

Zajímalo mě, jak KIP staví na psychoanalytických základech, jestli s psychoanalýzou nějak pracuje, např. na kolik je podobný setting...

Setting je společný v tom, že podporuje regresivní nastavení pacienta. To určitě ano. Rozhodně také způsob práce se subjektem a s objekty, které se objevují v imaginaci: vlastně práce s materiálem, který imaginace přinese, má samozřejmě některé principy, které v základu vycházejí z psychoanalytických vývojových teorií.

Řekl bych ale, že KIP je flexibilnější z hlediska různých možností zpracování a přístupu ke konfliktu a zvláště co se týká silně

negativně emočně obsazených témat. KIP má výhodu v tom, že je možné k tématu přistupovat v symbolické rovině, která je bezpečnější. Jak ukazuje opět jeden z výzkumů v KIP, zvláště fylogeneticky starší objekty, které se objevují v imaginacích, jsou pozitivněji emočně obsazené než fylogeneticky mladší, to znamená lidé a zvířata. Takže např. jeden z velice nosných symbolů stromu umožňuje právě toto přesunutí emoční polarity a zpracování konfliktu, které by bylo ve verbálním uspořádání daleko obtížnější.

V podstatě KIP umožňuje se bezpečným způsobem vypořádat s některými obranami, ale nikoli je překračovat. Ony se znázorní právě v přístupu k objektu. Pokud se např. v imaginaci objeví strom, zvíře nebo člověk, tak se vyskytnou tyto obranné mechanismy. Domnívám se ale, že právě díky autentickému prožívání je pacient zároveň stále plně zakotvený v terapeutické situaci *tady a teď*, a proto se může cítit bezpečněji, a právě díky symbolickému znázornění je to přístupnější, než když se k němu dostáváte jen na verbální rovině.

Raději se ptejte, on když s tím potom člověk pracuje, tak může trochu ztrácet smysl pro realitu (*smích*).

Myslím si, že pro Vás může být složité celou zkušenost s klienty zhuštít do pár vět...

Tady to o čem mluvím, o té sekvenci, která se v imaginaci vždycky objevuje, tzn., že se inscenuje nějaká situace, nějaké prostředí a nějaký fokus, tak zpravidla jde o zpracování interakce mezi subjektem a objektem. To je myslím takové obecné schéma, které se vždycky objevuje, ať už tím objektem je strom, zvíře nebo nějaká postava. Může to být ale i fokus přímo na sobě, třeba na tělesné prožívání, inspekce vlastního těla, což je jeden z přístupů využívaný v léčbě psychosomatických poruch.

Jak obvykle vypadá Vaše první sezení s klientem? Kdy a jak ho seznámíte s Vaším způsobem práce? Je to už na prvním sezení nebo později?

Většinou už na prvním sezení a hodně klientů již dopředu něco ví, třeba díky webovým stránkám.

Takže jdou za Vámi cíleně, protože vědí, že nabízíte KIP?

Přicházejí na doporučení, ale někteří přichází i vyloženě s tím, že kontakt našli na internetu – takže bez doporučení někoho z kolegů. Tento člověk už zpravidla četl o způsobu práce mými dvěma metodami.

Když k Vám přijde klient, který neví, co KIP obnáší, např. dostane doporučení, že jste dobrý psychoterapeut, a neví, co má čekat, jak ho s Vaší prací seznámíte?

Jak vysvětluji princip?

Ano.

Záleží samozřejmě na tom, o jakého pacienta jde. Zpravidla vysvětluji uspořádání, které v rámci imaginace je. Spousta pacientů má velkou úzkost, protože si takové uspořádání neumí představit, takže je nutné jim vysvětlit, co se bude dít, jaký je průběh, jaké je uspořádání. Buď přitom pacient sedí v křesle, nebo leží, záleží na tom, jak se cítí bezpečně. Vysvětlím mu, že před tím probíhá relaxace a jaký je technický postup, a samozřejmě vysvětluji alespoň na obecné rovině důvod, proč využít KIP přístup tak, jak jsme se o tom bavili.

Takže vysvětlujete třeba i objektní vztahy?

To ne, to opravdu ne (*smích*).

Pan Pokorný říkal, že to probíhá tak, že se s KIP nepracuje hned, že se začíná pracovat obvykle terapeuticky a třeba až šesté sezení se začne s KIP.

Ano.

Začínáte Vy už hned na prvním sezení?

Ne, to nikdy, to ani nejde, protože je zapotřebí pečlivě zvážit kontraindikace, tzn., pokud je osobnost strukturovaná psychoticky, je zapotřebí velké obezřetnosti.

Na to navazuje další otázka: co pro Vás znamená „diagnóza“? Jaký má pro Vás význam její znalost u klienta, u kterého chcete pracovat s KIP?

Současný klasifikační systém je zoufale popisný, takže má velice malou informační hodnotu pro psychoterapii.

Ptám se na to proto, že jsou přístupy, pro které znalost diagnózy není vůbec důležitá. Do terapie přichází člověk, který má nějaký problém, pracuje se s ním terapeuticky a vůbec nás nezajímá nějaké škatulkování podle diagnóz. Myslím si ale, že právě KIP je docela specifická, a jak jste zmiňoval kontraindikace...

Důležité je, o jaké diagnostice se bavíme. Pokud se bavíme o diagnostice, která je obsažená v MKN-10, tak ta moc vypovídající hodnotu nemá. To je popis příznaků. Já se orientuji především podle diagnostiky na osu struktury osobnosti, podle charakteru obranných mechanismů, abych byl schopný odhadnout stabilitu ega a jeho funkcí. Velice zjednodušeně řečeno, co všechno si člověk v roli terapeuta může dovolit, na co má být opatrný a především se snažím o základní odlišení – jestli je to neurotická, hraničně strukturovaná nebo psychotická osobnost – a tak si zpřehlednit obranné mechanismy. To je asi to základní.

Jaký vnímáte rozdíl v použití KIP u dětí a u dospělých?

Děti jsou daleko rychlejší. Myslím si, že práce s dětmi klade mnohem větší nároky na terapeuta především z hlediska předvídatelnosti dětských reakcí. Myslím, že je zapotřebí většího vyladění a větší pozornosti a rychlejších reakcí ze strany terapeuta. Není potřeba tak detailní propracování, protože některé obranné mechanismy u dětí nejsou dostatečně vyvrážděné, takže schopnost sebe-reflexe nebo získání náhledu jsou velice často nemožné. Spíš jde o to, aby proces v imaginaci proběhl zdárným způsobem. Často se ani k nějakému zpracování po imaginaci nelze dostat běžnou verbální for-

mu. Užitečnější je podle mě pokračovat na symbolické rovině, např. v práci s kresbou. Což je samozřejmě určitě přínosné i při práci s dospělými.

Děti jsou ale spontánnější...

Děti jsou spontánnější, ale na druhou stranu u některých je reakce odporu tak silná, že se už vůbec dál dostat nelze. Myslím si, že je pro děti daleko náročnější udržet se delší dobu v konfrontaci s konfliktním tématem.

Jak může vypadat v těchto situacích odpor u dětí?

Že se dítě odmítá úplně o čemkoli bavit. Já teď mám spíše na mysli obecně chování v terapeutické situaci. Např. pokud by chtěl terapeut rozebírat konfliktní rozvodovou situaci, tak si dítě zacpává uši a kope nohama do stolu a začne třeba mluvit o nějakých fantaziích, o nějaké kosmické lodi, kde je nějaký fantazijní svět, ve kterém se nikdo s nikým nehádá, všichni se mají rádi apod. Děti konflikt častěji odehrávají agováním. Dospělý už je schopný ho verbalizovat.

Mohl byste ještě v konkrétní situaci přiblížit podobu agování?

Např. pokud by na symbolické rovině dítě souhlasilo s tím, že si bude hrát s figurkami, a vytvoří situaci podobnou té domácí a figurky tam na sebe budou zlé, budou si nadávat a někdo bude odcházet z domu. Potom samozřejmě může dítě vytvářet situaci podobnou té, jakou zažívá doma, v terapeutické situaci. Bude se chovat provokativním způsobem a bude testovat, jestli se terapeut bude zlobit podobně jako ten přísný táta.

Na svých stránkách nabízíte i rodinnou terapii. Dá se KIP používat i v těchto případech?

Dá, já o tom moc nevím, při práci s rodinnou KIP nepoužívám. Ale jsou na to speciální semináře.

Jste psychiatr, ve své praxi nabízíte i farmakoterapii. Máte zkušenost, že by mohla

nějakým způsobem ovlivňovat psychofarmaka práci s imaginací?

To je hrozně zajímavá otázka. Já se domnívám, že zásadním způsobem ne. Abychom to upřesnili: mám několik pacientů, kteří užívají psychofarmaka, a zároveň s nimi pracuji formou KIP. Víceméně užívají farmaka z důvodů snížení intenzity úzkosti. Farmaka jim pomáhají v tom, aby vůbec mohli fungovat v psychoterapii, takže se nedomnívám, že by zásadním způsobem měla ovlivňovat charakteristiky průběhu imaginace. Myslím si, že způsoby, jak obrazy v imaginaci vznikají, vycházejí z daleko stabilnějších struktur – právě z objektních vztahů. Proto to nemůže být nějakým zásadním způsobem pozmeněno.

Dost častým problémem je spíš to, že může dojít k většímu odstupu od prožívání emocí po užívání např. antidepresiv. Tam se samozřejmě rozhodujeme, jestli anti-depresiva vysadit, protože potom mohou psychoterapeutický proces narušovat. Jde o nalezení vhodné léčby tak, aby došlo ke snížení úzkosti bez negativního ovlivnění.

S doc. Pokorným jsme se bavili o roli kreativity v procesu KIP. Zajímalo by mě, jestli Vy používáte základní Leunerovu řadu nebo jestli si vytváříte motivy pro své klienty tzv. šité na míru. Jak s motivy pracujete?

Používám oboje. Začínám asi tak jako většina kolegů se základními motivy, abych se i já jako terapeut zorientoval, abych se mohl nastavit a abych se vyznal především v pacientových reakcích a v chování v imaginaci. Základní motivy jsou nosné samy o sobě. Takže termín „základní“ může být trochu zavádějící, protože i tam je možné zpracovat velice důležité konflikty a vývojové problémy. Motivы šité na míru používám spíše v pokročilejších fázích terapie, pokud vykrytalizuje specifické téma, kdy není úplně jisté, že by se objevilo třeba v motivech základního stupně. I když se domnívám, že i v motivech základního stupně je dostatečným způsobem obsažená celá škála.

Měli jsme i celý seminář zaměřený na

nové motivy v KIP a myslím si, že jednou z takových zajímavých otázek, možná jednou z ještě nedořešených věcí je, do jaké míry lze použít KIP v oblasti sexuality. Takto, KIP nenabízí dostatečnou možnost zpracování některých témat souvisejících se sexualitou. Domnívám se, že právě toto je velká výzva pro každého terapeuta, aby vytvářel motiv šitý na míru pacientovi. Vlastně volba motivu, která záleží na terapeutovi, je de facto protipřenosový nápad. Takže už volba motivu je sama o sobě velice zajímavá a zásadní věc, která nutí terapeuta zachytit co nejuvýstižněji momentální situaci.

Působí to na mě, že KIP nabízí v oblasti motivů opravdu velký potenciál...

Určitě. Základní motivy se tradičně mají za to, že slouží k takovému sycení. I s těmi motivy základního stupně se dá pracovat na dost zásadních konfliktních tématech. Takže to slovo „základní“...

Teď nevím, jestli jsem tedy použila správně termín „základní“?

Ano, ono je to tak terminologicky zavedeno, ale pod tím základním si může člověk představit, že je to spíše takové harmonické sycení, a do ničeho se moc nepouštět, že to přichází až teprve u těch motivů pokročilejších.

Zajímalo by mě, jestli jste si všiml něčeho, co je pro KIP terapeuty specifické. Jaký typ osobnosti terapeutů KIP přitahuje?

To je těžká otázka. Ale už svým charakterem vyžaduje psychoanalytická psychoterapie od terapeuta důslednější dodržování technických pravidel a osobnostně může vyhovovat např. někomu se zvýšenou potřebou kontroly. Dění v KIP se během imaginace může vyvíjet a měnit poměrně nečekaně a rychle, terapeut má méně času na rozhodování se o své reakci.

Nemusí to být tolik strukturované?

Ono je to na jiné úrovni – aby KIP metoda mohla fungovat, vyžaduje velice dobrou terapeutickou vazbu. Ale to je dobrá otázka,

v tuto chvíli úplně přesně nevím... Vy jste k tomu určitě měla nějaký nápad...

Mám dojem, že terapeuti některých směrů spojuje něco specifického. Doc. Pokorný mi o Vás např. říkal, že jste profesionálním a vášnivým folkloristou, muzikantem. KIP terapii vnímám jako něco více intuitivního, kreativního, tvůrčího...

Samozřejmě, pokud člověk nemá tento kanál vyvinutý, tak se může KIP redukovat jenom na pouhou suchou techniku a je to velká škoda, protože s materiálem přineseným z imaginace je potřeba pracovat asociativním způsobem, amplifikovat. To je zase blízké jungiánskému přístupu. Mě nespírně obohatil Dr. Ludvík Běťák se svým specifickým přístupem, který vychází právě z jungiánského pojetí. On je také vášnivý folklorista, když ho napadne protipřenosově nějaká píseň, dovede ji v terapii velmi dobře využít. Spousta lidových písní v sobě zachycuje v kondenzované podobě základní obecné lidské konflikty.

Poznámka doc. Pokorného:

Mluvil jsem s Ludvíkem Běťákem jednou o procesu vyhoření a on začal zpívat takovou píseň „Hořelo srděčko, hořelo plamenem, a dyž dohořelo, zůstalo kamenem“.

To jsem se Vás také chtěla zeptat, jestli vidíte nějaký vztah mezi folklorem a KIP?

Určitě. Možná Vám Dan Pokorný říkal, že jsme dělali přednášku „Psychosomatika v moravské lidové písni a primární proces ve folkloru“. To Vám řekne víc on, ale v podstatě v lidových písních se spousta témat odehrává na symbolické rovině. A co je hrozně zajímavé, to je specifikum folkloru karpatského oblouku: pokud se zpívá o nějakém hodně těžkém negativním tématu, tak je píseň hodně energická, veselá. To je to, co se vlastně objevuje i v imaginaci – velice obtížně zpracovatelné téma je pozitivně emočně obsazené a probíhá na symbolické úrovni jako ve vztahu k nějakému zvířeti nebo stromu. Takže to stejně probíhá na slovní úrovni v písních.

To je hodně zajímavá analogie...

Ano, tu přednášku má právě Dan Pokorný.

Tak to se ho musím zeptat.

Myslím si, že právě to důležité, co probíhá v úvodu do imaginace, je, aby měl pacient aspoň základní, bezpečné ukotvení. Tohle je dosažené právě tím pozitivním, že melodie je veselá, energická, stenizuje, ale zároveň text může být docela děsivý bez melodie. Takže dochází vlastně k takovému emočnímu vyvažování, aby to bylo zvládnutelné a přijatelné, aby se obranné mechanismy neaktivizovaly do té míry, že se téma úplně zablokuje nebo dojde k úplné dekompenzaci a je to zabalené do nějaké úzkosti. Nebo jak říká Dr. Mikota, pacient se nepropadne do „černé díry“ (smích).

Zajímalo by mě, jestli vidíte potenciál ve využití KIP při práci se „zdravými“ lidmi, s lidmi, kteří na sobě chtějí pracovat, chtějí se dál rozvíjet...

Určitě.

Jestli i Vy máte třeba takové klienty...

Nemám, protože mám zcela vytíženou kapacitu, a vzhledem k pacientům, kteří jsou na tom opravdu špatně... z mého pohledu by to bylo nectické. Nemám pro ně momentálně prostor.

Ještě jsem k tomu chtěl říct jednu věc, že KIP mně přijde jako velice moderní a progresivní směr i z neurobiologického hlediska – právě aktivizací primárního procesu a procedurální paměti, která je jinak obtížně přístupná v běžném verbálním uspořádání.

Takže to by mohl být jeden z momentů, kdy by se dala KIP využít pro rozvoj „zdravých“ osobností?

Tak zdravá osobnost je pojem relativní.

Ano, ve velkých uvozovkách...

Samozřejmě, protože imaginací podporujete sebereflexi velice silně.

Takže v sebereflexi vidíte jeden možný účinek?

Posílení sebereflexe je hodně obecný, shrnující pojem.

Jestli byste mohl zkusit ještě zkonkretizovat možné efekty, které by KIP mohla mít u člověka, jenž by se chtěl rozvíjet a pracovat na sobě. Nebo jinak... co by mohlo být na konci takového terapeutického snažení?

Asi to stejně, co s použitím i jiných metod. Výsledek bude podobný vždycky, spíše jde o to, že formou KIP by byl rychleji dosažitelný, pro klienta zajímavější na prožitkové rovině právě díky tomu, že se silně aktivizuje procedurální paměť. A samozřejmě i z hlediska podpory kreativity. Ale to je zase něco hodně obecného.

Mně právě připadá, že zrovna účinek na kreativitu nebo procedurální paměť by v jiných terapiích nebyl tak markantní...

To máte pravdu. Teď ještě přemýšlím, v čem by byla ta specifika... myslím si, že i z hlediska atraktivity pro klienta, protože to je nesmírně intenzivní na prožitkové rovině – kdo jednou ochutná, už se toho nechce vzdát. Domnívám se, že v rámci výcviku, třeba v jiných metodách, může být značné procento lidí, kteří motivaci ztrácejí. Samozřejmě je tam míra motivace finanční, že když už si to zaplatili, je to velký peníz, tak to dodělají, aby ten papír měli (*smích*). Specifikum KIP taky je, že spousta lidí, kteří touto metodou pracují dlouhodobě – metoda je u nás zavedena orientačně nějakých 20 let, po celou dobu dochází na semináře, sebezkušenosti nebo supervizi a dál pokračují.

Vy už tedy máte zdárně ukončené oba dva výcviky?

V psychoanalytické terapii nemám ještě hotové supervize a v KIP ještě musím udělat závěrečné kolokvium, obhájit sepsanou práci.

Když děláte oba dva výcviky najednou, nepletou se Vám dohromady?

Vůbec ne, naopak se velice dobře doplňují. Myslím si, že KIP musí být doplněná psychodynamickým teoretickým základem. Bez toho se dá velmi obtížně vyextrahovat to podstatné z imaginací.

A to se v rámci KIP neučí?

Učí, samozřejmě.

Ale není to podle Vás dostatečné...

Ne ne, to bych netvrdil. KIP výcvik uznává teoretický základ z psychodynamicky orientovaných, obecně hlubinně orientovaných teorií.

V čem vidíte nejvýznamnější přednosti KIP oproti jiným směrům?

Co mě vlastně fascinuje, je to, že KIP přímo pracuje s procedurální pamětí. To je myslím velká výhoda oproti jiným směrům. Umožňuje přímý vstup, a to bezpečnou formou. Prožitkově je to autentické, co se děje v imaginaci. Zároveň si člověk zachovává observační schopnost, takže se dostanete daleko dřív k něčemu, k čemu se prostě nedostanete třeba u psychosomatických pacientů.

V KIP se dá velice dobře pracovat i s principem tělového schématu, který rozvinul doc. Michael Stigler, jenž pracuje v Lausanne, a velice úspěšně se používá především u osobnostně výrazněji narušených pacientů, ale i v praktické medicíně. Použil KIP u hospitalizovaných kardiologických pacientů, kteří měli omezenou hybnost. K tréninku srdeční zdatnosti, odolnosti používal imaginaci běhu do kopce. Tělesná reakce je autentická, odpovídá tomu. To je jedna z věcí pro ilustraci obrovské výhody KIP. Vy můžete zinscenovat volbou motivu a prací s tou situací de facto velkou část psychické reality pacienta a některé reakce zesilovat, některé podporovat, některé zase tlumit, nebo tedy ony spíše vyhasínají samy. Ne že by se nějakým způsobem aktivně utlumovaly, spíše se aktivně tlumí tělesné úzkostné reakce.

Poznámka doc. Pokorného k práci Michaela Stiglera:

Nápad s imaginovaným pohybem využil Michael Stigler i v jednom ze svých prvních experimentů. Během doprovázené imaginace měřil u pokusných osob průběžně fyziologické parametry. Sníci si měli v imaginaci představit, že jedou na kole horskou krajinou, chvílemi do kopce, chvílemi z kopce i po rovinkách. Z vnějšího pohledu leželi stále stejně na lehátku. Během úseků stoupaní však signifikantně stoupal diastolický i systolický krevní tlak. Reálná tělesná reakce odpovídala imaginovanému procesu.

Mohl byste uvést konkrétní příklad?

Takový modelový příklad při imaginaci je, když se pacient blíží k obávanému objektu, ať už je to nějaké hrozné zvíře nebo člověk, který se tváří nepřátelsky, tak se krok po kroku s využitím právě práce s tělesnými reakcemi – formou zklidnění dechu, zaměření na práci s pulsem, s tělesným prožíváním – dá velice dobře zvládnout původní úzkostná reakce. Pacient tak může pokročit dál v konfrontaci. Takže pracujete se situací autenticky, jako kdybyste se přesunuli do reálné situace, kdy on se setkává např. se zlým, agresivním tátou, který na něho křičí.

KIP se tedy může využívat i při zpracování traumatických zážitků...

S traumatizovanými se pracuje v první fázi s vytvořením nějakého bezpečného, ochranného, pomocného objektu. Takže i tam, kde třeba vývojově pacientovi chyběla takováto postava, dobrý bezpečný objekt, který by ho stabilizoval, se dá dotvořit formou imaginace a zvnitřnění. Pacient je pak zase odolnější, silnější na to, aby se v dalších stádiích terapie vypořádal s ohrožující situací. Aby došlo vlastně k imobilizaci ohrožujícího objektu. V tom je velká výhoda i pro práci s osobnostními poruchami. A samozřejmě obecně s alexytmickými pacienty.

Které další psychoterapeutické přístupy jsou si podle Vás s KIP nejbližší?

Jungiánská psychoterapie, ta se mi jeví nejbližce. Ale je to o chápání psychodynamických vztahů, vychází to z psychoanalýzy...

Takže v rámci psychodynamických směrů...

Ano, určitě v rámci hlubinně analytických směrů.

Na mě to působí, že se technická stránka KIP dá kombinovat i s jinými přístupy... Vnímám to spíše jako techniku...

Samozřejmě. Vy nemůžete imaginovat jednu hodinu za druhou, ale to asi víte. Je důležité si uvědomit, proč s tím člověkem vůbec chcete imaginovat. Neprobíhá to tak, že od první do poslední hodiny imaginujete. To by se pacient úplně zahltil vlastním materiálem. Takže kdybychom úplně orientačně zkusili stanovit nějaký poměr, tak je to zhruba 4:1 ve prospěch verbálních sezení nebo někdy 3:1, někdy zase 5:1, protože v jedné imaginaci se vyplaví velké množství materiálu, které by se třeba připravovalo, když teď pláču, v 10 verbálních sezeních. Takže se dostáváte velice daleko a je potřeba to pečlivě zpracovat. Někdy se samozřejmě dá použít KIP i v krizové intervenci, např. v situaci, kdy přijde student před zkouškou ve výrazném stresu, se použije ke zdravé adaptaci na zúžňující situaci velice efektivně, třeba během dvou sezení. To jsou vyloženy už specifické indikace ke zvládnutí jednotlivé situace, ale v rámci dlouhodobé terapie se tohle používá orientačně.

A ještě mám poslední otázku. Co byste vzkázal studentům psychoterapie?

Aby se přihlásili do výcviku KIP (smích).

ROZHOVOR S DANEM

POKORNÝM

Zaujaly mě o Vás dvě věci: Jak jste se ocitl v Německu? Jste doktor přírodních věd RNDr. a zabýváte se psychoterapeutickou oblastí. Jak jste se k tomu dostal?

V Německu jsem se ocitl tak, že jsme v roce 1987 utekli s rodinou, protože jsme nevěděli, že za dva roky bude převrat. Jakousi náhodou jsem se dostal do Ulmu, a pak jsem zjistil, že tam je oddělení psychoterapie, vedené Helmutem Thomä, kde jsem začal pracovat. V Praze jsem dělal statistika a matematika ve Výzkumném ústavu psychiatrickém v Bohnicích. Tady jsem dělal podobnou práci. V Ulmu to bylo o to zajímavější, že se tam pracovalo s přepisováním textů. Dělal jsem textové analýzy statisticky. Dostal jsem se k tomu víc, až když přijel do Ulmu Michael Stigler, se kterým jsem analyzoval jeho sezení z KIP. Ptal jsem se ho, jak to probíhá, a on říkal „to se neptej, to si vyzkoušej“ a vlastně mi zařídil, že mě vzali do výcviku, ač matematika. To už je asi 10 let. Výcvik už mám skoro hotový, takže jsem se z takového matematika dostal na psychoterapeutického výzkumníka a tak trochu maličko dělám i psychoterapii nebo poradenství klientů. Teď jsem ten proces dovršil habilitací na docenta v oboru „experimentální psychoterapie“. Ono to zní hezky, protože si člověk může zkusit, co ho napadne. Je to takový hezký název právě tím, že se neví, co to je. Třeba dělají pokus, jestli můžu být psychoterapeut (*smích*).

Dr. Kulíška jsem se ptala, jak se stalo, že si vybral právě KIP. Jeho odpověď mě překvapila, protože mám zkušenosti ze svého okolí, od svých známých směřujících k psychoterapeutické profesi a vlastně i u sebe, jak je složité si zvolit ten „správný“ směr. Složitě hledáme a ono to může být někdy i tak úsměvně snadné. Vy jste se ke KIP dostal také zajímavě...

Právě proto, že k nám přijel kolega Stigler ze Švýcarska. A když jsem četl zápisy jeho terapie, tak mi připadala strašně zajímavá a měl jsem opravdu chuť si ji vyzkoušet. Zprostředkovaně přes něj jsem se tedy dostal do České společnosti KIP, a když jsem si to tam poprvé na semináři vyzkoušel, tak to bylo prostě nádherné. Mně se na tom straš-

ně líbí ohromná kreativita metody, že se to netýká věcí, co má člověk dělat. S takovou jistou pokorou se sleduje, co jeho napadá, musí se do toho házet a musí se umět reagovat na to, co se tam právě děje. Ta metoda mi připadá taková strašně živá.

Původně jste tedy nechtěl dělat psychoterapii a nerozhodoval jste se, který směr byste zvolil, ale rovnou jste se seznámil s metodou, která Vás zaujala natolik, že jste šel tímto směrem...

Je to asi jako když někoho potkáte a najednou se zamilujete, ale zjistíte to teprve až později.

Dr. Kulíšek je zároveň i psychoanalytický psychoterapeut a při našem povídání mě jeho názory na vzájemně se obohacující kombinaci těchto dvou přístupů velmi zaujaly. Vnímáte to také tak? Popřípadě s jakými jinými psychoterapeutickými směry byste viděl podobně zajímavou kombinaci?

Určitě má KIP spojitost s dynamickým pohledem. Ve výcviku se právě ve snové oblasti sledují takové věci jako odpor, regrese, přenos a protipřenos atd. Vlastně je tam přístup k nim nakonec tak nějak jednoduchý. O některých věcech jsem už předtím hodně četl a připadalo mi, že je to strašně složité povídání. Pak jsme třeba měli jeden seminář s nadpisem „regrese“. Řekli nám „představte si nějaký předmět z vašeho dětství, případně nějaké věci okolo něho, a možná uslyšíte i nějaké hlasy...“ a najednou jsem byl někde, kde mi bylo 4–5 let, a po těch dvou dnech jsem perfektně chápal, cože je to vlastně regrese. Je to blízké psychoanalýze, ale probíhá to mnohem bezprostředněji, protože tyto věci, které se v psychoanalytické literatuře někdy tak složitě vyprávějí, se tady zažívají přímo.

Když někoho doprovázím v imaginaci, tak je v tzv. primárním procesu. To je ve stavu, který člověk smyslově a pocitově zažívá. Tam je podstatné, že tráva je zelená a jestli fouká vítr, jak se cítí člověk na těle apod. A když ten proces doprovázíte, tak

v něm musíte společně zůstat. Dá se třeba toho sníciho, té sníci zeptat, nikoli „co si myslíš, změnila se tvoje nálada k lepšímu/horšímu“, ale třeba „jak vnímáš ten vítr na své kůži, který na tebe teď fouká?“. Čili přes tyto vyprávěcí, pohádkové úrovně si povídáte o právě prožívaném. Po návratu z denního snu se vlastně ještě nějakou dobu v této rovině zůstane, nechá se to znova celé pře-vyprávět. Potom se neřekne „máš nějakou interpretaci“, ale třeba „co byl nejintenzivnější pocit, který jsi tam měl?“ – „když na mě šahala ta ježibaba“ – „kde jsi to cítil?“ – „v žaludku, takový sevřený“ – „a znáš ten pocit někdy ze života, stalo se ti to někdy?“ – „... vlastně jo, u zkoušky“. Tak přes toto propojení pomocí pocitů se k interpretaci najednou společně dostanete, aniž byste ji nějak rozumově složitě hledali. Ona tak nějak sama přijde. To je ten rozdíl oproti psychoanalytickým přístupům, kde terapeut a klient začnou sen interpretovat ihned po jeho dovyprávění. Případá mi, že tím se jedna moc zajímavá rovina jaksi přeskakuje. To není dobře nebo špatně, to je „jak to má kdo rád“.

A viděl byste někde určitou podobnost s jinými přístupy?

Kde bych viděl nějakou podobnost... určitou příbuznost vidím s arteterapií. KIP je vlastně takový způsob vyprávění příběhů nebo pohádek, což neznamená, že to je lehká věc. Pohádky mohou být dost agresivní i kruté, ale tím, že to je pohádková úroveň, je to nějakým způsobem akceptovatelné. Člověk se tomu tak nebrání při vyprávění příběhu.

Napadla mě právě podobnost třeba s Gestalt terapií, která se zaměřuje na prožívání, uvědomování si vlastního prožívání...

To je pravda.

Kombinace s KBT nebo s některými behaviorálními technikami...

V zásadě ano. Leuner, když to vymyslel, napřed říkal, že to nemá s psychoanalýzou nic společného a dá se to opravdu kombino-

vat prakticky s libovolnými směry jako technika, když se to vezme. Později to poněkud poopravil. Hodně to lidi používají v rámci systemické rodinné terapie. Zakotvenost v psychodynamickém uvažování spočívá zejména v tom, že se prostřednictvím denního snu dostáváme k podvědomým obsahům.

Na druhou stranu mám tady v Ulmu přítele behaviorálního terapeuta. Ten si jednou v rámci jejich sebezkušenostního výcviku vyzkoušel i KIP a říká, že by to s klienty nedělal, že je to pro něj moc riskantní, že to je proces, který nemá pod kontrolou. Myslím si, že je to spíše otázka osobního nastavení člověka než nějakého teoretického nastavení. No opět, „jak to má kdo rád“.

Při povídání o potřebě znalosti diagnózy mě zaujal postoj dr. Kulíška k současné MKN-10. Jaký je Váš názor na současné diagnostické klasifikační systémy?

Moc se mi líbila formulace dr. Kulíška, že MKN-10 je „zoufale popisná a má velice malou informační hodnotu“. Je v tom i dynamika vývoje MKN-10 – čím jsou autoři nových verzí zoufalejší, tím jsou popisnější. Samozřejmě i v Německu se požaduje znát MKN-10 ke zkouškám, ale při vlastní diagnostice se bere spíš jako takový popis zůstávající na povrchu. V psychodynamickém směru jsou jiné systémy, např. OPD-2, což je analyticky orientovaný rozhovor, nebo se používá SCID. MKN-10 se využívá zejména proto, aby se pojišťovně řeklo, kam člověk patří. Kdysi dávno se to dělilo na neurozy, psychózy, hraniční apod. Nyní je vše rozdrobeno do nesmírně podrobných kategorií a podkategorií, definovaných stanovenými seznamy příznaků. Při použití v praxi se pak hovoří o „časté komorbiditě diagnóz“, pacienti mají více diagnóz současně. Vlastně to znamená, že drobné diagnózy jsou tak trochu umělé. Terapeuti je používají, protože pro pojišťovny to musí být, ale zvláště nadšení z toho nejsou. Ve výkumných studiích se vyžadují diagnosticky jednoznačné skupiny. Čím přísnější kritéria se použijí, tím vzácnější jsou „typičtí“ paci-

enti tato kritéria splňující. Otázkou pak je, nakolik jsou vlastně takové ideální vzorky pro celkovou populaci pacientů reprezentativní. Ale nejsem diagnostikem, to je takový matematicko-systémový pohled přes ramena mých kolegů.

Dr. Kulísek mi stručně, nicméně velice zajímavě povídal o podobnosti některých prvků folkloru a KIP. Říkal, že máte na toto téma zajímavou přednášku...

Měli jsme jich několik, ta poslední byla nejkrásnější. Dvě přednášky se uskutečnily v rámci muzikoterapeutických konferencí v Ulmu, vždy asi s 80 posluchači. První přednáška pojednávala o emocích a druhá o psychosomatic v moravské lidové písni. Byly postaveny na písni o snad všech možných lidsky osudových i psychoterapeuticky relevantních tématech. V těch prvních šlo o lásku, o umírání atd., v těch druhých o věci, kde se to projevuje tělesně. Hezké bylo to, že se texty písní, které se zpívaly, zároveň i dvojjazyčně promítaly, takže přítomní muzikoterapeuti viděli, co se zpívá. Strašně zajímavé na psychosomatic v lidové písni je, že nemá taková klišé, jaká jsou třeba v německých písničkách, jako že láska napadá výhradně srdeční orgán. Z pročetí Sušilovy sbírky moravských lidových písní – je jich tam 2361 – statisticky vyšlo, že když něco bolí, tak nejčastěji hlava. Je to daleko reálnější, tak jak tu somatiku opravdu prožíváme. Představili jsme přes deset písní v podání tří vynikajících slováckých muzikantů (včetně Roberta Kulíška) a ti Němci tím byli prostě unešeni. Ale to díky tomu, že se jednalo o muzikoterapeuty, kteří jsou otevření takovým věcem. Jinak se to těžko vysvětluje.

Mezitím jsme předváděli moravské písně obdobným způsobem ještě jednou, na mezinárodním semináři KIP ve Žďáru nad Sázavou. Přednáška se odehrála v dosti pozdní večerní hodině a publikum, s textovým materiálem dobře obeznámené, zpívalo také. Pro skupinu německých docentek a docentů KIP byly promítány dvojjazyčné české

a německé texty. Po přednášce za námi přišli s dotazem, o čem že se to v těch písničkách vlastně zpívalo. Víte, řekli, my jsme četli texty v češtině, abychom mohli zpívat s vámi.

Líbilo se mi, jak mluvil dr. Kulísek o analogii folkloru karpatského oblouku s KIP...

Ty písně začínají pomalu a smutně a potom se najednou zrychlují a přejdou až do divokého temperamentu. V rámci jedné písně je pak ohromná dynamika. Když máte třeba středočeskou nebo německou píseň, tak je buď veselá, nebo smutná, ale nemíchá se to, aby byl pořádek. Karpatský oblouk zasahuje i na jižní Moravu. Zajímavá podobnost je v primárním procesu.

Krásně to lze vidět třeba na moravské písni „Kebych bola jahodů“. V té písni jsem si podtrhal, kde vidím primární proces. Každé druhé slovo je primárně procesové, jde úplně cítit šťávu té jahody: „...ona by byla bílým kvítkem, zavoněla by po širěj dolině, a šuhaji s hladkými líčky by se sklonila jak jahoda sladká.“ Zároveň jsem udělal rozbor, jaká to jsou vztahová schémata, pomocí Luborského metody centrálního konfliktu (Core Conflictual Relationship Theme s naším lipsko-ulmským kategoriálním systémem CCRT-LU). Ta píseň je děsně hezká tím, že je zároveň smutná a zároveň krásně zamilovaná. Když se to vezme jako primární proces, tak ten nezná gramatické kategorie – když tedy zpíváte, kebych bola jahodů, tak jí vlastně jste. Ta druhá rovina „keby“ ale připomíná, že ono to tak není. Ty dvě silné emoce, něžné lásky a osamělého smutku, tady probíhají současně. To se jinde jen tak nevidí... tedy neslyší.

Procesuální analýzu písně, včetně písně samotné, jsem představil na konferenci Society Psychotherapy for Research v Asilomaru v Kalifornii. Bylo to zajímavé i tím, že se účastnili i různí psychometři, z nichž někteří jsou proslulí jako velice přísní metodici říkající „tohle smíte a to nesmíte“. A právě oni byli dojatí a stahovali si píseň na své memory sticky, že si ji chtějí ještě doma projít.

To může být někdy náročné předkládat nebo vysvětlovat způsob práce KIP právě takovým hodně vědecky a psychometricky zaměřeným lidem...

S tím vlastně souvisí i téma účinnosti KIP. Samozřejmě dá se prokázat pomocí dotazníků, že se pacient – či vlastně jeho symptomatika – zlepšuje, a je to dnes takový povinný domácí úkol pro každou terapeutickou metodu. Myslíme si ale, že psychoterapie pacientům přináší daleko více než jen – samozřejmě žádoucí – ústup symptomů. Když člověk (míněn terapeut, kandidát ve výcviku, pacient, klient...) prožije a zažije, co je v KIP specifické, pak „uvnitř“ zcela určitě ví, že tomu tak je. Ale prokazovat to „navenek“ je samozřejmě

hodně obtížné. Když si prožijete například návrat do dětství, tak to je prožitek, který nemůžete žádnou studií ukázat. Vychází z toho i problém prokazatelnosti účinnosti těchto psychoterapií. Navenek se obtížně prokazuje to, co mají v sobě záchytného.

Velice Vám děkuji za rozhovor a budeme se na Vás těšit na konferenci v Brně 26.–27. května.

Poděkování i těšení se jsou zcela na mé straně.

Text prošel posouzením v redakční radě. Došlo do redakce: 18. 4. 2011, v revidovaném znění 11. 11. 2011. K publikaci přijat 17. 11. 2011.

PRVNÍ ČESKÁ KONFERENCE PESSO BOYDEN PSYCHOMOTORICKÉ PSYCHOTERAPIE, PRAHA, 4. BŘEZNA 2011

Jan Siřínek

Je tomu asi 20 let, co do Prahy pronikly první zprávy o Albertu Pessovi, tanečnicku nevelké postavy, který vyvinul psychoterapii, o níž je rozhodně třeba se dozvědět více. Koncem roku 1998 byl v Praze zahájen první výcvik v PBSP. Třináct let po jeho zahájení máme v České republice na 60 terapeutů vyškolených ve třech výcvikových běžích a zahájení čtvrtého je přede dveřmi.

Jak se u nás PBSP po prvních letech daří? Má svou pevnou identitu, nebo se rozplývá mezi jinými, v ČR zavedenými školami a přístupy? Jak je viděna a posuzována odjinud? Tyto i další otázky si kladla První česká konference PBSP, uskutečněná 4. března 2011 v pražském hotelu Olšanka.

Rozsahem nevelký, ale obsahem intenzivní celodenní program zahrnoval sedm přednášek a jeden závěrečný workshop. Auditorium tvořilo asi 40 účastníků.

Řadu přednášek zahájil **Jan Siřínek** – autor tohoto sdělení. Formou eseje se pokusil vystihnout situaci české komunity a její zkušenost s tvůrcem PBSP, nestárnoucím Albertem Pessem. Ten představuje svým těžko napodobitelným stylem práce, výuky i neutuchajícím dotvářením terapeutických postupů pro své následovníky jakýsi pohyblivý terč, nedovolující jim uchopit techniky terapeutické práce ani jejich teoretická východiska jako jednu provždy platné stereotypy. Esej obsahoval též obecnou úvahu nad povahou učení se přímou zkušeností s autorem samým, jakož i zamyšlení nad možnostmi a omezeními plynoucími z faktu, že v PBSP archivech převažují informace obsažené na videích nad klasickými, publikovanými texty.

Ve druhé přednášce se české komunitě představila **Barbara Fischer-Bartelmann** z Heidelbergu, pravděpodobná čelní osobnost nadcházejícího čtvrtého tréninku PBSP

v ČR. Svou detailně připravenou přednášku zaměřila na koncept mezer v rolích. Kromě vysoké edukativní hodnoty celého příspěvku v jejím přístupu imponovaly dvě kvality – hluboká znalost jednotlivých konceptů PBSP, včetně těch samotným Pessem již zřídka používaných či odložených jakožto překonaných, a zároveň nadhled a kritická mysl, tolik potřebné druhé oko, které pomáhá obci terapeutů v bezpečné orientaci ve stálých inovacích PBSP.

Petra Vrtbová pracuje s těžce vývojově traumatizovanými dětmi. Využívá a rozvíjí aplikaci PBSP přímo napomáhající psychologicky adaptovat takto postižené děti do jejich nových, pěstounských rodin. Vrcholem jejího vystoupení bylo desetiminutové video, na němž se podařilo zachytit samu esenci toho, oč v PBSP jde a co se těžko popisuje slovy: 9letá dívka si v terapeutickém prostoru postupně, krok po kroku hledá místo a rozmisťuje své pěstouny.

Kamera zachytila posloupnost těkajících očních pohybů dítěte, předjímajících prostor, do kterého skutečně za chvíli své pěstouny posílá. Úleva a radost, které následovaly, když zprvu anticipované mohlo být teď smyslově vnímané, byly zážitkem pro celý sál. Snad každému bylo v tu chvíli zřejmé, že dívka mohla mít po tomto „v - jemu“ sama v sobě mnohem zřejmější „po - jem“ či po - nětí“ o archetypu rodičovských postav a notně příkrmenou schopnost v reálném životě od svých pěstounů přijímat právě to, co dítě se šťastnější historií nasává od vlastních rodičů jako samozřejmost.

Michael Vančura se desítky let zabývá transpersonální psychologií, holotropním dýcháním a zaváděním kategorie psychospirituální krize, jakožto diagnostické alternativy pro osoby, které prožívají „psychické“

jevy, ale klasický psychiatrický přístup je pro ně neadekvátní. Vyhověl tak volání po tom, aby pohovořil, jak do těchto kontextů zařadil PBSP. Holotropní dýchání pojímá v této souvislosti jako metodu podporující objevení emoce, k níž je dispozice, ale dosud nebyla vědomě prožita ani vyjádřena. Využití PBSP principů činí taktéž „dýchání“ bezpečnější, když v postavách „sitterů“ mohou dýchající nacházet ukotvující a bezpečné interakce v intencích PBSP. V kazuistice druhého příspěvku Vančura demonstroval, jak lze stavy až psychoticky se manifestující psychologicky propracovat a integrovat, podaří-li se jejich skryté kontexty „zevztažnit“ na půdě PBSP konceptu mezer v rolích.

Zajímavou a živou debatu vzbudil **Jan Roubal**, enfant terrible české PBSP komunity. Větší částí terapeutické identity gestaltista nabídl plénu ve spolupráci s Alešem Fürstem záznam terapeutického sezení, které bylo porovnáváním PBSP, resp. gestaltistických intervencí. Ve vzduchu se v Roubalově mírně provokativním nádechu vznášela otázka: nejsou některé PBSP intervence a postupy pro běžný psychoterapeutický proces příliš sošné a neosobní? Při sošném a neosobním užívání jistě ano, může znít odpověď. Je nejvyšší čas, aby vznikl materiál popisující kdy, co a jak z PBSP do terapie nasazovat, aby vše působilo navenek i účinkovalo zcela organicky.

Posledním v řadě odpoledních příspěvků byl liberecký psychoanalytik **Petr Moss**. Brilantní řečník sdělil zúčastněným, jak PBSP působí na vnějšího, leč zúčastněného pozorovatele. Roky spolupráce s Alešem

Fürstem a speciální formát, který po léta produkují (kombinace dynamické a PBSP skupiny) mu takto umožnil promluvit. Moss, jak sám uvádí „nedotčen jedinou PBSP sebezkušeností, natož dovedností“, byl svědkem několika set PBSP struktur a viděl, jak to vypadá, funguje či nefunguje. Pro PBSP komunitu velmi inspirativní podnět.

Závěrečný workshop **Yvonne Lucké** a **Barbory Janečkové** umožnil zúčastněným v malých skupinkách reflektovat jejich psychoterapeutické vzdělání, které během života nasbírali, a variace životního a profesního stylu, jaké v nich ty které podněty vytvořily. Velmi trefným se zdá být příměr různých škol psychoterapie k jazykům. Některé jsou si natolik podobné a vzájemně srozumitelné, že mohou vzbuzovat mylný dojem, že umíme bez učení oba. Ale ouha, rodilého mluvčího může taková živelně nabytá „znanost“ pěkně tahat za uši. Tak i v „jazycích“ skutečně podobných, jako je PBSP a Biosyntéza, je třeba postupovat velmi obezřetně při aplikaci prvků jedné školy ve druhé, aby příměsí odjinud nevytvářely zmatek.

Na konec se ještě speciálně zmiňme o **Yvonně Lucké** a **Michaelu Vančurovi**. Jejich podíl na importu PBSP do České republiky je v pravdě cyrilo-metodějský. Byli to oni, jejichž zásluhou se PBSP po listopadu 1989 českému prostředí nevyhnula a jejichž prací v prvních letech mohla v ČR zapustit kořeny. Přítomná komunita jim symbolicky vzdala dík v malém rituálu, což podpořilo srdečnou atmosféru celkově vydařeného setkání.

INSPIRACE ANTICKOU TERAPEUTICKOU TRADICÍ

II. Evropské setkání biosyntetických psychoterapeutů,
Epidauros, 2.–4. 9. 2011

Petr Lisý



Ve dnech 2.–4. září 2011 se v řeckém Epidauru odehrálo druhé Evropské setkání biosynteticky orientovaných psychoterapeutů. Určující ideou vzniku této akce, jejíž první ročník se konal v Praze, bylo vytvořit platformu, v jejímž rámci by se biosyntetičtí psychoterapeuti z různých evropských zemí mohli setkávat a sdílet své profesní zkušenosti. Spolu s kolegyněmi ze supervizní části českého výcviku Pavlou Doležalovou a Andreou Hanzlovou jsme se rozhodli vydat se do Řecka a spojit užitečné s příjemným – tedy účast na setkání s následnou rekreací na březích Egejského moře.

Akce se uskutečnila v prostorách hotelu Apollon ve Starém Epidauru, přímořském městečku ležícím na severovýchodním Peloponésu, v kraji zvaném Argolis. Volba této lokality byla jasným odkazem na antickou terapeutickou tradici, neboť v Epidauru se nacházel nejslavnější starověký asklépion, tedy léčebné středisko zasvěcené bohu léčení Asklépiovi. Celé setkání se tak neslo v duchu řecké kulturní a terapeutické tradice, a to i s ohledem na to, že tři čtvrtiny zhruba padesátičlenného účastnického pole

tvorili členové početné místní biosyntetické komunity. Zahraniční hosté se sjeli z Německa, Švýcarska, Španělska, Ruska, Čech a Izraele.

Po pátečním podvečerním seznámení a společné večeři byl v sobotu dopoledne zahájen hlavní program akce odjezdem do třináct kilometrů vzdáleného areálu původního asklépionu, který je dnes památkou pod ochranou UNESCO a jehož součástí je jeden z nejlépe dochovaných antických amfiteátrů s kapacitou 13 tisíc diváků. V jeho hledišti jsme

vyslechli referáty řeckých kolegů o starověké léčitelství a tradici. Elena Kyriakou popsala obvyklou podobu starověkých asklépionů a charakter léčebných prostředků, kterých se v nich užívalo. Zásadní roli hrály sny, jež nemocný měl během noci strávené v chrámu, a jejich následná interpretace kněžskými, z níž vyplývala konkrétní léčebná doporučení. Mpapis Tselios poté zasvěceně pohovořil o ústřední katarzní roli divadla, které bylo dalším tehdejším zásadním léčebným prostředkem. Kalliopi Patenta pak představila Pythágorovy a Galény názory na propojenost výživy a emočního zdraví a poukázala na jejich pozoruhodnou korespondenci s některými moderními poznatky a trendy v oblasti zdravé výživy. Prohlídku rozsáhlého archeologického areálu zakončil zážitkový workshop šéfky řeckého institutu Lily Anagnostopoulou nazvaný „Spirituální kořeny psychoterapie“.

Po návratu do hotelu vedla předsedkyně českého institutu biosyntézy Barbora Janečková workshop nazvaný „Možnosti využití biosyntézy v práci s akutními stavy“,



založený na aplikaci biosyntetického konceptu životních polí. Devi Rada Rageth ze Švýcarska pak uzavřela odpolední blok dílnou s názvem „Dynamické intervence v individuální a párové psychoterapii“.

V neděli dopoledne navázala německá mezinárodní trenérka Gerlinde Buchholz workshopem na téma „Životní kořeny a identita“, věnovaným problematice traumatu a práci s ním s využitím prvků metody syste-

mických konstelací. Program setkání zakončila společná diskuse nad možnostmi dalšího rozšiřování a praktické aplikace biosyntézy.

Symbolickou organizátorskou štafetu převzaly kolegyně z Izraele, jejichž institut se ujme pořadatelství příštího setkání. Po společném obědě se většina účastníků vydala na cestu domů, zatímco naše česká minivýprava setrvala ještě několik dní v okolní magické krajině řeckých bájí a nabírala síly před návratem do

pražského shonu. V rámci tohoto pobytu jsme v samém srdci zálivu nad vykopávkami menšího amfiteátru navštívili líbeznou kapli zasvěcenou Panně Marii a na vyvýšeném místě v troskách původního kostela strávili krásné chvíle v tichém rozjímání. Zdálo se nám, že vážné ekonomické problémy země do archaického prostředí Argolidy zatím nijak zjevně nedoléhají.

SEBEPOZNÁNÍ SKRZE OTÁZKY

Bakalář, Petr (2009). Kurz sebepoznání. Praha: Triton.

Martina Burdíková

V pořadí devátá kniha Petra Bakaláře *Kurz sebepoznání* má podobně jako některé jeho dřívější knihy (*Psychologie v otázkách*, *Knihota otázek*, *Cvičebnice psychologie*) interaktivní charakter. Čtenář je vybízen k tomu, aby s knihou přímo spolupracoval, nejčastěji způsobem tužka-papír, a zaznamenával své odpovědi a postřehy. Obsah knihy je rozdělen do tří kapitol: první s názvem *Otázky* v podstatě opisuje koncept Bakalářovy dřívější publikace *Knihota otázek*, která vyšla v roce 1999 v Portálu. Čtenáři se zde nabízí široká paleta různorodých dotazů a pokládat otázky autor umí – ptá se originálně, nezvykle, někdy i trochu provokativně. Člověk má šanci, že zde objeví otázku, která se ho dotkne a možná mu ukáže perspektivu, o kterých dosud nepřemýšlel.

Druhá kapitola nesoucí název *Cvičení* opět pokládá čtenáři velké množství otázek. Tyto otázky jsou uvedeny různými situacemi a příběhy z české i světové literatury. Kromě toho však tato kapitola nabízí čtenáři k různým aktivitám a cvičením: například k tomu, aby udělali něco, co nikdy nedělají, protože to nepatří do jejich životního stylu, či si vyzkoušeli spáchat sebevraždu nanečisto. Tato část se věnuje také dennímu snění a erotickým představám. Čtenář má hodnotit nejčastější mužské a ženské erotické fantazie podle toho, nakolik se jich týkají. Zajímalo by mě, podle čeho Petr Bakalář usuzuje, že zrovna tyto představy jsou nejčastější, protože například výzkumná zjištění Harintonové a Singera (1974) o erotických fantaziích žen jsou poněkud odlišná.

Třetí kapitola má název *Komplexy*. Pojem komplex zde autor vysvětluje ve shodě s jungiánským pojetím jako „množiny představ a psychických tendencí spojených určitým emočním zabarvením“. Autor zde popisuje čtrnáct typů různých komplexů,



kteří vycházejí z mytologických příběhů, světové literatury a každodenního života autora. Každý popis komplexu je opět doplněn několika otázkami. Některé z popsáných komplexů považují za opravdu zajímavé a nezvyklé: například Noemův komplex, který vyjadřuje přání být posledním člověkem na světě, či Midiův komplex – tendenci zbavit se svědků svého jednání. Petr Bakalář tyto komplexy často vysvětluje z pohledu psychoanalýzy a analytické psychologie. Že by v této části knihy vzal na milost to „neživotní psychoanalytické pytydepe, které je stejně jen čirou verbální spekulací“ – jak píše v úvodu? Zajímalo by mě také, kde autor bere podklady pro některá svá zevšeobecňující tvrzení, jako je například to, že „čekání na osvoboditele je častým prvkem ženské psychiky“ (s. 101).

Ve stejném roce jako *Kurz sebepoznání*

vyšla v nakladatelství Portál další kniha zabývající se touto tematikou: Sebepoznání od Davida Kuneše, jejíž recenze vyšla v prvním čísle čtvrtého ročníku časopisu Psychoterapie. Rozdíl mezi těmito publikacemi je již v teoretickém základu. Kunešova kniha poskytuje pohled do teorie sebepoznávání podle různých psychologických škol. Oproti tomu Bakalář teoretický úvod úplně vynechává, protože podle něj „mají takovéto publikace v popisu akademici“. Zatímco Bakalář oslovuje čtenáře hlavně skrze pokládání otázek, David Kuneš nabízí úkoly a cvičení, ke kterým je většinou zapotřebí asistence někoho blízkého nebo skupiny. V porovnání s Kunešovou knihou Sebepoznání, která nabízí možnost systematicky prozkoumávat různorodé oblasti naší osobnosti, vztahů, komunikace i chování, chybí Kurzu sebepoznání určitá struktura, která by čtenáře při sebepoznání vedla. Podle mého názoru nemají jednotlivé úkoly

ani otázky jasný cíl, ke kterému by šly. Jedná se spíše o plejádu různých návrhů a otázek, některé mohou čtenáře zaujmout, obohatit či ukázat mu nějaké neprozkoumané místo, jiné asi zůstanou jen na povrchu. Jako velkou mezeru knihy vnímám to, že čtenáře nevede k získání představy i o tom, jak ho vnímají druzí, jak to skrze svá cvičení dělá David Kuneš. Petr Bakalář v úvodu knihy píše, že si neklade vyšší cíle než inteligentně pobavit, podráždít mozkovou kůru, nabídnout pohled do vlastní hlavy, rekapitulaci a utřídění vlastních zkušeností. Myslím, že tyto cíle může kniha splnit. Kurz sebepoznání určitě poskytne inspiraci, pobavení, náměty k zamyšlení i sebereflexi. Pokud bych se však chtěla pustit do hlubšího a systematictějšího sebepoznání, sáhnou raději po jiném díle.

Autorka recenze studuje magisterský obor Psychoterapeutická studia na FSS MU.

ÚVOD DO TRANSGENERAČNÍ PSYCHOLOGIE RODINY

Tóthová, J. (2011). Úvod do transgenerační psychologie rodiny. Praha: Portál.

Zuzana Drobáňová

Kniha Úvod do transgenerační psychologie rodiny s podtitulem Transgenerační přenos vzorců rodinného traumatu a zdroje jeho uzdravení je dílem autorky Jany Tóthové, která vystudovala religionistiku a psychologii a absolvovala řadu seminářů z oblasti práce s traumatem a rovněž výcvik krizové intervence. Kniha je v podstatě prvním komplexním zpracováním transgeneračního přístupu v oblasti psychologie v České republice i na Slovensku. Je napsána velmi přístupným jazykem a čtivě, v poslední části s mnoha příklady a ukázkami, takže z ní jistě mohou čerpat nejen psychologové, ale rovněž jiní odborníci, kteří se touto problematikou zabývají, vstupují do vícegeneračního prostoru rodin a snaží

se této oblasti porozumět – terapeuti, lékaři, sociální pracovníci a další odborníci z okruhu pomáhajících profesí.

Kniha je rozčleněna do několika částí, na mnoha místech doplněna o tabulky a přehledná schémata, která čtenáři při orientaci v problematice velice pomáhají. V první části se autorka snaží uvést čtenáře do oblasti transgenerační psychologie rodiny a podává zde výklad o jejích historických kořenech a východiscích. Zmiňuje analytickou psychologii, systémovou, systemickou, psychosomatickou a narativní perspektivu. Podrobně popisuje vývoj transgeneračního přístupu a připomíná nejnámější odborníky, kteří se tímto pojetím zabývali. V další kapitole, úvodu do transgenerační psy-

chologie rodiny, shrnuje hlavní cíle transgenerační psychologie, mezi které řadí porozumění transgeneračnímu vývojovému cyklu rodiny, transgeneračnímu emočnímu poli rodiny, dědičnosti rodinných struktur, porozumění přenosu rodinné rezilience a vulnerability a rovněž schopnost transgenerační rodinné diagnostiky. Také jsou zde přístupnou formou vysvětleny důležité pojmy a procesy, ke kterým může v rodině docházet. Autorka objasňuje definice pojmů jako je horizontální a vertikální osa vývoje, transgenerační emoční pole rodinného systému, vrozený a získaný rodový vztah, transgenerační dědičnost rodových struktur, vztahové triády, transgenerační přenos rodinné vulnerability a rezilience a vysvětluje základní principy transgenerační rodinné diagnostiky, což je pro další části, kde se již věnuje aplikaci v praxi, velmi důležité. Následující dvě kapitoly, které tvoří vlastní jádro knihy, jsou věnovány přenosu vzorců rodinného traumatu, jak intrageneračního, tak transgeneračního. V části o intrageneračním přenosu vzorců rodinného traumatu je vysvětlen rozdíl mezi primární a sekundární traumatizací rodinného systému a jsou zde popsány základní znaky a rozdíly mezi nimi. Jádrem knihy je však kapitola čtvrtá, kde jsou objasněny mechanismy a druhy transgeneračního přenosu vzorců rodinného traumatu. Samotný pojem je zde také definován: „*Traumatický stres se rozvíjí jako vyšší systémová úroveň systematického traumatického stresu rodiny. Je následkem traumatické zkušenosti minulých generací, jež nebyla uzdravena v rámci své původní rodiny a jejíž chronifikované vzorce se přendávají na potomky prostřednictvím dynamiky transgeneračního emočního pole jako explicitní nebo implicitní součást rodinné historie. Nová generace nemusí být traumatizována primárně ani sekundárně, to znamená, že traumatem není zasažena přímo, nebo si dokonce žádné traumatické události v životě svých předků nemusí být vědoma.*“ (str. 37) Dále se autorka v této kapitole věnuje problematice vědomého a



nevědomého přenosu, jeho zdrojům, mechanismu přenosu a jeho projevům a podrobně charakterizuje různé druhy přenosu. Rozlišuje transgenerační přenos vzorců rodinného traumatu prostřednictvím intrapsychické dynamiky, strukturální rodinné dynamiky, emoční dynamiky rodiny a rodinné komunikační dynamiky. V rámci nevědomého intrapsychického přenosu rodinného traumatu rozlišuje přenos prostřednictvím odcizujících identifikací vložených reprezentací a prostřednictvím zástupného dítěte. V rámci přenosu prostřednictvím strukturální rodinné dynamiky rozlišuje přenos pomocí triangulace, spoustifikace, parentifikace, převrácení rolí a transdebitace. V rámci přenosu prostřednictvím emoční dynamiky popisuje přenos pomocí citové vazby, sociální separace, syndromu výročí, emočního přerušení a neuzdravené emoce, kdy může docházet k transgeneračnímu přenosu smutku, hněvu či viny. V rámci přenosu prostřednictvím rodinné komunikační dynami-

ky rozlišuje přenos pomoci rodinného násilí nebo tabuizace určitých témat. Kapitoly jsou psány velice čtivě a dle mého názoru z nich může čerpat kromě odborníků z pomáhajících profesí i širší veřejnost.

V další části knihy se autorka věnuje tomu, jak je možné použít v transgenerační psychologii narativního přístupu, a také tomu, jak se v tomto přístupu dá využít techniky rodinného renogramu a jak se tvoří. Uvádí jeho ukázkou a návod k použití. Poslední část knihy se zabývá již konkrétními příklady a vysvětlením narativní rekonstrukce příběhů transgeneračního přenosu rodinného traumatu i zdrojů jeho uzdravení. Kapitola závěrečná je věnována etiologické rodinné konstelaci transgenerační-

ho přenosu a uzdravení vývojového traumatu.

Celá problematika transgeneračního přístupu je v knize přehledně zpracována, a je tak chybějící perspektivou v rámci existujících psychologických směrů v této oblasti, která na našem trhu dosud chyběla. V publikaci je dobře popsáno nejen teoretické zázemí transgeneračního přístupu, ale i možnosti terapeutických aplikací a ukázky příkladů jeho využití. Myslím, že tato kniha je velmi zajímavým transoborovým počinem, který je přínosný jak pro psychologii, tak pro jiné příbuzné obory.

Autorka recenze studuje magisterský obor Psychoterapeutická studia na FSS MU.

INTERNET JAKO CESTA POMOCI

Horská, B., Lásková, A. & Ptáček, L. (2010). Internet jako cesta pomoci. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).

Klára Hrbáčková

Autoři první knihy zabývající se problematikou internetového poradenství jsou kolegové z Modré linky, tj. brněnské linky důvěry pro děti a mládež. Mají bohaté zkušenosti nejen z telefonní linky důvěry z předchozích let, ale i internetového poradenství, ke kterému začala Modrá linka vzhledem k rozmachu internetu později směřovat, aby vyšla vstříc potřebám potenciačních mladých klientů. Jedním z důvodů k napsání knihy bylo předat své zkušenosti dále.

Pro svůj obsah byla publikace zařazena do ediční řady Studijní texty v sérii učebnic pro obor sociální práce a také tak působí. Je to plus nebo mínus? Z mého pohledu obsahuje obě strany mince.

Co se týče zpracování, nemám co vytknout. Je to jednoduchá, přehledná příručka. Ukázky oddělené od běžného textu jsou psány menším písmem, pro jména autorů, poznámek, otázek k zamyšlení je zvolena kurzíva atd. Na druhou stranu názorných obrázků je zde celkem málo. Pro odlehčení statusu učebnice bych doporučila občas vložit třeba inteligent-

ní kreslený vtíp s internetovou tématikou.

Témata se vzájemně překrývají. Výhodou je, že knihu lze číst nejen chronologicky, tj. od začátku do konce, ale volit si i pouze kapitoly, které čtenáře oslovily.

Bohužel i tato zdánlivá výhoda, nahlédnout do jednotlivých kapitol bez nutnosti číst celou knihu, má své minusy. Některé poznatky se opakují a na čtenáře, který zvolil lineární formu čtení jako já, to občas působí demotivačně. Navíc některým méně záživným kapitolám, např. *Internetové poradenství jako sociální služba (kap. 6)*, je z mého pohledu věnován moc velký prostor. Později zařazené kapitoly, jako jsou např. *Požadavky na osobnost pracovníka či pracoviště (kap. 16 a 17)*, pak působí až rozvláčně, vzhledem k tomu, že něco již bylo zmíněno na předchozích stranách.

Na začátku knihy zaujme *Předmluva*, kterou zpracoval známý současný psycholog Tomáš Novák. Předmluva je napsána vtípně jako dopis adresovaný Jiřině Hanušové neboli tetě Sally s typickým oslovením „Milá Sally“.

Poznámka pro mladší ročníky: Teta Sally byla známá psycholožka a publicistka, která pomáhala řešit problémy lidem v jejich složitých životních situacích v rubrice „Milá Sally“ v dnes již neexistujícím týdeníku Mladý svět.

Na konci knihy zase pohladí často opomíjená sekce doslovu s názvem *Místo doslovu* od B. Horské, což je originální a milé rozloučení se s čtenářem.

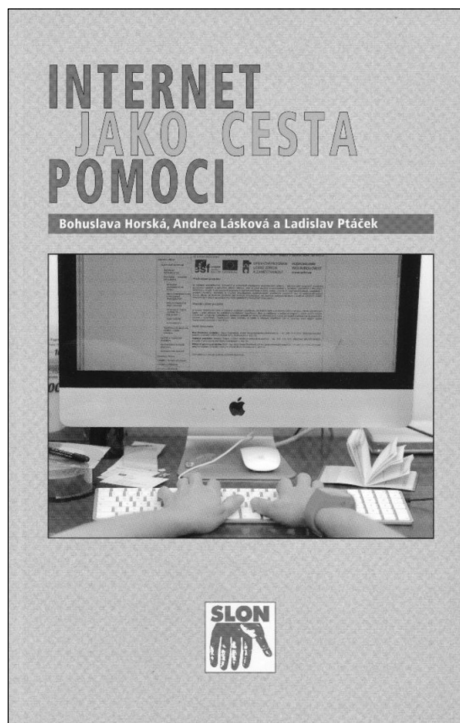
Publikace má celkem 18 kapitol a je dle autorů pomyslně rozdělena na *dvě části*.

První část obsahuje převážně obecná témata vztahující se k internetovému poradenství a všemu, co s ním souvisí. Dozvíme se zde o jeho *pozitivech, negativech, formách* (prostřednictvím e-mailu, přenosu zpráv v internetových stránkách, chatu, videokonference). Nechybí ani kapitola věnovaná *srovnání internetového poradenství u nás a v zahraničí* či kapitola věnovaná samotnému *internetovému prostředí a specifikům prostředí linek důvěry*.

Z této části mě obzvláště zaujala kapitola 8 zpracovaná B. Horskou, která je věnována *mýtům internetového poradenství*. Zahrnuje jak nejběžnější mýty z *obecného hlediska* (např. příliš vysoké/nízké očekávání od internetového poradenství), tak i z *hlediska klientů*, kteří mohou očekávat, že jim odpověď přijde okamžitě či že jeden kontakt vyřeší všechny jejich problémy atd. Nechybí ani ukázky potvrzující fungování těchto mýtů ve společnosti.

Další pěkně zpracovanou kapitolou, o které bych se chtěla zmínit, je kapitola 9 s názvem *Hranice a možnosti internetového poradenství* od A. Láskové. Pojednává o *výhodách* (jako je flexibilita, rychlé odhale ní klientů, bezbariérovost) a *nevýhodách* (snadné narušení důvěrnosti s poradcem, práce s hypotézami) internetového poradenství. Dále se věnuje *možnostem* (poskytnutí emocionální podpory, legitimizování pocitů...) a *limitům vzhledem ke klientovi* (např. nemožnost interpretovat zdroje, diagnostikovat klienta). Přínosné pro čtenáře je i uvedení příkladů navazujících formulací či úryvky vět, jak vyjádřit emoční podporu.

Druhá část je zaměřena specifičtěji na sa-



motné linky důvěry (např. požadavky na pracoviště, zaměstnance, etiku, právní aspekty) a *poradenství prostřednictvím e-mailů*, které je v kontextu linek důvěry nejčastěji používáno. Obsahuje též kapitoly věnující se *typologii e-mailových kontaktů* (rozdělení na informativní, testovací, zneužívající, poradenské a naléhavé emaily) nebo *supervizi internetového poradenství*.

Z této části bych čtenářům rozhodně doporučila neminout precizně zpracovanou kapitulu 11 s názvem *Metodika internetového poradenství* od L. Ptáčka, ve které naleznete nejen ukázky, obrázky, ale i otázky k zamyšlení. Autor se zaměřuje na proces e-mailové výměny klient – poradna, ale i na *čtyři pilíře odpovědi* jako je oslovení klienta, úvodní text, komentující text a zakončení. Dále se věnuje *zakázce v internetovém poradenství*. Velkým přínosem této kapitoly je, že obsahuje podrobnou ukázku práce se zakázkou. Je zde uveden nejen dopis klienta, odpověď

poradny, ale navíc i detailní rozebrání jak odpovědi, tak i vývoje poradcova vnímání klientovy situace, dekodování zakázky, práce s emocemi a zvolené intervence.

Nechybí ani uvedení dalších *funkčních rad z praxe*, jako je pravidlo „5x a dál“, „Zdravíme Vás, myslím si“, pravidla pro oslovování a podepisování (vykání a oslovení jménem, podpis klienta, chybějící údaj o pohlaví klienta...).

Kapitolou, o které bych se chtěla dále zmínit, je *kapitola 12 – Specifické situace a postupy v internetovém poradenství* od A. Láskové. Autorka se zaměřuje na nestandardní postupy v internetovém poradenství. Zabývá se otázkou, zda dále reagovat na poděkování klienta, abychom nezpůsobili jeho navázání, či ne. Je zde uveden tip odpovědi na šířenou HOAX zprávu spolu s uvedením internetové adresy, kde můžeme zjistit, zda se jedná opravdu o hoax.

Také rozebírá (včetně ukázky i s odpovědí), co dělat, když nás opakovaně kontaktuje klient, jehož zakázka není splnitelná, nebo pokud víme, že klient se pokaždé prezentuje v odlišné věkové hranici. Máme mu to naznačit či dělat mrtvého brouka?

Neméně zajímavou kapitolou je poslední kapitola 18 od L. Ptáčka, která se věnuje *pasivnímu poradenství*. Informuje nás, že nejen aktivní poradenství je pro klienta důležité, ale ovlivňuje ho i poradenství pasivní, což

je prostředí našich internetových stránek a informací, které na nich klient nalezne. Podle toho se pak klient rozhoduje, zda se nám se svým problémem svěřít či ne.

I přesto, že jsem se obzvlášť v druhé části těšila a čekala daleko více komplexních ukázek (tj. e-mail od klienta + odpověď poradny), které by mi pomohly načerpat zkušenost i užívané stylistické obraty a vyvarovat se chyb, musím říci, že celkově kniha nezklamala.

Na pouhých 197 stranách se snaží pojmut velice široké spektrum témat týkajících se internetového poradenství (od definic, přes právní aspekty, etiku, po požadavky na zaměstnance a zpracování emailů), je přehledná, srozumitelná a čte se snadno. Pro laiky oceňuji i na závěr vložený *Slovník pojmů* s odkazy na kapitoly či precizně zpracovanou *Literaturu a zdroje* zahrnující i *rejstřík webových adres* zmíněných organizací zabývajících se internetovým poradenstvím.

I přes zdánlivě zvolené banální téma týkající se internetového poradenství se dá z knihy načerpat spousta informací a nejen v doporučených kapitolách. Navíc i vzhledem k přijatelné ceně 245,- Kč věřím, že si své čtenáře z řad pomáhajících profesí, ale i z ostatních zájemců najde.

Autorka recenze je studentkou psychologie na FSS MU.

TERAPIE MEZI NEUROBIOLOGIÍ A TEORIÍ ATTACHMENTU

Pesso, A.; Boyden-Pesso, D. & Vrtbovská, P. (2009). Úvod do Pesso Boyden System Psychomotor. PBSP jako terapeutický systém v kontextu neurobiologie a teorie attachmentu. Praha: Sdružení SCAN.

Petra Kašparová

Kniha s názvem Úvod do Pesso Boyden System Psychomotor je vůbec první vydanou publikací, která uceleně shrnuje PBSP jako terapeutický systém. Spoluautorka Petra Vrtbovská představuje za pomoci autentických materiálů, získaných převážně z článků a zápisků z výcviků Alberta Pessa a Diany Boyden-Pesso, tento systém v kontextu neurobiologie a teorie attachmentu. Přestože je PBSP terapie známá skutečně po celém světě a její výcviky probíhají na mnoha místech Spojených států i Evropy včetně České republiky, dosud chyběl na knižním trhu titul, který by předkládal teorii a nejen ji v přehledném celku.

Albert Pesso se narodil v roce 1929 v New Yorku a už od dětství se zajímal o pohyb. Od posilování plynule přešel k tanci, který později také vyučoval. Postupně se začal zabývat i psychologií, převážně díly Sigmunda Freuda. V roce 1949 byl přijat na Bennington College, kde se také setkal se svou současnou manželkou a kolegyní Diane.

Diane Boyden-Pesso se narodila v Bostonu ve stejném roce jako Albert. Už od dětství tančila a tancem se později i živila. Měla také velké nadání pro hru na klavír, housle a violoncello. Po setkání s Albertem zjistila, že mají mnoho společného. Jakmile dokončili studium na Bennington College, už jako manželé se stali profesionálními tanečníky a společně vyučovali tanec. Oba měli velmi vysoké ambice, ale po narození první z jejich tří dcer se usadili a založili taneční školu. Sen o jejich společné profesionální kariéře se rozplynul a nastalo pro oba manžele velmi těžké období.

V této době začal Albert docházet na psychoterapeutická sezení, o kterých s Diane

často hovořil. Při těchto debatách zjistili, že jim při vyjadřování pocitů pomáhá také pohyb. A tak se už v roce 1961 začaly rodit první náznaky Psychomotor therapy. V roce 1967 dokončil Albert psychologické vzdělání, které pomohlo manželům vytvořit novou psychoterapeutickou metodu zvanou PBSP. V současné době se Albert Pesso stále věnuje šíření své terapeutické metody, v České republice právě probíhá už třetí výcviková skupina.

Petra Vrtbovská vystudovala pedagogiku, literaturu a výtvarné umění v Praze, dále studovala aplikovanou psychologii a teorie vzdělávání v Irsku a USA. Specializuje se převážně na téma raného psychologického vývoje, na poruchy attachmentu a terapii komplexních vývojových traumat. Absolvovala výcvik v PBSP v Institutu Alberta Pessa v USA a tuto terapeutickou metodu využívá jako jednu z nejdůležitějších ve své vlastní praxi. V roce 2003 založila institut Natama, který se specializuje na rodinnou péči o opuštěné děti a na podporu pěstounské péče.

Při čtení této knihy jsem si uvědomovala, že je velmi obtížné podat celistvý obraz o psychoterapeutické metodě, která se stále ještě vyvíjí. Česká spoluautorka si nedávala za cíl popisovat jednotlivé techniky od jejich zrodu a představit tak celý vývoj této metody, ale soustředila se převážně na její současnou obecnou podobu. Velmi oceňuji srozumitelnou a řečla bych až zábavnou formu, kterou je kniha napsána. Na popularitě textu přidávají také části článků a přednášek Alberta Pessa, které prolínají celým dílem. Kniha mi připomíná příručku, která jasně a jednoduše představuje princip unikátní terapeutické metody.

Zaujal mě výpravný způsob psaní, který je zřejmý například z popisu začátků metody PBSP. Metoda klade důraz na naplňování potřeb dítěte a možnost rekonstrukce emocionálních procesů, zakořeněných v dětství. Manželé experimentovali za pomoci svých žáků tance s propojováním emocí a pohybu. Zjistili tak, že samotné vyjádření emoce pohybem není dostačující, pokud není na takový pohyb odpovězeno takzvaným *protitivarem* (protireakcí), čímž se dostává do interakce a v případě správné protireakce prostřednictvím pohybu dochází k uspokojení.

Cílem struktury PBSP (tzn. terapeutických sezení) se tak stalo vytvoření nového záznamu v paměti (korektivní zkušenosti) pomocí symbolické reprezentace ideální postavy, která používá takzvaného *antidotu* (protitvaru, léčivé reakce), struktura se stává rituálem, a proto se může opakovat. Terapeut přitom využívá postavy svědka, který celé dění komentuje, a postavy vnitřního hlasu klienta. Jednou z hlavních technik, které terapeut využívá, je *micro-tracking* neboli podrobné sledování psychických stavů klienta.

Technika mi připomněla některými obecnými rysy principy reflektivního naslouchání. Terapeutický vztah vychází ze zásad vytváření vztahu podle Carla Rogerse.

Pro jasnější představu o technice *micro-trackingu* uvedu upravený příklad z knihy. Klient říká: „Stydím se, když myslím na to, jak jsem se choval v dětství k sestře. Je to tak trapné.“ Terapeut sleduje emocionální projevy klienta a jeho způsob vyjadřování (klient se červená, schovává hlavu do dlaní). Terapeut si všímá hodnotícího postoje klienta. Využívá postavy svědka a říká: „Kdyby tady byl svědek, tak by řekl: Vidím, jak jsi zoufalý, když myslíš na své chování k sestře.“ Terapeut hovoří také prostřednictvím postavy hlasu klienta takto: „To je hlas, který vám říká: Styď se za to, jak ses choval.“

Teoretický rámec metody PBSP se skládá z nově vytvořených konceptů, z nichž někte-

ré vycházejí ze známých pojmů psychoanalýzy (Albert Pessa byl ovlivněn Freudovými pracemi) jako například ego, hlavní energie v podobě moci tvořit a ničit (Eros a Thanatos) a podobně. Významná část teoretického základu vychází z teorie attachmentu podle Johna Bowlbyho, například význam vztahové sítě v dětství, naplňování pěti základních potřeb a druhy vývojových úkolů. PBSP přejímá také některé poznatky neuropsychologie a neurobiologie, které tvoří jádro této metody. Jedná se o zjištění, že současný mentální a psychomotorický stav člověka je výsledkem celkové interakce původního genetického vkladu (dědičnosti) s minulými zkušenostmi, které si člověk uložil v paměti, a tvoří tak individuální záznam reality od jeho narození až do určitého okamžiku.

Zásadní koncepty metody založili manželé Pessovi zcela nově, patří mezi ně například termín *pilot* reprezentující vědomou, rozhodující a koordinační funkci mozku, dále *struktura*, kterou je nazýváno terapeutické sezení, nebo *re-edukace*, označující samotnou terapii. Přebírání pojmů z jiných směrů považují jako čtenář za usnadňující pochopení základní myšlenky PBSP, na druhou stranu jsem uvítala nově vzniklou konceptualizaci, která dodává metodě čerstvost, zajímavost a přesně vystihuje zamýšlený obsah jednotlivých pojmů.

Spoluautoři závěrem uvádějí dva částečné přepisy struktury PBSP se dvěma klientkami. První z nich je Ema, která si v průběhu sezení vytváří symbolickou reprezentaci svého ideálního otce a přijímá tak svou celou energii, kterou dosud vnímala jako příliš velkou. Druhou klientkou je adoptovaná žena, zažívající na sezení pocit trvalého přijetí, symbolizovaný reprezentací ideální matky, která ji po narození neodvrhne. Tento příspěvek z praxe jsem velmi ocenila, považuji ho za oživující část textu. Přehledně propojuje popsané teoretické zázemí s praxí samotného Alberta Pessa a jeho žáků.

V knize mi nechybělo ani empirické podložení efektivity PBSP výzkumem. Přesto mě při jeho čtení napadala polemika ohledně

etiky provedeného výzkumu v souvislosti s možnou retraumatizací účastníků výzkumu, a to prostřednictvím oživování traumatického zážitku fotografiemi, které účastníkům připomínaly jejich prožitá traumata.

Z textu je patrné, že spoluautorka Petra Vrtbová se v oblasti terapie PBSP opravdu orientuje a erudovaně tak podává přehled o metodě jako celku. Čtenáři usnadňuje čtení

knihy i užitečný slovník základních pojmů, který je možné nalézt na konci publikace.

Tuto knihu bych doporučila nejen široké odborné veřejnosti, ale díky srozumitelnosti a velké čtivosti také laickým čtenářům, kteří se zajímají o psychoterapii a psychologii.

Autorka recenze studuje magisterský obor Psychoterapeutická studia na FSS MU.

PSYCHOANALÝZA A FRANCOUZSKÉ MYŠLENÍ

Fulka, J. (2008). Psychoanalýza a francouzské myšlení.

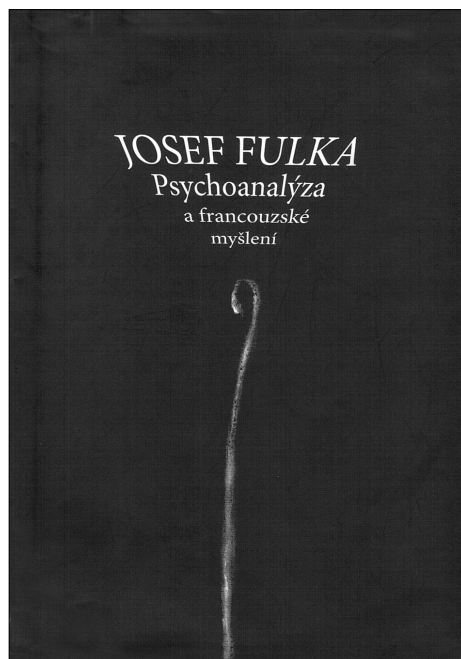
Praha: Herrman & synové.

Klára Machů

V České republice patří Josef Fulka mezi nejpilnější překladatele z francouzského jazyka. Jeho teoretické práce se zabývají především francouzskými strukturalisty a poststrukturalisty, například Foucaultem nebo Rolandem Barthesem. Ve své publikaci *Psychoanalýza a francouzské myšlení* čerpá jak z těchto zdrojů, tak také z pečlivé četby Sigmunda Freuda a Jacquese Lacana.

Kniha je rozdělena na dvě hlavní části. První se zabývá myšlením Freuda a Lacana, druhá je vyhrazená především poststrukturalistům a jiným literárním tvůrcům. V prvních kapitolách knihy Fulka zkoumá nejen některé konkrétní aspekty Freudovy teorie (hysterie, topický model, teorie subjektu, vytěsnění), ale nabízí také srovnání Freudovy teorie s Lacanovou. Vzhledem k tomu, že dílo Lacana, pověstně svou složitostí, ještě nebylo přeloženo do češtiny, čtenář ocení stručný exkurz do Lacanova pojetí subjektu, jakož i interpretaci jeho pozdního díla (téma Reálna).

Podle Fulky spočívá přínos Jacquese Lacana pro Freudovu teorii hlavně v tom, že zdůrazňoval její symbolické aspekty a vytvořil paralelu mezi Saussurovským pojetím znaku a psychoanalýzou (návrat vytěsněného jako signifikantu, symptom jako signifikant signifikátu, který byl vytěsněn z vědomí subjektu, atd.).



Dvacáté století bývá některými autory nazýváno stoletím jazyka. Vzniklo mnoho prací, které se zabývají významem jazyka v lidském životě, jeho vlivem na formování charakteru a společnosti vůbec. Za všechny uvádím alespoň Úvod do strukturalismu Ferdinanda de Saussura, *Tractatus logico-philosophicus* Ludwiga Wittgensteina ne-

bo Slova a věci Michela Foucaulta. Jazyk se tedy stal předmětem filozofického zkoumání a poměrně často se vyskytovalo také propojování lingvistických témat s psychoanalýzou, což byla doména především francouzských myslitelů.

Ve druhé části knihy Fulka interpretuje vybrané autory (Benjamin, Merleau-Ponty, Barthes, Althusser, Derrida, Deleuze) ve světle lacanovské teorie. Důraz je kladen i na problematiku psaní, potažmo literatury obecně, jak je zřejmé také z výběru interpretovaných literátů. V této části knihy mě nejvíce zaujala kapitola nazvaná Autobiografický text a práce truchlení, s podtitulem – Melancholie u Barthesa a Althussera. Fulka v ní zkoumá dvě díla zmíněných autorů, která se určitým způsobem vyčleňují z jejich bibliografie (Barthes psal zejména lingvistické práce, Althusser byl levicový filozof). Světlá komora od Rolanda Barthesa je studíí o fotografii, ve které se zřetelně projevuje melancholie, jelikož ji Barthes psal krátkou dobu po smrti své matky. Althusserova Budoucnost je dlouhá by mohla být považována za určitou uměleckou formu životopisu. Althusser trpěl maniodepresivní poruchou a v jednom z manických stavů uškrtil svou manželku. Vzhledem k nemoci byl „pouze“ internován v psychiatrické léčebně. Nejedná se o obhajobu, nýbrž o potřebu vyrovnat se s pocitem ztráty a neuzavřenosti (Althusser hned v úvodních kapitolách knihy vysvětluje, jak u něj internace v léčebně namísto vězení vyvolává dojem, že za své provinění nesplatil dluh společnosti).

Fulka se v knize mimo jiné podrobně zabývá Lacanovým pojetím subjektivity, které pracuje s pojmy imaginárna, symbolická a re-

álna, jež představují různé úrovně utváření já. Imaginárno znázorňuje fázi identifikačních vztahů (poznání a vývoj já skrze ne-já) a jeho vliv je dále patrný především v oblasti milostných vztahů. Symbolično je obdobím, kdy se já vyvíjí působením symbolů a umožňuje vstup jedince do společnosti skrze jazyk. Problémy, které mohou vzniknout v tomto období, souvisí s rozvojem psychotické poruchy. Lacan též upozorňuje na odlišnosti mezi mužskými a ženskými subjekty v symbolické fázi. Pod pojem Reálno bychom pak zahrnuli rovinu skutečnosti, kterou nelze vnímat prostřednictvím jazyka. Výklad Lacanovy teorie, který Fulka v této publikaci nabízí, může být pro psychoterapeuta v jeho práci pomocí při řešení problémů z oblasti partnerských vztahů, sebepřijetí či v hledání klíčových vlivů na vznik patologie. Autor též na konkrétních příkladech umně analyzuje spojitost mezi životem literáta a jeho dílem, což může posloužit jako inspirace v psychoterapeutické práci s klientem.

Fulkova práce přispěje jako zajímavý a srozumitelný úvod do problematiky francouzského psychoanalytického myšlení. Její přínos lze spatřovat v tom, že umožňuje novým způsobem nahlédnout již poměrně všeobecně známou teorii S. Freuda. Kniha také zaplňuje díru na českém knižním trhu, kde zoufale chybí překlad Lacanova díla. V neposlední řadě lze ocenit i autorův přehled na literární scéně a schopnost přiblížit čtenáři čtivou formou poměrně složité teorie.

Autorka je studentkou 5. ročníku prezenční formy studia oboru Psychologie na FF UP.

KNIHA PLNÁ PŘEKVAPENÍ

De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E., Berg, I. K.
Zázračná otázka: Krátká terapie zaměřená na řešení.
 Praha: Portál, 2011. Přeložil: Ondřej Fafejta

Leoš Zatloukal

Jako lektor výcviků a kurzů o přístupu zaměřeném na řešení se velmi často setkávám s otázkou účastníků: „Je o tom k dispozici nějaká literatura?“ Když začnu jmenovat několik stěžejních titulů, z kterých s kolegy vycházíme a které bohužel nejsou dostupné v českém překladu, většinou účastníci svou otázku upřesňují: „Dobře, dobře...ale je o tom k dispozici nějaká literatura v češtině?“ Mám radost, že k těm nemnoha a navíc často obtížně dostupným zdrojům v češtině přibyl překlad knihy, která je v originále nazvaná „More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy“ (2007). Jde o poslední knihu, na které se autorsky podíleli tvůrci přístupu zaměřeného na řešení (solution-focused approach, zkr. SF) Steve de Sazer a Insoo Kim Berg, oba již bohužel zesnulí. Kromě nich jsou mezi autory i významní představitelé „postshazerovského SF“ – Yvonne Dolan, Harry Korman, Terry Trepper a Eric McCollum.

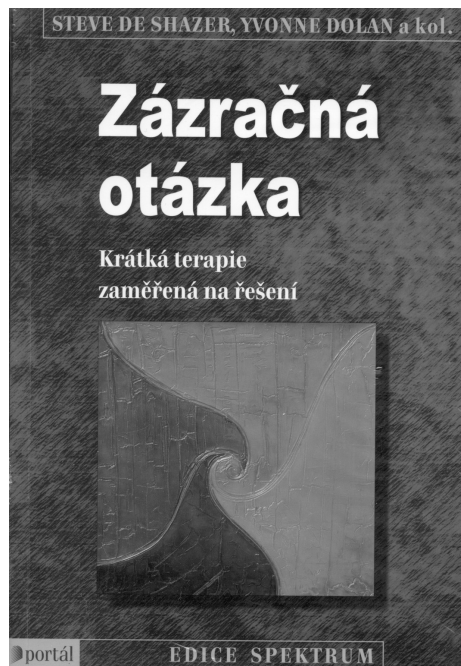
Z jistého hlediska je velmi příhodné, že byla z širokého spektra titulů o přístupu zaměřeném na řešení pro český překlad vybrána právě tato kniha. Jednak se jedná o nejnovější příspěvek, který mapuje současný stav umění SF (jak zní anglický podtitul knihy), a proto lze očekávat nové pohledy, myšlenky a reakce na aktuální otázky. Druhým důvodem může být, že jeden z členů autorského týmu – Harry Korman – má úzké vazby k naší zemi a významně přispěl k rozvoji přístupu zaměřeného na řešení u nás. V Olomouci kdysi vedl památný workshop o možnostech spolupráce s tzv. „nespolupracujícími klienty“, který sám o sobě vyvolal velký zájem o tento způsob práce. Navíc, jeho argumentace pro vnímání přístupu zaměřeného na řešení jako samostatného a svébytného terapeutického směru, jeho

inspirace pro místní lektory ohledně vedení výcviků v tomto přístupu a vstřícné zprostředkování dalších kontaktů v zahraničí byly a jsou neocenitelnou pomocí pro rozvoj praxe i výuky SF přístupu u nás. Vydání knihy tedy můžeme v jistém smyslu chápat i jako symbolické poděkování Harrymu za to, co pro SF v České republice udělal.

Na straně druhé se domnívám, že se jedná o dílo poněkud netradiční a v mnoha ohledech překvapivé.

Prvním překvapením pro mě byla jeho rozptýlenost. Z dřívějších knih Steva de Shazera (1982; 1985; 1988; 1991; 1994) jsem zvyklý na provázání různých teorií a praxe, ale vždy se jednalo o dílo celistvé, v němž jednotlivé kapitoly na sebe navazují a dohromady tvoří smysluplný celek. Z knih, na kterých se autorsky podílela Insoo Kim Berg (např. 1991; Berg, Miller, 1992; Berg, Steiner, 2003; Miller, Berg, 1995; DeJong, Berg, 1998), jsem pak zvyklý na velké praktické zaměření, takže tyto knihy často slouží jako „učebnice“ pro začínající terapeuty (čimž nepostrádají svůj přínos i pro ty zkušenější). Kniha „More than miracles“ se liší od obou výše uvedených stylů – je to vlastně soubor statí různorodého zaměření: najdeme zde stručné shrnutí přístupu zaměřeného na řešení, několik přepisů konzultací s klienty s komentářem, teoretické úvahy o roli Wittgensteinovy filosofie v SF nebo o pojetí emocí a odpovědi na některé (patrně často kladené) otázky. Z tohoto pohledu se podle mého soudu jedná spíše o dílo určené terapeutům, kteří již s přístupem zaměřeným na řešení nějaké zkušenosti mají a mohou se nechat inspirovat novými myšlenkami a podněty. V podobném duchu zaměření knihy komentuje i Yvonne Dolan v předmluvě.

Další překvapení mě čekala při pročitání jednotlivých kapitol. Autoři zajímavým způsobem rozšířili principy SF o nutnost „vyjednávat“ budoucnost nebo o odlišnost jazyka rozvíjejícího řešení od jazyka popisujícího problém (což je posun od rozdílu v tématu – problém vs. řešení). Zajímavé pro mě byly i úvahy o experimentech. Zdá se, že autoři částečně upouštějí od nabízení terapeutem či týmem vymyšlených experimentů a spíše zvou klienty, aby sami přišli s nápady (s. 30). Řekl bych, že téma experimentů je v současném SF poměrně široce diskutované: od silných hlasů, které radí od zadávání experimentů úplně upustit (britský institut BRIEF kolem Chrise Ivesona a Harvey Rattnera), přes klientem vytvořené experimenty (zmíněné v této knize jako jedna z možností) až po tradiční „nápady týmu popř. terapeuta“, které jsou popsány v jiných zásadních dílech o SF. Kuriózní je, že navzdory doporučením v knize poslední zmíněnou variantu přinejmenším dva členové autorského týmu knihy, které jsem měl možnost několikrát pozorovat při práci s klienty (míněni Harry Korman a Yvonne Dolan), v praxi běžně používají. Argumentace autorů knihy pro tvorbu experimentů z nápadů klienta je zčásti velmi přesvědčivá, jejím úskalím však podle mého názoru je, že klientům nabídneme možná příliš málo toho „nového“, co by je při jejich hledání řešení mohlo inspirovat. Zvláštní otázkou také zůstává, zda ponechat klienta realizovat experiment, který si vymyslí, i když není založen na řešeních či výjimkách z problému (s. 31). Z mého pohledu je nutné, aby experiment byl alespoň v základním smyslu bezpečný a také aby bylo možné důvodně očekávat, že bude nějak smysluplný a užitečný (beze zbytku předvídat to ovšem nelze). Experiment by tedy neměl být navržen tak, aby s velkou pravděpodobností prohloubil problém (např. manželé, kteří chtějí pokračovat ve „vyřkávání si“ svých názorů), ale naopak by měl být příslibem, že klienti vyzkouší něco nového, zajímavého a užitečného (což v některých případech



může být skoro cokoli jiného, než je to, co dělají nyní). Samotná skutečnost, že si klienti experiment vymysleli, sice představuje větší šanci, že jej zrealizují, ale nevnímám ji jako záruku toho, že jim takový experiment neublíží a naopak prospěje.

Zajímavé kapitoly z pera Harry Kormana podrobně představují práci se zázračnou otázkou a škálou, tyto kapitoly obsahují velmi zajímavá doporučení a podněty dokumentované na příkladech. Překvapením pro mě bylo i zařazení textů o Wittgensteinovi a vztahení jeho pozdní filosofie k praxi terapie zaměřené na řešení. Překvapující pro mě nebylo samo téma – to se v dílech Steva de Shazera objevilo již dříve a někdy i podrobněji (DeShazer, 1991; 1994). Překvapující pro mě spíše bylo, s jakou stále větší jasností a srozumitelností o tom dokázal v této knize Steve psát.

Některá má překvapení při četbě knihy nesouvisela tolik s tím, co autoři knihy píší či nepíší, ale spíše s českou verzí knihy. Jsou to bohužel překvapení většinou nepřijemná

a podle mého soudu ukazují na nedosta-
tečnou jazykovou, ale zejména odbornou
korekturu českého překladu. Prvním z těchto
překvapení pro mě bylo, že název knihy
„More than miracles“ (Více než zázraky)
byl přeložen jako „Zázračná otázka“. Je to
pro mě udivující tím víc, že se překladatel
v textu od pojmenování „zázračná otázka“
distancoval a všude důsledně překládá
„otázka na zázrak“ (s. 22). Proč tedy tento
překlad ponechal v názvu? Navíc nechápu,
proč by označení „otázka na zázrak“ mělo
být – jak překladatel uvádí – „významově
správnější“, když se otázka jako taková
na samotný zázrak a jeho povahu vůbec
nezaměřuje; zaměřuje se přece na situaci
po (pomyslném) **zázraku** a na rozdíl oproti
stávající situaci! Chceme-li být tedy opravdu
„významově správnější“ (a ochudit se o ja-
zykové hříčky se „zázraky“, které v anglicky
psaných textech hojně nacházíme), překlá-
dejme ji jako „otázku na situaci po zázraku“.
Aby to nebylo tak dlouhé, můžeme psát
zkratkou – např. ONSPZ.

Dalším překvapením českého vydání
bylo prazvláštní propojení dvou předmluv
– české, kterou napsal systemický/narativní
terapeut Vráta Strnad, a původní od Yvonne
Dolan – takže mi jako čtenáři chvíli nebylo
jasné, kde končí jedna a začíná druhá.

Poslední skupinou překvapení českého
vydání, kterou bych rád zmínil, jsou občasné
nepřesnosti v překladu. Těchto překvapení
bych byl ušetřen, kdybych knihu již dříve
nečetl v originále. Takto jsem však byl rušen
dvojznačnými nebo překombinovanými vý-
razy, jako např.: „vyvíjela byste se směrem
k tomu, abyste měla dobré přátele?“ (s. 54),
„takže na vás asi něco vidí“ (s. 53) nebo „ne-
máte představu, jaký průběh sezení by byl
pro vás úspěšný?“ (37). Přístup zaměřený
na řešení je hodně nasměrovaný na práci
s jazykem a – v souladu s Wittgensteinem
– na jednoduché používání každodenního
jazyka. Podobným překombinovanostem
a složitým obrátům se terapeuti zaměření na
řešení snaží vyhybat. Poslední citovaná věta
navíc podsunuje terapeutce (Yvonne Dolan)

zápor, který v originále není, a který by
patrně původně ericksonovsky „vycvičená“
terapeutka vůbec nezvolila. Terapeutické
konverzace tak kvůli překladu bohužel pů-
sobí místy poněkud těžkopádně, uměle
a komplikovaně, ačkoli v originále jsou
mnohem jednodušší a splavnější. Možná to
zní trochu „hndopišsky“, ale pokud chápe-
me přístup zaměřený na řešení jako směr,
který věnuje velkou pozornost používání
jazyka, pak se právě ta podstatná – estetická
– rovina konzultací díky těžkopádnému pře-
kladu vytrácí. Z mého pohledu je to podobné
jako číst Shakespeara v doslovném překladu
anebo v Saudkově přebásněném. Myslím,
že při čtení prvního z nich by čtenář přišel
o velmi podstatnou část zážitku.

Ještě diskutabilnější než překlad přepisů
konverzací je z mého pohledu překlad poj-
mů, které se již v českém jazyce etablovaly
– „postoj nevěděni“ bych přivítal spíše než
„nevědoucí stanovisko“ (s. 38), „leading
from one step behind“ je sice opravdu
překladatelský oříšek, ale „vést o krok po-
zadu“ (s. 19) zní podivně (lepší už je „vést
zezadu“, kterým je totéž přeloženo na další
straně (s. 20)). Osobně se mi také příliš
nelíbí (byť zažitý) výraz „škálování“, použil
bych raději „práce se škálou/stupnicí“ a za
zavádějící považuji i překlad celé části o ex-
perimentech (s. 30), kde překladatel vypustil
část o tom, že i terapeut zadává experiment
založený na tom, co klient říkal, a působí
to, že **pouze** nechává vymýšlet experiment
klienta (viz diskuse výše). Překlad rovněž
příliš nerozlišuje mezi systemickým pří-
stupem ve smyslu aplikace teorie systémů,
systemickým přístupem ve smyslu aplikace
systemického (či postmoderního) myšle-
ní (konstruktivismus, konstrukcionismus)
a systemickým přístupem coby therapeutic-
kým směrem vytvořeným pozdním Milán-
ským týmem (Boscolo, Cecchin). V prvním
slova smyslu je přístup zaměřený na řešení
možné označit jako systemický, protože
– jak autoři v knize uvádějí – pracuje se
systémy, řešení a výjimky jsou interakční
a zahrnují další osoby a pracuje se s malý-

mi změnami, které způsobují větší změny (s. 18). O druhém smyslu slova se v knize sice nic nepíše, jde o pohled, který se u nás etabloval na základě inspirace z německy mluvících zemí a který je autorům patrně cizí. Přesto můžeme říci, že o SF lze rovněž hovořit jako o přístupu, který vychází ze systemického (nebo lépe postmoderního) myšlení. Kromě Wittgensteina se jeho tvůrci inspirovali také pracemi Derridy, později i Gergena a dalších. Na rozdíl od tuzemského chápání „systemiky“, která tvoří jakýsi obrovský deštník nad mnoha rozdílnými směry včetně narativního, na řešení zaměřeného, kolaborativního apod. (které se navíc často prapodiivně směšují), ve světě je přístup zaměřený na řešení chápán většinou jako svěbytný terapeutický přístup. Co se týče třetího významu nálepky „systemický“ coby označení způsobu práce pozdního Milánského týmu, zde se pochopitelně jedná o zcela jiný směr, i když filosoficky rovněž příbuzný.

Na závěr bych rád dodal, že ačkoli některá z výše uvedených překvapení byla příjemná a jiná méně, tím největším a také nejpříjemnějším překvapením pro mě je, že tato kniha v češtině vyšla a že zprostředkuje nejnovější trendy tohoto způsobu práce i českým čtenářům. Často se mluví o dluhu, který současný stav odborné literatury má vůči přístupu zaměřenému na řešení a vůči stále rostoucímu počtu zájemců o tento způsob práce u nás, pro něž jsou původní prameny v angličtině z různých důvodů špatně dostupné. Vydání knihy „More than miracles“ lze chápat jako první splátku tohoto dluhu. Řekl bych však, že ještě zdaleka nejde o de-

finitivní vyrovnání. Když srovnáme nabídku česky dostupné literatury o přístupu zaměřeném na řešení s nabídkou literatury o většině jiných směrů, vidím stále výrazné nedostatky. Věřím proto, že postupem času přibudou další překlady či původní práce o přístupu zaměřeném na řešení, aby tak byla obohacena odborná diskuse i terapeutická praxe u nás.

LITERATURA:

- BERG, I. K. *Family preservation*. London: BT press, 1991.
- BERG, I. K., MILLER, S. D. *Working with the problem drinker: A solution-focused approach*. New York: W.W. Norton and comp., 1992.
- BERG, I. K., STEINER, T. *Children's solution work*. New York: W. W. Norton and comp., 2003.
- DE JONG, P., BERG, I. K. *Interviewing for solutions*. Pacific Groove: Brooks / Cole publ., 1998.
- DE SHAZER, S. *Patterns of brief family therapy*. New York: The Guilford press, 1982.
- DE SHAZER, S. *Keys to solution in brief therapy*. New York: W.W. Norton and comp., 1985.
- DE SHAZER, S. *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton & comp., 1988.
- DE SHAZER, S. *Putting difference to work*. New York: W. W. Norton and comp., 1991.
- 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.
- MILLER, S. D., BERG, I. K. *The miracle method: A radically new approach to problem drinking*. New York: W. W. Norton and Comp., Inc., 1995.

LÉKAŘSKÁ PSYCHOLOGIE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Recenze knihy J. Raudenské a A. Javůrkové *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*, Praha: GRADA 2011.

Jiří Šípek

Dvě klinické psycholožky, Jaroslava Raudenská a Alena Javůrková, vydaly v nakladatelství GRADA společně knihu s názvem *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Na zadní straně přebalu je uvedeno, že je určena především lékařům a medikům. Je jistě zbytečné zvláště zdůrazňovat, jak hodně je psychologie ve zdravotnictví třeba. Známe to z vlastní pacientské zkušenosti – vždyť jde o naše zdraví, další kvalitu života; jak tedy doslova nevšest na rtech lékaře a zdravotní sestry, jak nebýt až nadměrně vnímavý, jestli si nás dostatečně všímají, jestli lékař nezůstane sedět a nebude jen sledovat počítač, jestli vstane a podá nám ruku, usměje se a bude se zajímat o nás jako člověka a nejen jako o objekt. O zdravotních sestřičkách to platí naprosto stejně... Už jen proto je každá psychologická edukace ve zdravotnictví potřebná a vítaná.

Autorky pochopitelně nezůstávají u obecně proklamativních (byť eticky podložených) postojů. Pod supervizím okem nejvýše kvalifikovaných recenzentů (prof. MUDr. Ján Praško a doc. PhDr. Jana Kocourková) sestavily publikaci z řady jednotlivých kapitol, z nichž každá je ucelená, srozumitelně členěná a zakončená shrnutím, závěrem, česko-anglickým slovníčkem pojmů, kontrolními otázkami (ano, kniha je zamýšlena i jako učební text!) a bohatým seznamem relevantní literatury. Tuto strukturu má i úvod práce!

Podívejme se na obsah práce. Jde o devět kapitol rozdělených do tří částí knihy. První část je obecná (a také tak nazvaná) a již její první kapitola, 'Celostní péče o pacienta', vytyčuje zásadní způsob uvažování. Autorky procházejí složitostmi vztahu psychiky a těla, vzájemnou podmíněností těchto složek naší celistvosti, definují základní zúčastněné disciplíny, přibližují uvažování

v psychosociálním a biopsychosociálním modelu atd. Čtenář si tak může uvědomit, že moderní medicína se ocitá ve dvojí zvláštní pozici: na jedné straně jsme svědky vydělování dílčích oborů a specializací (a s přibývajícimi poznatky a technickou oporou to ani jinak nejde) a na straně druhé je medicína tlačena k syntetickému, komplexnímu uvažování nad vznikem nemocí a jejich terapií, nad posilováním zdraví v jeho biologickém, psychologickém i sociálním chápání. Člověk nebývá nemocen jaksi 'v celku'; některé orgány, funkce, schopnosti a dovednosti jsou mnohdy zablokované, tak či onak postižené, ale souběžně je zde celá řada dalších oblastí života, které jsou v normě a jejichž rozvoj může být podstatný pro kvalitu života člověka. Druhá kapitola je značně hlubokou sondou do souvislostí vnějšího i vnitřního chování s pestrou škálou kognitivních procesů. A jestliže si moderní medicína chce stále více všimát toho, jak člověk žije a jak jeho způsob života souvisí se zdravím (resp. s nemocí), je právě behaviorální pohled zcela zásadní. Autorky zde navíc využívají svoji zkušenost v oblasti tzv. kognitivně behaviorální terapie. Z obecné části knihy ještě upozorním na kvalitně zpracovanou kapitolu o etice lékařské (a dodejme: každé zdravotnické) profese, o nebezpečí syndromu vyhoření apod.

Druhá část knihy se již zaměřuje na vybrané oblasti klinické medicíny, konkrétně na otázky bolesti a dále na onkologická a dermatologická onemocnění. A rozumějme: vždy jsou probírané složité vztahy biopsychosociální. Poslední část knihy autorky nazvaly 'Applikace lékařské psychologie v multidisciplinárním pojetí léčby'. Stručně řečeno, zde je probírán celý zdravotnický tým, jeho složení a spolupráce v zájmu komplexní a co nejefektivnější intervence.

Čtenář recenze jistě pochopí, že hlubší záběr by již nastíněný obraz spíše komplikoval. Celkově lze knize popřát, aby našla přemýšlivé čtenáře, kterým má věru hodně co říci, a aby jim pomáhala v rozvoji dostatečně širokého, ale stále disciplinovaného myšlení, jak by to snad vyjádřil slavný lékař Eugen Bleuler.

Na závěr však ještě jedna poznámka: přes veškerou snahu obou autorek se nelze domnívat, že by kniha, byť sebepovednější, mohla nahradit dlouhodobé a systematické trénování takového komplexního myšlení pod dohledem zkušených a moudrých učitelů. A jedině v této kombinaci kniha splní svůj účel.

O VÝZKUMECH SROZUMITELNĚ

Cooper, M. (2008). *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy*. SAGE.

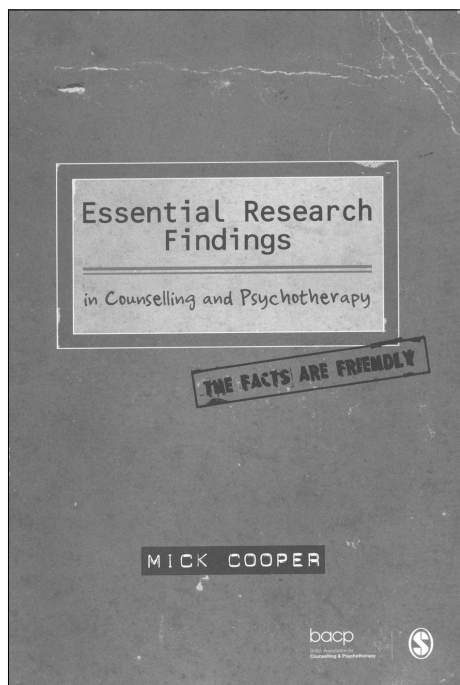
Anna Martínková

Pro lepší přehlednost se podívám na knihu ze čtyř úhlů pohledu: na její formální stránku, srozumitelnost, obsah a vědeckost.

Kniha sestává z osmi kapitol: dvě jsou obecné (úvod a závěr), jedna se týká účinků psychoterapie obecně, a zbývajících pět diskutuje vliv různých faktorů na výsledky psychoterapie. Čtenář má možnost se dozvědět, jak výsledky terapie ovlivňují psychoterapeutické orientace, faktory na straně klienta, faktory na straně terapeuta, kvalita terapeutického vztahu a používání různých psychoterapeutických technik. Publikace obsahuje také přílohu se stručným shrnutím výzkumů vztahujících se k jednotlivým psychoterapeutickým směrům, slovníček odborných termínů, seznam použité literatury a jmenný a věcný rejstřík.

Všechny kapitoly jsou členěné stejně. Na počátku kapitol je heslovitě uveden jejich obsah. Jednotlivé části kapitol potom více či méně odpovídají načrtnuté struktuře, a jsou oddělené tučně psanými nadpisy. Kromě samotného textu se v kapitolách objevuje vysvětlení termínů (zvýrazněné šedou barvou a ilustrované obrázkem tužky), odkazy na doporučenou rozšiřující literaturu (oddělené tučnými čarami), rady pro využití poznatků v praxi (podbarvené šedě, ilustrované žárovkou), rámečky rozšiřující hlavní text kapitol, tabulky a grafy. Na konci každé kapitoly nalezneme shrnutí klíčových zjištění (v bodech) a otázky pro zamyšlení nad tématem kapitoly.

K přehlednosti knihy nemám téměř žádné výhrady. Líbí se mi, že mají všechny kapitoly podobnou strukturu a stejné grafické označení vsuvek. Kladně hodnotím, že autor vždy na začátku kapitoly hezky nastiňuje její obsah a velmi oceňuji přehledné souhrny klíčových zjištění na konci kapitol. Občas mi ale chybělo shrnutí toho, co bude následovat, např. na začátku dlouhých podkapitol.



dovat, např. na začátku dlouhých podkapitol.

Rámečky rozšiřující obsah textu i vysvětlivky jsou obsahově jistě užitečné, ale lehce narušují plynulost knihy. Dle mého názoru se kniha kvůli těmto vsuvkám čte pomaleji. Na druhou stranu tyto vsuvky dobře fungují jako chvíle pro zamyšlení nad přečtenou částí textu a jako prostor ověřit si, že jsme přečtené dobře pochopili. Vysvětlivek bych ale trochu ubrala: jsou v textu velmi časté a občas i u hodně známých termínů, které jsou předtím vysvětlené přímo v textu (např. *effectiveness*, str. 24, *feedback*, str. 117). Mírné výhrady mám ke struktuře sedmé kapitoly týkající se vlivu použitých technik. Kapitola na mě při čtení působila, jakoby autor náhodně vyhledal všechny možné výzkumy na dané téma a až poté je seřadil

podle podobnosti, aniž by předem věděl, co by měla kapitola obsahovat a jakou by měla mít strukturu.

Srozumitelnost je dle autora (str. 5) jedním z cílů knihy. Autor si přeje, aby byla kniha uživatelsky přívětivá a přístupná všem, bez ohledu na znalost výzkumů a schopnost provádět je. Autor ale zřejmě předpokládá znalost citovaných psychotherapeutických směrů, neboť se jim ve vysvětlivkách téměř nevěnuje (např. na str. 24 zmiňuje psychodynamické terapie, ale tento termín vysvětluje až ve slovníčku na konci knihy) a ve slovníčku je vysvětluje jen velmi stručně. Jiné termíny (*counselling*, *personal construct psychotherapy*) nejsou vysvětleny ani ve slovníčku. Vzhledem k tomu, že je dle autora kniha určena i klientům psychoterapií, u kterých se předběžná znalost psychotherapeutických směrů nedá předpokládat, považovala bych za přínosné vysvětlit jednotlivé druhy psychoterapie podrobněji. Rozporuplně na mě působí vysvětlivky některých metodologických slov, např. *research*, *empirical* a *qualitative research*. Domnívám se, že se jedná o všeobecně velmi známé termíny, které pro ty, kteří jsou alespoň trochu seznámeni s metodologií, nejsou potřebné, a pro ostatní jsou příliš stručné a občas dle mého názoru zdaleka neobsahují všechny důležité informace. Osobně jsem ale velmi ocenila vysvětlení termínu *effect size*, z autorova stručného vysvětlení jsem jej pochopila. To, že je kniha určena široké paletě čtenářů, je dobře patrné z širokého směřování otázek k zamyšlení, které se obracejí jak k odborníkům, tak k (potenciálním) klientům.

Oceňuji stručně a jasně podané výsledky popisovaných výzkumů a jejich komentáře. Autor svá vysvětlení (např. ve statistické části) často ilustruje příklady, což porozumění určitě usnadňuje. Občas ale výklad příklady začíná, a potom se zdá, jakoby autor podceňoval čtenářovu schopnost rozumět abstraktním informacím.

Knihy je **obsahově** velmi bohatá a přehledně informuje o množství výzkumů. Dle

autora je cílem knihy poskytnout čtenáři informace o výzkumech využitelné v praxi. Snaží se o poskytnutí vodítek klientům pro výběr terapeuta a o shrnutí základního vědění využitelného jako výchozí bod pro začínající výzkumníky v psychoterapii. Tento účel je dle mého názoru dobře naplněn, místy by ale prospělo, kdyby se autor ještě více věnoval omezením popsaných výzkumů. Velmi oceňuji rámečky shrnující výsledky více výzkumů aplikované do praxe, které dle mého názoru velmi dobře slouží svému účelu. Oceňuji také informačně velmi bohaté tabulky.

První a druhá kapitola jsou svým obsahem trochu specifické a mají širší záběr, než další kapitoly. Ačkoliv je jako „úvod“ označena pouze první z nich, obě obsahují mnoho informací nutných pro další četbu, a to především co se týče základů metodologie a statistiky. Navrhovala bych informace z prvních dvou kapitol přeskupit tak, aby se statistických termínů týkala pouze jedna z nich, nejlépe ta druhá. První kapitolu bych ponechala především k motivačnímu účelu, kterému nyní slouží obě dvě: první kapitola explicitně, a druhá zdůrazňováním toho, že má smysl zabývat se terapiemi. První kapitola ale i v této podobě dobře motivuje pokračovat v četbě: velmi mne zaujal Rogersův citát na konci první kapitoly, a ještě více mne k další četbě povzbudil kvíz, jehož otázky měly většinou tak překvapivé odpovědi, že čtenář nutně musel být konfrontován se svými mezerami ve vědomostech a mohlo jej začít zajímat, proč jsou správné právě určité odpovědi.

Osobně bych nakonec ráda ocenila kapitolu o vztahových faktorech terapie, ve které jsem našla nejvíce užitečných informací.

Knihy působí velmi objektivně a **vědecky**. Líbí se mi, že autor čerpá z mnoha zdrojů a popisuje výzkumy provedené zastánci různých terapeutických přístupů. Oceňuji jeho kritický přístup k výzkumům, které autor vždy komentuje v širším kontextu (zmiňuje např. příslušnost autorů k některému z terapeutických proudů) a u kterých uvádí

i velikost účinku. Líbí se mi také to, že autor na počátku knihy umožnil čtenáři seznámit se s některými základními statistickými ukazateli, a i metodologicky málo zdatný čtenář tedy může uvedeným statistikám rozumět. Dále mne zaujalo společné zdůrazňování užitečnosti výzkumů a upozorňování na jejich omezení. Mimo to, že si autor uvědomuje možná zkreslení výzkumů způsobená názory výzkumníků, upozorňuje i na možná zkreslení plynoucí z jeho vlastních zkušeností. Líbí se mi, že s nimi čtenáře seznamuje a že otevřeně komunikuje o svých motivacích a úhlech pohledu.

K vědeckému přístupu k výzkumům autor výborně vede i čtenáře. Nejprve u každé kapitoly uvádí odkazy na další literaturu, která může posloužit k prohloubení získaných znalostí. Dále čtenářům nabízí užitečné

otázky k přemýšlení, které dle mého názoru mohou zabránit např. tomu, abychom brali to, co autor píše, jako absolutní pravdu. A nakonec, autor explicitně radí, aby se čtenáři zamysleli nad svými úhly pohledu a z nich plynoucími zkresleními.

Knihu hodnotím celkově velmi pozitivně. Je velmi dobře organizovaná, přehledná a srozumitelná. Vzhledem k tomu, že je určena širokému spektru čtenářů, některé informace mohou být pro některé čtenáře nedostatečné nebo nadbytečné, ale považuji to za nutný a užitečný kompromis. Po obsahové stránce je kniha velmi bohatá, autor čtenáře dobře motivuje k četbě, uvádí velké množství výzkumů a prezentuje je objektivně.

Autorka recenze studuje psychologii na FSS MU.

EXPERIMENTÁLNÍ HYPNÓZA

Recenze: Stanislav Kratochvíl: Experimentální hypnóza.
Praha, Grada 2011.

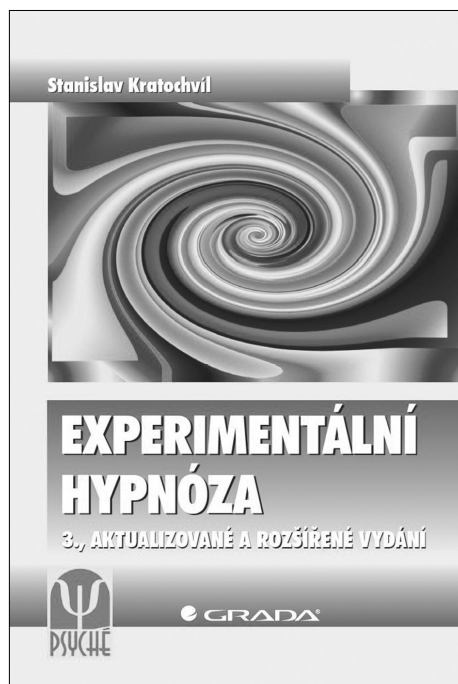
Michaela Peterková

Experimentální hypnóza Stanislava Kratochvíla vyšla poprvé (pod mírně jiným názvem) v roce 1986 a letos opustilo tiskárny její již třetí vydání, obohacené o nová výzkumná zjištění.

Oblast experimentální hypnózy se snaží vytvořit základ pro klinickou práci, která teprve dává hypnóze coby terapeutickému postupu smysl. V úvodu publikace najdeme objasnění základních pojmů, dále se autor zabývá hypnabilitou coby osobnostní dispozicí a nejrozsáhlejší třetí část je věnována jevům v hypnóze, jako jsou například změny v motorice a vnímání, možnost ovlivnění zážitku bolesti, amnézie nebo posthypnotické sugesce. Autor popisuje mnoho desetiletí trvajících a dosud neúspěšných úsilí o nalezení osobnostního rysu nebo schopnosti, které by spolehlivě predikovaly hypnabilitu. Výzkumy ohledně nadějných kvalit, jako jsou sugestibilita nebo živá představivost, nevyprodukovaly dosud korelační koeficient vyšší než 0,5. Podobně je to s možností zvyšovat hypnabilitu nebo objektivně zjistit, že subjekt je skutečně v hypnóze.

Publikace se nevyhýbá ani popisu určitých kontroverzí a potenciálních nebezpečí vyplývajících z neodborného vedení nebo zneužití hypnózy. Mezi ně patří ovlivnění vzpomínek při jejich „oživování“, které dalo vzniknout pojmu „syndrom nepravdivé vzpomínky“. K všeobecně atraktivním částem knihy pak budou jistě patřit i stránky věnované popisu nejslavnějších kriminálních případů, v nichž mohla svou roli sehrát i hypnóza, která pak v některých případech udělala z pachatele de facto i de jure oběť.

V závěru nám Stanislav Kratochvíl představuje nejvýznamnější světové osobnosti



z oblasti hypnózy včetně osobních vzpomínek na některé z nich.

Jediná drobná rezerva publikace je formálního charakteru a spočívá ve střídavém užívání ich-formy a autorského plurálu, což uniklo jinak jistě bdělé redakci vydavatele.

Stanislav Kratochvíl se hypnóze věnuje více než půlku století a v současné době je to jeden z velmi skromného počtu autorů, kteří o tomto tématu seriózně publikují. O nejpodstatnějších aspektech hypnózy by se dalo těžko napsat víc. Dílo se také díky srozumitelnému jazyku velmi dobře čte a pro vážné zájemce o tento terapeutický postup by mělo být spolu s Klinikou hypnózou téhož autora „knihou volby“.

