

# PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

# PSYCHOTERAPIE – 4. ročník, 2010, číslo 1

Vychází čtvrtletně.

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

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

## **Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:**

**PhDr. Dana Dobiášová** – psychoterapeutická praxe, Hradec Králové

**MUDr. Vladislav Chvála** – Středisko komplexní terapie, Liberec

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

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

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

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

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

## **Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:**

**PhDr. Bohumila Baštecká** – terénní sociální práce

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

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

**Dr. Kenneth Evans** – FRSA, Director, European Institute for Psychotherapeutic Studies (UK)

**PhDr. Petr Goldman** – Psychiatrická léčebna, Praha –Bohnice

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

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

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

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

**MUDr. David Holub** – psychoterapeutická praxe, Praha

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

**Mgr. Jiří Kubička** – Institut rodinné terapie, Praha

**Mgr. David Kuneš** – Psychologický ústav FF MU, Brno

**PhDr. Jiří Libra** – Podané ruce, Brno

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

**PhDr. Martin Mahler** – psychoanalytik, Praha

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

**MUDr. Petr Možný** – Psychiatrická léčebna, Kroměříž

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

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

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

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

**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:**

Mgr. Jiří Šupa, PhDr. Roman Hytych, Mgr. Pavel Nepustil, Zuzana Pavelková, Mgr. Sylvie Koubalíková,

doc. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D. (šéfredaktor) [vybiral@fss.muni.cz](mailto:vybiral@fss.muni.cz), tel. 549497970

## **Adresa redakce:**

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

Objednávky on-line: <http://psychoterapie.fss.muni.cz>. Příspěvky zasílejte elektronicky na adresu:

[psychoterapie@fss.muni.cz](mailto:psychoterapie@fss.muni.cz)

**Uzávěrka čísla 1/2010** byla 26. 3. 2010, recenzní řízení bylo uzavřeno 31. 3. 2010. Vychází v dubnu 2010.

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

The articles are peer-reviewed.

ISSN 1802-3983 / MK ČR E 18868

© Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity

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

# **OBSAH ČÍSLA 1 ROČNÍKU 2010**

## **EDITORIAL**

V mezidobí (Zbyněk Vybíral) - - - 5

## **Z PRAXE**

Ján Praško: Pan Jiří musí vše opakovaně kontrolovat - - - 6

Andrea Heretiková Marsalová, Anton Heretik: Listy otcovi. Stále to isté... - - - 18

## **TEORIE**

Jiří Růžička: Deset těžkých hříchů psychoterapie - - - 22

David Skorunka: Současná rodinná terapie: integrativní tendence a výzkum - - - 29

## **VÝZKUM**

Zbyněk Vybíral, Louis Castonguay, Ester Danelová, Radek Hodoval, Viktor Kulhavý, Romana Plchová, Helena Příbylová: Kolik je na světě psychoterapií? - - - 39

## **Z ARCHIVU**

Karel Koblíček: Systém SUR a bílá místa jeho koncepce a praxe (přednáška z roku 2001) - - - 56

## **DISKUSE**

Petr Moos: Krize psychosociálního průmyslu - - - 60

## **KONFERENCE, WORKSHOPY**

Stanislav Kratochvíl: Další vývoj psychoterapie (6. konference "Evolution of psychotherapy", Anaheim, California, 9.–13. prosince 2009) - - - 65

## **KRÁTCE**

ZRnění Zdeňka Riegera - - - 69

## **RECENZE KNIH**

D. Kuneš: Sebepoznání (D. Miščíková) - - - 71

K. Zábrodská: Variace na gender (K. Machovcová) - - - 73

Děkujeme těm, kdo finančně i jinak podpořili vydávání časopisu v roce 2010, zejména Janu Poněšickému a paní Renatě Ehm.



Česká asociace transakční analýzy  
si vás dovoluje pozvat  
na Evropskou konferenci  
transakční analýzy,  
která se koná 9.- 11. 7. 2010 v Praze

Informace na

[www.eataprague.cz](http://www.eataprague.cz)

## EDITORIAL

Zbyněk Vybíral

### V MEZIDOBÍ

Toto číslo vznikalo mezi začátkem a koncem zimy.

14. října 2009, v první den 27. česko-slovenské psychotherapeutické konference, která se konala tradičně v Trenčianských Teplicích, začala zimní sezóna. V Bílých Karpatech padaly na auta jedoucí po silnici ke zrušenému hraničnímu přechodu větve obtížené nečekaným přívalem sněhu. V den, kdy jsem rozepsal tento editorial, loučili jsme se s posledními sněhem zapadanými loukami na Vysočině, zatímco v městech vyrazili chodci poprvé zas po půl roce „s krátkým rukávem“.

Ke konferenci se vracíme zařazením jedné z loňských úvodních přednášek – úvahy Jiřího Růžičky o desateru „hříchů“, poklesků a falešných „mýtů“ vbudovaných do psychotherapie. A také otištěním příspěvku, který zaujal – Listů otci...

Chtělo by se napsat a věřit tomu, že toto číslo vznikalo mezi dlouhým časem, v němž převládala „spíše nekritičnost“ a přicházejícím časem „už-systematické-kritiky“. V rámci psychotherapie.

Nedlouho před vydáním tohoto čísla vyšel *American Psychologist*, v jehož 1. čísle ročníku 2010 je na stranách 34 až 49 publikován kritický článek Louise Castonguaye, Jamese Boswella, Michaela Constantina, Marvina Goldfrieda a Clary Hillové. Článek je dokladem toho, že dnes se přední psycho-

terapeuti „hlavního proudu“ věnují tomu, jak odlišovat mezi seriózními a potenciálně škodlivými psychotherapiemi.

Toto číslo vznikalo mezi intenzivním psaním knihy *Současná psychotherapie* (iniciovali jsme její vznik společně s Janem Roubalem v roce 2007) a mezi jejím vydáním, které je přichystáno na květen 2010 v Portálu. Bylo to mezidobí korektur. Rukopis knihy – 750 stran (39 kapitol, 30 spoluautorů), dohotovený a odevzdaný nakladateli těsně před Trenčianskými Teplicemi – byl znovu a znovu podrobován kritickému čtení, komentování, diskusím nad detaily, dotahovaly se věty, odkazy, odstavce, tabulky. Rukopis se upravoval asi na dvou tisících místech. Trvalo to od listopadu do dubna. Půl roku. Nyní máme – spoluautoři oné knihy – dobrý pocit z profesionální práce.

Čtenář časopisu i budoucí čtenář knihy jistě ocení zařazení článku „Kolik je na světě psychotherapií?“ Jde o první pokus přinést seznam soudobých uznávaných směrů v psychotherapii.

V mezidobí mezi vydáním tohoto čísla a čísla 2 (které vyjde v červenci), očekáváme příval diskusních glos. Nad seznamem, nad hříchy, nad psychosociálním průmyslem. Chcete-li přispět do diskusních stránek čísla 2, napište – nejlépe do konce května.

Pokud vás tedy... stále inspirujeme.

V Brně, 26. března až 7. dubna 2010

## PAN JIŘÍ MUSÍ VŠE OPAKOVANĚ KONTROLOVAT

Ján Praško

### ABSTRAKT

Ve formě kazuistiky představuje autor práci s klientem s obsedantně kompulzivní poruchou. Jedná se o případ z vlastní praxe, v němž autor-terapeut uplatňuje při léčbě klienta kognitivně-behaviorální terapii. Popsána jsou jednotlivá sezení, včetně úvodního anamnestického, a záznam z jejich průběhu je doplněn o doslovný přepis některých terapeutických rozhovorů a o autorovu sebereflexi.

*Klíčová slova:* kazuistika, obsedantně-kompulzivní porucha, kognitivně-behaviorální terapie.

### ABSTRACT

#### Mr. Jiří has to check everything repeatedly

In the form of the case study the author introduces his work with a client with the obsessive-compulsive disorder. He uses the cognitive behavioral therapy, when working with the client. The particular psychotherapeutic meetings are described and the word-of-word transcriptions of some of the interviews as well as the author's self-reflection are presented.

*Key words:* case study, obsessive-compulsive disorder, cognitive behavioral therapy.

Do psychiatrické ambulance Psychiatrického centra Praha, jako do specializovaného zařízení, byl doporučen pan Jiří s diagnózou obsedantně kompulzivní porucha. První setkání bylo soustředěno na získání podrobných anamnestických údajů a na vytvoření behaviorální, kognitivní a funkční analýzy, které potom vyústily ve formulaci pacientova případu.

Pan Jiří je pečlivě upravený muž. Do ambulance přichází v obleku (i když jsou venku tropická vedra), což poněkud kontras-

tuje s mým oblečením (bavlněné kalhoty a tričko). Když jsem si povšiml, jak si mě pan Jiří trochu nedůvěřivě poměřuje, hned mě zamrzelo, že nejsem konvenčněji oblečen. Asi čekal jiné oblečení a větší pořádek na stole. Bylo však opravdu horko. Od počátku jsem si říkal, že budu pečlivě sledován, jak pracuji, a že se musím vyhnout jakémukoliv žertovnému tónu, kterým někdy situaci odlehčuji. Měl jsem pocit zevní kontroly, který mě trochu tísnil. Zvažoval jsem, zda se zmínit o tom, že jsem takto oblečen, protože je horko, ale došlo mi, že je to můj problém. Taky na nepořádek jsem se vykašlal, i když jsem viděl, jak jeho oči tékaly po stole a vedle něj, kde jsem měl několik rozhozených polootevřených tašek. Po mém dotazu, co ho ke mně přivádí, se však bohatě rozmluvil. Představil se a řekl, že za mnou přichází, protože o mně slyšel jako o největším odborníkovi na obsedantně kompulzivní poruchu. Pokud mu nepomohu, neví, co s ním bude. Když jsem chválen, začnu být nesvůj. Dělá mi to dobře a zároveň se stydím to přiznat (ale pacient si mě tím samozřejmě získá). Zároveň šlo o pochvalu, u které bych ve své neskromnosti dost stál o to, aby byla pravdivá. V rozpacích a nejistě jsem zamumlal, že je to nadsazené, ale že s obsedantně kompulzivní poruchou (OCD) mám dost zkušeností. Moje nejistota a rozpaky ho ihned uklidnily. Jakoby mě už dále nemusel kontrolovat. Problesklo mi hlavou, že potřebuje vidět nějakou moji slabost, ale úvah na toto téma jsem zanechal, abych mohl dávat pozor na to, co říká. Začal mluvit o příznacích a tak se do svého příběhu pohroužil, že jsem sám cítil, jak se uvolňuji a ztrácím pocit zevní kontroly. Mohl jsem přestat uvažovat o sobě a o tom, jak reaguji na pochvalu a jak vnímám jeho kontrolu nad situací, a plně jsem se pohroužil do jeho příběhu.

Panu Jiřímu je 56 let a pracuje jako úředník na městském úřadě. Začal vyprávět o tom, jak se musí znovu a znovu vracet, aby vše zkontroloval. A to jak v práci, tak doma. Kontroluje uzavření šuplíků, vypnutí počítače, vodovodních kohoutků, oken, dveří, sporáku, karmy apod. Vše musí kontrolovat opakovaně. Cílenými otázkami, kterými jsem do detailu zjišťoval jeho způsob kontrolování, jsem ho zřetelně potěšil. Chtěl vyličit vše do podrobností, abych mu opravdu rozuměl. To mě povzbudilo k doptávání se na detaily (u pacientů s OCD a hypochondrií tak činím často, protože mám dojem, že čím detailněji se ptám, tím více pacientovy důvěry získám). Při odchodu z domu trvají kontroly zpravidla více než hodinu, při odchodu z práce kolem hodiny. Důvodem přitom není to, že by si provedení kontrol nepamatoval, ale potřeba jistoty, že vše udělal důkladně. Často si není jistý, zda při kontrole znovu nepustil vodu nebo nezapnul sporák, zda znovu nenastartoval počítač a podobně. Ptám se, co ho nutí, aby věci takto důkladně kontroloval. Pana Jiřího neustále napadá, k jaké katastrofě by mohl dojít, kdyby kontrolu neprovedl stoprocentně. Do bytu by se dostali zloději, mohlo by hořet nebo by do kanceláře vniknul někdo nepovolaný a dostal se k informacím, o kterých nemá vědět. Dále zjišťuji, co se děje, když situaci nezkontroluje – pokud se to někdy stalo. Ano, občas se o to pokusil. Cítil se pak ale nadměrně napjatý, podrážděný a často byl až rozčilený. Pokud mu nějaké zevní okolnosti zabránily kontrolu provést, obvykle se mu silně rozbušilo srdce a zpotil se strachy. Je nucen kontrolovat věci alespoň pětkrát, ale často i vícekrát. Opakovaně také přerušil cestu tramvají do práce a vrátil se domů k dalším kontrolám. Empaticky se vyjadřuji k tomu, jak je to obtížné, a odhaduji, že ho to musí stát spoustu času. Přitaká. Moje účast mu dělá dobře, manželka to nechápe a vyčítá mu. Vnímám, jak hltá přijetí a pochopení. Je mi jasné, že mu je musím dopřát mnoho (a dělám to rád, protože to umím dobře). Ptám se ho dále, zda toto nutkání kontro-

lovat něco zesiluje nebo zeslabuje. Nutkání prý zesiluje jiný stres, samota, popichování manželkou a dny, kdy je méně vyspalý. Méně napjatý se cítí, když dělá něco zajímavého, například když sleduje v televizi utkání v hokeji nebo zajímavý dokument. Taky cítí menší nutkání kontrolovat tehdy, když odpovědnost za zabezpečení domu a kanceláře má někdo jiný, tzn., když někdo odchází až po něm. Byl však nucen ujistit se telefonicky, zda je vše v pořádku. Poté krátce shrnuji, co jsem se o jeho kontrolách dozvěděl. Je spokojený, jak jsem mu naslouchal a mé shrnutí jen trochu upřesňuje. Pak se dostáváme k anamnéze od dětství.

*Anamnéza:* Pan Jiří měl těžší, prodloužený porod kleštěmi a byl po porodu kříšen. Jako dítě byl spokojený, i když podle rodičů nadměrně trucovitý a tvrdohlavý. Doptávám se více, protože jsem častěji viděl trucovitost u pacientů s protražovaným porodem. Ptám se taky, zda mu zůstala větší potřeba si prosazovat svou. Ano, to má celý život, ale uvědomuje si to a snaží se tuto potřebu zmírňovat. Pokud je v právu a někdo mu odporuje, snadno se rozčílí. Vztah k rodičům však byl dobrý. Měl dost kamarádů, ve škole se učil dobře, s učiteli vycházel bez konfliktů. Maminka byla a dosud je nadměrně starostlivá. Hůře snáší nepořádek, nadměrně často uklízí. Jako dítěti mu mnohokrát kontrolovala aktovku, zda si nezapomněl ostrouhat tužky, zda má všechny pomůcky apod. Nutila ho, aby ji vždy večer hlásil, že má všechno připraveno, a aby to zkontroloval. Přesto pak věci zkontrolovala ještě sama. Tehdy ho to otravovalo, ale nyní si uvědomuje, že se snažila zabránit tomu, aby z něho vyrostl lajdák. Ptám se, zda tuto pořádkumilovnost po ní mohl v něčem zdědit. Ano, je úplně stejný jako ona. Vše musí mít v pořádku a v „lajnách“, jinak se necítí svůj. Někdy si uvědomuje, že to přehání, ale je mu v tom takto líp. Po absolvování střední ekonomické školy nastoupil v 19 letech na vojenskou základní službu k pěšímu útvaru, tzv. „bigošům“. Zde prožil několik traumatizujících zážitků, z nichž jeden jej

občas pronásleduje. Těsně před koncem vojny před jeho očima nechtěně zastřelil jeden voják druhého. Jiří viděl, jak voják v bolestech umírá. Tato příhoda mě zajímá, proto ji chci trochu více popsat. Sám jsem zažil po nástupu k útvaru něco podobného. Tato vzpomínka se mi občas vrací jako flashback. Ptám se pana Jiřího a ten potvrzuje, že jemu s to někdy také stává, ale moc ho to nerozhodí. Chvilí o tom vypráví a objevují se slzy. Zvažují, zda exploraci příhody dále prohloubit, ale jednak chci pokračovat v anamnéze, abych zjistil i další údaje a stihl čas sezení, jednak si uvědomuji, že chuť dále exploraovat může souviset s mým zážitkem. Nyní by to bylo předčasné a oběma by to mohlo zastínit další důležité věci. Taky se k události můžeme vrátit později.

Po ukončení vojenské služby se Jiří oženil. Narodil se jim nejdříve syn a potom za dva roky dcera. V té době ho v noci pronásledovaly sny, které mu připomínaly zážitek z vojenské služby. I přes den byl často napjatý a podrážděný a snadno se rozčílil. Před 12 lety se rozvedl. Rozhodl se rozvést poté, co zjistil, že si jeho žena našla milence. Tehdy si začal dělat starosti kvůli různým maličkostem. Zejména cítil nejistotu ve všem, co se týkalo zabezpečení domu, práce a dětí. Toto období se zdá být velmi důležité, proto se ho doptávám důkladněji. Chci rovněž vědět, zda tehdy nebo nyní vnímá nějakou souvislost mezi stresem, který prožíval (opuštění ženou, která si našla milence) a příznaky (kontroly). Znovu mi popisuje tehdejší příznaky. Na mou trochu podsunutou hypotézu, že příznaky mohou souviset se stresem, nereaguje. Prostě si nebyl jistý, zda uzamkl dveře domu, zda vypnul sporák nebo nenechal téct vodu. Tato nejistota jej začala pronásledovat. V tu chvíli jsem trochu netrpělivý a znovu se ptám, zda rozvoj těchto příznaků nesouvisel se stresem, který tehdy prožíval. Muselo to být pro něj moc těžké období, když ho žena takhle opustila (teď, když to přepisují, se za tuto „empatickou intruzi“ stydím, ale byla tam). Uznává, že na kontrolování věcí začal myslet častěji, takže

měl méně času na přemýšlení o tom, že jej opustila žena. Podle jeho tónu mi došlo, že jsem si toto propojení trochu vynutil, což mě vedlo z „pocitů viny“ k dalšímu naslouchání bez dotazů.

Postupně se zdálo, že se na rozchod s manželkou adaptoval a jeho nejistoty a kontroly se objevovaly méně často. O rok později, když poznal svoji nynější manželku, bylo jeho nutkavé kontrolování tak minimální, že je ani nevnímal a nevadilo mu. Před dvěma roky však pracovně postoupil, a i když jej povýšení potěšilo, nová funkce mu přinesla výrazný stres. Neuměl delegovat práci na podřízené a neuměl jim říci ne, protože měl obavy, aby ho nezačali kritizovat. Začal velmi pečlivě kontrolovat jejich práci, všechny listiny, zápisy v počítači, zámky a korespondenci. Radu úkolů dělal raději sám, aby si byl jistý, že byly dobře splněné. V práci byl čím dál více přetížený. Brzy se kontroly přenesly i domů. Na tomto místě jsem se znovu neudržel, abych se nezeptal, zda si myslí, že může být nějaká souvislost mezi distresem a znovuobjevením se příznaků. Řekl mi, že je o tom přesvědčen. Kontroly výrazně narůstaly od té doby, co byl povýšen a měl najednou spoustu nové odpovědnosti i za druhé.

Na konci prvního sezení jsme spolu s panem Jiřím probrali faktory, které se na rozvoji jeho problému mohly teoreticky podílet. Vytvářeli jsme spolu hypotézy o tom, co mělo větší nebo menší význam. Tato diskuze z Jiřího velmi bavila (mě konceptualizace případu baví vždycky), i když jsme si řekli, že jde o hypotézy, protože přesnou váhu jednotlivých faktorů určit nejde a je to taková „primordiální polévka“, kde se přesnější obrysy v průběhu léčby teprve objeví.

*Faktory zvyšující citlivost na stres:* Jedním z faktorů, které zvyšují citlivost na stres, je těžký, protraňovaný porod. U pana Jiřího se v dětství projevovала tvrdohlavostí a neústupností. Taky se od maminky už jako dítě naučil více než ostatní kontrolovat své věci. Během vojenské služby prožil pan Jiří



traumatickou událost, která se mu nějakou dobu vracela v myšlenkách i ve snech. Od té doby začal mít větší sklon k obavám. Dále k jeho nejistotě v životě přispělo opuštění první ženou. Dlouho se s tím nedokázal smířit. Tehdy začal mít obavy z běžných každodenních záležitostí, obával se o domov a děti. Tyto obavy mu automaticky umožňovaly odvést pozornost od bolestné a zraňující emocionální reakce na rozchod a nevěru.

*Vyvolávající faktory:* Povyšení v práci znamenalo pro pana Jiřího novou zodpovědnost a s tím spojenou větší emocionální náročnost. Měl obavy, zda situaci dokáže dobře zvládnout. Začal o sobě více pochybovat. Tyto pochybnosti se však přenesly z pracovního fungování na pochybnosti o tom, zda dost „zodpovědně“ zkontroloval sporák, okna, dveře, počítač apod. Čím více kontroloval, tím méně myslel na to, zda zvládne pracovní nároky.

Byla to společná formulace, která se panu Jiřímu zdála logická. Zdůraznil jsem, že tuto formulaci de facto vypracoval sám, jen na základě svých otázek a společné diskuze. Pochválil jsem ho, jak logicky všechno sám sdělil a uspořádal. Pak jsme pokračovali ujasňováním si udržovacích faktorů, které pro většinu lidí tak jasné nejsou. Vždy jsem spokojenější, když si na ně pacient přijde sám, než když mu je řeknu během psychoedukace. Často se mi však toto řízené objevování úplně nepovede, a tak nezbyvá než edukovat. Podobně tomu bylo s panem Jiřím. Pochopil, že po kompulzi dochází k uvolnění napětí, ale bylo těžké, aby sám přišel na to, proč toto opakované uvolňování napětí vede k udržování obsesí. Nakonec jsem mu nakreslil obrázek, na kterém vše pochopil. Opět jsem ho pochválil za dobrou spolupráci (v duchu jsem však byl trochu zklamán, protože si na to pod mým vedením nepřišel sám; snad to nebylo moc poznat, tvářil se spokojeně). Nakonec jsme udržovací faktory zmapovali následujícím způsobem:

*Udržovací faktory:* Když přijde impuls

kontrolovat, objeví se silné napětí. Pokud pan Jiří provede kontrolu, napětí rychle poklesává a nedochází k nepříjemným tělesným příznakům. Nemusí dále myslet na možné katastrofy, které by mohly nastat. Proto dělá kompulze nebo se ujišťuje u sekretářky či manželky. Tento „neutralizační“ manévr však vede k tomu, že si je stále méně jistý a stále méně dokáže svým nutkáním odolat, takže se rozrůstají na stále více času v průběhu dne. Dlouhodobým důsledkem je, že se jeho nutkavé chování upevnilo a jeho sebedůvěra (zda věci zkontroloval) postupně klesla. Tím, že si ho jeho žena dobírá, se dále zvyšuje jeho úzkost (sám má pocit, že si ho už neváží a mohla by odejít jako první manželka).

Před koncem prvního sezení společně diskutujeme, jak by bylo možné definovat problémy a cíle terapie tak, aby byly „měřitelné“ či objektivně hodnotitelné. Zpočátku pan Jiří říká, že chce, aby neměl tolik strachu doma i v práci a nemusel tolik kontrolovat. Postupně se však daří najít konkrétnější formulaci (viz tabulka na str. 10):

Pak jsem se ptal na traumatickou událost na vojně a na flashbacky. Pan Jiří však neměl zájem na tomto tématu pracovat, protože to nepokládal za problém, ale již dávnou minulost. Flashbacky jsou podle něj velmi řídké a nyní mu nevaří. Ani v manželství neviděl žádný problém, který by chtěl řešit. Přesto, že jsem měl dojem, že něco ze vztahu k matce si přenáší do vztahu k manželce a že ujišťování u ní s tím souvisí, nepodařilo se mi pro to v jeho výpovědích nalézt dost opory. Na otázku, zda nevidí nějaké paralely mezi vztahem k matce a k ženě, odvětil záporně. Je možné, že se něco objeví v průběhu terapie, což se někdy stává, ale nyní jsem mu svoji hypotézu vnucovat nechťel. Nebylo to něco, na co by si přišel sám, a taky nemusím mít pravdu.

Na konci prvního sezení se domlouváme na podobě léčby. Nabízím mu možnost začít přímo v jeho bydlišti, kde je kompulzí nejvíce. Také probíráme možnou roli manželky jako koterapeuta. Tato představa

Problémy:	Cíle:
<p>1. Kontroly</p> <p>Před odchodem z domu kontroluji sporák, okna, karmu, kohoutky, spotřebiče opakovaně po dobu skoro hodiny, než mohu odejít. U dveří strávím pak nejméně 10 minut opakovaným kontrolováním uzamčení.</p> <p>V zaměstnání kontroluji opakovaně před odchodem domů vypnutí počítače, okna, vypnutí elektrospotřebičů v kuchyňce, dveře kanceláře. Trvá mi to necelou hodinu.</p> <p>Často se ujišťuji u manželky a u sekretářky, zda je „něco z mých věcí“ zkontrolováno.</p> <p>Nadměrně kontroluji písemné protokoly svých podřízených, takže mi to zabírá už skoro třetinu času.</p> <p>2. Komunikace</p> <p>Nedokážu asertivně kritizovat své podřízené; buď jsem moc opatrný, nebo naopak přehnaně vybuchnu a pak je mi to líto.</p> <p>Nedokážu rozdělit práci na podřízené, takže často dělám i práci za ně, když je mi hloupé je požádat – například kontrolu faktur mohou dělat vedoucí úseků.</p>	<p>1. Kontroly</p> <p>Chci odejít z domu tak, že nebudu kontrolovat nic, tedy ihned poté, kdy chci odejít. Při odchodu jednou zamknu a už se k tomu nebudu vracet.</p> <p>V zaměstnání jen nahlédnu do kuchyňky, zda nezůstala v zásuvce rychlovarná konvice, a půjdu pryč.</p> <p>Úplně přestanu s ujišťováním se u manželky a sekretářky.</p> <p>Budu kontrolovat písemné protokoly jen přímých podřízených a ti ať kontrolují své podřízené. Chci, aby mi kontrola písemnosti zabrala maximálně hodinu denně.</p> <p>2. Komunikace</p> <p>Když podřízený něco zkazí, zavolám si ho ihned ten den, kdy to zjistím, a přímo mu vše řeknu, věcně a bez afektu ale s důrazem.</p> <p>Práci, kterou mají vykonávat moji podřízení, už nebudu vykonávat za ně, jasně jim řeknu, co mají dělat, a budu jen kontrolovat, zda to dělají dobře.</p>

se mu líbí. Po případných pokrocích doma pak můžeme přenést léčbu zpět do ordinace. (Tyto moje nabídky byly zjevně podmíněny mým čerstvým návratem ze světového kongresu v Kobe, kde se opakovaně objevilo, že je léčba OCD v domácích podmínkách účinnější. Přál jsem si to vyzkoušet, aniž jsem měl s terapií v domácím prostředí větší zkušenost. Navíc byly prázdniny a měl jsem dost času – během výuky v semestru bych tuto možnost nabídnout nemohl. V té době jsem navštívil několik pacientů, ale nechal jsem toho, neboť to bylo časově neúnosné. S odstupem času si myslím, že to většinou nutné není. Bohužel jsme jasně nestanovili, kolikrát se sejdeme u nich doma, a dokonce jsme ani neohranili čas jednoho setkání

a dobu, kdy přeneseme léčbu zpět, což byl nedostatek v kontraktu.)

#### DRUHÉ SEZENÍ

Léčba začala setkáním v rodinném domku. Jde o dům na kraji Prahy, takové typické „podnikatelské baroko“. Pacient i manželka jsou na něj zjevně hrdí, provedli mě přízemím i patrem. Musel jsem jim dům pochválit, i když jsem si o řadě věcí pomyslel, že nejsou moc vkusné. Být kongruentní jsem však nedokázal, když jsem viděl, jak jsou na vše pyšní. Řekl jsem, že se jim tam musí moc hezky bydlet a že to moc dobře zařídili ke svým potřebám. Pak jsme si sedli do lenošek v obýváku. Do léčby byla zapojena i manželka. Během rozhovoru jsem jim vysvětlil

zákonitosti modelu, jak funguje obsedantně kompulzivní porucha, a znovu jsme probrali to, co podmínilo Jiřího zranitelnost. Bylo to pro mě obtížné, protože si nikdy nejsem jistý, co se může partner dozvědět. I když Jiří souhlasil, abych řekl všechno, schoval jsem se nakonec alibisticky za otázky, takže řadu věcí řekl ve výsledku on sám. Racionalizoval jsem si to tím, že tomu bude takto více rozumět a přitom řekne před manželkou jen to, co chce. Rozhovor vypadal asi následovně:

**Terapeut:** Nyní bychom mohli probrat, jaké jsou příčiny toho, že se u Jirky rozvinuly obsedantně kompulzivní příznaky. Protože jsme to již jednou probrali v ambulanci, rád bych vás, Jirko, požádal, zda byste to sám manželce nevysvětlil. Já budu vědět, jak tomu rozumíte, a pokud něco zapomenete, pomohu vám to doplnit. Co říkáte, je to možné tak udělat?

**Jiří:** No, nevím, jestli si to všechno pamatuji. Ale tam u vás mi to bylo jasné. Taky mám tady ty obrázky, co jsme si kreslili. Pomůžete mi když tak v tom?

**Terapeut:** Určitě. Na poslední schůzce jste tomu velmi dobře rozuměl, vlastně jste mi to všechno sám během rozhovoru řekl. Když něco zapomenete, rád vám pomohu... Jaké to je, říkat o svých problémech před manželkou?

**Jiří:** No... není to úplně lehké. I když jí věřím... trochu se stydím... vlastně přiznávám svůj problém. Nejsem si jistý, zda si mě pak budeš dále vážit (obrací se na manželku).

**Manželka:** Mám tě moc ráda a... opravdu... vážím si tě. Jsi schopný chlap. Proto jsem si tě taky vzala. Všichni vědí, že jsi schopný, proto tě taky povýšili. Když mi řekneš o svém trápení, přiblížíš

se mi ještě více, protože takhle to nechápu a někdy se na tebe možná zbytečně zlobím a pak někdy nadávám nebo jsem ironická. Promiň.

**Terapeut:** Jak z Jirkova vyprávění, tak z toho, jak se k sobě chováte doma, mám dojem, že máte mezi sebou hezký vztah...

**Manželka:** Máme se rádi. Ráda Jirkovi pomáhám a on mně taky. Pokud ti, Jirko, můžu jakkoliv v tvém trápení pomoci, moc ráda to udělám.

**Jiří:** Tak já začnu... (Jako většina pacientů s OCD má pan Jirka vynikající paměť a velmi dobře si pamatuje zejména logické vazby. Velmi hezky vysvětluje vše od dětské zranitelnosti, o maminčině kontrolování, které vzal za své, o zážitku z vojny a dost otevřeně mluví o tom, jak se kontroly objevily po zradě první manželky. Patrně interpretaci z minula, se kterou jsem měl problém já, zda není moc vnucená, vzal za svoji.)

Manželka netušila nic o traumatickém zážitku, který Jiří prodělal na vojně, ani o tom, jaký stres prožíval, když jej opustila první žena. Nikdy o tom nemluví. Teď ho však pochopila a vcítila se do něj. Řekla, že ho už nebude popichovat, ale jak pochopila, nemá ho ani ujišťovat o tom, že je všechno v pořádku. Na konci schůzky, která trvala 1,5 hodiny, se se mnou manželé dohodli na plánu léčby. Plán léčby zahrnoval tyto kroky: a) edukace o obsedantně-kompulzivní poruše; b) sebehodnocení; c) expozice se zábranou nutkavé neutralizace (včetně neujišťování); d) kognitivní restrukturalizace; e) řešení problémů v práci.

Poskytl jsem manželům brožurku s informacemi pro pacienta, pojednávající o OCD a její léčbě (Praško et al.(2003): Obsedantně kompulzivní porucha a jak se jí brání. Praha: Portál.). Vysvětlil jsem Jiřímu, že

k přerušení bludného kruhu kontrolování a obavných myšlenek je třeba, aby dokázal překonat napětí v těle i myšlenky, které jej nutily, aby věci opakovaně kontroloval. Nejdříve je však potřeba situace co nejpřesněji popsat. Během prvního týdne měl pan Jiří za úkol zapisovat, jak často pocítil nutkání něco kontrolovat (doma i v zaměstnání), jak často tomuto nutkání odolal, kdy se to stalo a kvůli čemu si dělal starosti. Podobně měl zachytit, když měl nutkání se ujišťovat. Tento záznam měl posloužit jako popis výchozího stavu jeho chování. Na konci sezení jsme dohodli první expozici – společně všichni odejdeme s domu, poslední z nás Jirka, aniž by udělal nějakou kontrolu. Pak mě odvezou autem do centra. Pokud bude Jirka cítit moc velké napětí, odvezou mě jen na nejbližší metro. Jirka zvládal cestu až do centra (asi 30 minut). Napětí pociťoval, nicméně bylo pro něj únosné.

### TŘETÍ SEZENÍ

Na další sezení připravila manželka pana Jirky bohatou večeři. Zaskočilo mě to. Nebyl jsem rád jednak proto, že ztratíme stolováním množství času, a jednak pokládám pro léčbu za vhodnější věnovat se léčbě, nikoliv něčemu jinému. Na druhé straně bych se jí dotkl, kdybych striktně odmítl. Povečeřeli jsme tedy, řekl jsem, že příště bych rád spíše celou dobu společně pracoval a že určitě nechci, aby něco připravovali. Protože mám večer další schůzku, nebudeme mít nyní tolik času na terapii. Byl jsem trochu jako slon v porcelánu a vnímal jsem jejich rozpaky. Přechod k domácímu úkolu byl pro obě strany úlevou.

### EXPOZICE SE ZÁBRANOU NUTKAVÉ NEUTRALIZACE

Nejdříve jsme podrobně probrali záznamy pana Jiřího. Pak jsem jeho i manželku informoval o metodě expozice se zábranou nutkavé neutralizace. Vysvětlil jsem její smysl. Společně jsme vytvořili odstupňovanou hierarchii situací, kterou měl Jirka za úkol projít si v představě. Za domácí

úkol na další týden si měl představovat jednotlivé zachycené situace, u kterých se objeví nutkání kontrolovat. Měl si zkusit představit, jak se nutkání zesiluje. Pak má tomuto nutkání odolat. V sezení jsme si rovnou jednu expozici v imaginaci vyzkoušeli, aby pan Jiří dobře porozuměl metodě. Doma měl začít tou nejlehčí situací a až poté, co získá dostatečnou sebedůvěru, že zvládne i náročnější představu, přejít k situaci obtížnější. Dále dostal za úkol pokračovat v denních záznamech o nutkání kontrolovat a o svém kompulzivním chování. Tento týden (scházely ještě 4 dny) bude Jirka pracovat hlavně s expozicí v imaginaci. Od příštího pondělí bude z domu odcházet vždy jako poslední. Zpočátku ho manželka bude čekat, později zkusí odcházet v jiný čas, takže pan Jirka bude odcházet sám. Úkolem je postupně snížit počet kontrol, které jsme sepsali, na minimum. Jirka si sám sepsal postupné kroky a dohodli se s manželkou, že spolu budou probírat, jak se expozice povedly. Manželka ho ale nebude ujišťovat, zda jsou věci v pořádku. Kdyby se odchod podle plánu nepovedl, vrátí se pan Jirka domů, zapne plyn, pustí vodu, otevře okna a pak všechno jednorázově zavře a odejde bez kontroly. Zvažovali jsme také možnost užívat antidepresiva, ale pan Jiří o užívání léků neměl nyní zájem. Souhlasil však s tím, že pokud během dvou měsíců nedojde k dostatečnému zlepšení stavu, bude o nich uvažovat.

Na konci sezení jsme opět opustili dům bez kontrol, jako při první schůzce. Tentokrát to nevyvolalo žádné napětí. Proto jsem začal uvažovat o tom, že další schůzky už mohou být, stejně jako první, opět v ambulanci a že za nimi nebudu dále dojíždět. Vysvětlil jsem situaci manželům. Trochu mě přesvědčovali, že bychom se ještě jednou mohli sejít u nich doma, ale trval jsem na svém. Možná to bylo moc náhlé (také jsem se rozhodl neplánovaně až na konci této schůzky). Byl v tom hlavně můj zájem neztrácet tolik času, ale bylo to málo šetrné k jejich pocitům. Když nad tím zpětně přemýšlím, moc by mě nebylo, kdybych ještě jednu návštěvní

hodinu udělal a změna by byla avizována včas. Tento den mi ukázal, jak důležitý je od počátku kontrakt o tom, jak, kde, kdy a za jakých podmínek bude terapie probíhat. A také to, jak jsem zatím nepřipraven dělat terapii mimo ordinaci. Sezení sice nakonec splnilo svůj cíl, ale museli jsme procházet nejméně dvěma rozpačitými situacemi, které mohly narušit terapeutický vztah.

#### ČTVRTÉ SEZENÍ

Setkání proběhlo již na ambulanci kliniky. Pan Jirka přišel sám. Ptal jsem se, zda se manželky nedotklo, že pokračujeme na ambulanci. Řekl, že pochopila, že nemám až tolik času. Ale zamrzelo ji to. Přiznal jsem, že moje rozhodnutí bylo z velké části ovlivněno nedostatkem času. Ovšem (dodal jsem obranářsky navíc) další návštěvy by už tolik neplnily svůj účel. Jak dělat expozice, jsme si ukázali a další expozice mohou zvládat i beze mě. V sezení na klinice je budeme plánovat a kontrolovat, jak se daří. Po chvíli ticha řekl, že taky chápe, že mu nemohu věnovat jedno celé odpoledne týdně. Trochu jsem se zastyděl, že jsem to takto přímo neřekl sám. Taky jsem si znovu uvědomil, že musím uzavírat jasnější kontrakty, abych se nedostával do podobných situací. Během prvních čtyř dnů pan Jiří prošel v představách všechny situace svojí hierarchie. Odchody z domu se daří docela dobře, ale alespoň jednou se musí na vše podívat. Už však nečiní kontrolu rukama. Probrali jsme všechny expozice, jak je měl zapsané, a pochválil jsem ho. Pak jsme se zaměřili na diskuzi o automatických myšlenkách, které jsou obsahem obsesí (kognitivní restrukturalizace):

Terapeut: Jak všechny ty kontroly spolu procházíme, zda se, že je pod tím vším jedna hlubší myšlenka. Například tady v bludném kruhu píšete, že když nezkontrolujete kohoutky, můžete vyplavit byt, když nezkontrolujete okna, vykradou vás, když nezkontrolujete sporák, vyhoříte apod.

- Jakoby to všechno odráželo nějakou obecnou starost. Napadá vás, jak by to šlo popsat jednou větou? Když jde manželka poslední z domu, tak to kontrolovat nepotřebujete. Přitom ona asi nekontroluje tolik jako vy.
- Jiří: Máte pravdu, většinou ocházím poslední a kontroluji. Když zůstává doma, nebo jde až po mně, tak nekontroluji, nechávám to na ní. I když někdy jí taky zavolám, zda vše zkontrolovala. To je pak ironická a říká, že to tam teď nejspíš všechno hoří. Jednou jsem pak raději domů zajel, abych to zkontroloval. Ale většinou jí důvěřuji, že dům opustila v pořádku.
- Terapeut: Zdá se, že když se na ni můžete spolehnout, nechává vás to více v klidu. A když je to na vás, tak musíte kontrolovat. Může být pod tím nějaká obecnější obava? Co myslíte?
- Jiří: Ano, taková obava, že díky mojí nedbalosti se stane neštěstí.
- Terapeut: A kdyby se to stalo díky manželčině nedbalosti?
- Jiří: To bych jí odpustil.
- Terapeut: A sobě nikoliv?
- Jiří: No... to je horší. Asi nakonec ano, ale trápil bych se tím a obviňoval. Od dětství jsem byl vedený k tomu, abych věci dělal pořádně.
- Terapeut: Ano, říkali jsme si to na začátku. Říkal jste, že maminka vám kontrolovala aktovku.
- Jiří: Nejen to, musel jsem si ji zkontrolovat sám a pak ji ještě zkontrolovala navrch.
- Terapeut: Jakoby nevěřila, že jste to zkontroloval dobře...?
- Jiří: Nějak tak... máte pravdu, často mi vadilo, že mi nevěří, že jsem to zkontroloval dost... Ale když

- tam něco našla v nepořádku, např. jsem neměl ořezanou tužku, moc jsem se za to styděl. Jakoby měla pravdu, že jsem to dost nezkontroloval. Bylo to strašně zahanbující – řekla mi, ať to zkontroluji, zkontroloval jsem to a ona pak našla chybu. Jako bych byl úplně neschopný, selhal jsem. Asi mi to neměla dělat. Ona ale za to nemohla, byla a je taková pořádná. A obávala se, abych nedopadl špatně. Byla prostě vždy trochu úzkostná.
- Terapeut: Vidím, že ji chápete. Mohli bychom se však vrátit k těm pocitům, co jste měl. Říkal jste „strašně zahanbující“...!
- Jiří: Ano, až mě to sevřelo tady na hrudi. Jako bych se měl propadnout, někam nejráději zmizet. Dosud, když se mi něco nepodaří, mám podobný pocit. Proto se snažím všechno dělat co nejlíp. I ty expozice, abyste nezjistil, že je dělám špatně.
- Terapeut: Děláte je skvěle... Ale teď jsem vás ujistil. To mi teda ujelo, neměl bych vás ujišťovat...
- Jiří: To jsem rád, že jste se mnou spokojený.
- Terapeut: Když maminka zkontrolovala tašku a vše bylo v pořádku, jaké to bylo?
- Jiří: Pochválila mě, bylo mi to moc příjemné. Proto jsem taky většinou sám předtím zkontroloval aktovku velmi pečlivě. Ježíšmária, teď mi dochází, jak je to podobné. Chudák máma, ona mě to vlastně naučila... Ale já se na ní za to nemohu zlobit. Myslela to dobře...
- Terapeut: Taky si myslím, že to bylo jen díky její úzkosti, jak jste říkal... Mám takovou metaforu... jako byste nosil svoji maminku stále v baťožu na zádech a ona vám říkala „musíš to, Jirko, pořádně zkontrolovat, jinak se stane nečistší“.
- Jiří: No máte pravdu, skoro to tak je...
- Terapeut: Neení moc těžká?
- Jiří: (směje se): Máma je tloušťka, sotva se vleču...
- Terapeut: Tak mě napadá, co byste jí mohl říci... tak se pootočít dozadu... abyste ji už nemusel vléct...?
- Jiří: Mami, tak se už přestaň tolik bát... dyť já nosím celej život ten tvůj strach... já už ho nechci... slez mi z těch zad a běž domů. Rád za tebou kdykoliv přijdu, ale nechci se bavit už o tvém strachu. A už vůbec ne o tvém strachu o mě. Já se dokážu o sebe postarat... nepotřebuji, abys stále na mně dohlížela... (trochu se leká svojí rozhodností).
- Terapeut: Jen pokračujte, je to bezvadné...
- Jiří: Bojím se, abych jí neublížil. Ale sundat ji už konečně musím... Mami, slez z těch zad a mazej domů. Až tam budeš, přijdu tě obejmout a dám ti pusku. Ale pak půjdu už dál bez tebe. Ale ty to také zvládneš. Tak se už neboj. Na těch zádech ti ani tu pusku nemohu dát... Tak běž! (s lítostí ale i s odhodláním)
- Terapeut: Koukám, že vy ani žádného terapeuta nepotřebujete... dokážete to sám...
- Jiří: No... to je celý dobrý... vůbec mi to nedocházelo. I když v prvním sezení jsme se už trochu o tom bavili, teď mi to došlo naplno. Moc děkuji.
- Terapeut: Poděkujte hlavně sobě, vám to došlo... napadá mě, co byste v takové situaci chtěl, aby vám máma řekla... co byste chtěl od ní slyšet?

Jiří: Hmm... Věřím ti Jiříku. Věřím ti, že všechno zvládneš a že se o tebe nemusím vůbec bát... (má slzy v očích). Ano, to bych potřeboval, aby mi věřila.

Terapeut: A vy sám, můžete si věřit?

Jiří: Hmm (ticho). Ale vlastně jo. Co jsem chtěl, to jsem vlastně dokázal. I když mě první žena opustila, našel jsem si druhou, mnohem lepší. Stojí o mě a váží si mě. A děti mě mají rády. V práci si mě váží. Vlastně proč bych si neměl věřit...?

Terapeut: Já taky nevím...

Jiří: Ježíšmária, já mám chuť se teď na ty všechny kontroly vykašlat...

Terapeut: Můžete to zkusit... a i kdyby se všechno hned nepovedlo, věřím, že to brzy půjde (dodatečná poznámka: možná zbytečná věta, byl zde spíše můj strach, aby nebyl zklamán, když všechno tak lehce nepůjde, ale vlastně jsem mu trochu nedůvěřoval jako matka).

Jiří: Já to zkusím a půjde to...

Terapeut: Věřím vám... když se nyní na konec podívám na větu: „díky mojí nedbalosti se stane nešťastí“, jak ji teď vnímáte?

Jiří: Je to nesmysl. Moc jsem se bál. Nemůžu všechno kontrolovat... A nejde kontrolovat osud. Zkusím se na ty kontroly vykašlat.

Terapeut: Držím vám moc palce.

Před koncem sezení jsme naplánovali expozice na další týden. Trochu jsem musel Jirku krotit, protože už chtěl opravdu vše zvládat. Říkal jsem mu, že je to jako hubnutí. Když to uděláme rychle, zase nabere. Dojde k jo-jo efektu. Dobře, souhlasil, bude to dělat postupně. Uvědomoval jsem si, že jsem teď tak trochu v roli maminky. Řekl jsem mu to. Začal se smát. „No, mám pocit, jako byste mi úplně nevěřil, že to dokážu. Ale já to dokážu!“

Na konci sezení byl Jirka ve zpětné vazbě velmi spokojený se sebou i se mnou. Toto sezení výrazně upevnilo terapeutický vztah, zejména pocit společně spolupráce na cílech. Pro Jirku bylo nejdůležitější, že si na věci přichází sám (kognitivní restrukturalizace) a že i další expozice plánuje už skoro úplně sám. Moc mě tímto prohlášením potěšil, protože vyjadřuje jedno ze základních maxim kognitivně-behaviorální terapie – terapeutické spojení znamená, že terapeut je v roli učitele nebo kouče, který klienta doprovází na jeho samostatné cestě.

#### PÁTÉ AŽ SEDMÉ SEZENÍ

V dalším sezení jsme se dohodli, že při odchodu z domu Jiří vypustí úplně (tedy i zrakem) kontroly kohoutku, oken a zamčení auta. Manželka ho v tom bude podporovat. Sice si chvílemi připadal jako malé dítě, ale v zásadě mu to dělalo dobře. „To je, jako by mi žena kontrolovala aktovku místo mámy.“ Měl pravdu. Nechal jsem to na něm. „Já to s ní rád proberu, jí to taky dělá dobře a mně to už nevadí. Víte, že jsem byl za mámou, objal jsem ji a dal jí pusy? Tak nějak naplno. To jsem už neudělal dvacet let... možná nikdy tak spontánně. Rozbrečela se, byla šťastná.“ Protože panu Jiřímu se dařilo plánované kontroly úplně vypustit, přidali jsme v dalším sezení vypuštění kontrol sporáku a dveří, což považoval za těžší.

V dalších dvou týdnech jsme pak pracovali na odstranění kontrolujících rituálů v práci. Zde to bylo pro pana Jiřího náročnější, protože se bál „vzdát zodpovědnosti“ a nekontrolovat alespoň v duchu, co všechno v práci vypnul a zavřel, než odcházel. Převěd tak rituál v chování do myšlenkového rituálu. Bylo to zvláštní, že doma mu to šlo už bez kontrol, ale v práci byly nutné postupné expozice. Nacvičili jsme „stop metodu“, která umožnila myšlenkový rituál zablokovat.

#### OSMÉ AŽ JEDENÁCTÉ SEZENÍ

V posledních třech sezeních terapie jsme začali pracovat na problému, který souvisel

se zhoršením psychických potíží po povýšení v zaměstnání a o kterém mluvil pan Jiří na počátku. Byl to jeden z cílů terapie a dosud jsme na něm nepracovali. Pan Jiří měl problém delegovat práci na podřízené a vyžadovat od nich, aby plnili své úkoly. Báł se, že kdyby na ně byl přísný, neměli by ho rádi. Snažil se proto většinu práce udělat sám, eventuálně kontrolovat jejich úkoly v počítači. Když však zjistil, že si někdo povinnosti dostatečně neplní, měl problém mu to říci. Místo toho dodělával věci sám. Navrhl jsem mu nácvik asertivního chování, vhodného pro tuto situaci. Pan Jiří doma vytvořil několik návrhů pro různé situace s podřízenými, které se objevovaly častěji. Pak jsme při hraní rolí zkoušeli jednotlivé přístupy a vyhodnocovali jsme, jak se v nich cítí a jaký mohou mít dopad.

Příklad nacvičované situace: Pan Lamač je vedoucí dílensko-opravárenského oddělení úřadu, které má dělat údržbu. Pak Lamač toleruje, že jeho podřízení utíkají v pátek dříve domů, i když mají práci do 16 hodin. Sám taky odchází dříve. Pokud by měli všechny své úkoly hotové, asi by to nebyl problém, ale už dvakrát se stalo, že přijelo v pátek v 15 hodin auto s materiály pro úřad a bylo třeba je vyložit. Na jediném oddělení, kde je několik mužů, nebyl nikdo. Vyřešily to úřednice z jiných oddělení, které tahaly těžké balíky. Stěžovaly si na to. Panu Jiřímu, který by to jako přímý nadřízený pana Lamače měl řešit, je to hodně proti srsti. Lamač je prudké povahy a snadno se rozčílí.

Terapeut: Možná bychom si tu situaci mohli spolu přehrát. Já budu Lamač a vy budete sám sebou. Pak můžeme role obrátit, abyste věděl, jak se může cítit Lamač. Ale navrhuji začít tím, že budete sám sebou a budeme hledat různé alternativy, jak to řešit.

Šéfe, zavolał jste si mě do své kanceláře, co mi chcete?

Jiří: Pane Lamač, chci s vámi probrat tu situaci s těmi auty. Je mi to nepříjemné a moc mě mrzí,

že se to stalo, ale vaši chlapci by tam měli v pátek odpoledne být do čtyř hodin.

Terapeut: Ale o nic nejde, tak to složili z jiných oddělení. Příště to vezmem za ně.

Jiří: To nemyslíte vážně, celé vaše oddělení si zdrhne z práce a vy to berete jako nic.

Terapeut: A jak to mám brát, vždyť se nic nestalo.

Teď vystupuji z role: Líbí se vám tento vývoj situace?

Jiří: Nelíbí. Ale nevím, jak mu to říci, on je výbušný, ale já taky.

Terapeut: Tak začneme znovu. Možná, co mě napadá, neříkat věci tak oklikou – je mi nepříjemné, moc mě mrzí, ale jako šéf vyslovit požadavek přímo a pak si za ním stát. Zkusíme to?

Šéfe, zavolał jste si mě do své kanceláře, co mi chcete?

Jiří: Chci po vás a vaší skupině, abyste pokaždé v pátek byli v práci do 16 hodin.

Terapeut: To kvůli těm pitomým autům, vždyť se nic nestalo. Složili to jiní. My jim helpnem příště.

Jiří: Berete to na lehkou váhu. Chci po vás, abyste tam byli všichni v pátek do čtyř, jak máte v náplni práce. Nebudu tolerovat, když to nebude. Budu vás kontrolovat.

Terapeut: Ach jo, vždyť si všechno stihneme udělat dříve.

Jiří: Chci, abyste tam byli do čtyř. Pokud máte málo práce, je to naše chyba, že vás více nevyužíváme, podívám se na vaše náplně.

Opět vystupuji z role: Jak jste nyní se sebou spokojený?

Jiří: Je to podstatně lepší, i když si připadám jako pěkný agresor. Ale asi ho jinak nezkrátím. Celkem to jde.



Terapeut: Dobře, teď si můžeme vyměnit role, abyste si to zkusil zažít v roli Lamače. Souhlasíte?

Každé sezení jsme podobných scének přehrávali kolem pěti. Šlo to rychle a pan Jiří si stále rychleji nacházel reakce, se kterými byl spokojený. Za úkol dostal pročíst si příslušné kapitoly v knize „Asertivitou proti stresu“ a pak si zkusit situace „na živo“. Zjistil, že to funguje. Necítil, že by ho podřízení odmítali. Začal se v práci cítit jistější a cítil úlevu, že si podřízení lépe plní své povinnosti. Část odpovědnosti jim dokázal předat.

### DVANÁCTÉ SEZENÍ

V závěrečném sezení jsme naplánovali, jak bude Jiří dále zvládat obtížné situace, které ho čekají. Sepsali jsme seznam situací, o nichž se domníval, že v nich bude zažívat větší stres a mohlo by se proto objevit puzení ke kontrolování. Šlo zejména o přestavbu úřadu, která je čekala za 4 měsíce, stěhování do náhradních prostor, pak organizační změny, které přijdou jako vždy po volbách. Pan Jiří si vytvořil k těmto situacím seznam nápadů a kroků, jak je řešit. Nejdůležitější stránkou této činnosti bylo, že se Jiří vyrovnal s tím, že musí v budoucnu počítat se zhoršením svých potíží a s nezday, ale že to patří k normálnímu průběhu a neznamená to, že ve svém úsilí selhal. Dohodli jsme se na dalším setkání za tři měsíce.

### SETKÁNÍ ZA 3 MĚSÍCE

Pan Jiří se cítil velmi dobře. Jednou se sice objevilo malé zhoršení, když něco vícekrát zkontroloval, ale byl na to připraven a snadno situaci překonal. V práci se situace pro něj zlepšila, řadu povinností, které mu nepříslušely, převedl na své podřízené. Vydobyl si větší respekt, protože jednal více asertivně. Výrazně snížil kontrolu nad zvládáním úkolů ostatních, což mu dříve nešlo. Přestavbu úřadu má ještě před sebou, ale neobává se jí.

### ROČNÍ TELEFONICKÁ KATAMNÉZA

Pan Jiří je v pořádku, cítí se výborně. Přestavbu i organizační změny zvládl bez větších stresů a bez rozvoje příznaků.

*O autorovi: doc. MUDr. Ján Praško, CSc. (1956) vystudoval obor všeobecné lékařství na LF UK v Praze (1982). Pak nastoupil jako psychiatr na Psychiatrické oddělení v Ostrově nad Ohří. Po 4 letech byl na základě konkurzu přijat do Výzkumného ústavu psychiatrického (dnešní Psychiatrické centrum Praha) jako klinický a výzkumný pracovník. Od roku 1987 se stal vedoucím oddělení, nejdříve otevřeného oddělení pro psychotické pacienty a pacienty s afektivními poruchami, pak od roku 1990 vedoucím psychoterapeutického oddělení na pavilonu 19. Na tomto oddělení rozvinul integrovaný KBT a interpersonální program na lůžkovém oddělení i denním sanatoriu, později také večerní docházkové programy pro pacienty s rekurentní depresí, sociální fobii, panickou poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou a poruchami osobnosti. Od roku 1994 souběžně s klinickou praxí pracoval jako vysokoškolský učitel na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, kde také v roce 2005 habilitoval. V roce 2008 nastoupil jako přednosta na Psychiatrickou kliniku v Olomouci. Z psychoterapeutických výcviků absolvoval šestiletý výcvik ve skupinové psychoterapii v komunitě u Jiřího Růžičky, pak dvouletý výcvik v rodinné terapii, čtyřletý výcvik v holotropním dýchání u Stanislava Grofa, řadu workshopů z procesově orientované psychoterapie. Po revoluci absolvoval výcvik v kognitivně behaviorální terapii. Od roku 1990 je lektorem výcviků ve skupinové dynamické psychoterapii v systému SUR, kde vedl skupiny ve 4 komunitách. Od roku 1994 je lektorem KBT výcviku v České republice, od roku 1995 také na Slovensku, od roku 2003 také v Polsku a od roku 2005 v Litvě. V České republice vede KBT institut Odyssea.*

Je autorem více než 400 odborných článků, z toho 24 v zahraničních časopisech s impact faktorem, 24 monografií pro odborníky a 36 psychoedukačních monografií pro pacienty či veřejnost, editorem nebo spolueditorem rozsáhlých postgraduálních učebnic: Postupů v léčbě psychických poruch, Konsiliární psychiatrie a Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Aktuálně je prezidentem České společnosti pro kognitivně behaviorální terapii, budoucím prezidentem Neurofarmakologické společnosti, členem

výboru Psychiatrické společnosti, České psychoterapeutické společnosti a Společnosti pro biologickou psychiatrii. V letech 2002–2003 byl prezidentem Evropské asociace pro behaviorální a kognitivní terapii (EABCT).

*Došlo do redakce: 7. 7. 2009. K publikaci přijat 28. 8. 2009.*

Nezkrácená verze kasuistiky. Kratší, editovaná verze vyjde v knize *Současná psychoterapie* (Portál, 2010).

## LISTY OTCOVI. STÁLE TO ISTÉ...

**Andrea Heretiková Marsalová, Anton Heretik**

### MIESTO ÚVODU

F. Kafka: List otcovi

*Presne sa pamätám na jeden prípad z ranných rokov. Možno sa na to pamätáš aj Ty. Kedysi som v noci večne prosikal o vodu, hoci iste nie od smädu, ale pravdepodobne jednak preto, aby som zlostil a jednak preto, aby som sa pobavil. Keď nepomohli ani silné vyhrážky, zobral si ma z postele, odniesol na pavlač a nechal si ma tam chvíľu samého stáť v košeli za zavretými dvermi... Ešte i po rokoch ma ubíjala tá hrozná predstava, že môj otec, ten obrovský muž a najvyššia autorita, mohol takmer z ničoho nič prísť v noci ku mne a vyniesť ma z postele na pavlač a že som teda pre neho neznamenal takmer nič. (str.10-11)*

*Ubíjala ma už Tvoja obnažená postava... Neraz sme sa spolu zobliekali v kabíne. Ja chudý, slabý, tenký. Ty silný, veľký, mohutný. Už v tej kabíne som si pripadal úboho a to nielen pred Tebou, ale pred celým svetom, lebo Ty si bol meradlom všetkých vecí. (str. 12)*

*Tvojimi najúčinnnejšími rétorickými prostriedkami pri výchove boli nadávky, vyhrážky, irónia, zlostný smiech a – napodiv – bedákanie nad vlastným osudom... Stratil som dôveru k vlastnému konaniu. V ničom som si nebol istý, o všetkom som pochyboval. (str. 20-21)*

### PÍSANIE LISTOV AKO METÓDA

Písanie listov iste nie je žiadnou novinkou v psychoterapii a poradenstve. Je metódou, ktorá sa dá použiť bez ohľadu na teoretické zameranie terapeuta. Využiť sa dajú listy písané a pomyselne adresované konkrétnej osobe ako vo výcvikovom (denníky), tak aj terapeutickom

procese. Autori pri príprave tejto práce napísali listy svojim otcom a môžu potvrdiť, že išlo o zážitok nezmenšený rokmi výcvikov a terapeutickej praxe.

V *psychodynamickej psychoterapii* sa pri práci na biografickej rekonštrukcii často stretávame s nemožnosťou komunikácie so vzťahovo významnými osobami, najmä rodičmi. Je to z toho dôvodu, že pokusy o komunikáciu končia často cyklickými konfliktami a scénarmi, ktoré tak dobre popisala transakčná analýza. Ďalší dôvod nemožnosti môže byť smrť rodičov, prežívanie dlhu, pocitov, že sa nerozlúčili. V oboch prípadoch pracujeme s klientmi na tom, že reálny vzťah s rodičom je niekedy ťažko ovplyvniteľný, alebo nemôže prekročiť isté hranice. Zdôrazňujeme, že nechceme meniť rodiča, ale spolupracujeme na klientovej zmene a terapeuticky môžeme ovplyvniť hlavne klientom zvnútornenú rodičovskú postavu, teda introjekt.

Z psychodynamického hľadiska je rozdiel, či sa jedná o vzťah syna alebo dcéry k otcovi alebo matke. Ich rola sa pre mužov a ženy mení v závislosti od štádia psychosexuálneho vývinu, napríklad vo falickom štádiu je otec objektom oidipálnej rivality pre syna a zdrojom elektrinho komplexu u dievčat. U oboch však hrá rolu ako identifikačná postava. Podľa Schlegela (2005) Freud tvrdil, že vďaka identifikácii sa rivalitný vzťah mení na solidaritu. Navyše otec ako archetyp obsahuje podľa Müllera a Müllerovej (2006) také aspekty ako autorita, záväznosť, platnosť pravidiel, spravodlivosť, trest a odpustenie, odvaha, hrdosť, lásku ku slobode, tradície, vedomosti, hodnoty. Je zrejme, že tieto patriarchálne hodnoty môžu byť objektom nielen identifikácie, ale aj odmietnutia a revolty.

*Účinnými faktormi* pri práci s listom vzťahovej osobe je získanie lepšieho náhľadu na vzťah k otcovi. Nezabúdajme, že často ide o ťažko vyjadriteľné zážitky z preverbálneho obdobia. Tým, že klienta nútime písaním materializovať tieto zážitky, umožníme ich uchopenie a zakotvenie a robíme ich prístupnými ďalšiemu spracovaniu. Navyše tým, že väčšinou necháme klienta prečítať list priamo na terapeutickom sedení, podporujeme abreakciu pestrej škály emócií, od hnevu, cez hanbu až po ľútosť a smútok. A navyše facilitujeme prácu na prenose. Z času na čas sa stáva, že klient/klientka odkladá napísanie listu, prípadne ho odmieta prečítať nahlas. Vyžaduje to citlivú ale dôslednú prácu s odporom.

Čítanie listu rodičovi sa dá použiť aj ako *experenciálna metóda*, s využitím techník, ktoré sú bežné pri vzťahovej práci v gestaltterapii a procesorientovanej terapii. Terapeut aktívne sprevádza klienta pri čítaní listu, vyzve ho k identifikácii vlastných emócií a reflektuje aj vlastné prežitky. Potom vyzve klienta, aby skúsil byť naplno touto rodičovskou postavou – nech tak myslí, cíti, pohybuje sa, hovorí. Terapeut môže zachytené signály zrkadliť a amplifikovať. Integračnou fázou tejto práce je uvedomenie

si, kde klienta rodičovský introjekt v živote limituje, ale naopak aj posilňuje, a kde, v akých situáciách a vzťahoch, mal by túto vnútornú postavu viac žiť a využiť.

#### MINIKAZUISTIKY

V predkladaných minikazuistikách chceme poukázať na širokú paletu emócií, ktoré do nich klienti vložili. Pri troche zjednodušenia sa stretávame s polaritou – na jednej strane vďačnosť, ľútosť, rozlúčka, na druhej strane výčitky, hnev, odsúdenie. Diagnosticky, ale aj terapeuticky je prínosný aj štýl listov: od veľmi spontánnych, expresívnych až po formálnejšie, diplomatické, či zjavne cenzurované listy.

1) 29-ročný klient, s úzkostným syndrómom, ktorý pracoval na vzťahu s otcom, mu napísal list, z ktorého vyberáme:

*Babička vždy hovorila, že sme „taká rozlútaná rodina“ a mne to nikdy neprišlo nejako divné, až teraz spätne – akoby nikto nevedel byť doma a stále potreboval niekam utekať. Divné mi to prichádza až teraz, keď máme každý domov niekde inde. Môžem ti povedať, že sa mi na tých kartách, čo ste odšadiaľ posielali, vždy viac páčila tá strana s obrázkom. No skrátka putujeme ďalej. Zaujímavé ako to aj mňa stále ťahá niekam ísť. Máme to asi v krvi alebo čo.*

S klientom sme opakovane riešili jeho potrebu blízkosti, stmelovať rodinu. Trpel tým, že sa rodičia rozviedli, brat emigroval a on preberal neprímeranú časť zodpovednosti za to, aby ich znovu dostal dohromady. List sám však dostatočne neodráža komplikovanosť vzťahu k otcovi, ktorá sa viac preniesla do prenosu.

2) 40-ročná klientka, s protrahovaným depresívnym syndrómom po úmrtí matky, píše list vlastnému otcovi, ktorého v živote nevidela:

*...som naozaj rada, že som Vás a Vašu rolu v mojom živote prestala riešiť. V časoch, keď som veľmi potrebovala niekoho, kto by sa vedel pozrieť na môj život a výkon s odstupom, som často zabiehala k dialógom s Vami.*

*Rovnako abstraktne ako iný komunikuje s Bohom. Len s jedným rozdielom. Tým iným väčšinou Boh nezdvihne telefón. Vy ste ho zdvihol a je mi a zostane mi ľúto, že to bolo jediné, čo ste reálne v mojom ponímaní pre mňa spravil. A to, že sa niekedy nedá, nechcem počuť. Želám Vám ničím nerušený posmrtný život...*

Napriek tvrdeniu v liste, že vzťah s otcom prestala riešiť, prečítanie listu sprevádzala silná emočná reakcia a v niekoľkých ďalších sedeniach sa k nenaplnenému vzťahu s otcom vracala.

3) 36-ročný klient s depresívnou symptomatikou s bipolárnymi charakteristikami a epizodickým gamblingom. Z listu, ktorý písal otcovi 13 rokov po smrti:

*Chcel som a cítil som, že Ti potrebujem dať nejako zvlášť najavo, ako veľmi Ťa mám rád, ale nechcel by som, aby z toho bolo zrejmé, že sa už s tebou lúčim. Do poslednej chvíle, hoci mi lekári povedali krutú pravdu, som si úplne nepripúšťal, že už je ten čas, že už naozaj odídeš.*

*Nechcel som to. Veľmi som to nechcel, no ešte viac som nechcel, aby si ďalej trpel. Bolo hrozné, že som Ti nevedel pomôcť. Bolo hrozné, že som nevedel byť s Tebou viac, ako som bol. Ja dúfam, že tvoje utrpenie malo nejaký vyšší zmysel, že nebo je, lebo ak nie, tak celkom iste je peklo na zemi. Je to už vyše 13 rokov a ja mám stále hrôzu z padajúceho riadu, lebo ten moment, keď si odpadol ráno s čajníkom, bol tým momentom, keď som pripustil, že už nebudeš dlho medzi nami. Ležal si potom u mňa v izbe a mlčali sme obaja. Vedel som ja a vedel si aj Ty, ale nikto z nás to nechcel povedať. Lúbim Ťa a hrozne ma bolelo, že odchádzaš z tohto sveta. Veľmi som chcel ten svoj ešte zdieľať s Tebou. Tatík, bol si a vždy budeš môj vzor v mnohom, rovnako ako mi budeš varovaním v iných...*

*Trápili ma Vaše hádky a myslím, že viem, prečo si ich nezvládal v pokoji a bez výbuchov hnevu. Čo som však nevedel prijať, bolo to, že si pil. To pitie bola tvoja*

*veľká slabosť a naša starosť. V opojení si si to neuvedomoval, ale bol si agresívny najmä voči mame, ale i nám. Vtedy som Ti naozaj nerozumel a veľmi si klesal v mojich očiach. Aj v tom si mi však bol príkladom, ale odstrašujúcim.*

List je príkladom „zrelej rozlúčky“ s otcom, ktorého si neidealizoval, ale obraz otca bol integrovaný. Zároveň mu písanie listu pomohlo pochopiť, prečo prebral relatívne v mladom veku v pôvodnej rodine otcovskú rolu a zodpovednosť, ktorá často prekračovala jeho možnosti.

4) 31-ročný klient, s narcistickými črtami osobnosti a vývinovou krízou „Kristových rokov“. Z jeho expresívneho listu otcovi, ktorý napísal až po opakovaných výzvach terapeuta, vyberáme:

*Horšie je, že tak ako seba si vychoval aj nás, neriadene, bez znalostí a skúseností, len ako ťa momentálne napadlo. Nikdy si neriešil to, aký ľudia z nás vyrastú. Proste si to úplne dojebal. Mám 31 rokov a pociťujem každý deň paniku a strach zo života. Absolútne si neverím, cítim sa ako malý chlapec. Naučil si ma bordelárstvu,...?, pociťom menejcennosti, nedal si mi nič, čo do života potrebujem, práve naopak desné návyky, ktoré si vyhrabal niekde na rumunskej dedine. Ja ešte neviem posúdiť, čo všetko negatívne si mi dal. Určite aj pozitívne, ale poviem ti pravdu, že si nanič nemôžem spomenúť...*

*Zlyhal si ako otec a mňa čaká veľká životná úloha pochopiť tvoje zlyhania, pochopiť to, čo vo mne je z teba a zbaviť sa toho, nezopakovať tvoje chyby, tvoje emočné a myšlienkové vzorce. Ja viem, že je to len na mne a nemôžem sa na teba vyhovárať, však nie som už malý chlapec. Ale aj tak ma strašne seruje, že som od teba nedostal viac. Dúfam, že život bude na mňa zhovievavý a dá mi príležitosť napraviť to, čo si pokazil, aby môj syn nemusel už písať takéto kritické slová a potom jeho syn.*

List odráža úvodnú etapu psychodynamickej práce na vzťahu s otcom, kde je

prvoradým účinným faktorom abreakcia hnevu a pomenovanie krívd a škôd, ktoré na ňom a bratovi spôsobil ich otec.

5) 37-ročná klientka, liečená pre depresívnu poruchu, rieši debaklové partnerské vzťahy a strach zo zatvárajúcich sa dverí, keďže nemá stále dieťa:

*Keď som bola dieťa, tak som sa ťa bála. Celá tvoja výchova spočívala v tom, že si ma zahŕňal príkazmi. Bol si príliš nevyspytateľný človek a veľmi rýchlo si prekypoval výbuchmi zlosti, pri ktorých nechýbali slovné vyhrážky, niekedy pokračujúce až do samotného „zásahu“. „Takú ti vypálím, že ti dá stena druhú“ bola jedna z tvojich obľúbených komunikačných fráz a ako som sa dozvedela od mamy, slovné vyhrážanie sa fackou a vypálením ti zostalo až do pokročilého veku, a to nielen voči vlastným deťom, ale aj manželke, ktorá znáša tvoje správanie už takmer 40 rokov.*

*Asi som sa po nociach dosť trápila nad tým, akého mám otca. Jemne si na to spomínam, ale našťastie som pochopila, že nemá zmysel niesť túto traumu po celý život a živiť v sebe zbytočne negatívne pocity ukřivdenosti. Vo svojom živote som ti ponechala len to nevyhnutné miesto na okraji – si môj otec a basta, ale nie si súčasťou môjho skutočného života, nikdy si mi nebol oporou, autoritou, ani pomocníkom. A na detstvo sa v súvislosti s tebou snažím nespomínať. Bolo to už dávno, žijem svoj život a nemáš na mňa žiaden dosah.*

List otcovi napísala a priniesla až na 3. pokus. Odmietla ho prečítať, nechcela ani, aby ho čítala terapeutka nahlas. Tento odpor svedčí o závažnosti témy pre klientku a vyžaduje dobre načasovanú interpretáciu. Ako sama napísala v závere, jej zvláštny vzťah k otcovi môže byť hlavnou príčinou jej doterajšej smoly v partnerskom živote.

6) 35-ročná pacientka, liečená pre panickú poruchu, s histriónskymi črtami. 6 stranový

list napísaný spontánnym spôsobom, plný invektív a nadávok, končí slovami:

*Vieš čo je smutné? Že si mi totálne ukradnutý. Jediné, čo ostalo, je lútosť. Lutujem ťa a myslím, že je to dosť málo, čo by mala cítiť dcéra k otcovi. Si egoistický sebec a pritom si myslíš úplný opak. No to ti už asi nikto nevysvetlí, lebo je to zbytočné. Každopádne si zapamätaj, ja ti nemám byť za čo vďačná!!!*

List nám umožnil pracovať na jej ambivalentných emóciách k otcovi, ale aj k partnerovi, ktorý ho v mnohom pripomína. Práca s listom bola sprevádzaná silnými emóciami, čo je v rozpore s jej presvedčením, že je jej otec ľahostajný.

#### ZÁVER

Stále to isté...

Kafka napísal svoj list pár rokov pred smrťou, nevieme, čo všetko si odžil pri jeho písaní. Vieme len, že ho otcovi neposlal a ukázal ho matke. Aj naši klienti v listoch otcovi vyčítajú, nadávajú, kritizujú, zaslievajú, ale aj sa lúčia, spomínajú, ľutujú, ďakujú, milujú. V terapii máme šancu priviesť ich k poznaniu, v čom ich otcovský introjekt v ich živote limituje, ale aj to, v čom im napomáha. Kafka to zrejme nestihol.

#### LITERATÚRA

- Kafka, F.: *List otcovi*. Bratislava, Hevi 1995.  
 Müller, L., Müller, A.(Ed): *Slovník analytickéj psychológie*. Praha Portál, 2006.  
 Schlegel, L.: *Základy hlbínnej psychológie, diel I-III*. Trenčín Vydavateľstvo F, 2004.

*Kontakt na autory: A. Heretiková Marsalová, REA - ambulancia psychiatrie a psychoterapie, s r.o., Istrijská 49, 841 07 Bratislava*

*Prednáška odeznela na 27. Česko-slovenské psychoterapeutické konferenci v Trenčianskych Teplicích, ktorá se konala v dňoch 14.–17. 10. 2009.*

# DESET TĚŽKÝCH HŘÍCHŮ PSYCHOTERAPIE

Jiří Růžička

## ABSTRAKT

Autor poukazuje na několik tematických oblastí, které jsou v psychoterapii opomíjeny a které ohrožují její svébytnost i určení. Jsou jimi pravdivost, upřímnost a poctivost k sobě samému jako cesta k uzdravení; redukce člověka a jeho nemoci na přírodovědně definovaný organizmus; nedomyšlení mravních aspektů duševní nemoci; podléhání přírodovědným paradigmatům a abstraktním obecninám; odcizení psychoterapeutických jazyků bezprostřední zkušenosti; reduktivní výklad na předem dané, konečné a takto uzavřené teoretické systémy; banalizace psychoterapie uzavřenými a umělými systémy; lidské osudy, události a okamžiky pojaté jen jako vnější projevy „za“, „pod“ či mimo tuto skutečnost stojících sil, zákonů a pravidel; neporozumění kultuře jako přirozenému prostředí člověka a zapomínání z duchovní tradice západní civilizace.

*Klíčová slova:* psychoterapie, deset hříchů.

## ABSTRACT

### Ten grave sins of psychotherapy

The author points out to several thematic groups, which are neglected in the psychotherapy and which are a threat to her peculiarity. He mentions truth, sincerity and honesty to self as the way to a recovery, a reduction of a man and his illness to a naturally defined organism, no thinking of moral aspects of the mental disease, succumbing to natural paradigms etc. The author calls these areas as ten sins in psychotherapy.

*Key words:* psychotherapy, ten sins.

Ve svém příspěvku nebudu hovořit o psychoterapeutických prohřešcích a zklamání, kteří čekali, že se budu zabývat psychoterapeutickou etikou. Ostatně obávám se, že bych je stejně roztrpčil, protože bych

se musel zabývat mravností v podstatném smyslu, a nikoli účelově, jak to činí etické kodexy. Musel bych totiž napřed vyložit její předpoklady, a tak bych s největší pravděpodobností začal na stejném místě, jak začínám teď.

1. Wucherer-Huldenfeld (2003) upozorňuje, že již v roce 1897 píše Freud svému tehdejšímu příteli Fliessovi následující řádky (Freud, 1986): „*Být upřímný sám k sobě je dobré cvičení, které připomíná řecké askesis, latinské exercitatio, což není nic jiného, nežli praktické provádění sebepoznání a výuka či nácvik sebepoznání a umění praktického života tak, aby se člověk mohl stát samostatným a nezávislým. A to proto, že prošel úspěšně výchovou k pravdě o sobě samém. Právě v tomto smyslu je psychoanalytická léčba postavena na upřímnosti.*“ A pokračuje: „*V tom z velké části spočívá její výchovné působení a její mravní hodnota. Je nebezpečné tento základ opouštět.*“ Wucherer (tamtéž) dále cituje Freuda, který na jiném místě praví, že „*podstata léčby spočívá v procvičování „pravdy k sobě samému“, čemuž odpovídá základní pravidlo, které nabádá analyzanda k upřímnosti a k nepředpojaté pravdomluvnosti vůči všemu a o všem, s čím se během léčby setkává*“. V „Nové řadě přednášek k úvodu do psychoanalýzy“, jak Wucherer připomíná, Freud psychoanalýzu doporučuje nikoli především jako léčbu, nýbrž kvůli hodnotě pravdy, kvůli vysvětlením, která nám podává o tom, o co jde člověku především. Jejím základem tedy nejsou volné asociace, přenos, konflikt a pudové konstelace či zvědomění nevědomí, ale až bezohledná, krajně odvážná a upřímná otevřenost vůči sama sobě a tomu, co a jak člověk ve svém životě v širokém významu slova zakouší a s čím se setkává. Co člověka v psychoanalytické léčbě uzdravuje a co

léčba přináší, je jeho osvobození ve vztahu k pravdě. Tu ovšem nestačí jen objevit, je třeba výzvě k pravdivému vedení života, kterou obsahuje, dostát. Co je nazýváno pravdivostí života, nemá nic společného s nějakým obecným pravidlem ani předem danou mravní normou, natož pak s takzvanou „objektivní pravdou“ odvozenou od měřitelnosti věcí.

Ještě do sedmé kapitoly epochálního Výkladu snů z roku 1900 se Freud (1936) pohybuje v oblasti bezprostřední životní zkušenosti, která je pro něj první možností výkladu potíží, a to výkladem z nich samých. Od sedmé kapitoly se však dílo láme a Freud již není sto dále udržet vlastní náhled, že to, co umožňuje přístup k pravdě, je pro lidskou existenci konstitutivní, a tudíž patří k podstatě lidského bytí. I když se tohoto vhledu Freud nikdy nezřekl, nedokázal jej jako prioritu v dalším svém díle explicitně hájit. Neměl totiž ještě k dispozici ona objevná zjištění, která tzv. „objektivnost“ a předmětnost světa ukázala jako druhotnou a odvozenou skutečnost od skutečnosti bezprostřední, živé, stále proměnlivé, vždy subjektivní a od světa neoddělené. Jinými slovy, Freud žil a tvořil v kontextu přírodovědného světového názoru, v němž byl oddělen subjekt od objektu, což mezi nimi utvořilo trhlinu, kterou se ono paradigma pokoušelo následně překlenout kauzálními souvislostmi. Zatímco v naší bezprostřední, každodenní a běžné zkušenosti žijeme stále takříkajíc venku ve světě, od samotného počátku vztažně ve vztazích (a to i v představách, fantazii a snech), v subjekt-objektové pozici jsme uzavřeni kdesi v abstraktní psychice, ze které dodatečně jakýmsi tykadly vystupujeme ven do světa, na který kauzálně působíme, nebo on působí na nás. Původní, ve zkušenosti panující jednota našeho bytí ve světě, byla rozlomena.

2. Jestliže první vážné ohrožení psychotherapie spočívá v tom, že už sám její zakladatel sice ponechává podmínky pravdivosti, upřímnosti a otevřenosti vůči sobě i tomu,

co nás ve světě potkává, jako platné, leč v zápětí je nahrazuje nevědomím, konflikty a obranami, což jsou zpředmětněné zkušenosti určitých stavů našich vztahů, druhé ohrožení plyne z malé odvahy odolat mocnému vlivu přírodovědných paradigmat. I Freud jim podlehnul a již ve Výkladu snů a následujícím díle je člověk redukován na organizmus, na oživlý předmět, který je coby subjekt povahou své věcné definice vždy oddělený od světa. Místo toho však, jak je tomu v naší živé zkušenosti, je naše bytí ve světě, včetně bytí tělesného, jiné povahy, nežli jen předmětně definované. Naše tělesné bytí, které je aspektem celobytí, proto nekončí pokožkou těla, ale je součástí naší neustálé angažovanosti ve světě a dosahuje tam, kde se v celo-bytí nacházíme (viz Boss, 1974; Condra, 1998). Například kráčeje po ulici jsme již svými kroky u lesa, ke kterému míříme. Předmětně jistě ne, ale nejsme žádný předmět, nejsme stroj! Stroj je vždy pouze na tom místě, kde se jako předmět nachází. Člověk je však bytostí intencionální (Husserl, 1993), a proto jeho pohyb bez intence nemůžeme vymezit jinak nežli předmětně a takto antropologicky nepřiléhavě. Pouze odhlédnutím od celku bytí můžeme vidět naše nohy věcně, ale pak, pokud tak učiníme, nejsme sto spatřit jejich lidský význam. Nemůžeme rozumět nohám v jejich plném smyslu, kterým je chůze za něčím, pro něco, odněkud někam, což je patrné až z celku bytí člověka. Jen z důvodu celo-bytí proto můžeme mít zrychlený tep, když jsme v představách někde u vzrušující události, které jsme se zúčastnili včera, proto nás pojme chlad, když jsme u obětí lidské necitelnosti tam někde na druhém konci světa, o nichž čteme v novinách v rubrice zprávy ze zahraničí. Smysl života tudíž nespočívá v plnění tzv. tělesných potřeb, ale je tomu právě naopak. Neexistujeme proto, abychom krmili naše orgány, poněvadž jsme takto determinováni abstraktními přírodovědeckými zákony, i když nepochybně jsme bytostmi tělesnými, a proto se také o své tělesné bytí musíme náležitě starat. Avšak

při vědomí toho, že, jak vidíme na příkladu konzumace pokrmu, stolujeme z toho důvodu (nikoli však příčiny), abychom smysluplně existovali. A tak je to s ostatními tzv. pudy a potřebami. Od původní zkušenosti existenciální pravdivosti a celo-bytí existence se psychoterapie odvrátila a podlehla lákavým příslibům nového nadčlověka, jenž bude díky novým objevům v genetice a biologickém inženýrství (takřka) nesmrtelný, (takřka) všemocný a s pomocí umělých inteligencí i vybaven supermanstvím (srov. s Nietzsche, 1995, 2001).

3. Životní potíže byly díky „medicinizaci“ pojaty jako symptomy, složité a nepřiměřeně náročné životní situace a zbloudilý život byly patologizovány, a tak vyňaty z původního řádu lidské existence. Víme, ale odložili jsme stranou, že projevy duševních potíží nejsou jen subjektivní stavy, ale neodmyslitelně spojitě k nim patří jednání, způsob života a projevy duševně nemocných k druhým lidem a okolnímu světu. Pro názornost: tzv. orálně závislí jsou svou neschopností žít samostatně přimknuti kořistnický k druhým lidem a omezují tak jejich osobní svobodu a práva. Depresivní nás zase činí zodpovědnými za vlastní neschopnost unést ztráty, neúplnost, nedokonalost a nenaplnitelnost životních možností. Obsedantní zákonitě zpředmětňují sebe i druhé a ze života vytvářejí nelidské formálnosti a samoučelná pravidla, která mohou platit snad pouze pro předměty a nikoli pro lidi. Paranoidní mají nejen maximální požadavky na okolí neodpovídající realitě, ale snaží se mít moc a kontrolu nad lidmi i světem podle svých představ a fantazií. Hraniční se chovají, jakoby svět měl patřit jen jim. A co teprve závislí. Psychoterapie tyto projevy nechává stranou. Nemoralizuje je a ani netrestá. Od dob, kdy Freud s Breuerem byli sto unést ve své léčbě krásnou, inteligentní, vzdělanou, leč svádívou a manipulativní A. O., dělají totéž ostatní psychoterapeuti. Je snad toto psychoterapeutickým hříchem? Jistě nikoliv. Oba muži se zachovali příkladně

soucítě a odvážně. Nenechali se ani svést, ani odradit a vytrvale pokračovali v léčbě. Proč ale hovořím v této souvislosti o hříchu, když před sebou máme příklad přednosti. Život přináší paradoxy i v případě psychoterapie. Díky uzávkování a vyvinění pacientů z jejich reálného chování založila psychoterapie vlastní existenci. Vznikla nová antropologická disciplína, která umožňuje porozumět, léčit a vychovávat způsobem a prostředky do té doby neznámými či systematicky nepoužívanými. Byl založen obor, který umožnil rozumět a pomoci lidem způsobem a v rozsahu do té doby neznámém i nedosažitelném. To však nesmí znamenat, že ostatní nemedicínské skutečnosti, které k duševní nemoci patří, neexistují, že jsou jen druhotnými znaky nemoci a se skutečnostmi každodennosti ani s nemocí samotnou nesouvisejí. Duševní nemoci, jak se ukazuje, neznamenaají jen potíže subjektivní, ale jsou problémem i ostatních lidí, kteří se na nich přičinili nebo kteří se stali jejich oběťmi. A to nesmí být zapomenuto, naopak se musí připomenout a vyvodit z toho důsledky. Chybí zde „institute pokání, nápravy, odpuštění a smíření, v osobním i společensko kulturním významu“. To neděláme, s tím si nevíme moc rady! Máme zde velký společensko mravní, kulturní, ale také věcně odborný problém, na který, což se týká i rodinné terapie, psychoterapie zapomněla.

4. Pokleskem psychoterapie je také to, že dostatečně nedbá na to, co říká a proklamuje. Místo toho, aby se kriticky starala o permanentní reflexi sama sebe, tedy nezávisle a fundovaně, snaží se až nedůstojným způsobem napodobovat ty disciplíny a kopírovat ty přístupy, které z člověka učinily pouhou věc mezi věcmi, vypočitatelný jev, predikovatelné a takto ovladatelné jsoucno. Ohrožuje to, co jí činí unikátní a nenahraditelnou. Bojí se důsledně držet přesvědčení, které sice proklamuje, ale průběžně zrazuje, že je skutečnou vědou, a to vědou o jedinečném, unikátním jsoucnu a jeho bytí, a tím



je každá jednotlivá lidská existence se svým jedinečným životním osudem a posláním, vlastními volbami a vůlí, se vším, čím je. Každý z nás je jedinečný a v psychoterapii jsme se o tom mohli přesvědčit způsobem, který je pro jiné disciplíny nedosažitelný. Tato zkušenost nemůže být jakkoli vyměněna ani nahrazena naukami o obecném, které, jak víme, nezaložil nikdo jiný než Aristoteles. Psychoterapie však není přírodní vědou. Přírodní vědy jsou pozoruhodné, leč z bezprostřední zkušenosti přirozeného, neohraničitelného, nevyčerpatelného, proměnlivého, na dílčí a odvozené disciplíny neredukovatelného světa, kterému Patočka říká svět přirozený, abstrahované nauky. Psychoterapie tento přirozený svět nejen lidem pomáhá objevovat, ale také jej restituovat. To je její pravé poslání. Psychoterapeutické modely jsou mnohem spíše nežli objektivizovatelné a predikovatelné předmětné systémy různé formy analogií, metafor, obrazů a znázornění. Pokud mají pošetile přírodovědecké ambice, stávají se nikoli jednou z přírodních věd, ale ideologií a také něčím podivným, co zde stojí napůl holé, napůl oblečené.

5. Ideologizace a indoktrinizace psychoterapeutů i těch, které má psychoterapie v péči, jsou další pokleslostí psychoterapie. Jak pacienti či klienti, tak psychoterapeuti si často musí osvojit žargon určitého směru či školy, musí se naučit složité a vnitřně svázané definice a popisy, s jejichž pomocí si mají posléze vyložit své potíže spadající do každodennosti, ve které se všichni domlouvají běžným jazykem, hovorovou slovenštinou či češtinou. Své skutečné životní potíže nazývají reálnému životu odcizenými názvy, termíny a vykládají je nikoli z reality samé, ale těmito konstrukty. Nepojmenovanými a obcházenými důvody takového jednání je skrytá ideologizace, politizace a uměle pěstovaná rivalita a sebestředné ambice jejich představitelů. Kolegyně Paloušová při debatě představitelů odlišných psychoterapeutických směrů odpověděla na otázku, jak

se mezi sebou mohou dorozumět, naprosto jasně. Hovorovou řečí. Jak je to možné? Protože žijeme původně ve společném přirozeném světě, kterému takto původně také všichni rozumíme. Jestliže se na tomto základě a tímto způsobem dorozumíme, proč používáme složité teoretické a přirozené skutečnosti odcizené modely a konstrukce? (Patočka, 1992)

6. Jazyk, symbol a výklad v psychoterapii. Pravděpodobně největší filosof dvacátého století M. Heidegger (2002, 2006) považuje řeč za domov bytí. Co to znamená a jaký má tato věta vztah k psychoterapii? Znamená to, že svět tak, jak se objevuje lidem a v němž žijeme, přirozený svět, je nám přístupný řečí tak, abychom do něho nejen vstoupili, ale mohli jej i osídlit. Kdybychom neměli řeč, mám na mysli především řeč slovní, neměli bychom lidský svět. Řečí svět takřkajíc odemykáme, řečí vystupuje to, co vidíme, slyšíme a jinak vnímáme jako něco určitého, jako to, co můžeme pojmenovat a pochopit. Způsob, jakým o věci hovoříme, určuje její jakost, podobu, povahu, její vymezení. Věci nemůžeme oddělit od výkladu, v němž je vidíme. Řečí se svět skládá jako hudba nebo tajenka. Řeč svět určitým způsobem předkládá a způsob kladení je výkladem. Výklady, které překládají hojnost bezprostřední zkušenosti do hotového, uzavřeného a všemi směry definovaného prostoru, jsou výklady reduktivní. Bohatost a novost věci je proměněna v již předem danou sféru možností. Takové výklady jsou považovány za spolehlivé, vždy predikovatelné a opakovaně vykazatelné. V přirozeném světě naší každodennosti však takové stále stejné, ničím neobvyklé a opakující se skutečnosti stejného významu shledáváme banálními. V nich je banalizováno zrození i smrt, láska i nenávisť. Vidíme, že jsou nudné, nezajímavé a povrchní. Byť by se vztahovaly k důležitým zjištěním. Převádíme-li reálný lidský život na abstraktní konstrukty, zbavujeme jej ducha té věci, jedinečnosti chvíle, pelu původnosti. Živé skutečnosti odcizené

a od ní záměrně oddělené výtvoř, které mají ambici být skutečnější než skutečná realita, jsou ahistorické, proto asociální a ze stejných důvodů pro člověka nebezpečné artefakty.

7. Co znamená v případě psychoterapie banalizace? Banální ji činí přírodovědecká formalizace. Formalizovaný život se během času stává povrchní a nudný a triviální. Vypočitatelný život je stereotypní, předem známý a vyprázdněný. Banálním je pak i svět a jsoucna v něm. Abychom stav přerušili, máme dvě možnosti. Otevřít svět tak, aby vstoupil rovnou a bezprostředně, nečekaně a vždy nově, ale zároveň se vystavíme nejistotám a nehotovosti, kterou přináší. Nebo zvolíme jinou formu ozvláštňení, a tou je senzace. Senzace je pokračováním banálnosti života. Jakmile novinka zevšední, zestárne, nemá již nic, co by ji činilo zvláštní a jedinečnou. Psychoterapie, která je uzavřena v takovém systému, je nudná a nevšední otevřenou existenci člověka trivializuje. A jako každá droga potřebuje stále větší dávku k vzrušení. Senzace v psychoterapii má, stejně jako v životě, blízko k módnosti. Novost věci nespočívá v senzaci, ale v tom, jak se věc zjevuje, a v tom, čím skutečně je. A také v tom, jak se bytí samo zjevuje. Módnosti a módy svádějí k banalizaci. Za svého života jsem v psychoterapii zažil, podobně jako ostatní kolegové, několik módních vln a také módní psychoterapeuty. Psychoterapie je únavná, vyčerpávající, ale nikdy není nudná. Obohacuje, občerstvuje, překvapuje a udivuje každým okamžikem, každou událostí. Stále se od svých pacientů či klientů, ale i od sebe samých, máme co dozvídat, co se učít, nad čím v údivu a překvapení žasnout, čím být ořesen i hluboce zasažen. Mám za to, že vlastním důvodem syndromu vyhoření je banalizace a z ní pramenící nuda a vyprázdnění a nikoli skutečné psychoterapeutické nasazení. Domnívám se, že název vyhoření směšuje různé „syndromy“, které mají různý původ i důvody.

8. Když jsme hovořili o řeči, dotkli jsme se také otázky výkladu, která je v psychoterapii klíčová. Vyloužit znamená postavit do světla, ukázat v pravém jasu i významu, který je danému jsoucnu vlastní. Znamená porozumět a pochopit tak, aby se vykládané jsoucno zjevilo, ukázalo věrně a podstatně. Řeč však není žádný nástroj. Řeč je lidský způsob bytí, což nám umožňuje, aby se toto bytí jeveného objevilo ve svých proměnlivých významech, kterými se ukazuje a řečí ohlašuje (viz Gadamer, 1999). To, co se zjevuje, je skutečná skutečnost, za níž již nic jiného není. Freud „za skutečností přirozeného světa“ hledal pud, jiní zase instinkty či potřeby. A další „za tím vším“ viděl zase biochemické či neurofyzické procesy. To, co se nám v psychoterapii zjevuje, nezažijeme jako nějakou neměnnou, trvalou a za proměnlivými úkazy stojící skutečnost, protože takové jsoucno za skutečností není. Pokud je ovšem za ně sami nedosadíme. Ani přírodní zákony nestojí za věcmi, ale můžeme je spatřit v nich. Věcem v našem přirozeném světě, ve světě lidí, rozumíme podstatně tak, že je nesmíme převést na „za či pod“ skutečností stojící pravidlo či zákonitost. Abstraktní zákonitosti našeho života nám spíše mají pomoci vidět jsoucna v dalším světle, aniž by je mohla jakkoli nahradit či je prohlásit za skutečnosti druhého a takto nižšího řádu. Podívejme se na výklad Oidipova osudu. Pokud jej pochopíme a vyloužíme jako hru abstraktních, tedy vyňatých, upravených a nově definovaných skutečností, např. tzv. pudů, celý text mýtu o Oidipovi je druhořadý a vlastně jen kamufluje skutečnou skutečnost. Jakmile však vyloužíme mýtus z něj samého, z událostí, skutků, jejich návazností, vztahů a poměrů v rodině, mezi lidmi i ve státě, jakmile provedeme výklad promyšlením a domyšlením Oidipova života v kontextech, máme před sebou naprosto srozumitelně rozkrytou realitu Oidipova údělu. Vidíme totiž nejen Oidipův život, ale i život jeho rodičů a poměry, které mezi nimi panovaly. Vidíme, jak tyto poměry ovlivnily život dítěte a jaké

dopady pak měly rozepře nejen na Oidipa, ale celou obec (Růžička, 2009). Zkrátka, výklad, který je reinterpretaací skutečnosti na síly v pozadí, zbavuje příběhy, osudy a události našich životů jejich skutečného bytí a činí je virtuálními. Lidská existence, náš život se v takových výkladech ztrácí místo toho, aby se objevoval. Proto je věčně nepatřičné říci, že za jedním, chováním, symptomy a skutky stojí nevědomé pudy, instinktivní drivy či potřeby. Tyto pojmy jsou virtuálními konstrukty a nikoli realita vyššího řádu. Kdyby tomu tak skutečně bylo, byl by náš život beznadějný a nesmyslný, lidská svoboda, zodpovědnost a láska by byly jen prázdny slovy a celý tento text i konference, na které byl přednesen, jen ubohým pokusem si ozvláštnit předem daný „superiorní pohyb“, do něhož vlastně nemáme co mluvit. Naštěstí tomu tak, jak nám ukazuje život sám, není. V psychoterapii jde právě o obnovu tohoto života a nikoli o restituci zmíněných abstrakcí.

9. S tím souvisí falešné mýty. Chtěl bych zmínit jeden, který se týká tzv. lidské přirozenosti. Je odvozována od našeho hypotetického zvířecího původu. Jakási nostalgie či spíše naivní romantismus považuje život člověka v co nejprimitivnějších podmínkách syrové přírody za původní a pravý, civilizace je prohlašována za jakousi pokleslost nebo pouhou pěnu na moři animality a evropská kultura za úpadek, který by měl být nahrazen jakousi novou utopií. Veškerá solidní kulturně antropologická, historická a archeologická zkoumání ukazují, že přirozený prostředím člověka není panenská příroda, ale kultura. Počínaje kulturami prvobytnými a konče kulturami dnešního světa. Sám člověk je totiž kultura. Co jiného jsme jako lidé, kteří žijí ve svém pravém a vlastním domáckém prostředí způsobem, který máme vrytý pod kůží, v morku kostí, na náhrobcích, v písemnostech, stavbách, výtvořech, jazycích, nežli bytostmi kulturními. Návrat do pralesa nebo stepi se všim vsudy by znamenal konec homo sapiens.

Proto také péče o člověka je vždy také péčí o jeho kulturu. A to, co jsme nyní, je díky tomu, jací byli naši předkové. A to, proč se nehrnou zástupy lidí z Evropy a Severní Ameriky do jiných končin, ale že je tomu právě naopak, svědčí o tom, že náš Západ, byť má spoustu chyb a rozhodně není dokonalý, je jednou z nejlepších civilizací, které se lidstvu zatím podařilo vybudovat. Místo nadávek, nespokojenosti a marnivých výtek bychom se spíše o ni měli s ještě větším osobním nasazením a velkou pečlivostí starat.

10. Za takřka nepochopitelný a zcela nepřijatelný poklesk lze považovat přehlížení nebo dokonce odmítání skutečnosti, že na počátku a v prapůvodu odborného konání je lidské milosrdenství pečující lásky, soucivná ohleduplnost a chápající účast a nikoli instrumentální zájem a oborové technologie a techniky, se kterými se v psychoterapii pracuje. Soustavně podléháme technokratickým atakům, které přicházejí vždy nej-mocněji tehdy, když se psychoterapie oprávněně přihlásí ke svému mottu, že dobra a z nich pocházející ctnosti, jako jsou milosrdenství, soucit, solidarita, ochota pomoci a láska k bližním, jsou původním motivem i účinným činitelem péče o lidské zdraví. Že to, co skutečně lečí (a co nemůže chybět ani u tabletky), je naděje a víra ve smysluplné přístí. Freud a Breuer na počátku své kariéry vykonali to, na co se zapomíná a co se opomíjí a přitom je východiskem jejich dalších objevů a koncepcí. Porozuměli tomu, že svádění a erotickým manipulacím slečny A. O. nesmí podlehnout, nesmí jich využít pro svoje osobní požitky, ale musí se jich zříci. Neboť kdyby tak učinili, kdyby neměli soucit a slitování s nebohou pacientkou, kdyby se nevzdali svých osobních zájmů ve prospěch oné mladé dámy, nejen že by ji nezabavili jejich neurotických potíží, ale zpronevěřili by se svým posvátným hodnotám. A také by neumožnili vznik nového a mocného proudu pomoci a péče o duševně nemocné lidi, toku, který umožnil zcela původ-

ní možnosti pohledu na člověka a jednání a zacházení s ním ve výchovné, kulturní, společenské i vzdělávací sféře. Jejich výkon nebyl pouze vědecký, mravní a citový. To se přece přehlížet nemá. Když procházíme životními výpověďmi velkých psychoterapeutů, tak se vždy setkáme s opravdovým zájmem a nezištnou snahou zbavit lidi utrpení a duševního strádání. Ale také city pacientů ke svým psychoterapeutům jsou ryzí, byť jen ještě nesvobodné k nezávislým a vyzrálým vztahovým možnostem, které teprve hledají. Řehole, kterou s sebou psychoterapie přináší a která se týká vzdání se přízně, vděku a lásky pacientů k psychoterapeutům, pramení z pochopení lidského srdce. Psychoterapie je takto chápající nejen proto, že je poznáním duše, ale je též vystavěna na ctnostech a na lásce: na pečující Agapé, něžných citech, mužné a pevné solidaritě a žensky trpělivé a mateřsky laskavé pečlivosti a neutuchající samaritánské starostlivosti. Dobra plynoucí z lásky a ctností jsou zvláštním, původním a ojedinelým způsobem ústředními tématy, na kterých stojí naše západní civilizace. To, že psychoterapie vznikla právě na její půdě, není ani náhodné, ani nepochopitelné. Nepochopitelná ale je naše ignorance vůči duchovním pramenům, historickým důvodům a dějinným možnostem psychoterapie. Náš nevděk vůči obětavému úsilí židovských a křesťanských předků, kteří v judaisticko-křesťanské tradici celými svými životy zápasili o uskutečnění dober lásky, spravedlnosti a rovnosti všech lidí, naše neporozumění vlastním kořenům a jejich duchovním proudům, naše zapomínání na antické skvosty, ze kterých se vyvinulo kulturně společenské, filosofické a vědní uspořádání Západu, považují za hřích, který je z vyjmenovaných desátý. Což vůbec neznamená, že bychom měli přehlížet ta dobra, která přišla a stále také přichází z jiných civilizací a kultur našeho společného Světa.

## LITERATURA

- Boos, M. (1975). *Grundriss der Medizin und der Psychologie*. Stuttgart, Bern: Huber.
- Freud, S (1986). *Briefe an Wilhelm Fließ 1887–1904*, hg. Von J. M. Mason, Frankfurt/M.
- Freud, S. (1936). *Výklad snů*. Praha: J. Albert.
- Condrau, G. (1998). *Sigmund Freud & Martin Heidegger: daseinsanalytická teorie neuróz a psychoterapie*. Praha: Triton.
- Gadamer, H.-G. (1999). *Člověk a řeč*. Praha: Oikoymenh.
- Heidegger, M. (2006). *Básnický bydlí člověk: německo-česky*. Praha: Oikoymenh.
- Heidegger, M. (2002). *Bytí a čas*. Praha: Oikoymenh.
- Husserl, E. (1993). *Karteziánské meditace*. Praha.
- Nietzsche, F. (2001). *Antikrist: přehodnocení všech hodnot*. Olomouc: Votobia.
- Nietzsche, F. (1995). *Tak pravil Zarathustra*. Olomouc: Votobia.
- Patočka, J. (1936, 1970, 1992). *Přirozený svět jako filosofický problém*. Praha: Oikoymenh.
- Růžička, J. (2009). Oidipus re-loaded, In *Klinické a metateoretické modely v ego-analýze. Kritický pohled*. Habilitační práce, Olomouc.
- Wucherer-Huldenfeld, A. K., *Ursprüngliche Erfahrung und personales Sein. Ausgewählte philosophische Studien, Bd. 1: Über die Wahrheit der Psychoanalyse Freuds*, Wien 2003, 307–325.

*O autorovi:*

Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D. (1946) je rektorem Pražské vysoké školy psychosociálních studií. V české psychoterapii reprezentuje společně s O. Čálkem daseinsanalýzu, spolu vedou daseinsanalyticky orientované psychoterapeutické výcviky. Dlouhou dobu pracoval ve výborech a prezidiích Asociace klinických psychologů (v současnosti viceprezident AKP) a České psychoterapeutické společnosti ČLS J.E.P. Je dlouholetým spolupracovníkem časopisů *Konfrontace* a nyní *Psychoterapie*, editorem a autorem zásadních knih a sborníků v české psychoterapii.

*Došlo do redakce: 13. 12. 2009. K publikaci přijat 20. 12. 2009.*

## SOUČASNÁ RODINNÁ TERAPIE: INTEGRATIVNÍ TENDENCE A VÝZKUM<sup>1</sup>

David Skorunka

### ABSTRAKT

Článek pojednává o současném dění v rodinné terapii. Zaměřuje se především na vývoj směrem k integraci „uvnitř“ rodinné terapie, ale i na sblížení s jinými psychoterapeutickými směry. Pozornost je věnována sílícímu tlaku na ověřování a výzkum rodinné terapie, který je důsledkem různých společenských a odborných faktorů a tento obor proměňuje.

*Klíčová slova:* rodinná terapie, systemická perspektiva, integrace, výzkum.

### ABSTRACT

#### **The current family therapy: the integrative trends and research**

The article deals with the current development in the family therapy. It focuses particularly on a progression towards the integration „within“ the family therapy as well as on a convergence with other psychotherapy modalities. The attention is focused on the increasing demand for the research evidences that results from various socio-political and also scientific factors with subsequent a transformation of the family therapy.

*Key words:* family therapy, systemic perspective, integration, research.

### KRÁTKÉ OHLÉDNUTÍ

Rodinná terapie se zrodila na přelomu 40. a 50. let dvacátého století ve Spojených státech amerických, zčásti jako reakce na jednostranné pojetí psychoanalýzy, zčásti jako součást vývoje uvažování o člověku a jeho vztazích v souvislosti se vznikem tzv. psychopatologie. Vznik a vývoj rodin-

né terapie umožnily nově vznikající obory i společenské dění. První rodinní terapeuti nacházeli inspiraci v kybernetice, obecné teorii systémů či fyziologii. Biologické a systémové metafory ovlivnily vývoj teorie komunikace a rozšíření zorného pole od nemocného jednotlivce k rodinnému systému posilovalo vznik pracovišť zaměřených na dítě a rodinu a rozvoj komunitních center, ve kterých se terapii zajímali více o skupinovou dynamiku a komunikační procesy (Nichols, Schwartz, 2005). První rodinní terapeuti byli původně psychoanalyticky orientovaní psychiatři-muži (nepočítáme-li V. Satirovou), takže nepřekvapí, že v prvních modelech rodinné terapie doznávalo tehdejší psychoanalytické myšlení, navíc genderově „zkreslené“. Vzhledem k současnému dění v rodinné terapii je zajímavé, že někteří odborníci (Johnson, 2008) retrospektivně považují za vůbec první „rodinně terapeutický“ text pojednání britského psychoanalytika a psychiatra Johna Bowlbyho, zakladatele konceptu citové vazby (*attachment theory*). Článek nazvaný „Čtyřicet čtyři mladistvých zlodějů; jejich povahy a rodinné prostředí“ publikovaný v roce 1944 předznamenal následující posun od intrapsychické k interpersonální (rodinné) perspektivě.

### DIFERENCIACE RODINNÉ TERAPIE

*„Kdysi dávno jezdili velcí pionýři rodinné terapie pravidelně po světových turné a předváděli zázraky s pomocí i bez pomoci tzv. zázračné otázky. Za sebou nechávali zástupy přesvědčených následovníků, kteří se posléze, obvykle neúspěšně, pokoušeli napodobit demonstrované ryzí intervence. Věřící i nevěřící se poté dohadovali o svých vlastních případech a v průběhu času jsme*

<sup>1</sup> Text vychází z přednášky, která zazněla na mezinárodním psychoterapeutickém sympoziu v Brně, v dubnu 2009.

byli svědky zrodu rozdílných škol, myšlenkových systémů a variant praxe. Jejich zástupci spolu často soupeřili, místo aby si uvědomili, že se navzájem doplňují.“ (Asen, 2004, s. 280)

Během druhé poloviny dvacátého století se rodinná terapie rozčlenila na různé školy a modely. Každý ze zakladatelů určitého modelu měl svou představu o tom, co má v rodinném systému zásadní vliv na vznik potíží (vznik psychopatologie) či problémů u některého z členů rodiny. Kromě toho se představitelé jednotlivých modelů lišili i v tom, jak se vyjadřovali k pozici či roli terapeuta v terapeutickém procesu. Zpočátku aktivní, expertní a někdy vysloveně direktivní působení terapeuta se postupně proměňovalo ve zdrženlivější postoj, důraz se přesunul na formy dotazování, oslabování expertní role a rozvíjení dialogických a spolupracujících přístupů (*dialogical and collaborative approaches*). Orientaci v rozmanitých modelech či školách rodinné/systemické terapie usnadňuje tří-pilířový model Alana Carra (2005), irského rodinného terapeuta a profesora na *University of Dublin*. Carr rozděluje stávající školy do tří skupin podle převažujícího akcentu na určitý aspekt rodinného systému ve vztahu k rozvoji problému a potíží. V modelech převažuje důraz na a) komunikační vzorce a chování, b) systémy přesvědčení a vlivné narace v rodině, které stojí v pozadí problematických interakcí, c) kontextuální, historické a konstituční faktory, jež představují významné okolnosti, v nichž si členové rodiny vytvořili „adaptivní“ systémy přesvědčení a příběhy určující obvyklé interakce a chování. Je zřejmé, že tři roviny či kategorie jsou vzájemně provázané a že problémy prezentované rodinou se více-méně týkají každé z nich. Dalo by se říci, že rozdíly v akcentu různých škol rodinné terapie odrážejí vývoj v psychoterapii obecně (dynamické hledisko, behaviorální revoluce, rozvoj kognitivních věd). Míra důrazu či upřednostnění jedné z rovin je aktem terapeuta, který tak vyjadřuje svou

příchylnost (*allegiance*) k danému modelu. Absence jedné teorie není nedostatkem rodinné terapie. V obecné diskusi o stavu psychoterapeutického poznání Gergen (2006) argumentuje, že existence různých přístupů a modelů není známkou nevědeckosti oboru, ale naopak projevem rozmanitosti výkladů, která je potřebná v rychle se proměňujícím světě. Pluralitní pojetí a existence více modelů a výkladů lépe vyhovuje praxi, v níž těžko obstojíme s jedním konceptem, zvláště když příběhy rodin nebývají často krystalicky jasné a lineárně jednoduché. Znalost různých modelů je prevencí proti nebezpečí Prokrustova lože, metaforickému pojmenování situace, kdy terapeut příliš věrný upřednostňované perspektivě opomíná ty „části příběhu“ rodiny, respektive významné okolnosti, které s touto perspektivou nejsou v souladu. Modely představují teoretické rámce pro formulování komplexní hypotézy (*case/systemic formulation*) a následnou volbu postupu (intervence). Tento zásadní prvek terapeutického procesu lze chápat jako skládání mozaiky či *puzzle*, během něhož je podle Dallose a Draperové (2006) potřeba propojit informace o potížích a rodinné situaci s pozorováním, zkušeností z rozhovoru s rodinou, teorií a předchozí klinickou zkušeností a v neposlední řadě i s vlastním porozuměním a osobními prožitky v průběhu terapie.

#### INTEGRACE „UVNITŘ“ RODINNÉ TERAPIE

Vývoj směrem k integraci a pluralitnímu pojetí není specifickou záležitostí rodinné terapie, ale odehrává se v rámci širšího vývoje v psychoterapii (Cooper, McLeod, 2007). Pluralitní zaměření je patrné v integrativních konceptech, které se snaží propojit několik škol rodinné terapie. V současnosti v tomto trendu dominují čtyři koncepty: 1) zastřešující systém (*metaframeworks*; Breunlin, Schwartz, MacKune-Karrer, 1997), 2) integrativní, na problém zaměřená terapie (*integrative problem-centered therapy*; Pinosof, 1995, 2005), 3) krát-

ká, integrativní manželská terapie (*brief integrative marital therapy*; Gurman, 2002) a 4) pluralistická párová terapie (*pluralistic couple therapy*; Snyder, 2002). Kriticky lze namítnout, že nejde o skutečnou integraci, tedy o vytvoření širokého, zastřešujícího teoretického rámce. Integrativní charakter těchto konceptů spočívá v tom, že se propojují modely a intervence pocházející z různých, méně komplexních teorií či škol rodinné terapie. V praxi se terapeut setkává s nepřehlednou variabilitou lidského trápení, problematických situací a vztahových uspořádání. Integrativně zaměřené modely mají usnadnit větší flexibilitu a efektivitu při práci s tzv. „těžkými případy“, které odolávají běžné rodinné terapii vycházející z jednoho modelu (Carr, 2005).

Každý z uvedených konceptů zahrnuje alespoň tři školy rodinné terapie. Například zastřešující model Breunlina, Schwartze a MacKune-Karrerové (1997) zahrnuje strukturální pojetí S. Minuchina, rodinnou terapii vycházející z teorie objektivních vztahů, model životního cyklu rodiny Cartera a McGoldrickové (1989) a feministický pohled na rodinu. Neopomínají ani důležité společensko-kulturní faktory. V modelu Breunlina, Schwartze a MacKune-Karrerové (1997) se předpokládá, že jakýkoli problém v rodině či potíže některého z členů rodiny lze konceptualizovat podle šesti tématických rámců. Jedná se o: a) intrapsychický systém rodiny, b) sekvence interakčních vzorců, c) organizace rodiny, d) vývoj rodiny, e) multikulturní aspekty a f) genderové aspekty. Flexibilita a komplexita tohoto modelu je zřejmá i v tom, že do něho lze začlenit „domácí“ pojetí Trapkové a Chvály (2004) či Riegera a Vyháňkové (2001). Podobné uspořádání má i integrativní, na problém zaměřená rodinná terapie vyvinutá Williamem Pinsofem (1995, 2005). Také zde je šest úrovní či oblastí, do kterých lze zařadit problém udržující faktory či překážky adaptivního řešení. Terapeutický postup může mít podobu individuální, párové, rodinné i komunitní terapie. V souvislosti se svým

modelem Pinsof vytvořil nástroj k posouzení fungování rodiny a průběhu terapeutického procesu, tzv. *Systemic Therapy Inventory of Change*. Spolu se vznikajícím dotazníkem SCORE (*Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation*) Strattona a kol. (2009) jde o hlavní současné nástroje hodnocení terapeutické změny v rodinné terapii, které stojí v pozornosti výzkumníků i terapeutů v praxi.

Stejně jako další uvedené integrativní koncepty slouží zastřešující model jako „mapa“ k uspořádání mnoha podnětů a informací, které se vyjevují v průběhu setkávání terapeuta s rodinou. Slouží tedy k již zmíněnému procesu hypotetizování terapeuta, k dalšímu spoluutváření sdílené reality v terapeutickém procesu a také k volbě tzv. intervence, respektive postupu terapeuta s danou rodinou. Pochopitelně nestačí jen kognitivní zpracování podnětů z rodinně terapeutického sezení a jejich propojení s teoretickými poznatky. Předchozí zkušenosti a emoční prožitky terapeuta i jednotlivých členů rodiny rovněž spoluurčují jedinečnost setkání a významně ovlivňují proces utváření tzv. terapeutické aliance, klíčového faktoru změny a také výsledku rodinné terapie.

#### INTEGRACE „SMĚREM VEN“

Přibližně v posledním desetiletí sledujeme dialog a někdy přímo sblížení mezi rodinnou terapií, psychodynamickými přístupy a současnou psychoanalýzou. Prim v tomto vývoji hrají především britští rodinní terapeuti, kteří navazují na tavistockou tradici, na práce psychoanalytiků Biona, Kleinové, Winnicota a Bowlbyho. Důvody pro oživení zájmu o psychoanalytické myšlenky shrnuje například Pocock (2006): rodinná/systemická terapie je již delší dobu etablovaným směrem; rodinní terapeuti se více zajímají o tzv. intrapsychické procesy a práce s jedincem je přijatelnější než dříve; současní psychoanalytici se zajímají o stejná témata jako rodinní terapeuti (vytváření porozumění, méně expertní pozice terapeuta, proces

spoluutváření významů aj.). Nejen rodinná terapie ale i současná psychoanalýza, zejména její vztahové pojetí, se zdá být více pluralitní. Je zde patrný vliv narativní psychologie, zájem o fenomén intersubjektivní a s ním související komplexnější pohled na tzv. přenosové fenomény. Podle některých autorů probíhalo vzájemné obohacování mezi těmito donedávna spíše nesmiřitelnými perspektivami stále, i když nebylo na první pohled vidět. Pouze v určitém období převládaly nebo byly populární jiné úhly pohledu (důraz na kognitivní či sociální konstrukce, příběhy, významy, verbální/jazykovou rovinu terapeutického procesu). Jak doslova uvádějí Dallos a Draperová (2006), emoční prožitky v terapeutickém vztahu, nevědomé emoční procesy ovlivňující chování a interakce či utváření citových vazeb v rodině představují významné fenomény, které vytrvale klepají na dveře systemického terapeuta. Psychoanalytické pojmy jako přenos/protipřenos, projektivní identifikace a kontejnování (*containment*) se objevují v diskusích některých rodinných terapeutů, i když ne vždy bez nánosu původních psychoanalytických významů nebo bez vlastního „tvůrčího“ uchopení. Přínos těchto pojmů a konceptů je zřejmý tehdy, když jimi popisované fenomény chápeme jako evidentní součásti mezilidské komunikace a nikoli jako spekulativní a mystické „vnitřní procesy jedince“ (Dallos, Draper, 2006). I když ne všichni rodinní terapeuti podobné integrativní tendence vítají, jde o proces korespondující s děním v současné psychoterapii. Oživení zájmu o některé psychoanalytické/psychodynamické myšlenky si například Castonguay (2009, osobní komunikace) všimá i v současné kognitivně behaviorální terapii.

Významnou inspirační oblastí pro současné rodinné terapeuty je koncept citové vazby (*attachment theory*). Ten se stal od dob Bowlbyho, Ainsworthové a jejich blízkých spolupracovníků a následovníků interdisciplinárním teoretickým konstruktem s mohutnou výzkumnou základnou.

Prolínají se v něm poznatky z vývojové a sociální psychologie a z neurověd, psychoanalyticko-psychodynamické koncepty, teorie o psychopatologii, evoluční i systemické perspektivy. Dallos (2004) shrnul důvody, proč systemičtí terapeuti potřebují teorii citové vazby. Podle něj představuje užitečný vývojový model, který osvětluje a) jak se v rodině utvářejí vztahy, respektive vzorce citové vazby, b) jak emoční prožitky odehrávající se v citových vazbách ovlivňují vývoj „vnitřního“ světa jednotlivých členů rodiny a c) jak vznikají určité pohledy na dění v rodině, různé významy týkající se událostí, prožitků a chování neboli jak vznikají a udržují se problémy a potíže v rodině. Na rozdíl od přístupů, které vycházejí z postmoderní filozofie, teorie sociálního konstrukcionismu a lingvistiky (narativní přístupy, dialogické a spolupracující přístupy), je v rodinné terapii inspirované teorií citové vazby věnována větší pozornost emočním procesům jak u jednotlivých členů rodiny, tak mezi terapeutem a rodinou v průběhu terapeutického procesu. Rodinný terapeut inspirovaný teorií citové vazby se zaměřuje na „podporu rozvoje bezpečné citové vazby v rodině a odpovídajících forem chování a interakcí. Podněcuje vznik nových emočních zkušeností a vzájemného porozumění, které povede k revizi základních představ rodinných členů o sobě a o svých blízkých. Bude se zaměřovat na to, jak si klienti vytvářejí „vnitřní“ představy o svých vztazích a vztahových událostech a jak tyto jejich představy a „interpretace“ určují jejich konkrétní chování ve vztazích.“ (Whiffen, 2003, s. 394).

Zájem o emoční procesy není v rodinné terapii ničím novým. Murray Bowen, Salvador Minuchin, Virginie Satirová i výzkumné týmy zkoumající komunikační procesy v Palo Alto zahrnuli emoce více či méně do svých konceptů. U nás je význam emočního klimatu v rodině kromě dalších významných aspektů zdůrazňován Trapkovou a Chválou v jejich modelu sociální dělohy (2004, 2008). Ale v poslední době



se zdá, opět v souladu s vývojem v jiných oborech, že emoční procesy stojí v popředí zájmu terapeutů i výzkumníků, a teorie citové vazby je v této souvislosti dostatečně komplexním a přínosným konceptem. Dосvědčuje to rovněž existence terapeutických modelů rodinné terapie založené na teorii citové vazby, které splňují kritéria přístupu založeného na vědeckých důkazech (*empirically supported treatment, evidence-based practice*). Jedná se o tzv. *attachment-based family therapy* zaměřenou na práci s dospívajícími s diagnózou deprese či poruchy chování (Diamond, Stern, 2003; Diamond, Diamond, 2007). Druhým modelem je tzv. *emotion focused couple/family therapy*, zaměřeným jak na práci s dospívajícími, tak s partnerskými/manželskými páry (Johnson, 2003, 2008).

Zajímavým projektem integrativního charakteru je tzv. *attachment narrative therapy* Dallose (2006) a Dallose a Vetere (2008, 2009). Nejde o nový psychotherapeutický směr ale o rámec, v němž se uvedení autoři snaží propojit systemickou perspektivu s konceptem narativity a současným stavem poznání o teorii citové vazby. *Attachment narrative therapy* umožňuje podle autorů propojení individuální, „vnitřní“ zkušenosti jednotlivých členů rodiny, vzájemné interakce a významných událostí, které poskytují důležitý kontext pro utváření různých forem vztahových vazeb a korespondujících „vnitřních“ stavů každého člena rodiny. Dallos s Vetere (2009) kladou velký důraz na terapeutické spojení (*therapeutic alliance*), které považují za formu tzv. *secure base* – nezbytný to předpoklad pro práci s citlivými tématy a intenzivními emocemi, které se v průběhu práce s rodinou objevují. Výběr intervence a způsobu práce s rodinou, jedincem či párem volí podle toho, zdali je na místě spíše práce s emočními prožitky ve smyslu afektivní regulace v rodině či zaměření na kognitivní procesy (rozvíjení „alternativních významů“ a narativní rekonstrukce). V této souvislosti oba autoři-terapeuti

svůj pohled na terapeutický proces a roli terapeuta opírají také o současné poznatky z oblasti neurověd. Odkazují například na práce Crittendenové (2002, 2005), která se zabývá mimo jiné vztahem mezi traumatickými či emočně významnými událostmi, fungováním různých paměťových systémů a rozdíly v narativní schopnosti jedince. Tyto poznatky mají význam i pro naše porozumění terapeutickému procesu, neboť ukazují nejen na možnosti, ale především na limity psychoterapie a rodinné terapie.

### VÝZKUM RODINNÉ TERAPIE

Stejně jako v psychoterapii obecně, tak i v rodinné terapii je výzkum klíčovým ukazatelem rozvoje těchto disciplin i předpokladem jejich další existence. Výzkum v rodinné terapii lze jako v jiných oborech rozdělit na kvantitativní, kvalitativní a smíšený, ale také podle tří oblastí zaměření, jak je uvádějí Dallos a Vetere (2005). Jedná se za prvé o zkoumání výsledku, respektive účinnosti rodinné terapie (*outcome research; efficacy/effectiveness*), za druhé o zkoumání procesu rodinné terapie. V této široké oblasti je dnes pozornost zaměřená na význam tzv. terapeutického spojení (*therapeutic alliance*) a faktorů, které ovlivňují jeho rozvoj či narušení (Friedlander, Heatherington, Escudero, 2006). Třetí oblastí je výzkum zaměřený na teoretické aspekty rodinné terapie či vznik psychopatologie v rodině. Zde je nepřehledné množství otázek, které se týkají například souvislosti mezi ústupem symptomatologie v rámci poruchy příjmu potravy u dospívajícího a změnou vzorce citové vazby (*attachment pattern*) v rodině (Dallos, 2003; Latzer et al., 2002).

Přestože u zrodu rodinné terapie stály výzkumné projekty soustředěné na zkoumání komunikace v rodině, rodinní terapeuti se v minulosti stavěli k výzkumu značně zdrženlivě. Podle nich nemohou úzce zaměřené, pozitivisticky laděné a na kvantitativní metodologii postavené projekty zachytit procesy svou podstatou rekurzivní,

vzájemně provázané a dynamicky se vyvíjející. Navzdory počáteční skepsi došlo od poloviny devadesátých let minulého století k výraznému rozvoji výzkumu, a tak je v současné době k dispozici dostatečné množství argumentů – v rámci aktuálního diskurzu „důkazů“ – svědčících o účinnosti a legitimitě přístupu. Podle některých důkladných meta-analýz a srovnávacích studií lze za prokazatelně účinné přístupy rodinné terapie označit pouze ty, které jsou manualizované, zaměřené na jednoznačně definovanou nosologickou kategorii a aplikované ve strukturované podobě na konkrétním pracovišti (Sexton, Alexander, Mease, 2004). Přísná kritéria hodnocení účinnosti rodinné terapie (výzkumný design, významné pozitivní výsledky, replikace výsledků, důkaz o trvání pozitivních výsledků nejméně rok po skončení léčby) splnily tehdy podle uvedených autorů pouze programy léčby poruch chování v dětství a dospívání, drogové závislosti, deprese, poruch příjmu potravy v dětství a schizofrenie (v tomto případě jde o práci s rodinou psycho-edukativního charakteru). Ze zkoumaných modelů rodinné terapie vytvořených pro tyto účely uspěly tzv. *functional family therapy*, *multimodal family therapy*, *multisystemic therapy* a z původních přístupů pak Minuchinova strukturální terapie.

Kritéria vyhovující výzkumnému designu a prostředí na výzkum zaměřené instituce však nereflktují realitu praxe a variabilitu proměnných v různých kontextech, v nichž se rodinná terapie provádí. Proto souhrnnou zprávu Sextona, Alexandera a Mease (2004) nelze považovat za definitivní „ortel“ o rodinné terapii, a to nejen proto, že od jejího publikování uplynulo již několik let. Sexton s dalšími kolegy (Sexton, Kinser, Hanes, 2008) o několik let později vybízají k pluralitě metod zkoumání. Staví se kriticky k doktríně *evidence based practice* a zvláště pak polemizují s omezujícím charakterem tzv. zlatého standardu výzkumu – randomizovanými kontrolovanými studiemi. Podobné komentáře však zaznívají nejen

z komunity rodinných terapeutů: Cooper a McLeod (2007) obhajují pluralitní přístup ke zkoumání psychoterapie, Evans (2009) upozorňuje na důsledky přehnaného důrazu na experimentální výzkum a kvantitativní metodologii a Dallos a Vetere (2005) vyzdvihují přínos kvalitativních metod včetně kasuistických studií. Podle nich je klinická praxe, pokud zahrnuje průběžnou a důkladnou reflexi vlastního počínání společně s klientem či rodinou, v mnoha aspektech podobná vědecké metodě. Terapeut si klade otázky, ověřuje si hypotézy a snaží se svůj postup přizpůsobit dané situaci a konkrétní rodině (Dallos, Vetere, 2005). Výstižně komentuje současnou doktrínu *evidence-based practice* Holub (v tisku), podle něhož se „*evidence-based* principy v určitém ohledu blíží mentalitě soudní síně a právníckému snášení důkazů více než pracovně psycho-terapeuta; tyto principy nepřipouští žádnou polemiku a zamítají klinické názory a teorie, které nelze snadno důkazně demonstrovat nebo pro které dostatečné důkazy dosud neexistují.“

Podobné diskuse jsou pro budoucnost rodinné terapie nadmíru užitečné. Neměly by ale zastírat fakt, že argumenty v podobě kvalitativního a věrohodného výzkumu jsou v současné atmosféře řízené zdravotní péče a ekonomických potíží tzv. vyspělého světa nezbytné k tomu, aby byla rodinná terapie dostupná nejen v soukromých zařízeních, ale i v institucích veřejného zdravotnictví či sociální sféře. Na tom se ostatně shodují kolegové z různých evropských zemí a to i z těch, v nichž rodinná terapie není marginální záležitostí. Pro jednání s autoritami, které ovlivňují dostupnost rodinné terapie ve zdravotnictví či sociální oblasti a její hrazení z veřejných rozpočtů, mají význam práce, které přehledně a pokud možno srozumitelně shrnují specifika rodinné terapie a systemické praxe včetně aktuálních poznatků o účinnosti, nákladech (*cost-effectiveness*) a indikacích. Tyto zásadní informace poskytují například recentní články Carra

(2009), Russella Cranea (2008), přehledové texty britské Asociace rodinné terapie (Stratton, 2005) a také nedávno vytvořený dokument komory národních organizací Evropské asociace rodinné terapie (Skorunka a kol., 2009). Z hlediska prevence a časné intervence zaměřené na dítě, dospívajícího a rodinu jsou stejně tak cenné aktuální poznatky z vývojové a sociální psychologie, teorie citové vazby a příbuzných disciplin (Cassidy, Shaver, 2008; Schore, 2003).

### ZÁVĚR

Kromě integrativních tendencí a rozvíjeného výzkumu charakterizuje současnou rodinnou terapii napětí mezi dvěma polarizujícími oblastmi poznání. Jednu polaritu tvoří přístupy, jejichž reprezentanti nacházeli inspiraci v jazykověděch, narativní psychologii, teorii sociálního konstrukcionismu a postmoderní filozofii. Narativní pojetí rodinné terapie a přístupy založené na spolupráci (*collaborative approach*) jsou v současnosti často aplikovanými formami terapie. U nás se k tomuto pojetí hlásí a integrují ho s dalšími oblastmi poznání (např. feminismus a genderová studia) Gjuričová a Kubička (2009).

Druhou polaritou jsou modely a koncepty spíše modernistické povahy, které nadále pracují s předpoklady zdravého či „normálního“ vývoje, kladou si jasné a ověřitelné cíle v rámci více či méně strukturované spolupráce a neodmítají zcela expertní charakter terapeutovy pozice. Zařadit sem můžeme částečně například rodinnou terapii inspirovanou teorií citové vazby i psychoedukační modely práce s rodinou. Napětí mezi těmito oblastmi může být zdrojem kreativity a dalšího vývoje oboru, pokud zastoupené přístupy budeme chápat jako vzájemně komplementární a užitečné pro rozmanitou praxi.

Je více než zřejmé, že doba „charismatických vůdců“ pominula. Rodinná terapie se proměnila podobně jako společnost, která je rovněž důležitým kontextem rodinných problémů stejně jako předpokládané struk-

tury rodinného systému, emoční klima či pocit sebeúcty jednotlivých členů rodiny. Existuje několik příkladů přizpůsobení se různým okolnostem i různé aplikace systemické perspektivy a rodinné terapie. V somatické medicíně to je *medical family therapy* (McDaniel, Hepworth, Doherty, 1992) zaměřená na práci s rodinou, v níž některý z členů trpí závažným somatickým onemocněním. V oblasti duševního zdraví je to například *multiple family therapy* (Asen, Dawson, McHugh, 2001) v léčbě poruch příjmu potravy a dobře známé formy práce s rodinou s psychotickým onemocněním doplněné o edukační prvky a model stress-vulnerability (Kuipers, Leff, Lam, 2002; Bloch-Thorsen, Gronnestad, Oxnevad, 2000). Proměnu oboru dobře charakterizují i úspěšné snahy o integraci systemické perspektivy a rodinné terapie do psychiatrických institucí v některých evropských zemích jako je Finsko, Velká Británie nebo Německo. Reflexi tohoto vývoje ve Velké Británii je věnováno předposlední číslo *Journal of Family Therapy*. Různí autoři (Rivett, 2009; Larnar, 2009; Wane et al., 2009) se zabývají tím, jaké pozice zaujmají rodinní terapeuti ve vztahu k psychiatrii a k systémům péče o duševní zdraví a jak snaha o začlenění rodinné terapie vede k transformaci oboru.

Přesto nelze říci, že zmíněné proměny rodinné terapie a integrativní tendence všichni rodinní terapeuti vítají. Snahy o začlenění systemické perspektivy do nabídky terapeutických „služeb“ v psychiatrii a šířeji v oblasti duševního zdraví lze metaforicky přirovnat k chůzi na visutém laně. Jde o hledání rovnováhy mezi nutností přizpůsobit se konkrétním podmínkám a požadavkům dané instituce v rámci vyvíjejícího se poznání a zachováním vlastní systemické identity – specifických prvků a úhlu pohledu, které odlišují rodinnou/systemickou terapii od jiných psychoterapeutických přístupů. Integrace, zvláště má-li podobu bezbřehého přijímání jakýchkoli myšlenek a zamlžení hranic mezi rozmanitými koncepty a mode-

ly, má podle některých vážná rizika. Například Asen (2004) se domnívá, že integrace za každou cenu vede k nedbalosti, absenci kritického myšlení a postupnému vymizení základních rysů systemické perspektivy. Další závažnou skutečností je to, že i v zemích, kde se rodinnou terapii podařilo etablovat, nadále přetrvává rozpor mezi tzv. pro-rodinou rétorikou vlády či zástupců odborné komunity a skutečnou dostupností péče zaměřené na rodinu a podporu dalšího vzdělávání (Stanbridge et al., 2009). Tento rozpor je dobře známý i u nás, přestože tzv. důkazů o přínosu začlenění rodiny do spolupráce v případech duševního i tělesného onemocnění je k dispozici bezpočet (Carr, 2009; von Sydow, 2009). Za této situace lze považovat integrativní tendence i rozvoj výzkumu za přínos pro další rozvoj rodinné terapie, pokud povede k většímu porozumění a propojení různých oblastí poznání, aniž by došlo k rozmělnění systemické perspektivy a vymizení těch specifických rysů, které jiné psychoterapeutické přístupy postrádají.

#### LITERATURA

- Asen, E. (2004). Collaborating in promiscuous swamps – the systemic practitioner as context chameleon? *Journal of Family Therapy*; 26; 3; 280-285.
- Dawson N., McHugh B., Asen, E. (2001). *Multiple Family Therapy – The Marlborough model and its wider applications*. London: Karnac.
- Bloch-Thorsen, G. R., Gronnestad, T., Oxnevad, A. L. (2000). *Family and multi-family work with psychosis; a guide for Professionals*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: their character and home-life. *International Journal of Psychoanalysis*; 25; 19-52.
- Carr, A. (2005). *Family Therapy; Concepts, Process and Practice*. Chichester: Wiley and Sons.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*; 31; 3-45.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*; 31; 45-74.
- Carter, B., McGoldrick, M. (1989). *Changing family life cycle; a framework for family therapy*. Prentice Hall College Div. (2nd edition).
- Cassidy, J., Shaver, P. (2008). *Handbook of Attachment, Second Edition: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press.
- Cooper, M., McLeod, J. (2007). A pluralistic framework for counselling and psychotherapy: implication for research. *Counselling and Psychotherapy Research*; 7; 3; 135-143.
- Crittenden, P. M. (2002). Attachment, information processing and psychiatric disorder. *World Psychiatry*; 1; 2; (dostupné na [www.patcrittenden.com](http://www.patcrittenden.com)).
- Crittenden, P. M. (2005). Teoria dell'attaccamento, psicopatologia e psicoterapia: L'approccio dinamico maturativo. *Psicoterapia*; 30; 171-182. (anglická verze na [www.patcrittenden.com](http://www.patcrittenden.com) )
- Dallos, R. (2003). Using narrative and attachment theory in systemic family therapy with eating disorders. *Journal of Family Therapy*; 8; 521-535.
- Dallos, R. (2004). Exploring meanings and understandings in families: qualitative research. V. Evropský kongres rodinné terapie a systemické praxe, Berlin, 29.09.–02.10.2004.
- Dallos, R. (2006). *Attachment Narrative Therapy; Integrating Narrative, Systemic and Attachment Therapies*. Berkshire: Open University Press.
- Dallos, R., Draper, R. (2007). *An Introduction to Family Therapy; Systemic Theory and Practice*. Berkshire: Open University Press. 2nd Edition.
- Dallos, R., Vetere, A. (2005). *Researching Psychotherapy and Counselling*. Berkshire: Open University Press.
- Dallos, R. Vetere, A. (2008). Systemic therapy and attachment narratives. *Journal of Family Therapy*; 30; 374-385.
- Diamond, M. G., Diamond, S. G. (2007). Attachment-based family therapy; adherence and differentiation. *Journal of Marital and Family Therapy*; 33; 2; 177-191.
- Diamond, G. S., Stern, R. S. (2003). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: repairing attachment failures. In Johnson, S.M., Whiffen, V.E. *Attachment Proce-*

- sses in Couple and Family Therapy*. New York: The Guilford Press, 191-214.
- Evans, R. K. (2009). Praxe založená na důkazech nebo důkazy podložené praxí: integrativní perspektiva ve výzkumu psychoterapie. *Psychoterapie*; 3; 2, 95-107.
- Friedlander, M., Heatherington, L., Escudero, V. (2006). *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy: an Empirically Informed Guide to Practice*. New York: Sage Publications.
- Gergen, J. K. (2006). *Therapeutic Realities, Collaboration, Oppression and Relational Flow*. Chargrin Falls: Taos Institute Publishing.
- Gjuričová, Š., Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy, 2., doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada.
- Holub, D. (2010). Psychoanalýza a psychoanalytická psychoterapie. In Vybíral, Z., Roubal, J. (Ed.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál (v tisku).
- Chvála, V., Trapková, L. (2008). *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál.
- Johnson, M. S. (2003) Introduction to attachment: a therapist's guide to primary relationships and their renewal. In Johnson, M. S., Whiffen, E. V. (Eds.). *Attachment processes in couple and family therapy*. New York: The Guilford Press, 3-17.
- Johnson, M. S. (2008). Couple and family therapy: an attachment perspective. In Cassidy, J., Shaver, R. P. *Handbook of attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press, 811-829.
- Kuipers, E., Leff, J., Lam, G. (2002). *Family work for schizophrenia: a practical guide*. RCPsych Publications (2nd Edition).
- Larner, G. (2009). Integrating family therapy in adolescent depression: an ethical stance. *Journal of Family Therapy*; 31; 3; 213-232.
- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy*; 24; 4; 581-599.
- McDaniel, S. Doherty, W., Hepworth, J. (1992). *Medical family therapy: a bio-psycho-social approach to families with health problems*. New York: Basic Books.
- Nichols, P. M., Schwartz, C. R. (2005). *Family therapy: concepts and methods*. Allyn & Bacon. 7th Edition.
- Pinsof, W. (1995). *Integrative Problem-Centered Therapy: A Synthesis of Family, Individual, and Biological Therapies*. New York: Basic Books.
- Pinsof, W., Lebow, J.L. (2005). *Family Psychology: The Art of the Science*. Oxford University Press.
- Pocock, D. (2002). Sixth things worth understanding about psychoanalytical psychotherapy. *Journal of Family Therapy*; 28; 352-369.
- Rieger, Z., Vyhňáková, H. (2001). *Ostrov rodiny*. Hradec Králové: Konfrontace.
- Rivett, M. (2009). Family therapy finding room to wriggle and room to breathe in mental health contexts. *Journal of Family Therapy*; 31; 3; 211-212.
- Russel Crane, D. (2008). The cost-effectiveness of family therapy: a summary and progress report. *Journal of Family Therapy*; 30; 399-410.
- Sexton, T. L., Alexander, J. F., Mease A. L. (2004). Levels of evidence for models and mechanisms of change in couple and family therapy. In Lambert, M. *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavioral change*. Chichester: Wiley and Sons, 590-646. (6<sup>th</sup> edition).
- Sexton, T. L., Kinsler, J. C., Hanes, Ch. W. (2008). Beyond a single standard: levels of evidence approach for evaluating marriage and family therapy research and practice. *Journal of Family Therapy*; 30; 386-398.
- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: W. W. Norton.
- Stanbridge, I. R., Burbach, R. F., Leftwich, H. S. (2009). Establishing family inclusive acute inpatient mental health services: a staff training programme in Somerset. *Journal of Family Therapy*; 31; 3; 233-249.
- Skorunka, D. (2009). Family therapy and systemic practice; the essentials. <http://www.cfta-nfto.com/?page=whatis> , vyhledáno 12. 10. 2009.
- Stratton, P. (2005). Report on the evidence base of systemic family therapy. AFT 2005, <http://www.aft.org.uk/docs/Reportontheevidencebaseofsystemicfamilytherapy2005.doc>, vyhledáno 12.10.2009.
- Sydow, von K. (in press, 2009). The efficacy of systemic therapies with adult index patients. *Scientific event for EFTA-NFTO Chamber*, Leipzig, 12.06.2009.

Trapková, L., Chvála, V. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.

Wane, J., Larkin, M., Earl-Gray, M., Smith, H. (2009). Understanding the impact of an Assertive Outreach Team on couples caring for adult children with psychosis. *Journal of Family Therapy*; 31; 3; 284-309.

Whiffen, E. V. (2003). What can attachment theory offers marital and family therapists. In Johnson, M.S., Whiffen, E.V. (Eds.) *Attachment processes in couple and family therapy*. New York: The Guilford Press, 389-398.

*O autorovi:*

MUDr. David Skorunka, Ph.D. Psychiatr, psychoterapeut, rodinný terapeut. Působí jako odborný asistent na Ústavu sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové. Externě vyučuje na Fakultě sociálních studií MU

v Brně. Jako psychiatr a psychoterapeut pracuje v psychiatrické ambulanci v Rychnově nad Kněžnou. Je národním delegátem Společnosti pro rodinnou a systemickou terapii (SOFT) v Evropské asociaci rodinné terapie (EFTA), v letech 2004–2010 členem generálního výboru EFTA. Člen redakčních rad časopisů *Psychoterapie* a *Psychosom*. Pravidelně publikuje a také přednáší na odborných akcích doma i v zahraničí. Mezi jeho odborné zájmy patří aplikace rodinné terapie a systemické perspektivy v psychiatrii, psychosomatika, narativita v psychoterapii a medicíně.

*Došlo do redakce: 19. 10. 2009. Revidovaná verze 23. 3. 2010. K publikaci přijat 23. 3. 2010.*

## VÝCVIK V JUNGOVSKÉ PSYCHOTERAPII

Česká společnost pro analytickou psychologii – jungovskou psychoterapii (ČSAP) poskytující výcvikové programy v psychoterapii akreditované pro práci ve zdravotnictví, oznamuje, že v říjnu 2010 bude otevřen další čtyřletý kurz výcvikového programu orientovaného na analytickou psychoterapii.

Podmínkou přijetí do výcviku je zájem o jungovskou psychologii, vysokoškolské vzdělání (ukončené nebo před ukončením), základní orientace v oblasti psychoterapie.

Semináře budou probíhat paralelně v Brně a Praze.

Další informace o výcviku najdete na stránkách:

<http://www.csap-cz.eu>.

Přijímacího řízení je možno účastnit se buď 16. 6. 2010 v Brně (uzávěrka přihlášek je 31. 5. 2010) nebo 29. 9. 2010 v Praze (uzávěrka přihlášek je 15. 9. 2010).

Přihlášky a curriculum vitae pošlejte e-mailem na adresu [co-ordinator@email.cz](mailto:co-ordinator@email.cz). Po potvrzení přijetí přihlášky zašlete také rukou psaný neformální životopis na adresu ČSAP – Dykova 26, 636 00 Brno, na obálku napište heslo „přihláška 2010“.

## KOLIK JE NA SVĚTĚ PSYCHOTERAPIÍ?

Zbyněk Vybíral, Louis Castonguay, Ester Danelová, Radek Hodoval,  
Viktor Kulhavý, Romana Plchová, Helena Příbylová

### ABSTRAKT

Počet samostatně existujících a odbornou komunitou uznaných (*recognised*) psycho-terapeutických modelů se pohybuje mezi 200 a 250. Přestože v řadě zdrojů jsou uváděny počty vyšší. Důkladným monitorováním 1294 abstraktů a další stovky článků v předních psychotherapeutických časopisech, několika zásadních knih věnovaných současné psychotherapii i zohledněním situace v řadě zemí (Velká Británie) a v Evropské psychotherapeutické asociaci předkládáme soupis těch psychotherapeutických směrů, které jsou v textech, výzkumech, přehledech o psychotherapii i „politických“ seznamech samostatných modalit uváděny jako samostatná psychotherapie.

Dospěli jsme k tomu, že je potřebné třídit zvlášť ucelené směry a zvlášť techniky (oboje často nazývané jako terapie). Ani toto třídění se však neukazuje jako dostatečné, jak rozebíráme v diskusi.

*Klíčová slova:* přístup, model, technika, kritéria, seznam psychotherapií

### ABSTRACT

In our article we present the result of an attempt to generate a widely recognized list of psychotherapy modalities, based on criteria interconnecting recent research outcomes, practise-based evidence, relevant scientific literature, and guidelines of influential institutions in the field. At the beginning we mention various estimations of the sum of recognized psychotherapy approaches in diverse resources. Our study attempts to add a provisional list of them as a platform for further discussion with emphasizing the transparency of our criteria. Some of the criteria on the basis of which varied treatment modalities have been included are as follows: (1) The treatment has been recognized by the European Association for

Psychotherapy and/or influential bodies in significant EU countries like the UK; (2) The treatment is included in the list of *Empirically Supported Treatments*; (3) The approach has been mentioned in several influential publications in the field; (4) Articles focusing on the approach have been published in scientific journals, e.g. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* and others, taking into account approximately 1294 journal abstracts.

We predict some further steps in the field, particularly the need of giving some guidelines for establishing of clusters of therapies.

*Key words:* approach, model, technique, criteria, list of therapies

### ÚVOD

V průběhu práce na tomto článku jsme si mnohokrát položili otázku, k čemu je (nebo spíše bude) dobré vytvořit seznam všech uváděných psychotherapií v odborné literatuře za posledních 15 let? Psychotherapií, které vyjmenovávají a uznávají odborníci, autoři knih, výzkumníci, autoři článků, psychotherapeuti-praktici a organizace jako jsou např. Evropská psychotherapeutická asociace nebo Americká psychologická asociace? Předpokládáme, že takový seznam může a) zkorigovat nepřesně uváděné odhady počtu soudobých psychotherapií; b) doložit, které směry odborná komunita uznává. Psychotherapie, o nichž se v odborné literatuře nepíše a které profesionální organizace neuznávají, se ocitnou za hranicemi tohoto konsenzu. Při práci na našem seznamu jsme byli přesvědčeni (a jsme dosud), že takový seznam má cenu, i když je pouhým seřazením směrů, modelů a přístupů v psychotherapii. Prozatím bez ambice dále je třídit. Jak naznačíme v diskusi, toto třídění, jakož

i zpřesnění našeho prozatímního „prostého soupisu“, musí být další fází této práce.

### KOLIK SE V LITERATUŘE UVÁDÍ PSYCHOTERAPIÍ?

Počet psychotherapeutických přístupů, léčeb, metod, technik, postupů, nástrojů, škol, směrů, orientací, forem, modelů, systémů, modalit, oblastí, variant, typů, druhů, generací, tradic či rodin terapií<sup>1</sup> se v průběhu 20. století dramaticky rozšiřoval. Jak před patnácti lety uvedl Sol Garfield, v polovině 60. let minulého století existovalo zhruba přes 60 různých psychotherapeutických přístupů (*approaches*). V roce 1975 uvedl Národní institut pro duševní zdraví (NIMH) v USA, že existuje 125 forem psychotherapie. V roce 1980 editor Richie Herink v knize *The Psychotherapy Handbook – The A to Z Guide to More than 250 Therapies in Use Today* přinesl soupis více než 250 soudobých terapií. Ten sestavil přibližně ze tří stovek označení, jež našel v literatuře. 250 označení zůstalo poté, kdy vyloučil redundantní názvy (více viz Garfield, 1995). Alan Kazdin v roce 1986 hovoří o více než 400 variantách psychotherapie (Kazdin, 1986; převzato například in: Garfield, 1995; Lambert et al., 2004 a jinde). Podobný odhad lze najít u Prochasky a Norcross (1999). V literatuře však lze objevit i počty vyšší, např. 480 (Evans, Gilbert, 2005).

Pokud je nám známo, žádný z autorů nedoložil uváděné odhady psychotherapií jejich soupisem, který by deklaroval ambici

<sup>1</sup> Psychotherapeutické přístupy jsou označovány dvě desítkami termínů, a to: přístup, léčba, metoda, technika, postup, nástroj, škola, směr, orientace, forma, model, systém, modalita, oblast, varianta, typ, druh, generace, tradice či rodina terapií. Adekvátní názvy se užívají i v angličtině: *approach, treatment, method, technique, procedure, device, school, orientation, form, model, system, modality, range, domain, type, kind, variant, generation / family of therapies*. Jsou-li tyto termíny používány promiskue (a často jsou zaměňovány, střídány apod.) zčásti pak směřují „jabka a hrušky“. Viz dále v textu článku. Sám fakt promiskue používání dvou desítek substantiv pro označení „druhu“ psychotherapie zrcadlí neustálenou variabilitu označování v této oblasti.

být soupisem úplným. (Lze namítnout, že taková ambice je sama o sobě sporná, měla-li by vést k zafixování stávající situace.) Uvědomovali jsme si, že soupis psychotherapií, o nichž se píše v odborných zdrojích, musí být otevřený a měnitelný. Psychotherapie se časem proměňují: vznikají další přístupy, a naopak jiné začínají patřit minulosti, některé přístupy mění nebo zpřesňují své koncepce, s čímž většinou souvisí změna názvu apod.

Na příkladu Kazdinem uvedených 400 variant psychotherapií lze ukázat, jak se traduje informace nedostatečně ověřená. Údaj byl a je přebírán od Kazdina dodnes, a to i nejlivnějšími osobnostmi v soudobé psychotherapii. Podíváme-li se přitom do autorova článku z roku 1986, najdeme tento údaj pouze v poznámce pod čarou, z níž zjistíme, že A. Kazdin se zde odvolává na osobní sdělení T. B. Karasu z roku 1985 (Kazdin, 1986).

Profesor Toksoz Byram Karasu (narozený roku 1935 v Turecku) byl vedoucím Katedry psychiatrie a behaviorálních věd na Lékařské *College* Alberta Einsteina a v letech 1979 až 1982 řídil komisi, kterou ustavila Americká psychiatrická asociace a která měla za cíl rozebrat všechny dostupné terapie používané v **psychiatrii**. Komise je rozdělila na psychosociální a na somatické terapie. Výsledkem byla rozsáhlá dvojdílná publikace (Karasu, 1984).

Podstatnější je, že Kazdin se nezmínil o variantách psychotherapie, jak se poté začalo tradovat, ale odhadl – i díky Karasuovi – počet existujících technik (píše o „*the number of existing techniques*“). Z odhadovaného počtu čtyř set technik v psychotherapii se stalo „více než 400 variant psychotherapie“ a někdy „více než 400 psychotherapií“. To připomíná efekt tiché pošty. Podobné formulace navozují klamný dojem, že dnes už je tolik zcela samostatných psychotherapeutických „škol“. Ba po více než čtvrtstoletí ještě mnohem více. Ale tak tomu není.



NUTNOST ROZLIŠOVÁNÍ MEZI  
MODELY A TECHNIKAMI

Model psychoterapie je ucelený psychoterapeutický přístup či směr v psychoterapii, zpravidla se svou vlastní teorií osobnosti a teorií (zdůvodněním) změny. Součástí některých modelů jsou vypracované vhodné indikace. U většiny modelů psychoterapie je dnes popsán proces (to, k čemu v této psychoterapii dochází) a více než stovky modelů je také doložena – v různé míře – účinnost právě této terapie.

Terapeutická technika je naproti tomu dílčí postup, který se v tom či onom směru používá.

Uvádějí-li autoři v knihách a člancích vysoké odhady počtu psychoterapií, většinou nerozlišují mezi přístupy (školami, modely) a technikami. Zahrnováním dílčích technik tak soupisy psychoterapií pochopitelně bobtnají.

Někdy autoři explicitně uvedou, že odhadují-li přes 400 způsobů psychoterapie s tím, že jde o shrnutí obého, tedy jak o modely, tak o techniky, ze kterých je dnes možné si vybírat (Hubble et al., 1999).<sup>2)</sup>

Jestliže si psychoterapeuti uvědomují rozdíl mezi uceleným modelem psychoterapie a technikou, pak jsou uváděné počty samostatných psychoterapií nižší. V Lambertem editované knize *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* z roku 2004, tedy ve zdroji, který má pro psychoterapii zásadní význam, autoři uvádějí, že samostatných škol (přístupů, modelů) v psychoterapii lze najít přes 200, zatímco technik více než 400 (Lambert,

2004). Bruce Wampold píše o více než 250 odlišných přístupech (*distinct psychotherapeutic approaches*). Podle Wampolda jsou tyto přístupy popsány ve více než 10 tisíci knih (Wampold, 2001). L. Castonguay s L. Beutlerem (2006), kteří na tento počet směrů přiložili přísnější kritérium, píšou, že je dnes doloženo přes 150 různých terapeutických přístupů a modelů, jejichž účinnost je prokázána a které už mají své manuály i určení pro jisté skupiny pacientů.

V roce 2005 zmínili H. Levitt s R. Neimeyerem a D. Williamsem, že existuje několik set forem psychoterapie, ale jen 101 léčba je ve Spojených státech identifikována jako ta, která splňuje podmínky léčby empiricky podložené (*empirically supported treatments - EST*; Levitt, Neimeyer, Williams, 2005). Podmínky pro zařazení psychoterapie mezi EST lze najít u Timuláka (2005). Zužování přehledů soudobých psychoterapií pouze na seznamy EST a jejich upřednostňování bylo často kritizováno (viz např. Levitt, Neimeyer, Williams, 2005). Seznam EST jsme považovali pouze za část našeho soupisu.

Na základě studia literatury jsme předpokládali, že bude možno sestavit seznam obsahující přes 200 samostatných směrů v psychoterapii. Při sestavování seznamu jsme si museli stále klást otázku, kdy jde o autonomní soudobou psychoterapii a kdy pouze o několik „variant téhož“, tedy o varianty toho samého přístupu. (Věnujeme se tomu dále v diskusi.)

## ZDROJE SEZNAMU

Naším cílem bylo sepsat psychoterapie, které odborníci vyjmenovávají jako uznávané současné přístupy. Období, které jsme si stanovili jako „současnost“, jsme zúžili na posledních 15 let (1994–2009). Jsme si vědomi jisté libovolnosti této volby a toho, že by bylo možné kupř. abstrakta z vědeckých časopisů prohledat z jinak vymezeného období (např. za posledních deset let / dvacet let). Dospěli bychom vždy k témuž dilematu a závěru: to, čemu říkáme *současnost*, si stanovujeme do značné míry svévolně.

<sup>2)</sup> Jako vedlejší produkt při vytváření seznamu začal vznikat seznam metod, technik, psychoterapeutických intervencí a postupů. Hlavní terapeutické techniky a intervence přítomné v americké psychoterapii počátku 90. let minulého století a počátku našeho desetiletí jsou vyjmenovány ve dvou časopiseckých publikacích J. Norcrossa a jeho spolupracovníků (viz Norcross, Alford, DeMichele, 1992 a Norcross, Hedges, Prochaska, 2002) věnovaných „budoucnosti psychoterapie“. Norcross a spol. vyjmenovali celkem XY technik, k nimž jsme dodali dalších ZZ. Seznam 100 vybraných intervencí, technik a postupů najde čtenář v knize *Současná psychoterapie* (Vybíral, Roubal, 2010).

V prvním kroku jsme se rozhodli nalezené psychoterapie dále netřídit – a takto je také nabízíme čtenářům (viz níže). Do seznamu jsme nezařazovali stovky dílčích technik (např. progresivní svalová relaxace; nebo expozice in vivo – na rozdíl od „expozičních terapií“). To, že jde o celkovou a autonomní psychoterapii, která je dnes označována jako psychoterapie, bylo potřeba doložit tím, že se s tímto směrem setkáme v relevantních zdrojích. Stanovili jsme si tedy kritéria, na jejichž základě byly směry do seznamu zahrnuty.

Do Seznamu byl zahrnut kompletní přehled psychoterapeutických modalit uznávaných v Evropské psychoterapeutické asociaci – EAP (v říjnu 2009; viz: [www.europsyche.org](http://www.europsyche.org)) a modalit akceptovaných UKCP (pokud nebyly zahrnuty do seznamu EAP) ve Velké Británii – viz stránky United Kingdom Council for Psychotherapy – UKCP (<http://www.psychotherapy.org.uk>). Velkou Británií jsme zvolili jako jednu z „velkých“ zemí Evropy (s tím, že při pokračování naší práce se v budoucnu zaměříme i na další „velké“ země – Francii, Německo, Itálii, Španělsko, Polsko, oblast Skandinávie či na Ukrajinu a Rusku). Dále jsme, jak bylo zmíněno výše, zahrnuli EST – viz seznam *empirically supported treatments* vytvořený ve spolupráci s 12. sekcí Americké psychologické asociace, tedy se Společností klinické psychologie a dohledatelný na stránkách: <http://www.psychology.sunysb.edu/eklonksky-/division12/>.

V listopadu 2009 bylo těchto léčebných postupů uznáno šedesát. V tomto případě jsme ovšem nepřevzali „automaticky“ všechny položky seznamu EST.

V názvu příslušné léčby je na konci uvedena vždy i výzkumně doložená indikace, tedy např. „...pro panickou poruchu“ apod. V seznamu uvádíme bez indikace tam, kde se s názvem lze setkat v literatuře i bez tohoto dodatku, např.: Acceptance & Commitment Therapy. (Indikační dodatky si čtenář může dohledat na výše uvedených internetových stránkách.) Některé spe-

cifické EST jsme do seznamu nepřevzali, protože je považujeme jen za modifikaci KBT nebo behaviorální terapie v jasně určené indikaci. Je tomu tak např. u Behavioral and Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Low Back Pain. Protože v seznamu máme samostatně uvedeny jak Behavior Therapy, tak Cognitive Behavioral Therapy; neuvádíme již jako samostatnou jejich speciální indikaci. Jako psychoterapeutický směr jsme z tohoto seznamu nezahrnuli také Supported Employment for Schizophrenia. Tento způsob práce (léčení) považujeme *sui generis* jiný, nikoliv za psychoterapii.

Označení psychoterapií jsme vyhledávali jak ve vlivných knihách, tak v předních vědeckých časopisech. Bylo třeba vycházet jak z pramenů amerických, tak evropských, ale také mezinárodních.

Studenti předmětů „Základy a historie psychoterapie ve 20. století“ a „Současné psychoterapie“ vyučovaných v magisterském studiu na Katedře psychologie Fakulty sociálních studií MU pročetli v období od října 2008 do srpna 2009 1294 abstrakty ve vlivných časopisech. Z abstraktů a v řadě případů z textů článků vypsali, o kterých psychoterapiích se v příspěvku psalo. Pro tvorbu Seznamu jsme prošli:

- 665 abstraktů z časopisu *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* – od ročníku 1994 (3. číslo) po ročník 2008 (včetně);
- 150 abstraktů z časopisu *American Journal of Psychotherapy* – ročníky 2004 až 2008;
- 150 abstraktů z časopisu *Journal of Psychotherapy Integration* – ročníky 2005 až 2008;
- 138 abstraktů z časopisu *Psychotherapy Research* – ročníky 2007 až 2009 (do čísla 3);
- 71 abstrakt z *International Journal of Psychotherapy* – ročníky 1996 až 1999, a vybraná čísla z ročníků 2002 a 2006;
- 120 abstraktů z *Journal of Counseling Psychology* – ročníky 2007 až 2009.

Kromě těchto abstraktů jsme pročetli články také v dalších časopisech nebo v dalších ročnících zmíněných monitorovaných

časopisů. Monitorování se tedy neomezilo jen na abstrakty, pročteno bylo odhadem nejméně dalších 100 článků „v plném znění“. Další časopisy, které byly využity, uvádíme níže – viz index 3 (za přehledem psychoterapií).

Z knih přicházelo v úvahu na prvním místě extrahovat označení psychoterapií z díla editovaného M. Lambertem a vydaného v roce 2004: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (5<sup>th</sup> Ed.)*. Pro doplnění a kontrolu jsme zvolili další dva tituly: Castonguay, L. G., Beutler, L. E. (Eds.) (2006). *Principles of Therapeutic Change That Works*. New York: Oxford University Press. Corsini, R., Wedding, D. (2008). *Current Psychotherapies*. Belmont: Thomson Brooks/Cole (8. vydání)

Prozatím máme za to, že tyto knihy, nabízející impozantně široký přehled současných psychoterapií, reprezentují dostatečně americký přehled o soudobé psychoterapeutické scéně, o školách, přístupech a modelech. Bylo však potřeba myslet i na názvy psychoterapií zavedené v Evropě. Z evropských pramenů jsme zvolili Graweho knihu *Psychological Therapy* z roku 2004 a přihlédli ke knize Graweho, Donatievé a Bernauerové z roku 1994: *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*.

Jako pomocné knižní prameny byly využity další tituly – viz indexy 6 – 8 a 14 – 19 uvedené za seznamem.

Podrobně jsme studovali rovněž seznam terapeutických postupů, který si čtenář může vyhledat na internetové stránce [www.commonlanguagepsychotherapy.org](http://www.commonlanguagepsychotherapy.org). V listopadu 2009 bylo v tomto přehledu vytvořeno 72 slovníkových vizitek terapeutických postupů. Jde opět o příklad směsi modelů a technik – autoři užívají jednotné označení „postup“ (*procedure*); některé zde uvedené terapie jsme přiřadili do našeho seznamu, jiné však patří do seznamu technik (např. interpretace snů, využití protipřenosu apod.). V některých případech jsme postup pojmenovaný jako „terapie“ (např. *expressive writing therapy*) nezařadili, patřil by podle našeho názoru opět mezi techniky.

Zvláštní pozornost jsme věnovali směrům v rodinné terapii, krátkodobých psychoterapiích<sup>3)</sup>, v oblasti psychoterapie s dětmi a dospívajícími<sup>4)</sup> (viz indexy 8 – 10), dále jsme monitorovali současnou transakční analýzu (index 20) a situaci ještě v dalších, tentokrát německy mluvících zemích Evropy (Německo, Rakousko, Švýcarsko – viz index 21). Mohli jsme také vzít ohled na psychoterapie, jmenované některými spoluautory knihy *Současná psychoterapie* (editoři: Vybíral, Roubal, 2010), která vznikala souběžně s tímto seznamem.

Seznam obsahuje 227 současných psychoterapií. Považujeme ho i po roce a půl práce za prozatímní a provizorní. Už dnes víme, že bude širší, doplněný o další modely.<sup>5)</sup> Jednotlivé položky seznamu – označení psychoterapií – jsme ponechali v angličtině: tak byly z literatury a dalších zdrojů získány, takové názvy se používají. Překlad do češtiny by v některých případech zaváděl „prvopřeklad“ a v řadě případů by bylo potřeba diskutovat různé varianty českého ekvivalentu.<sup>6)</sup> Index

<sup>3</sup> Pozornost věnovaná krátkým či krátkodobým podobám různých psychoterapií (dynamické, rodinné, kognitivně behaviorální) je velmi zřetelná. Označení těchto psychoterapií začíná specifickými slovy: *time-limited, brief, short-term*. Nebylo vždy jednoznačné rozhodnout se, kdy psychoterapii uvedeme jako samostatnou.

<sup>4</sup> V oblasti psychoterapie s dětmi a dospívajícími s ADHD, s asociálním, pre-delinventním a delikventním chováním se používají některé speciální modely psychoterapie jako: Teaching Family Model; Physical Therapy; Parent (Management) Training; Multisystemic Therapy; Multidimensional Treatment Foster Care Model; Cognitive Problem-Solving Skills Training; Brief Strategic Family Therapy; Functional Family Therapy; Sensory Integration Therapy; Speech and Language Therapy. Rozšířena jsou i další označení.

<sup>5</sup> V současnosti již byla zahájena práce na „validizaci“ seznamu. Shromažďujeme řadu námětů k dalšímu doplnění. A především kritik a vodítek k jeho analýze a možnému jinému sestavení. <sup>5</sup> V současnosti již byla zahájena práce na „validizaci“ seznamu. Shromažďujeme řadu námětů k dalšímu doplnění. A především kritik a vodítek k jeho analýze a možnému jinému sestavení.

<sup>6</sup> Tuto práci si umíme představit, přenecháváme ji však někomu jinému.

u názvu vede čtenáře ke zdrojům, kde se lze s danou psychoterapií setkat.

#### CO S PŘÍLIŠ OBECNÝMI OZNAČENÍMI? (JEDEN PROBLÉM ÚVODEM)

Předtím, než seznam uvedeme a než se v diskusi zmíníme o některých potížích a „kontextech“ tvorby takového seznamu, uvedeme zde jeden problém „úvodem“. Jde o potíže s některými zavedenými, avšak příliš obecnými označeními druhů psychoterapie. Jako samostatné směry nenajde čtenář v seznamu některá označení, která se užívají a s nimiž se lze často setkat (uvádí je např. někteří autoři in: Lambert, 2004). Jde o označení: nedirektivní psychoterapie, individuální psychoterapie, dětská psychoterapie, adolescentní psychoterapie, párová terapie, manželská a rodinná terapie (= tam, kde se uvádějí společně; v angl. *marital and family therapy, marital/family therapy*), krátká terapie (*brief therapy*), osobní terapie (*personal therapy*). Pokud tato označení nebyla dále specifikována, nepovažujeme je za označení jednoho autonomního modelu psychoterapie. Taková obecná označení je potřeba upřesnit: např. v případě manželské terapie je významný rozdíl mezi tím, zda jde o behaviorální manželskou terapii nebo „na vhléd orientovanou...“ (*Insight-Oriented Marital Therapy*).

Toto vyloučení obecných označení však není ničím, co by bylo samo o sobě jednoznačné a dalo se snadno provést.

V našem seznamu zůstala například ustálená označení, nad nimiž se řada představitelů psychoterapie shodne, že jsou názvem pro samostatný model. Odlišně, než je výše zmíněno, jsme se rozhodli přistoupit k termínům: **skupinová psychoterapie, rodinná terapie a interpersonální psychoterapie**, které jsou dodnes chápány jako označení také směrů (kromě toho, že tyto termíny lze také použít pro označení uspořádání psychoterapie).

U skupinové psychoterapie bychom mohli právem namítnout totéž, co jsme uvedli

u manželské terapie. **Skupinová psychoterapie** je mnoha terapeuty považována především za „*setting*“, tj. uspořádání psychoterapie. Na druhou stranu jsme nemohli přehlédnout, že modalita „skupinová psychoterapie“ splnila několik kritérií, což nás vedlo k tomu, abychom ji zařadili jako samostatný druh léčby (především kvůli naplnění indexů 1 až 5). Dnes ji prostě řada autorů jmenuje rovněž jako samostatnou psychoterapii.

V případě rodinné terapie si dobře uvědomujeme, že je v podstatě od jejího vzniku zároveň možné sledovat jasnou diferenciaci do podtypů tohoto přístupu, a že je tedy dnes nutné specifikovat, o jakou podobu rodinné terapie se jedná. V seznamu jsme přesto ponechali i tento všeobecný termín „rodinná terapie“ – opět hlavně proto, že termín je mnohokrát používán pro vyznačení samostatné psychoterapie. Podobně jako u skupinové psychoterapie, tak i u rodinné terapie zde možná ještě silněji sehrává vliv i historie a tradice.

Interpersonální psychoterapie je zde zařazena – vedle „interpersonální terapie depresí“ – proto, že toto používané označení opět naplnilo některá kritéria pro samostatné zařazení.<sup>7)</sup>

Často se v literatuře setkáme s označením toho, jak je psychoterapie *uspořádána* (viz např.: individuální terapie, terapeutická komunita), nebo v jakém prostředí se usku-

<sup>7)</sup> Jak nás upozornil recenzent rukopisu, interpersonální terapie depresí rozšířila své indikace a užívá se již běžně v podobě „interpersonální terapie“. Termín „interpersonální psychoterapie“ je však starší, navazující na termín „interpersonální psychiatrie“, který zavedl H. S. Sullivan.

<sup>8)</sup> V těchto místech vyslovil recenzent rukopisu několik pochybností a otázek nad naším postupem. Chceme proto znovu zdůraznit, že posuzování toho, zda uvést psychoterapii jako samostatnou položku do soupisu soudobých psychoterapií, nebo naopak ji nezařadit (protože ji považujeme jen za variantu již zařazené položky), považujeme velmi často za diskutabilní. Právě proto předkládáme naši dosavadní práci k diskusi, právě proto jsme si vyžádali názory expertů a jsme otevřeni soupis současných psychoterapií měnit.

tečňuje (např. internetová terapie); může jít o označení toho, kde se provádí (*home based family therapy*) nebo pro koho je určena nebo „na koho“ *se aplikuje* (viz např.: kognitivně behaviorální terapie s dětmi, na klienta zaměřená psychoterapie s dětmi apod.).

Nezahrnuli jsme tedy do seznamu taková označení psychoterapií, kde je v názvu zpravidla prvním z přívlastků specifikováno např. jen zmíněné *uspořádání* – srov.: **individuální** analyticky orientovaná psychoterapie, **skupinová** kognitivní terapie apod. Zatímco analyticky orientovaná psychoterapie a kognitivní psychoterapie jsou samostatnými modalitami, výše uvedené specifikace jsme do seznamu jako samostatné psychoterapie nezahrnovali. Je nutné podotknout, že toto pravidlo nebylo možné dodržovat mechanicky. Záleželo na posouzení toho, zda a jak moc se ustálený název užívá pro speciální model psychoterapie, odlišný od toho, od něhož se osamostatnil. Jeden příklad takového osamostatnění: označení **skupinová** kognitivně behaviorální terapie si získalo v řadě citací postavení samostatné psychoterapie.

V mnoha případech rozhodování pro nás byla zásadní první pětice kritérií (viz indexy 1 až 5).

Podobně jsme řešili samostatné zařazení či nezařazení dnes velmi užívaných označení: **krátká** dynamická terapie, **krátká** kognitivně behaviorální terapie. Považujeme je za natolik autonomní a dnes se na ně tak často *distinktivně* odkazuje, že jsme je zařadili do seznamu – a to vedle širších názvů dynamická terapie, KBT apod.<sup>8)</sup>

#### SAMOSTATNÉ SOUDOBE PSYCHOTERAPEUTICKÉ SMĚRY Provizorní soupis (2010)

Acceptance & Commitment Therapy  
3) 4) 5) 12) 18)

Adlerian Psychotherapy<sup>3) 5) 11) 14)</sup>

Analytical Psychology (C.G. Jung)<sup>1) 3) 14)</sup>

Anger Management<sup>12)</sup>

Applied Relaxation<sup>4) 12)</sup>

Art therapy<sup>2) 5) 10) 14)</sup>

Assertive Community Treatment for Schizophrenia<sup>4)</sup>

Attachment-Based Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (Neborsky)

Attachment-based Psychoanalytic Psychotherapy<sup>13)</sup>

Attachment Narrative Therapy<sup>19)</sup>

Attachment – based family therapy<sup>19)</sup>

Autogenic Training<sup>1) 14)</sup>

Behavioral Activation<sup>3) 4) 5) 12)</sup>

Behaviour Therapy / Behavior modification therapy<sup>1) 3) 4) 5) 11) 10) 14)</sup>

Behavioral Couple Therapy (for Depression)<sup>4)</sup> (for alcohol use disorders)<sup>5)</sup>

Behavioral family systems therapy<sup>5)</sup>

Behavioral Family Therapy<sup>5)</sup>

Behavioral Marital Therapy<sup>5) 16)</sup>

Behavioral Systems Couple therapy<sup>5)</sup>

Behavioral-systemic family therapy<sup>5)</sup>

Bibliotherapy<sup>5)</sup>

Biodynamic Psychotherapy<sup>13)</sup>

Bioenergetic Analysis<sup>1) 2) 14)</sup>

Biofeedback\_Based Treatments for Insomnia<sup>4)</sup>

Biosynthesis<sup>1) 14)</sup>

Body Psychotherapy<sup>1) 13) 14)</sup> resp. Body oriented therapy<sup>5)</sup> / Psychodynamic Body Therapy<sup>3)</sup>

Brief (Psycho)Dynamic Psychotherapy<sup>3) 5) 14)</sup> / Brief Focal Psychodynamic Therapy<sup>5)</sup>

Brief Integrative Marital Therapy<sup>19)</sup>

Brief Relational Therapy<sup>3)</sup>

Brief (Strategic) Family Therapy<sup>3) 10) 16)</sup>

Christian Therapy<sup>3)</sup>

Client/person-centered psychotherapy<sup>1) 3) 5) 11) 13)</sup>

Cognitive Therapy<sup>3) 4) 5)</sup> (Beckian)<sup>11)</sup>

Cognitive Adaptation Training for Schizophrenia<sup>4)</sup>

Cognitive Analytic Therapy<sup>2) 3) 5) 8) 13)</sup>

Cognitive Behavioral Therapy <sup>3) 5) 10) 11)</sup>  
 Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (for Depression) <sup>4) 5)</sup>  
 Cognitive-Constructivist Psychotherapy <sup>18)</sup>  
 Cognitive Hypnotherapy <sup>3)</sup>  
 Cognitive Narrative Psychotherapy <sup>3)</sup>  
 Cognitive Problem-Solving Skills Training <sup>10)</sup>  
 Cognitive Processing Therapy <sup>3) 4) 5)</sup>  
 Collaborative Therapy / Collaborative Language System Therapy (Approach) <sup>9)</sup>  
 Communicative Psychotherapy <sup>1) 14)</sup>  
 Community Reinforcement Approach <sup>5) 12)</sup>  
 Compassion (Focused) Therapy / Compassionate Mind Training <sup>3)</sup>  
 Concentrative Movement Therapy <sup>14)</sup>  
 Conjoint Therapy <sup>3) 9)</sup> / Conjoint Couple and Family Therapy <sup>3) 16)</sup>  
 Constructivist therapy <sup>3) 14)</sup>  
 Constructivist narrative family therapy <sup>5)</sup>  
 Core Process Psychotherapy <sup>13)</sup>  
 Creative Therapy <sup>5) 14)</sup>  
 Cue Exposure Therapy <sup>5)</sup>  
 Cuento Therapy <sup>3) 5)</sup>  
 Culture-sensitive (multicultural, cross-cultural, intercultural) therapy <sup>5) 6) 11) 13) 14)</sup>  
 Dance therapy <sup>2) 14)</sup>  
 Danger ideation reduction therapy <sup>12)</sup>  
 Daseinsanalysis <sup>2) 3) 14)</sup>  
 Dialectical behavior therapy <sup>3) 4) 5) 12)</sup>  
 Dialogical Gestalt Therapy / Gestalt/dialogical Psychotherapy <sup>5) 13)</sup>  
 Dialogical Psychotherapy <sup>3)</sup>  
 Diversified Task-Oriented Psychotherapy <sup>3)</sup>  
 Dramatherapy <sup>14)</sup>  
 Dynamic Group psychotherapy <sup>1) 14)</sup>  
 Dynamic eclectic therapy <sup>5)</sup>  
 Eclectic Therapy <sup>3) 5) 14)</sup>  
 Educational Psychotherapy <sup>13) 14)</sup>  
 Emotion-Focused therapy / Emotionally

Focused Therapy <sup>3) 4) 5)</sup>  
 Emotionally Focused Family (Couple) Therapy <sup>7)</sup>  
 Encounter groups <sup>2) 3)</sup> / Healing through encounter <sup>16)</sup>  
 Erickson Hypnosis <sup>14)</sup>  
 Existential Analysis <sup>1) 13) 14)</sup>  
 Existential Therapy / Existential Psychotherapy <sup>3) 5) 11)</sup>  
 Experiential (Group) Therapy <sup>3) 5) 11)</sup>  
 Experiential Constructivist Therapies <sup>13)</sup>  
 Exposure and Response Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder <sup>4)</sup>  
 Exposure therapies <sup>4) 5) 11) 14)</sup>  
 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) <sup>3) 4) 5) 11) 13) 14) 18)</sup>  
 Family Therapy <sup>3) 5) 10) 14)</sup>  
 Family-Based Treatment for Anorexia Nervosa / for Bulimia Nervosa <sup>4)</sup>  
 Family Focused Therapy for Bipolar Disorder <sup>4)</sup>  
 Family-network therapy <sup>5)</sup>  
 Family Psychoeducation for Schizophrenia <sup>4)</sup>  
 Family systems therapy <sup>3) 5) 11)</sup>  
 Feminist process experiential therapy <sup>5)</sup>  
 Feminist Therapy <sup>5) 6) 11)</sup>  
 Focusing oriented psychotherapy <sup>3) 5) 14)</sup>  
 Functional analytic psychotherapy <sup>3)</sup>  
 Functional family therapy <sup>3) 5) 10)</sup>  
 Generic family therapy <sup>5)</sup>  
 Gestalt Therapy <sup>1) 2) 3) 5) 11)</sup>  
 Gestalttheoretical Psychotherapy <sup>1) 14)</sup>  
 Grief Therapy <sup>5)</sup>  
 Group Analytic Family Therapy <sup>14)</sup>  
 Group Cognitive-behavioral Therapy <sup>3)</sup>  
 Group Experiential Psychotherapy <sup>3)</sup>  
 Group Analysis <sup>13)</sup>  
 Group Psychoanalysis <sup>1) 3) 14)</sup>  
 Group Psychodynamic-interpersonal Psychotherapy <sup>3)</sup>  
 Group Psychotherapy / Group Therapy <sup>1) 3) 5) 10) 14)</sup>

Hakomi <sup>14)</sup>  
 Healthy-Weight Program for Bulimia Nervosa <sup>4)</sup>  
 Humanistic therapy <sup>3) 5) 11) 14)</sup>  
 Hypno Psychotherapy <sup>1) 3) 5) 14)</sup>  
 Hypnosis <sup>3) 5) 14)</sup>  
 Illness Management and Recovery for Schizophrenia <sup>4)</sup>  
 Imago Relationship Therapy <sup>12)</sup>  
 Implosive therapy <sup>5) 11)</sup>  
 Individual Psychology <sup>1) 3) 14)</sup>  
 Insight-oriented marital therapy <sup>3) 5)</sup>  
 Integrated Behavioral Couple Therapy <sup>5)</sup>  
 Integrated Psychological Therapy <sup>3) 5)</sup>  
 Integrated Psychotherapy <sup>19)</sup>  
 Integrated Systemic Therapy <sup>3) 5)</sup>  
 Integrative Cognitive Therapy <sup>3)</sup>  
 Integrative Gestalttherapy <sup>1)</sup>  
 Integrative Problem-Centred Therapy – <sup>19)</sup>  
 Integrative Psychotherapy <sup>1) 3) 5) 11)</sup>  
 Integrative Transactional Analysis <sup>20)</sup>  
 Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy (Malan) <sup>8)</sup>  
 Interpersonal Group Psychotherapy (IGP) <sup>5)</sup>  
 Interpersonal Psychoanalysis <sup>3) 5)</sup>  
 Interpersonal Psychotherapy <sup>2) 3) 4) 5) 11)</sup>  
 Interpersonal Therapy for Depression <sup>4) 8)</sup>  
 Interpersonal, developmental and existential therapy <sup>8)</sup>  
 Interpersonal and social rhythm / Interpersonal Social Rhythms therapy <sup>4) 5)</sup>  
 Jungian <sup>11)</sup>/ Jungian Analysis <sup>11) 13)</sup>  
 Just Therapy <sup>19)</sup>  
 Katathym Imaginative Psychotherapy <sup>1) 2)</sup>  
 Konzentrative Bewegungstherapie <sup>21)</sup>  
 Lacanian Psychoanalysis <sup>14)</sup>  
 Logotherapy <sup>1) 3)</sup>  
 Male-sensitive therapy <sup>11)</sup>  
 Manual-assisted cognitive therapy (MACT) <sup>5)</sup>  
 Mentalization Based Treatment <sup>3) 5)</sup>

Metacognitive therapy <sup>12)</sup>  
 Mindfulness-Based Cognitive Therapy <sup>3) 5)</sup>  
 Morita Therapy <sup>12)</sup>  
 Motivational interviewing <sup>11)</sup>  
 Motivational Enhancement Therapies <sup>5)</sup>  
 Multidimensional Family Therapy <sup>3)</sup>  
 Multidimensional Treatment Foster Care Model <sup>10)</sup>  
 Multimodal Approach <sup>1) 5) 18)</sup>  
 Multiple family (group) therapy <sup>5) 16)</sup>  
 Multisystemic Therapy <sup>5) 10)</sup>  
 Music Therapy <sup>2)</sup>  
 Narrative (Psycho)therapy <sup>3) 9) 11)</sup>  
 Neuro-Linguistic Psychotherapy <sup>1) 13) 16)</sup>  
 Network Therapy <sup>16)</sup>  
 Nidotherapy <sup>12)</sup>  
 Occupational Therapy <sup>5) 10)</sup>  
 Panic Control Therapy <sup>3)</sup>/ Panic Control Treatment <sup>17)</sup>  
 Paradoxical Intention for Insomnia <sup>4)</sup>  
 Parent (Management) Training <sup>10)</sup>  
 Pesso Boyden System Psychotherapy <sup>19)</sup>  
 Physical Therapy <sup>10)</sup>  
 Play Therapy <sup>5) 10) 16)</sup>  
 Pluralistic Couples Therapy <sup>19)</sup>  
 Positive Psychotherapy <sup>1)</sup>  
 Prescriptive Therapy / Systematic Treatment Selection <sup>17)</sup>  
 Primal (Psycho) therapy <sup>5) 13)</sup>  
 Problem-Solving Therapy <sup>4) 5) 9)</sup>  
 Process-Experiential (Psycho) therapy <sup>3) 5) 18)</sup>  
 Process Work / Process Oriented Psychotherapy <sup>13) 19)</sup>  
 Prolonged Exposure for Post-Traumatic Stress Disorder <sup>4)</sup>  
 Psychoanalysis <sup>1) 5) 11)</sup>  
 Psychoanalytic Psychotherapy <sup>3) 13)</sup> / Psychoanalytic Therapy <sup>4)</sup>/ Psychoanalytically oriented psychotherapy <sup>5)</sup>  
 Psychodrama <sup>1) 2) 5) 13)</sup>  
 Psychodynamic (Psycho)therapy <sup>1), 3)</sup>

<sup>5),11)</sup> / Psychodynamically oriented psychotherapy <sup>5)</sup> / Dynamic (Psycho)therapy <sup>5)</sup>

Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie <sup>21)</sup>

Psychodynamic Interpersonal Therapy <sup>5) 15)</sup> resp. Brief Psychodynamic Interpersonal Therapy <sup>3) 5)</sup>

Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients <sup>3)</sup>

Psychological Debriefing for Post-Traumatic Stress Disorder <sup>4)</sup>

Psycho-Organic Analysis <sup>1)</sup>

Psychosynthesis <sup>1) 13)</sup>

Rational Emotive Therapy <sup>5)</sup>

Rational Emotive Behavior Therapy <sup>3) 11) 13)</sup>

Reality Therapy <sup>5) 11)</sup>

Redecision Therapy <sup>3)</sup>

Reinforcement Therapy / Community

Reinforcement Therapy <sup>3) 7)</sup>

Relational Psychoanalysis <sup>13)</sup>

Relationship Enhancement <sup>7)</sup>

Relationship Management Psychotherapy <sup>15)</sup>

Relaxation Training for Insomnia <sup>4)</sup>

Reminiscence Therapy / Life Review Therapy <sup>4) 5) 12)</sup>

Sand Play Therapy <sup>14)</sup>

Satiterapie <sup>19)</sup>

Schema Therapy <sup>3)</sup> / Schema-focused (cognitive) Therapy <sup>4) 5)</sup>

Self-Management / Self-Control Therapy for Depression <sup>4)</sup>

Self-System Therapy for Depression <sup>4)</sup>

Sensory Integration Therapy <sup>10)</sup>

Sex Therapy <sup>3) 5)</sup>

Sexual and Relationship Therapy <sup>13)</sup>

Short-term anxiety-provoking psychotherapy <sup>3) 5)</sup>

Short-Term Psychodynamic Therapy for Depression <sup>4)</sup>

Sleep Restriction Therapy for Insomnia <sup>4)</sup>

Social Learning/Token Economy Programs for Schizophrenia <sup>4)</sup>

Social Skills Training <sup>3) 4)</sup>

Solution focused brief therapy <sup>5) 11)</sup>

Solution focused brief therapy <sup>5)</sup>

Somatic Trauma Therapy <sup>13)</sup>

Speech and Language Therapy <sup>10)</sup>

Stimulus Control Therapy for Insomnia <sup>4)</sup>

Strategic Family Therapy <sup>16)</sup> / Structural/Strategic Family Therapy <sup>5) 14)</sup>

Stress response system (Horowitz) <sup>8)</sup>

Structural family therapy <sup>5) 16)</sup>

Structural systemic therapy <sup>5)</sup>

Supportive Psychotherapy <sup>15)</sup> / Nondirective Supportive Therapy <sup>5)</sup>

Supportive Analytic Therapy <sup>15)</sup>

Supportive-expressive therapy <sup>3) 5)</sup>

Systematic Care for Bipolar Disorder <sup>4)</sup>

Systemic Familytherapy <sup>1)</sup>

Systemic Therapy <sup>15)</sup>

System-Oriented individual psychotherapy <sup>3)</sup>

Tara Rokpa Therapy <sup>13)</sup>

Time-limited dynamic psychotherapy <sup>5)</sup>

Teaching Family Model <sup>3)</sup>

Technical eclecticism <sup>11)</sup>

Testimony Psychotherapy <sup>3)</sup>

Therapeutic Community <sup>14) 15)</sup>

Transactional Analysis <sup>1) 2) 5) 11) 13)</sup>

Transference-focused Psychotherapy <sup>3) 4) 5)</sup>

Transpersonal Psychology / Psychotherapy <sup>13)</sup>

Transtheoretical Therapy <sup>6) 11) 18)</sup> / Multi-theoretical Psychotherapy

Twelve Step Facilitation Therapy <sup>5)</sup>

Ubuntu therapy <sup>3)</sup>

Well-being Therapy <sup>12)</sup>

### Vysvětlivky indexů:

(Index za názvem směru odkazuje na zdroj, v němž je psychotherapeutický směr zmiňován jako samostatný.)

1 Modality uznané v Evropské asociaci pro psychoterapii – stav v říjnu 2009.



2 Jako samostatný směr uvádějí Grawe, Donatiová a Bernaucrová (1994) a Grawe (2004).

3 Články věnované výzkumu v daném směru nebo danému přístupu lze najít v předních časopisech, např. v *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*; *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; *Psychotherapy Research*; *American Journal of Psychotherapy*; *Journal of Psychotherapy Integration*; *Journal of Contemporary Psychotherapy*; *International Journal of Psychotherapy*; *Journal of Humanistic Psychology*; *Journal of Clinical Psychology* aj.

a/nebo v psychiatrických časopisech jako *American Journal of Psychiatry*; *European Psychiatry*; *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*; *Archives of General Psychiatry*; *Advances in Psychiatric Treatment*; *Acta Psychiatrica Scandinavica*; *The Journal of Nervous and Mental Diseases*; *Schizophrenia Bulletin* aj.

4 Přístup je uveden v seznamu *empirically supported treatments* (EST)

5 Psychoterapii uvádějí autoři momentálně nejlivnějších amerických knih editovaných Lambertem (2004), Castonguayem a Beutlerem (2006) a Corsinim a Weddingem (2008) – názvy knih viz výše v textu.

6 Jako samostatnou psychoterapii uvádějí: Prochaska, J., Norcross, J. (1999). *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada.

7 Uvádějí: Cain, D. J., Seeman, J. (Eds.). (2002/2007). *Humanistická psychoterapie: Příručka pro výzkum a praxi*. Praha: Triton. 1. a 2. díl.

8 Jako samostatná psychoterapie uvedena v knize: Coren, A. (2001). *Short-Term Psychotherapy. A Psychodynamic Approach*. Basingstoke: Palgrave. Dále v článcích v *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, posléze *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, který vycházel do roku 2000.

9 O směru se píše v časopisech pro rodinnou terapii, např. ve: *Family Process*; *Journal of Family Psychotherapy*, *The Family Journal*.

10 Tento model terapie je zaveden v oblasti psychoterapie dětí a dospívajících, dětí s ADHD, dětí s mentální retardací apod. – uvedeno např. na stránkách APA <http://ucoll.fdu.edu/apa/> (Child and Adolescent Mental Health Consumer Website) v lednu 2009.

11 Uvedeno v přehledech: Norcross, J. C., Alford, B. A., & DeMichele, J. T. (1992) a/nebo Norcross, John C.; Hedges, Melissa; Prochaska, James O. (2002).

12 Terapie je zahrnuta v seznamu [www.commonlanguagepsychotherapy.org](http://www.commonlanguagepsychotherapy.org).

13 Modalita akceptovaná UKCP, resp. název užívaný ve Velké Británii – viz stránky UKCP: United Kingdom Council for Psychotherapy (<http://www.psychotherapy.org.uk>)

14 Uvedeno v knize: Pritz, A. (Ed.) (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vinna: Facultas.

15 Uvedeno v knize: Holmes, J., Bateman, A. (2002). *Integration in Psychotherapy. Models and Methods*. Oxford: Oxford University Press.

16 Uvedeno v knize: Simon, F. B., Stierlin, H. (1995). *Slovník rodinné terapie*. Hradec Králové: Konfrontace.

17 Terapie je samostatně probrána v knize L. Timuláka *Research in Psychotherapy and Counselling* (Sage, 2008).

18 Uvedeno v knize: Sommers-Flanagan, J., Sommers-Flanagan, R. (2004). *Counseling and Psychotherapy. Theories in Context and Practice*. Hoboken, NJ: John Wiley.

19 O psychoterapii píše autoři v některé z kapitol knihy: Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.) (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.

20 Přístup je rozšířen v komunitě transakčních analytiků.

21 Psychoterapie rozšířená v Německu, Rakousku a Švýcarsku.

## DISKUSE

Jsmo přesvědčeni o tom, že nad seznamem soudobých psychoterapií, nad kritérii, která jsme zvolili a nad zdroji, z nichž jsme směry vybírali, je především nutné diskutovat. Uvědomujeme si, že možnými tématy pro diskuse jsou:

1. Je možné – a pokud ano, tak jakým způsobem – vytvářet podobný seznam za situace, že se mnohé psychoterapie překrývají a propustují?
2. Jak (a zda je nutné) dále třídit „prostý“ soupis psychoterapií – např. tím, že položky rozdělíme do několika rovin abstrakce?
3. Na základě čeho (a zda) rozlišovat mezi „základním“, samostatným psychoterapeutickým přístupem a jeho variantami?

4. Které terapie jsme do seznamu nezařadili – a proč?

5. Jakými způsoby můžeme zvýšit validitu a vážnost seznamu?

6. Jak vážně brát seznamy psychoterapií, které můžeme najít na internetu?

7. Na základě jakých kritérií můžeme (máme?) dělit psychoterapie na ty, které jsou uznávané odborníky, akceptované odbornou literaturou – a na ty, které odborníci označují za alternativní (*fringe, bogus*)?

## JAK ŘEŠIT PŘEKRÝVÁNÍ PSYCHOTERAPIÍ?

Vzhledem ke zvoleným kritériím jsme respektovali, že se v různých kontextech používají varianty názvů, za nimiž se mohou skrývat i difference mezi psychoterapiemi. Např. označení skupinová analýza (*Group Analysis*) se používá ve Velké Británii, zatímco v kontinentální Evropě a Americe je rozšířeno označení skupinová psychoanalýza (*Group Psychoanalysis*).

To, že v psychoterapii schází společný jazyk, vede mimo jiné k tomu, že psychoterapeuti označují různými termíny tu samou práci. Jejich jiné termíny pro totéž mají svou oporu v odlišných teoriích. V tomto dnes již nepřehledném terminologickém „terénu“ může samozřejmě docházet i k opaku – jeden a týž termín se někdy používá v různých školách psychoterapie pro označení něčeho jiného. Právě na toto upozornili členové mezinárodní pracovní skupiny, která před časem vznikla z iniciativy některých reprezentantů severoamerické Asociace behaviorální a kognitivní terapie (ABCT) a Evropské asociace behaviorální a kognitivní terapie (EABT). Jejich cílem je vytvořit soupis stále se rozšiřujícího počtu psychoterapeutických postupů. Výsledky jejich práce lze najít na webových stránkách viz: <http://www.commonlanguagepsychotherapy.org>

Jak jsme uvedli výše, v listopadu 2009 obsahovaly stránky soupis 280 postupů, z nichž k 72 již bylo vytvořeno heslo a od-

souhlasen přístup k němu. Postup je ve vytvářeném soupisu vysvětlen „společným jazykem“.

V případě řady hesel jde o vizitky ucelených terapií (např. dialekticko behaviorální terapie), v mnoha případech však jde o popis dílčích technik (experiment, interpretace snů, využívání protipřenosu apod.).

Nás může zajímat, že při tvorbě tohoto seznamu postupů (*procedures*) bylo explicitně vyčleněno 26 „kombinací postupů“, které mezi téměř tři stovky psychoterapeutických postupů autoři nezahrnuli. Tyto kombinace jsou buďto integrativními modely v psychoterapii (a nikoliv postupy) nebo příliš obecnou kategorií (z vyšší roviny abstrahování).

Příklady integrativních označení z vyšší roviny abstrahování: kognitivně analytická terapie, kognitivně experienciální terapie, kognitivní terapie, behaviorální terapie.

Příklady příliš obecných označení psychoterapie: párová terapie, skupinová terapie, rodinná terapie, manželská terapie, systémová terapie, terapie systémů; direktivní terapie, krátkodobá terapie, sex-terapie.

Příklady označení rámcového „aranžmá“: poradenství, krizová intervence, ko-terapie, terapie využívající e-mail.

V našem seznamu jsme ponechali např. **biblioterapii** nebo **multimodální přístup**, a to proto, že naplňovaly kritéria, která jsme pro zařazení směru do seznamu zvolili – především z hlediska základních indexů 1 až 5. Naše zařazení psychoterapií jako je **hypnóza** nebo **skupinová analýza** (a jejich vyčlenění z terapeutických postupů tvůrci hesláře) je dobrou ukázkou toho, že se v našem „pouhém seřazení“ setkávají nižší a vyšší rovina abstrakce v uvažování o soudobých psychoterapiích (viz ještě dále).

#### „ZÁKLADNÍ“ PŘÍSTUP A JEHO VARIANTY?

Obtížné je rozhodnout se v oblasti kognitivně behaviorální terapie (dále KBT), kde jde jen varianty základní psychote-

rapeutické orientace. Jedna z forem KBT je již tak často uváděna jako samostatný psychotherapeutický přístup, že jsme ji zařadili do seznamu samostatně – jde o léčbu zvládnutí paniky (*Panic Control Treatment*). Jiné varianty však – dle našeho názoru – zůstávají především aplikacemi KBT v různém „settingu“ terapie. Za takovéto aplikace pokládáme například: kognitivně behaviorální párovou terapii (*Cognitive behavioral couple therapy*), kognitivně behaviorální skupinovou terapii (*Cognitive behavioral group therapy* – CBGT), kognitivně behaviorální manželskou terapii (*Cognitive behavioral marital therapy* – CBMT) a kognitivně behaviorální sex-terapii (*Cognitive behavioral sex therapy*), kognitivně behaviorální terapii prováděnou za přítomnosti partnera (*Partner assisted cognitive behavioral therapy*). Všechny tato speciální označení najdeme např. in Lambert et al. (2004). Z určitého úhlu pohledu bylo možno už i tyto specifikace KBT považovat za samostatné přístupy.

Například CBGT aplikovaná pro sociální fobie má svůj manuál, vědecké výzkumy a publikace. Mohli bychom ji proto postavit na roveň např. zmíněné léčbě zvládnutí paniky. Přesto jsme se zatím rozhodli tento další počet variant KBT „nepřesouvat“ do vyšší roviny abstrakce – a tedy nezařazovat tyto varianty jako samostatné položky v soupisu. Skupinová KBT je v seznamu zahrnuta již pod jiným názvem (*Group Cognitive-behavioral Therapy*) a CBGT tedy prozatím považujeme jen za variantu tohoto názvu. Vyčkáme na expertízy oslovených psychotherapeutů.

Obezřetně a případ od případu jsme posuzovali varianty názvů, kdy k základnímu označení psychotherapeutického přístupu může přibývat až několik dalších specifikujících adjektiv (např. rodinná, párová), vyjadřujících většinou to, pro koho nebo s kým se daný přístup používá.

Příklad:

Do Seznamu jsme zařadili *Emotionally Focused Therapy*. Vedle toho samostatně i *Emo-*

*tionally Focused Family (Couple) Therapy*. V části odborné literatury se o této variantě píše zcela autonomně.

Na rozdíl od toho jsme při posouzení variant *Play Therapy* zůstali u uvedení pouze tohoto základního označení; ale neosamostatnili jsme názvy *Family Play Therapy* nebo *Intergenerational Play Therapy*, které podle nás jen specifikují aranžmá a indikaci. (Oba názvy lze najít v: Lambert, 2004.)

#### ZAŘADIT – NEZAŘADIT?

Sporným se bude možná některým posuzovatelům jevit zařazení **primální terapie**. Jde o přístup vycházející z modelu Arthura Janova a dodnes uznávající mnohé z jeho „teorie“ patogeneze i jeho radikální intervence. Zařazení do seznamu je však opodstatněno uznáním této psychoterapie ve Velké Británii vlivnou radou pro psychoterapii (UKCP). V českém kontextu tuto psychoterapii zmiňuje např. Vymětal (2004). Kombinace těchto dvou kritérií byla dostatečná pro zařazení do seznamu existujících soudobých škol, jakkoliv proti této psychoterapii máme odborné výhrady takového rázu, že by podle našeho mínění patřila spíše do seznamu alternativních metod (srov. Vybíral, 2007).

Jsme si vědomi, že některé přístupy, zařazené do seznamu, jsou v mnoha kritických textech psychologů, psychiatrů a psychoterapeutů zpochybňovány a kritizovány – např. pro nedostatek předložených a důkladně ověřených studií o jejich účinnosti. To je příklad mj. EMDR (Deville, 2002). Také tato psychoterapie však splnila námi stanovená kritéria pro zařazení do seznamu. Jiným příkladem zpochybňované psychoterapie je dnes NLP. Jde o samostatnou psychoterapii uznanou jak EAP, tak UKCP. Také zde víme o tom, že NLP je napadána pro nevědeckost. Širší kritický kontext – viz: Lilienfeld, Lynn, Lohr (2003), Lilienfeld (2007) nebo Castonguay et al. (2010).

#### DŮVODY PRO NEZAŘAZENÍ

Uvedme zde několik forem psychoterapie, které jsme do Seznamu nezařadili. Spíše za

techniku, než samostatný směr považujeme **biofeedback**. V některých zdrojích se objevil mezi samostatnými přístupy (Pritz, 2002), ale především ve vědeckých časopisech tomu tak nebylo. Zde byl biofeedback většinou deklarován jako technika používaná při behaviorální psychoterapii, a to u jasně stanovené indikace (*Biofeedback-Based Behavioral Treatment for...*). Při zařazení biofeedbacku mezi techniky jsme postupovali také v souladu s psychoterapeuty „kolem“ Johna Norcrossse a Jamese Prochasky – viz: Norcross, Alford, DeMichele (1992), Norcross, Hedges, Prochaska (2002).

Jak se postavit k názvům přístupů, které obsahují jméno původce či zakladatele? V internetovém seznamu LAIRC (<http://www.lairc.com/therapy.html#a>) najdeme vyjmenovány např. tyto psychoterapie: freudiánská terapie, neofreudiánská terapie, jungiánská analýza, kleiniánská terapie, ran-kovská psychoterapie, reichiánská terapie, neo-reichiánské instruování, rogeriánská terapie. Tato a některá další, podobná označení psychoterapií se také hovorově používají.

Tato označení ovšem nemají oporu v odborné literatuře. Žádné z těchto označení nenaplnilo naše kritéria. I zde jsme uplatnili výjimky, a to v případech jungiánské analýzy a lacanovské psychoanalýzy. Tato označení dnes zcela autonomních směrů v psychoterapii se vžila natolik, že jsou součástí odborné terminologie.

#### JEDNA Z MOTIVACÍ KE TVORBĚ SEZNAMU

Jednou z motivací k naší práci se stalo rozšiřování „seznamů psychoterapií“, které lze najít na internetu. Serióznost těchto seznamů je sporná; přesto jsou nabízeny jako informační zdroje o soudobé psychoterapii.

Nejčastěji lze najít seznamy, které směřují dvě i více rovin abstrakce a v nichž se nerozlišuje, zda jde o dílčí terapeutickou techniku, nebo o ucelený směr. Velmi často jsou na internetu smíšený (nivelizovány) psycho-terapeutické přístupy odborně akceptované s přístupy neakceptovanými. Psychoterapie

je dokonce směřována s „ne-psychotherapií“. Příkladem takového seznamu je např. tzv. soupis psychotherapií, který lze najít na stránkách LAIRC. Soupis, který zde najdeme, je opatřen názvem „Therapy Choices“ (tedy Terapie na výběr) a je uveden s tím, že vznikl jako výsledek výzkumu toho, jaké techniky, metody, systémy a přístupy psychotherapeuti používají.

V seznamu LAIRC najdeme způsoby pomoci, které se dnes nepovažují za psychotherapii, ale jsou samostatnou (jinou) oblastí pomoci či alternativní léčby (akupunktura, akupresura, aikido, čínská medicína). Jsou zde zařazeny – z hlediska seznamu psychotherapeutických přístupů nesmyslně – např. chemoterapie, grafologie, psychometrie, psychobiologie nebo sociometrie. Dalším neduhem, který si můžeme uvědomit na tomto příkladu, jsou obecná označení typu: dětské poradenství, manželské poradenství, somatická terapie. Autoři sem zahrnují i kineziologii, reichiánskou terapii nebo „aqua-energetics“.

Bizarnost seznamu LAIRC dokresluje jeden fakt. Internetový vyhledávač google u zařazené metody „bodygramming“ našel na internetu jen jediný výskyt tohoto termínu, a to právě v daném seznamu.

Seznam LAIRC posloužil jako „odstraňující příklad“ nivelizace nejrůznějších oblastí do jedné roviny „terapií na výběr“. A napomohl rozhodnutí vypracovat rovněž seznam přístupů, které nejsou vědeckou komunitou akceptovány, a přesto je buď jejich představitelé, příznivci nebo tvůrci podobných (obskurních) seznamů nazývají psychotherapií.

#### POKRAČOVÁNÍ VE VÝZKUMU

##### JAK DÁLE TRÝDIT SEZNAM PSYCHOTERAPIÍ?

Dalším krokem našeho výzkumu a systematizace v oblasti psychotherapeutických modalit, směrů a přístupů bude návrh jejich hierarchického seřazení. Předpokládáme minimálně tři roviny budoucího hierarchického uspořádání. Na konferenci v Bolzanu v říjnu 2009 prezentoval první autor tohoto článku

roviny nazvané „model – přístupy – techniky (model – approaches – techniques):

- Model v psychotherapii: KBT
- Přístupy:
  - Kognitivně behaviorální párová terapie
  - Kognitivně behaviorální skupinová terapie
  - Kognitivně behaviorální manželská terapie
  - Kognitivně behaviorální sex-terapie
  - KBT za přítomnosti partnerů (*Partner assisted cognitive behavioral therapy*)
  - atd.
- Techniky (Vybíral, 2009a, 2009b)

Při následné přednášce v loňském roce v Kanadě jsme třetí rovinu nazvali „techniky – metody – postupy“ (techniques – methods – procedures) – viz Vybíral, Danelová, Castonguay (2009). Je pravděpodobné, že po analýze stanovisek několika desítek čelních psychotherapeutů v řadě zemí bude hierarchizace vypadat jinak.

Jak uvádí London (1986) stanovit různé roviny abstrakce a vytvářet skupiny psychotherapií se pokusil např. Morris B. Parloff, který v roce 1976 napočítal 130 terapií a roztrídil je do 17 samostatných směrů léčby.<sup>9)</sup>

Ford a Urban (1998) rozdělili 400 přístupů v psychotherapii do 8 skupin (užili termín *families*).

Za trsy psychotherapií (*cluster of approaches*) můžeme považovat obecná označení jako manželská terapie nebo krátká terapie. Takové trsy lze vytvářet různě, dle zvoleného rozlišovacího kritéria. Dnes neexistuje jedna *krátká* terapie, která by byla samostat-

<sup>9)</sup> Morris B. Parloff byl v letech 1977 až 1978 prezidentem Society for Psychotherapy Research.

nou a odlišitelnou psychoterapií. V polovině 80. letech minulého století existovalo přes dvacet přístupů v krátké terapii vycházejících jen z psychodynamické teorie (viz Koss et al., 1986). Za příklad trsu přístupů můžeme považovat název jedné kapitoly v Corsiniho a Weddingově *Současných psychoterapiích* (2008), a sice: *kontemplativní psychoterapie*.

#### VLNY ČI „GENERACE“ PSYCHOTERAPIÍ

Psychoterapeutické přístupy se v průběhu 20. století diferencovaly a některé vlny (či „generace“) přístupů již odezněly. V textu věnovaném párové a rodinné terapii M. Friedlander (2009) použila termíny: první, druhá a třetí generace rodinných terapií. Jako příklad terapie z první generace přístupů uvádí např. strukturální rodinnou terapii, pro druhou generaci funkcionální RT, pro třetí generaci „integrativních párových a rodinných teorií“ uvádí rodinnou terapii založenou na attachmentu. Podle Friedlander se začátkem 21. století zároveň zrodila nová generaci terapií – reagující již na feministickou a jinou kritiku, zahrnující narativní terapie a teorie sociálního konstruování a zaměřené na problém.


#### ZÁVĚR

Náš soupis, předložený odborníkům k další diskusi, je v tomto stavu především zrcadlem, v němž lze najít názvy samostatných psychoterapií tak, jak se objevují v různých zdrojích odborné literatury. Čtenářům můžeme přislíbit, že za rok budeme publikovat seznam inovovaný – pozměněný na základě expertíz a stanovisek několika desítek odborníků ze světa, a to zejména z USA, České republiky a Slovenska. Již nyní víme, že několik desítek čelných představitelů psychoterapie je ochotno podělit se s námi o své náměty a pochybnosti, svá doporučení a své kritické poznámky k dosud vykonané práci. Žádáme tedy čtenáře ještě jednou o laskavou shovívavost s tímto provizorním stavem zmapování. Všechny připomínky vítáme.

#### ODKAZY

- Ablon, J. S., Jones, E. (2002). Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings from the NIMH Collaborative Study of Depression. *American Journal of Psychiatry* 159, s. 775–783.
- Castonguay, L.G., Beutler, L.E. (Eds.) (2006). *Principles of Therapeutic Change That Works*. New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G. et al. (2010). Training Implications of Harmful Effects of Psychological Treatments. *American Psychologist* 65 (1). S. 34–49.
- Corsini, R., Wedding, D. (2008). *Current Psychotherapies*. Belmont: Thomson Brooks/Cole (8. vydání)
- Devilly, G. J. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing. A chronology of its development and scientific standing. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 1 (2), s.113–138.
- Evans, K., Gilbert, M. (2005). *An Introduction to Integrative Psychotherapy*. Houndmills and New York: Palgrave Mac-millan.
- Ford, D. H., Urban, H. B. (1998). *Contemporary Models of Psychotherapy: A Comparative Analysis*, John Wiley & Sons. 2nd Edition.
- Friedlander, M. (2009). Addressing systemic challenges in couple and family therapy research. *Psychotherapy Research* 19(2), s. 129–132.
- Garfield, S.L. (1995). *Psychotherapy: An Eclectic-Integrative Approach* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Garfield, S.L. (2000). Eclecticism and Integration: A Personal Retrospective View. *Journal of Psychotherapy Integration* 10 (4), s. 341–355.
- Hubble, M. A. et al. (Eds.). (1999). *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Kazdin, A. E. (1986). Comparative Out-come Studies of Psychotherapy: Methodological Issues and Strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (1), s. 95–105.
- Karasu, T. B. et al. (1984): *The Psychiatric Therapies* (Part I, The Somatic Therapies, Part II, The Psychosocial Therapies). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Lambert, M.J. (Ed.) (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Be-*

- havior Change (5<sup>th</sup> Ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Lohr, J. M. (Eds.). (2003). *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology*. New York, London: The Guilford Press.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science* 2 (1), s. 53–70.
- London, P. (1986). *The Modes and Morals of Psychotherapy* (2<sup>nd</sup> Ed.). Bristol: Taylor & Francis.
- Norcross, J. C., Alford, B. A., DeMichele, J. T. (1992). The future of psychotherapy: Delphi data and concluding observations. *Psychotherapy*, 29, s. 150–158.
- Norcross, J. C., Hedges, M., Prochaska, J. O. (2002). The face of 2010: A Delphi poll on the future of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33 (3), s. 316–322.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1999). *Psychotherapeutické systémy. Průřez teoriemi*. Praha: Grada Publishing.
- Timulák, L. (2005). *Současný výzkum v psychoterapii*. Praha: Triton.
- Vybíral, Z. (2007). Vyléčím všechno a natrvalo. Recenze knihy Prvotní výkřik. *Psychoterapie* 1 (3-4), s. 226–229.
- Vybíral, Z. (2009a). *How many psychotherapies we have?* Přednáška na konferenci SPR, Bolzano, 2. 10. 2009
- Vybíral, Z. (2009b). *Kolik dnes máme psychoterapií?* Přednáška na 27. Česko-slovenská psychoterapeutická konference, Trenčianske Teplice, 14. 10. 2009
- Vybíral, Z., Danelová, E., Castonguay, L. (2009). *Valid list of recognised psychotherapies*. Přednáška na konferenci SPR, Montreal, 24. 10. 2009
- Vybíral, Z., Roubal, J. (ed.) (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. et al. (2004). *Obecná psychoterapie* (2. vyd.). Praha: Grada Publishing.
- Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Došlo do redakce: 22. 3. 2010. V revidovaném znění 26. 3. 2010. K publikaci přijat 26. 3. 2010.*



## Krajská nemocnice Liberec, a.s.

**... umíme pomáhat ...**

**PSYCHOLOG** na oddělení psychiatrie pro dospělé

**Počet volných míst: 1**

**Požadujeme :**

- VŠ vzdělání psychologického směru
- trvalý zájem o obor klinické psychologie a psychiatrie
- započatý psychoterapeutický výcvik
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle Zákona 96/2004 Sb.
- registrace v oboru klinický psycholog vítána
- znalost práce na PC

**Nabízíme:**

- výhodné platové podmínky
- příjemné pracovní prostředí
- přátelský pracovní kolektiv
- možnost ubytování
- zaměstnanecké výhody (např. příspěv. na stravování, příspěv. na penzijní nebo životní pojištění, 5 týdnů dovolené)

**Kontakt:** Ivana Manová  
e-mail: [ivana.manova@nemlib.cz](mailto:ivana.manova@nemlib.cz)  
telefon : 485 312 794

Životopisy zasílejte na výše uvedenou e-mailovou adresu nebo poštovní adresu:

Krajská nemocnice Liberec, a.s.  
Ivana Manová – personální oddělení  
Husova 10  
460 63 Liberec 1 – Staré Město

## SYSTÉM SUR A BÍLÁ MÍSTA JEHO KONCEPCE A PRAXE

Karel Koblíček

Dlouho jsem váhal, zda tyto úvahy vůbec opět prezentovat, protože bych nechtěl, aby vyzněly pouze jako kritika. Nakonec jsem se však rozhodl riskovat i neporozumění – včetně nejnepříjemnější možnosti, že žijící legenda, zakladatel J. Skála, pochopí můj text jako devaluaci díla trojice SUR. Rozhodl jsem se riskovat neporozumění i v tom, že někteří lidé, které výcvik SUR obohatil o intenzivní zkušenost a množství zážitků (ať už v roli frekventantů nebo vedoucích skupin či komunit), mohou moje uvažování přijímat jako zpochybňování této jejich zkušenosti či práce. Měl jsem na mysli také SUR jako celospolečenský či politický fenomén, SUR v období let sedmdesátých a osmdesátých, kdy v polarizované (a současně navenek pseudokohezní) posttotalitní společnosti byla identifikace se systémem SUR hodnotou sama o sobě, směřovala k autenticitě a pomáhala vytvářet ony ostrůvky pozitivní deviace, které hrály důležitou roli v posunu k otevírající se společnosti. I v této souvislosti jsem zvažoval, zda nevyprovokují pouze obranné reakce.

Hodně jsem se proto zabíral svou vlastní motivací k prezentaci tohoto pohledu. Možná jsem některé destruktivní motivy nerozkryl, v každém případě jsem identifikoval převážně motivy věcné a pozitivní. O jedinečnosti a velkém potenciálu komunitně-skupinového psychoterapeutického výcviku jsem totiž přesvědčen – potvrzením pro mě byl i v roce 2000 ukončený výcvik uspořádaný a organizovaný podle modelu SUR pod zastřešením VIAP-PPF, v němž jsem působil jako jeden z páru vedoucích skupiny a podílel se na vedení komunity.

Psát jsem se tedy nakonec rozhodl. Dospěl jsem k závěru, že diskuse může i systému SUR jen prospět. A uškodí-li mu, pak by stejně jako neživotaschopný zanikl.

Nebude-li totiž systém SUR reflektovat

sebe sama, přestane časem být živým systémem psychoterapeutického vzdělání (či praxe) a stane se mýtem. Na cestu k mýtu má podle mě nakročeno – reflexi, ani popisu či výkladu se většinou příliš nevěnoval, šířil se zejména cestou předávané zkušenosti. Jistě není náhodou, a současné uchopování systému to spíše komplikuje, že SUR se hodně opíral o charisma všech zakladatelů.

Reflexí zde myslím celé spektrum relevantních témat, tedy nejen pojmenovávání okruhů sdílených, nekontroverzních a bezpečných, ale především mapování oblastí opomíjených, vytěsňovaných či přehlížených. Mapování oblastí, které věcným uchopením pro někoho ztrácejí zvláštní, jedinečné kouzlo. Kouzlo, které mohou respektovat právě třeba u mýtů, ale nikoli u psychoterapeutických systémů usilujících o serióznost a srovnatelnost.

Současné období akreditování a srovnávání s koncepcemi vzdělávání nejruznějších evropských či světových psychoterapeutických směrů přináší velkou příležitost. Příležitost nabídnout systém SUR nikoli jako mýtus, pohádku či náboženství, ale jako systém, který z něčeho čerpá a něco sám vytváří a který něco významného a jedinečného nabízí. Nepochybuji o tom, že v mnoha komunitách se udělalo a dělá mnoho kvalifikované práce. Někdy ale pochybuji, jde-li vůbec o jeden výcvikový systém.

Jsem přesvědčen, že současný stav popisu je nedostatečný a tak se chci zaměřit na témata a okruhy, jejichž rozbor, reflexe a popis (případně vyjasnění) by podle mého názoru mohly systém SUR přesněji ukotvit. Samozřejmě některé názory prezentuji i způsobem tázání, ale soustředil jsem se hlavně na otázky a jistě jsem nevyčerpal všechny.

Podle mě se zejména praxe, tedy způsob, jak výcvikový systém SUR konkrétně pracuje, často a z nejruznějších stran či aspektů



dotýká – a v takto propracovaně postaveném systému se mně to zdá samozřejmé – tématu hranic. I proto je téma ohraničování tak často obsaženo v nabízených otázkách.

Zásadní otázkou pro mě je dlouhodobá teoretická sebezprezentace systému SUR jako systému dynamického. Není (alespoň pro mne) jasné, čím systém SUR toto pojetí naplňuje, ke kterým charakteristikám dynamické psychoterapie se hlásí a ke kterým se třeba vztahuje pouze volněji nebo je případně odmítá. Podobně je třeba se vypořádat s odkazováním na koncept terapeutické komunity podle M. Jonese (a jeho příslušnosti k dynamické psychoterapii).

Nabízí se otázka, čím se systém SUR zásadně odlišuje (případně v čem se shoduje) od skupinových přístupů integrativních prezentovaných a praktikovaných u nás zejména S. Kratochvílem nebo od integrované psychoterapie F. Knoblocha. Systémy dynamické psychoterapie se nějakým způsobem vztahují k S. Freudovi. Mohlo by být účelné vymezit, jak se systém SUR vztahuje právě k němu a k těm systémům skupinové (!) psychoterapie, které z jeho konceptů vycházejí a třeba je v mnohém zásadně překračují (např. skupinová analýza).

Podle mě je třeba vymezit například ta témata skupinové dynamiky, která jsou pro systém SUR zásadní, a rovněž tak způsob práce s nimi. Totéž by se mělo týkat skupinových procesů a fenoménů. Teoretické preference a orientace jednotlivých skupin a komunit v systému SUR (tedy preference a orientace vedoucích komunit a skupin) jsou více či méně odlišné, ale tím spíše je nezbytné hledat a popisovat společné jmenovatele – jsou-li jaké.

Někdy se může zdát, že společný jmenovatel systému SUR je dán programovou skladbou vlastního výcviku. Přestože J. Skála skladbu výcviku nedávno opět popisoval, měli bychom téma dopracovat. Co z obvyklé programové skladby je a co není nezbytnou součástí výcviku SUR? Myslím, že nezbytný je nejen vlastní výčet programových aktivit a jejich objem (zřejmě

minimální i maximální), ale i teoretické vřazení a smysl těchto aktivit uvnitř celého výcvikového rámce. Aby různé konkrétní aktivity nebyly do programu vřazeny spíše intuitivně, případně tradičně či formálně, ale aby práce v nich byla vždy opřena o zcela jasně sladěný teoretický koncept (např. kombinace vlastní – předpokládáme nyní, že dynamické – práce se skupinou a jejími tématy spojenými třeba s regresí na straně jedné a práce s deníky, vedení komunity frekventanty či nácvik autogenního tréninku na straně druhé).

Zásadní otázkou pro mě je, jak je teoreticky uchopována ona specifická, a vlastně paralelní, práce na mnoha rovinách a jak jsou tyto roviny ve výcviku a ku prospěchu frekventanta propojovány. Mám nyní na mysli např. rovinu individuální (s možným rozlišením práce s jednotlivcem od práce s jeho intrapsychickými obsahy – jistě nejen při práci s deníky), rovinu celého spektra dyadických vztahů, vlastní rovinu skupinovou, rovinu komunitní organizační, rovinu komunitní formalizované velké skupiny a rovinu komunitní ve smyslu každodenního soužití frekventantů mimo strukturovaný program. Na kterou z těchto rovin klade systém SUR důraz, o kterou z nich opírá svůj koncept? Nemohu totiž přijmout pouhé konstatování, že klade důraz na ekvilibrium všech. Musím se ptát, jak k onomu vyvažování dochází v praxi nejen při práci s frekventanty, ale také např. v mysli a případných slovech či činech konkrétního terapeuta. Musím se tázat, jak by se s těmito oddělenými i propojenými rovinami v koncepci systému SUR pracovat mělo, jak by měly být propojovány a jak nikoliv, (jaká je tedy ta správná praxe) a jak tuto praxi teoreticky vysvětlujeme?

S tím samozřejmě souvisí i to, které terapeutické faktory považuje systém SUR za ony zásadní účinné a jaké základní terapeutické nástroje využívá, jakým způsobem je používá a kdo kterými nástroji disponuje (např. frekventant či vedoucí skupiny nebo komunity)?

Je nutné vymezit, jak systém SUR pracuje s časem – jak pracuje s přítomností, minulostí a budoucností frekventanta, skupiny či komunity. Na co se soustřeďuje, co opomíjí, s čím a jak nakládá a proč to činí právě takto?

Často je pouze implicitně jasné, pro koho je vzdělání v systému SUR určeno, jaké si klade terapeutické či výcvikové cíle, jaká jsou pravidla výběru do výcviku, jaké jsou indikace a kontraindikace (má systém SUR nějaká specifika ve srovnání s jinými systémy či směry skupinové psychoterapie?).

Jaká je role (míra aktivity a její druh) vedoucího skupiny? Jaké jsou role a úkoly páru vedoucích? (Jsou společné nebo v čem se liší?) Jaké jsou vzhledem k teorii i k cílům role a úkol vedoucího/vedoucích komunity? Jak lze roli vedoucího komunity spojit či oddělit od role vedoucího skupiny, od role supervizora? Jaká je vůbec v systému SUR role a úkol supervizora? Pro koho je (ve vlastní experienciální části výcviku) vlastně supervize určena? Jak systém SUR (a kdo v tomto systému) pracuje se vztahy frekventanta k vedoucím? A nakonec, jaká je role frekventanta v této části výcviku, kdo je zodpovědný za prezentaci programových částí výcviku a za jakých podmínek se programová náplň některé – a které – části výcviku na frekventanta přenáší? Konečně je nezbytné se ptát, jak a v čem jsou všichni zúčastnění společně (procházejí komunitním výcvikem) a jak a v čem jsou odděleni – v čem platí a neplatí pravidla vztahové abstinence.

Doplňím jen samozřejmé otázky možné kombinace účasti ve výcviku komunitněskupinovým a individuálním – kombinace souběžné, následné, jejího pořadí a doporučení. A abych byl zcela explicitní, jsem přesvědčen o tom, že je zásadní chybou perspektivně uvažovat o tom, že komunitněskupinový výcvik v systému SUR poskytuje absolventům dostatečnou kvalifikaci i pro provádění systematické psychoterapie individuální proto, že také pracuje s intrapsychickými obsahy. Jistě i na tomto poli po-

máhá kvalifikovat, leč alespoň limitovanou doplňkovou zkušenost individuální považují za zcela nezbytnou právě proto, že v dyádě jsou i obdobná témata uchopována často velmi odlišně než ve skupině.

Ne zcela jasné dosud je, kdy může začít vlastní práce frekventanta s pacienty či klienty pod supervizí a jakou má mít taková supervize v systému SUR podobu (a do jaké míry může, nemůže či by snad měla navázat na práci konkrétní komunity).

Myslím, že nejasnosti jsou i v tom, kdy je vlastně výcvik ukončen, k čemu je jeho absolvent oprávněn a zejména, kdo je za ukončení výcviku a především kompetentnost absolventa zodpovědný (kde začíná a končí zodpovědnost vedoucích skupiny a komunity, zodpovědnost supervizora či supervizorů či zodpovědnost výcvikového institutu). A potřebuji zdůraznit, že mně v tuto chvíli nejde o zodpovědnost za terapeutickou práci absolventa, ale o zodpovědnost za jeho kompetentnost a kvalifikaci.

Asi by bylo možno se ptát dále a konkrétněji, uvažovat konkrétní situace, k nimž dochází, o nichž všichni víme, že jsou v různých komunitách řešeny odlišně a které jsou koncepčně zásadní a v uvedeném ohraničování by mohly pomoci. Ale doufám, že cestou tohoto promýšlení již půjde každý sám. A doufám, že diskuse bude pokračovat. I proto, aby se do psychotherapeutického výcviku systému SUR hlásili zájemci nejen s ohledem na tradici a potenciál (a třeba i případný mýtus), ale i na základě znalosti systému, který vede odbornou diskusi, vyvíjí se a hledá popis sebe sama jako systému živého.

Praha, říjen 2001

*Předneseno na 1. SURfování na vlnách psychoterapie, Horní Palata, 6. 10. 2001*

*O autorovi:*

PhDr. Karel Koblic (1950), psychoterapeut a klinický psycholog se zaměřením na psychoanalytickou psychoterapii a sku-

pinovou analýzu, přední český vedoucí balintovských skupin. Tréninkový terapeut ve výcvikovém modelu SUR. Od roku 1992 pracuje v Psychoterapeutickém středisku na Břehové ulici č. 3 v Praze 1. Dlouhou dobu také působí ve výborech a prezidiích

České psychoterapeutické společnosti a Asociace klinických psychologů.

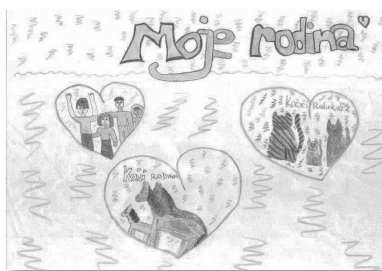
*V této rubrice budeme přinášet starší, z našeho pohledu stále “živé” či zásadní texty týkající se psychoterapie. (red.)*

## Asociace manželských a rodinných poradců ČR, o.s.

pořádá ve spolupráci s Poradnou pro rodinu,  
manželství a mezilidské vztahy  
v Liberci a v Ostravě

**X. mezinárodní konferenci  
o manželském a rodinném poradenství  
na téma**

# „Rodina pohledem dítěte“



**19. – 21. května 2010**

Konference se koná v krásném prostředí  
Mezinárodního centra duchovní obnovy v Hejnicích  
Přihláška a info: [www.amrp.cz](http://www.amrp.cz)

## KRIZE PSYCHOSOCIÁLNÍHO PRŮMYSLU

Petr Moos

### ABSTRAKT

Článek se věnuje současné situaci v oblasti pomáhajících profesí. Autor se zamýšlí nad motivační pomocníků ke studiu tohoto oboru a k vykonávání profese v psychosociálních službách, která je značná i navzdory tomu, že současné podmínky tohoto povolání neodpovídají obvyklým tržním principům. Předkládá také svůj pohled na možný budoucí vývoj v systému pomáhajících služeb.

*Klíčová slova:* pomáhající profese, krize, trh práce

### ABSTRACT

The crisis of the psychosocial industry

The article devotes to current conditions in the area of helping professions. The author deals with the motivation of helpers to study and to work in psychosocial services, despite the fact that the current conditions of this profession do not comply with the market principles. He presents his view on future developments in the system of the helping services.

*Key words:* helping profession, crisis, labour market

Již delší dobu na vlastní kůži prožíváme projevy světové ekonomické krize, která je důsledkem rozsáhlého civilizačního mechanismu *kolektivního popření*. Naše industriální společnost popírá, dokud to jen lze, jakékoli signály o tom, že meze hospodářského růstu jsou významně atakovány a v mnoha oblastech již zcela dosaženy. Tímto stylem to dále nepůjde tak blahobytně a rychle, někde to nepůjde vůbec a v některých případech to již dávno nejde.

V souvislosti s ekonomickou krizí zatím mluvíme většinou pouze o průmyslové výrobě, kupní síle obyvatel, finančním byznysu či nezaměstnanosti. Stereotypním pohledem se pak stalo tvrzení, že naopak růst bude zaznamenávat oblast pomáhajících

profesí, zejména pak profese psychologická, psychiatrická, psychotherapeutická a sociální (sociálně pracovní, sociálně právní), neboť lidé ztratí možnost konzumního abúzu, jímž kompenzují svou vnitřní nerovnováhu. Někteří z nich navíc ztratí i zaměstnání, takže nebude v jejich silách splácet dluhy, v nichž se jim mnoho let úspěšně žilo a mnohdy i šťastně popíralo. *Psychosociální průmysl* zaznamená silnou konjunkturu a bude v naší společnosti stále potřebnější.

Z klinické ambulantní praxe zatím nemám dojem, že by v posledním roce nějak významně vzrostl počet pacientů. Dokonce se domnívám, že ani nevzroste. Naopak mě napadá, že se principy krize mohou objevovat a opakovat ve všech oblastech lidské činnosti podobně. A co když se tedy netýkají např. jen výrobního průmyslu, ale také průmyslu sociálního? Může se jednoho dne stát, že prostor a meze pomáhajících profesí budou zcela naplněny, nabídka výrazně přeroste poptávku a celý systém psychosociálního průmyslu se dostane do krize? Jak by asi taková krize potom vypadala? A může se vůbec tento obor lidské činnosti do krizového stavu dostat?

### VZDĚLÁNÍM

#### K NEZAMĚSTNANOSTI

V současné době je na omezeném trhu pomáhajících profesí poměrně velká nabídka služeb, zejména pokud jde o mladé absolventy psychologie, sociální pracovníky, sociální pedagogy, speciální pedagogy a další, zkrátka o lidi, kteří svou kvalifikaci zatím nemají pevně zakotvenou v přesně stanovené byrokratické struktuře nějaké úřednické administrativy, např. ve zdravotnictví. Velká část diplomovaných psychologů a sociálních pracovníků nemá odpovídající práci ještě rok po ukončení studia.

Do prostoru pomáhajících navíc vstupují další zájemci, jejichž původní vzdělání je ze

zcela jiného oboru (inženýři, ekonomové, obchodníci, somatičtí lékaři, učitelé, středoškoláci nejrůznějších oborů). K terapii s klienty se dostávají přes absolvování pestré nabídky nejrůznějších sebezkušenostních výcviků, kurzů a workshopů. V řadě z těchto podniků o sebezkušenost ani nezavadí. Svým etablovanějším lektorům tímto způsobem umožňují velmi slušný byznys.

Mladí pomáhající v psychosociálním průmyslu trpí mnohem větší nezaměstnaností než jejich vrstevníci z jiných oborů a než jejich starší a zavedení kolegové z byrokraticky schválených pomáhajících oborů. Například je mnohem více nezaměstnaných sociálních pedagogů než pedagogů (tedy školních učitelů) a také sociální pracovnice marně hledá nějaké uplatnění, protože mnohem více je potřeba zdravotní sestra nebo ošetrovatelka nemocných pacientů.

#### PŘI VZDĚLÁVÁNÍ ZÁKONY TRHU NEPLATÍ

Zajímavým jevem je nesporný fakt, že psychosociální povolání si nevšímají zákonů nabídky a poptávky či produkce a konzumu. Každý mladý student, který si v dnešních podmínkách velmi tvrdě a těžce vybojuje v obrovské konkurenci místo pro studium jednooborové psychologie, poměrně dobře dopředu ví, s jakými možnostmi uplatnění do budoucna může počítat. A přitom směrná čísla určující počet zájemců o studium psychologie jsou trvale astronomická. Můžeme se tedy logicky zeptat: jak to, že právě studium psychologie či psychosociálních oborů je dnes tak žádané a atraktivní, ačkoli budoucí uplatnění není zcela jasné?

Německý psycholog H. Ernst již v osmdesátých letech minulého století upozornil na zajímavý postřeh: „Průzkumná šetření na téma motivace studentů pro studium psychologie prokázala především dva základní důvody. Prvním z nich je přání pomáhat druhým lidem a druhým je touha poznat sama sebe a pomoci sobě. Stálo by za to prozkoumat, kolik studentů psychologie se dále navíc poohlídí po lidštější psychologii

mimo univerzitní půdu. Nezřídka přitom přijímají nabídky tzv. psychoboou. Solidní akademické psychologii se tak snadno může stát, že dnešní veřejnost ji stále běžněji identifikuje s exotickými, populárními a tržními psychotechnikami psychoboou.“ (Ernst, 1982) Pod termínem *psychoboou* je míněn celý soubor zejména zážitkových technik práce s lidmi, které ovšem nemají patřičnou akreditaci v rámci pravidel oborové byrokracie (např. kineziologie, rodinné konstelace, regresní formy terapie, různé formy bodyterapie, terapie pralesním řevem, holotropní dýchání, sebezkušenost v indiánských rituálech, kurzy pozitivního myšlení apod.), avšak právě proto jsou širokým polem působnosti pro nejrůznější kurzy a školení „nadivoko“, bez větší reflexe v odborné obci. Produktem pak může být řada *poškozujících pomahačů*, kteří *páchají dobro*, kudy chodí. Ernstův postřeh zažíváme se zpožděním i v českých podmínkách pomáhání.

Zdá se tedy, že prvořadým důvodem pro studium psychosociálních oborů a psychoterapie (ve formě sebezkušenostních výcviků) je především potřeba udělat to kvůli sobě samým, abychom se mohli osobně a osobnostně dostat dál. Abychom měli možnost na sobě pracovat. Až ve druhém plánu se postupně objevuje motivace předávat něco z toho, čeho jsme dosáhli, někomu jinému, vydělávat si peníze a mít prestiž psychoterapeuta či lektora výcviku dalších pomáhajících.

Zmíněná tendence sama o sobě zásadně vyděluje volbu psychosociální profesec ze železného zákona trhu nabídky a poptávky. Toto studium totiž umožňuje něco vylučného, co ostatní obory studia nenabízejí, popř. to důsledně opomíjejí. Tím výlučným a exkluzivním je nabídka reflektované sebezkušenosti, sebepoznání a osobnostního rozvoje. Tato nabídka nás vede k soustředění na *zde a nyní*, nikoli na budoucnost a investiční kalkulace.

Kdo si zvolil vzdělání programátora, obchodníka, právníka či ekonoma, orientuje se

na budoucnost přesně podle tržního principu vydají a pravděpodobných příjmů. Studium se tak stane prvním krokem na cestě osobního podnikání, které se řídí především utilitárními zásadami, nikoli soustředěním na sebe. Takový student rozhodně nebude podstupovat dlouholeté vzdělání bez vyhlídky na šanci pozdějšího uplatnění.

#### JEDNÍM ZADKEM NA DVOU ŽIDLÍCH

Co vlastně potřebují mladí lidé, kteří se rozhodli bez velkých vyhlídek na materiální úspěšnost roky studovat proto, aby mohli vykonávat pomáhající povolání? Řekl bych, že se tito lidé potřebují především nějak vymezit a definovat v rámci technokratické, industriální společnosti v její dnešní civilizované podobě. Potřebují blízké a vřelé vztahy, vzájemnost sdílení, narcistické potvrzení a zrušení metrického systému peněz, výkonu a hmotného porovnávání. Právě tuto hlubinnou potřebu naše postmoderní společnost zásadně nenaplnňuje. A tak mladý adept psychosociálního oboru při studiu hledá kousek přirozenosti v odlišnějším světě. Takové přirozenosti, kterou by mohl z velké části poznat a postupně se o ni začít starat, chránit ji a rozvíjet ji, tedy *sebe sama*. Potřebuje se něco naučit obecně o člověku a hlavně o sobě samém. Příjemným bonusem je potom situace, kdy později tím, co se naučil, může být užitečný druhým lidem, vydělávat peníze a získávat uznání.

Všimněme si rovněž, že mladí pomáhající mají tendenci se vymezovat nejen v, ale i *proti* naší chladné a přetechizované společnosti. Drtivá většina z nich zřetelně devalvuje materiální hodnoty, konzumní způsob života, sympatizuje s utlačovanými národy, odsuzuje jakékoli projevy agrese či násilí, fascinovaně se kloní k duchovním hodnotám, pokud možno co nejvzdálenější proveniencí (buddhismus, indiáni, šamanismus) a touží po autentických formách soužití určovaných emotivitou v protikladu k ekonomickému světu určenému ziskem a mocí.

Zároveň s tím však takový člověk jasně cítí, že z prostoru materiální společnosti odejít nedokáže, protože ani dokázat nemůže. Někdy to vytváří komické situace, kdy např. jedna moje známá kolegyně terapeutka na jedné straně plamenně hovoří o duchovních věcech indiánů, o útlaku tibetského a barmského lidu, prožranosti české politiky, nezřízeném konzumu v obřích nákupních centrech, kterým opovrhuje, a na straně druhé mě neustále zásobuje informacemi o tom, kde mají jaké výhodné slevy, co vše zase nakoupila a po návratu z luxusní dovolené se detailně dozvím hlavně to, co který den jedla a jak se pak ani nemohla zvednout od stolu.

Pokud by člověk důsledně opustil tržní normy současné společnosti a odešel by z prostoru práce, vydělávání peněz a následné konzumace, stal by se nutně parazitem. Avšak tento člověk se *bytostně nechce* účastnit pouze technického, ekonomického, ryze utilitárního pohledu na svět a opustit tak tolik potřebnou emočně-vztahovou rovinu bytí s lidmi. Výsledkem je *velký životní kompromis*: pomáhající profesionál nabídne svou potřebu jako obor, jako službu, zboží, které má svou ekonomickou hodnotu a své místo v prostoru trhu. A celý systém se potom začne jako trh chovat (včetně ob-skurních stánků a psychosociálních tržnic second handu).

#### V PRAXI ZÁKONY TRHU PLATIT ZAČÍNÁJÍ

Po revoluci u nás vzniklo poměrně velké množství nejrůznějších psychologicko-psychotherapeutických center, krizových center, poraden, speciálních zařízení pro děti, alternativní školky, řada sociálních a terapeutických zařízení pro drogově závislé, komunity, streetworking, peer-programy atd. Postupem času tato fáze zakládání a rozvoje nových zařízení dosáhla svých mezí, nyní zdaleka není tolik volných míst pro mladé pomáhající a obraty středisek začínají stagnovat nebo dokonce klesat. Některá zařízení jsou postupně rušena a jiná

se potýkají s vážnými finančními problémy. Zaměstnanec (často vysokoškolák) takového zařízení pobírá nepřiměřeně nízkou mzdu za svou práci, je však mladý a nadšený, takže to nějaký čas může fungovat, než z tohoto zařízení odejde. Nezdědka se stává, že diplomovaný psycholog zastává stejnou práci a pobírá stejný plat jako středoškolsky vzdělaná sociální pracovnice s dvouletým výcvikem pro pomáhající profese.

Dalším významným důvodem pro naplnění mezí pomáhajícího trhu je podle mého názoru i to, že zavedený a dobře fungující terapeut, který si včas stihl zajistit přístup k veřejným penězům od pojišťovny, po čase zjistí, že je *jednodušší a lukrativnější stvořit nového pomáhajícího než spokojeného a vyléčeného pacienta*. Takový terapeut postupně snižuje svůj výkon v klinické praxi, ošetří mnohem méně pacientů a jejich pokles nahradí vykazováním nepřiměřeného množství výkonu zdravotní pojišťovně. Čím dál více se věnuje výcvikům nových pomáhajících, výuce a supervizi. Jeho objednáci lhůty se prodlužují na řadu měsíců dopředu. Zatímco sám se věnuje stále méně svým pacientům, drží pro sebe smlouvu se zdravotní pojišťovnou, blokuje jiným možnost tento deficit vyrovnat a zároveň s tím vrhá na pomáhající trh další a další vycvičené zájemce o práci.

Trh práce se postupně může přeploňovat novými zájemci o psychosociální pomáhání, kteří ovšem narazí na tvrdý odpor byrokratických institucí, který je udržován normativními a zavedenými terapeutu ve snaze zachovat si přístup, dohled a kontrolu nad veřejnými penězi, tedy udržet si žílu patřičně otevřenou pro co nejmenší počet lidí. Noví adepti pomáhání se ocitají mimo rámec těchto institucí, navíc bývají normativní obcí často vnímáni jako stíny v pološeru šarlatánství. Je jich hodně, a přitom se dostupnost psychotherapeutické péče v podstatě snižuje. Pacienti s akutním problémem se dozvídají, že se mohou snad zastavit u pana doktora za čtyři měsíce. Ale „zadarmo“, na pojišťovnu.

Na druhé straně ale např. ve zdravotnictví zavedení terapeuti ztrácejí velmi vážnou část vlastní svobody. Byrokratický systém pojišťoven a nejrůznějších institutů pro vydávání osvědčení, akreditací a atestací ve skutečnosti terapeuta citelně omezuje a determinuje způsob jeho práce. Zejména chování zdravotních pojišťoven, které původně měly sloužit k zastupování zájmů zaměstnaných občanů v solidární společnosti, se stalo disciplinárním prostředkem a nástrojem pro určování hodnoty toho kterého pomáhání. Psychoterapie si zase tak dobře nestojí, ačkoli její vykazování, tak jak se děje v praxi, vytváří iluzi, že tomu je jinak. Smutnou pravdou tedy nakonec zůstává, že náš systém zdravotního zabezpečení vynakládá obrovské prostředky, pomocí nichž dokáže stále méně lidí udržet při zdraví.

#### SYMPTOMY KRIZE PSYCHOSOCIÁLNÍHO PRŮMYSLU

Celý systém pomáhajícího prostředí může postupně silně ovlivňovat boj o finanční prostředky, který má vliv na kvalitu péče. Větší „průmyslová“ zařízení budou mít lepší možnosti prosadit se na úkor menších středisek a soukromých ambulantních praxí. Formální kvalifikace, certifikáty, osvědčení, nasbírané kredity, to vše bude v konkurenčním boji o pracovní místa hrát daleko větší a mnohdy zcela nepřiměřenou roli. Nebude rozhodovat lidská a odborná kvalita pomáhajícího, ale to, kolik kdo nasbíral výcviků, kurzů a bodů z formálních akcí. Principy terapie se tím odlišují.

Bude zbytečně narůstat profesní napětí v pomáhající obci mezi novými a etablovanými pracovníky, což povede k nárůstu již tak dost velké oborové úzkosti a ke snížení tvořivosti jednotlivých pomáhajících.

Může nastat devalvace vysokoškolského vzdělání, kdy absolvent univerzity bude pracovat jako zaměstnanec kontaktního centra pro drogově závislé, ošetřovatel v kojeneckém ústavu či učitel v mateřské škole.

Místo léčení pacientů bude atraktivnější výroba dalších pomáhajících, starší terapeuti

budou nějaký čas vydělávat spíše svými výcviky a následnými supervizemi, popřípadě supervizemi supervizí. Pomáhající obec, která bude připomínat MLM firem podomního obchodu, bude pro pacienta velmi obtížně dostupná. Tento stav ale není nekonečně udržitelný, protože princip Letadla se za nějakou dobu musí sám sebou nasytit. Naštěstí jsou zde další marketingové prostory jako třeba týmové supervize, týmové koučování, team building apod., tedy další oblasti mimo klinickou práci s pacientem.

Naroste kontrola celého oboru bdělou byrokracií a svobodný profesionál, rozhodující se podle sebe a svého citu, se stane nedůvěryhodným. Sníží se kreativita a zvýší se úzkost.

Konkurence pomáhajících není řešena přímo prostředky tržního hospodářství, nýbrž byrokratickou cestou zákonodárců a vnitřních mechanismů zdravotních pojišťoven. Tímto způsobem není možné zajistit, aby měli všichni stejně kvalifikovaní pomáhající stejné podmínky v kontaktu se svými klienty. Nefunguje tak přirozený tržní výběr např. psychoterapeuta pacientem, který si vybírá podle kvality poskytované péče za podobných finančních podmínek. Pokud má pacient možnost docházet na psychoterapii „zadarmo“, je to obrovská výhoda pro terapeuta, jenž má smlouvu s pojišťovnou a je byrokraticky zastrukturovaný.

Ovšem, jak ukazuje moje zkušenost, pro pacienta je potom takový terapeut paradox-

ně mnohem méně dostupný. Normativně orientovaný psychoterapeut má na jedné straně jednoznačně výhodnější možnosti než psychoterapeut svobodný a autonomní, ale na druhé straně je na trhu psychoterapie velmi potřebný právě onen svobodný terapeut v nevýhodě, protože pacient se začíná cítit čím dál ztracenější v centrálně institucionálním řízení systému zdravotního a sociálního průmyslu.

V Liberci dne 4. 1. 2010

*Autor: Mgr. Petr Moos, klinický psycholog a psychoterapeut, soukromá klinicko-psychologická ambulance, Liberec*

#### LITERATURA

- Caplan, G. (1964): *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books, New York.
- Ernst, H. (1982): *Text. Psychologie heute*. Duben 1982, s. 48.
- Freeman, W. (1967): Psychiatrists who kill themselves. *American Journal of Psychiatry*; 124; 846-947.
- Hamilton, W. D. (1971): Selection of selfish and altruistic behaviour. In *Man and Beast*, Washington, 57-93.
- Schmidbauer, W. (2008): *Syndrom pomocníka*. Portál, Praha.

*Došlo do redakce: 5. 1. 2010, v revidovaném znění 20. 1. 2010. K publikaci přijat 22. 1. 2010.*

### TANTER - Česká asociace taneční a pohybové terapie v r. 2011 otevírá

#### čtyřletý sebezkušenostní výcvik v taneční pohybové terapii

Výcvikový program, který odpovídá požadovaným vzdělávacím standardům Evropské asociace taneční pohybové terapie, bude probíhat pod vedením českých i zahraničních lektorů. Více informací na [www.tanter.cz](http://www.tanter.cz)



## DALŠÍ VÝVOJ PSYCHOTERAPIE

(6. konference Evolution of psychotherapy, Anaheim, California, 9.–13. prosince 2009)

Stanislav Kratochvíl

V roce 1985 zahájil ericksonovský psychoterapeut J. Zeig sérii do té doby neobvyklých konferencí, na které jsou jako přednášející zváni nejvýznamnější představitelé psychoterapie v USA. Na konferencích mají jednak přednášet o svém přístupu a podle možnosti jej předvést v prakticky orientovaných dílnách (workshopech) a jednak jej konfrontovat v diskusích s představiteli jiných přístupů ve dvojicích i v panelech. Nejvýznamnější z nich byla zřejmě průkopnická konference první, které se zúčastnila taková „esa“ jako Rogers, Satirová, Ellis, Wolpe, Beck, Lazarus, Bowen, Minuchin, Haley, Watzlawick, Polsterovi, Zerka Moreno, Gouldingovi, Whitacker a Szasz. Materiály z této konference, shromážděné J. Zeigem, máme zásluhou překladu Davida Kuneše a nakladatelství Portál dostupné v češtině, a to v publikaci s názvem „Umění psychoterapie“ (2005). Pak následovaly konference každých dalších pět let. Osobně jsem se zúčastnil druhé (1990) a čtvrté (2000) a o každé z nich jsem podal zprávu (Čs. Psychiatrie 1994, str. 361; Konfrontace 2000, str. 129). Páté konference (2005) se z Česka účastnil David Kuneš (Psychologie dnes 2006, č. 3, str. 20). Konání šesté konference se z původně plánovaného roku



Marsha Linehanová



Sue Johnsonová

2010 překvapivě přesunulo už na rok 2009, údajně pro velký zájem. Konference, která probíhala celý týden v mnoha obrovských i malých konferenčních místnostech tří luxusních hotelů, přilákala opět více než 7 tisíc účastníků. Zásluhu na hladkém průběhu měl, jako vždy, neúnavný Jeff Zeig se svým pracovním týmem z nadace M. H. Ericksona.

Na 6. konferenci chyběli již mnozí z charismatických zakladatelů významných směrů, kteří se zúčastnili některých předchozích konferencí a mezitím buď zemřeli (Rogers, Satirová, Ellis, Wolpe, Haley, Watzlawick, H. Kaplanová, Bugental, Lowen, Gouldingovi, Marmor, Mara Selvini Palazzoli, Frankl), nebo se omluvili pro nemoc či stáří (Beck, Lazarus, Masterson, Zerka Moreno). Ze současných „es“ je nahradili zejména Ya-



Julie Gottmanová

lom, Bandura, Marsha Linehanová, Judith Becková, Christina Padesky, Francine Shapiro, Sue Johnsonová, Chopra, Sapolsky, Siegel, Seligman a Zimbardo. Významnou pozici si na konferenci nadále udrželi např. Kernberg, Meichenbaum, Gendlin, Polster, Gottman, Hillman a Glasser.

Mezi mnoha souběžně probíhajícími přednáškami, dílnami a diskusemi bylo nutno volit. Chtěl jsem vidět především stoupající hvězdu, profesorku psychologie ze Seattlu **M. Linehanovou**, zakladatelku tzv. dialektické behaviorální terapie, kterou sama aplikuje především u drogově závislých a suicidálních pacientů a u hraničních osobností. Dialektičnost spočívá ve vyvažování přijetí pacienta takového, jaký je, a v požadování potřebné změny. V terapii tedy dochází jednak k chápajícímu podporování pacienta a oceňování jeho současného stavu, jednak ke konfrontacím a nácviku chybějících dovedností. *Zvyšování dovedností* se týká zejména sebeovládání. K tomu patří zvýšené sebeuvědomování (mindfulness), sociální dovednosti a zvládá-

ní konfliktů, regulace emocí a tolerance stresu. *Podporování motivace* má zajistit, aby nebylo posilováno maladaptivní chování. *Podporou generalizace* terapeut usiluje o to, aby se chování získané v terapii přeneslo i do běžného života. A v neposlední řadě je potřebné *ovlivňovat také okolí pacienta* (např. společnými sezeními s jeho rodinou), aby podporovalo dosažené pozitivní změny.

Dále jsem chtěl osobně poznat manžele Gottmanovy a Suzan Johnsonovou, kteří se věnují párové terapii a jejichž koncepce jsem na základě literatury zpracoval v novém vydání své *Manželské a párové terapie*. Za Gottmanovi hodně hovořila manželka Julie. Zdůraznila, že na základě jejich výzkumů je 69 % problémů v párovém soužití trvalých a nemohou být vyřešeny. Vycházejí z osobnostních vlastností partnerů a je nutno se s nimi smířit. V procesu párové terapie se má poskytnout každému z partnerů až 20 minut na to, aby vyložil svůj pohled na problém bez kritizování druhého (nepopisuje partnera, ale své pocity). Během té doby má druhý partner pouze naslouchat, může však zasahovat otázkami, které prohlubují jeho porozumění přáním partnera. Pak přijde na řadu on. I když je možné poté uvažovat o žádoucích změnách chování na jedné či druhé straně, hlavním úkolem je přijmout problémy vycházející z rozdílnosti povah a učit se s nimi žít. K nežádoucím projevům patří kritičnost, sebeobrana, ponižování a pasivní rezistence (stavění zdi). Žádoucí je převládnutí pozitivní komunikace, oceňování, pochvala, obdiv, přívětivost a vlídný humor. Důležité je také pomoci dvojici vytvořit si sdílený životní smysl a podporovat emoční sblížení.

Emoce jsou v centru zájmu emočně zaměřené párové terapie, kterou na konferenci prezentovala **Sue Johnsonová**. Autorka pomáhá partnerům emoce projevit, zesílit a pak je pozměňovat (shape) tak, aby podporovaly vzájemné porozumění a blízkost. Opírá se o vztahovou vazbu (attachment) podle Bowlbyho, která se mohla na základě dětských zážitků stát nejistou nebo



Michel Weiner-Davisová

rozporuplnou, a snaží se napomoci tomu, aby se v párovém soužití stala bezpečnou. Bezpečná vazba souvisí s pocitem „jsi dostupný, jsi zde pro mne“. Dostupnost a vzájemné emoční reagování mají nahradit odtahování a pasivní rezistenci (zpravidla mužce), které jsou obvyklé při naléhání a vyčítání (zpravidla ženy).

V demonstraci, kterou Johnsonová předvedla s párem vybraným z publika, při níž si významná sdělení se souhlasem dvojice písemně zaznamenávala k pozdějšímu využití, prakticky ukázala, jak podporuje sebeotevření (opening up), emoce, které se partneři doposud báli projevit, a závěrečné emoční sblížení s důrazem na prožívání a projevování lásky, a to slovy i doteky („Hold me tight“, jak zní i název její poslední publikace).

Podobným směrem se nesla demonstrace Michel Weiner-Davisové, která se zaměřuje na překonání tendencí k rozvodu v konfliktových manželstvích. Zabývá se také zvládáním nevěř a sexuální problematikou

páru. V roce 2009 publikovala populární knížku *Sex-starved wife*.

Francine Shapiro, autorka metody EMDR, vypracovala komplexní model Adaptivní zpracování informací (AIP), do kterého jako součást začlenila i svoji metodu. Jde o to, že nezpracované traumatické události nejsou integrovány do adaptivní informační sítě a způsobují duševní i tělesné potíže. Je třeba je nejprve v rámci vytvořeného terapeutického společenství odhalit a posoudit a pak pacienta vůči nim desenzibilizovat a vytvořit u něj žádoucí pozitivní sebedůvěru.

Psychoanalýzu zastupoval na konferenci Kernberg, který hovořil o psychoterapii hraničních a narcistických pacientů, zaměřené na přenos. KBT představili Christina Padesky, Judit Becková a Meichenbaum, Gendlin nacvičoval focusing a Polster Gestalt terapii, o jejíž aplikaci u dětí pak hovořila V. Oaklanderová. Sympatická psychologka Kay Jamisonová zaujala vyprávěním o důsledcích svého veřejného přiznání se k duševní nemoci (bipolární poruše). Několik přednášejících (D. Amen, R. Sapolsky a D. Siegel) se věnovalo vztahům psychotherapie k dění v mozku. Seligmanova přednáška o pokrocích v pozitivní psychologii na mne působila nudně akademicky.

Do největšího konferenčního sálu, arény, přilákaly tisíce účastníků v různých dnech večerní přednášky Minuchina a Yaloma. Oba stále aktivní důchodci hovořili převážně o své profesionální historii, osobních zkušenostech a vývoji svých názorů, při čemž Minuchin se zaměřil na rodinnou terapii a Yalom se v závěru věnoval překonávání strachu ze smrti, jak jej popsal ve své poslední knížce *Pohled do slunce* (Portál 2008). Oběma mužům posluchači v závěru dlouho ve stoje aplaudovali.

Můj pocit ze třetí účasti na Zeigových amerických konferencích charakterizuje trocha lítosti nad tím, že už chybějí mnohé všeobecně uznávané charismatické hvězdy, s nimiž tato impozantní akce začínala. Pokračující konference se postupně stávají běžnější školicí akcí pro tisíce psychoterapeu-

peutů, při čemž si zachovávají praktický a konfrontačně integrativní přátelský ráz. Účast vždy stojí za to.

Na závěr cesty do Kalifornie jsem navštívil Stanfordskou univerzitu a v ní budovu, v níž jsem před 40 lety pod vedením prof. Hilgarda zkoumal hypnózu (dnes už bu-  
do-va slouží jiným účelům), a společně s

manželkou jsme autem projeli po tichomoř-  
ském pobřeží skvělou Highway No. 1 ze  
San Franciska přes Carmel, Esalen a San  
Simeon do Los Angeles, odkud jsme se  
vrátili domů.

*Došlo do redakce: 4. 1. 2010. K publikaci  
přijet 4. 1. 2010.*

## Institut rodinné terapie Praha

*podevatenácté otevíráme*

**úvodní cyklus komplexního vzdělání v systemické a rodinné terapii**

**Program má akreditaci pro zdravotnictví**

**Základní trenérský tým PhDr. Šárka Gjuričová, Mgr. Jiří Kubička,  
MUDr. Lea Brodová**

**má dlouhou praxi v systemické terapii, mnoho zkušeností s rodinami s dětmi  
a adolescenty, pracuje i s dospělými, jednotlivci a páry. Má bohatou publikační  
činnost, frekventantům nabízí druhé rozšířené vydání vlastní učebnice  
(Grada 2009).**

**S dalšími spolupracujícími lektory se seznamte na naší [www. stránce](http://www.rodinnaterapie.cz)**

**Příhlášky do 30. dubna 2010**

**[www.rodinnaterapie.cz](http://www.rodinnaterapie.cz) nebo na adrese [info@rodinnaterapie.cz](mailto:info@rodinnaterapie.cz)**

**PhDr. Šárka Gjuričová**

**FN Motol, centrum rodinné terapie DPK, pav. 15**

**V úvalu 84, 158 00 Praha 5**

## I ZRNíčka... (z nicek na zahrádce Zdeňka Riegera)

### ZRNKO 27

Pan ing. En se dostal do těžkých manželských a rodinných problémů. Snažil se je řešit, ale nešlo to. A tak – ač vždy odmítal všechny služby psychologické a psychiatrické – nechal se kamarádem z práce přesvědčit, aby navštívil jednoho konkrétního psychoterapeuta (s nímž měl kamarád dobrou zkušenost). A protože pan ing. En nikdy nešel nikam nepřípraven, našel si na internetu jméno onoho psychoterapeuta a honem si šel půjčit jeho knížky. Takhle to dělal celý život: když měl nějakou akci, vždy se do detailů připravil. A to ve všem, nutno dodat. I v intimním soužití s manželkou...

A stalo se něco nečekaného. Ten doktor byl mimo jiné spoluautorem knihy o „Ostrově rodiny“. Pan ing. En byl zaskočen: metafora onoho ostrova mu byla překvapivě blízká. Už jako kluk... ale to teď, jak by pan ing. zdůraznil, to teď není důležité. Důležité je, že se k rodinnému terapeutovi objednal. A ještě důležitější je, že se o svém rozhodnutí jít k psychoterapeutovi – „psychologovi“, jak ho nazval – svěřil i manželce. Byla tím velmi zaskočena – manžel se až dosud o službách psychologických a podobných vyjadřoval s odporem. A zeptala se, co se vlastně děje. Začali spolu mluvit. Manžel dokonce vytáhl i onu knížku o ostrově rodiny. A – inspirován tou knížkou – představil manželce mapu jejich ostrova rodiny, tak, jak si ji namaloval on. Manželka byla zaskočena: jednak se jí jeho mapa líbila a jednak si uvědomila, že až doteď nevěděla, jak se její muž trápí. Nevěděla to, protože měl ve svém poselství zakódován příkaz: *Nikdy nedávej najevo, co cítíš – vždy se usmívej!* Když si to uvědomila, pochopila mnohé, čemu se nerada z lásky přizpůsobovala – a rozplakala se. Bylo to poprvé, co si dovolila před manželem plakat a neskrývat to. A stalo se něco nečekaného: manžel, místo aby ji kriticky označoval, ji objal. A polykal sliny. Pardon, teď už to může přiznat: slzy.

Vstoupili tak spolu do 1. etapy hledání cesty k řešení. Teď nezbývá, než hádat, kdy a kde začne etapa 2. A bude-li třeba setkání s oním psychologem...????

### ZRNKO 28

Jenda dostal pětku. Proč pětku? Protože ve škole opakovaně tvrdil, že nové desetiletí nezačíná v roce 2011, ale už v roce 2010. Paní učitelka se však nedala přesvědčit, že nové desetiletí začíná o rok dříve. A Jenda, 11letý, se začal hádat – a být hrubý. Proto ta pětka. Jenda, který se cítil být nespravedlivě označovaný, řekl něco sprostého. Nu – a paní učitelka jej poslala k psychologovi. Spíše za trest, než proto, aby mu pomohl...

Jendova máma, vždy poslušná, se ani nezeptala, proč – a hned se s Jendou k psychologovi objednala. A tam – tam se objevilo hned při 1. setkání téma: Co má být zdrojem spolupráce – vnitřní nebo vnější problém? Počátek anebo konec století? A jestliže by měla být zahájena psychoterapie: má nebo nemá 11letý kluk vstoupit do psychoterapeutického procesu individuálně anebo s celou rodinou? A: je to vůbec třeba? Nu – jsou to otázky, v nichž je zakódována otázka jediná. A možná i odpověď... Anebo naopak. Ale to je teď na nás...

### ZRNKO 29

Psycholog, působící mimo jiné v oblasti rodinné terapie, bývá zván do středních zdravotnických škol na besedu. Chodí na ty besedy docela rád – je mu s mláďaty dobře a pokaždé se od nich něco naučí, přinášejí inspirující podněty k jeho vlastní práci. Stále je co se učit – díky jim. No – a občas je i pohlazen – tak, jako ve 4. ročníku jedné zdravotnické školy:

Po formálním seznámení a úvodu na téma „i zdravotní sestry mohou psychoterapeuticky působit“ se přihlásila jedna studentka, že chce něco říci. Není to běžné

– studenti zpočátku spíše mlčí a je třeba rozvinout jejich zájem o spolupráci. Takže onen psycholog měl v sobě dvojí reakci: radost a starost – radost, že jeho přítomnost nebrání studentům přihlásit se, a starost, aby ta hlásící se studentka neotevřela téma pro ni v třídním kolektivu nevhodné. Občas se taková témata při podobných akcích objevují – pak je dobré je chtít nechtě převést na individuální setkání. Ale ona studentka jej zaskočila: „Chci vám poděkovat,“ řekla. A hned pokračovala: „Mám tátu, který je o 15 roků starší než máma – a táta najednou odešel z domu na naši chatu. Řekl, že se cítí strašně starý a že nám chce uvolnit prostor. I mámě.“ Psycholog se polekal – že by přeci jen osobní téma?! „Nebylo by lepší, kdybychom se o tom...“ začal, ale ta dívka jej přerušila: „Všichni to tady vědí. Máma nebyla ráda, že táta odešel.“ „Nebylo by lepší...“ opakoval psycholog. „Nu – a já jsem v té době dostala za úkol napsat referát o vaší knize Návrat k rodině a domů,“ nedala se ona studentka odbýt. Teď už psychologovi nezbylo, než rezignovat a vyčkat, co a jak se bude dít dál. „K výběru té knihy,“ pokračovala studentka, „mě přilákal její název. Její obsah, jak se pak ukázalo, o tátovi a pro tátu moc nebyl.“ Nebylo co dodat, zjevně šlo o velmi chytrou dívku. „Ale ten název,“ pokračovala, „ten název, a pak to, že to

napsal psycholog, to bylo pro mě důležité. A domluvily jsme se se ségrou, je o 3 roky mladší, a vzaly jsme tu knížku s sebou k tátovi na chatu a ukázaly jsme mu ji. A on nás zaskočil. Přečetl si jen název a zeptal se: Vy chcete, abych byl doma? Nečekaly jsme, že se takhle zeptá hned. Ano – chci to já i ségra i máma, řekla jsem mu. Byl asi překvapený: I máma? ptal se. Máma nejvíc, řekla jsem, ségra to odsouhlasila a bylo jí do breku. Barunko, řekl mi táta, ty si vymýšlíš! Ne, naštvala jsem se, je to tak! Nu... nu a pak táta řekl, že si tedy tu knihu přečte. To nemusíš, řekla jsem mu, chceme prostě, aby ses vrátil domů. Táta ale byl tvrdohlavý – takže jsem mu tu knížku musela nechat. No... no a pak se díky té knížce vrátil. A máma... máma brečela. A táta... táta si pak tu knížku dokonce i koupil. A víte, co řekl? Řekl, že i když je ta kniha o něčem hodně jiném, je také o tom samém. A víte, co udělal? Dal nám pusu. I mámě.“

To vše řekla Barunka suverénně, bez jediného zakolísání. Otevřela téma k povídání – a také k mlčení. Po vyučovací hodině přišla za oním psychologem a podala mu jeho knížku: „Máma prosí, abyste tam něco napsal,“ zašeptala. „Prosíme...“ A najednou – najednou se rozplakala a současně se začala svému pláči smát... Teď si to mohla dovolit... Ale to je už jiný příběh...

## SEBEPOZNÁNÍ JAKO VELMI PRAKTICKÁ KNIHA

Kuneš, David. (2009). *Sebepoznání*. Praha. Portál.

Dagmar Mišítková

Autor David Kuneš je skúsený psychológ a zároveň psychoterapeut s vlastnou praxou. Jeho hlavný úväzok patrí ale Filozofickej fakulte Masarykovej univerzity, kde pracuje ako odborný asistent na Psychologickom ústave. Vyučuje psychoterapeutické predmety. Dva roky svojej výučby venoval aj odboru Psychoterapeutická studia na Fakulte Sociálnych Studií, ale pre pracovnú vyťaženosť kontrakt s fakultou prerušil. Momentálne sa venuje súkromnej praxi v Tišnove a prekladom odborných psychologických kníh. Pre ilustráciu, napr.: preklad knihy *Umení psychoterapie* od Zeiga (2005).

Prvá monografia Dávida Kuneša *Sebepoznání* odzrkadľuje oblasti, ktorými sa autor zaoberá s veľkým záujmom, podľa toho, čo som sa o ňom dočítala. Samotný predmet Sebepoznání vyučuje na Filozofickej fakulte. Monografia bola vydaná Vydavateľstvom Portál v roku 2009 v sedmočervenej brožovanej väzbe, ktorá zahŕňa 152 strán textu.

Na pohľad malá knižka, ktorá sa dá prečítať na pár dúškov, obsahuje úseky, ktoré nás nútia pozastaviť sa a ponoriť sa do svojho vnútra. Preto je vhodné ju čítať s krátkymi pauzami, kedy máme priestor konfrontovať svoj postoj k sebe samému.

Môj pôvodný zámer bol porovnať knihu s inou recenziou, no zatiaľ som našla len recenziu prof. Milana Nakonečného, ktorý zvolil skôr opisný štýl a nemala som pocit negatívnej kritiky, ale práve naopak. Recenzia je napísaná priaznivou formou, takže predpokladám, že knihu hodnotí pozitívne a ako prínosnú.

V úvode knihy nás autor sprevádza krátkou staťou o tom, k čomu slúži sebepoznanie, o tom ako sa utvára sebasystém a jeho základné princípy z pohľadu vývojového hľadiska. Sebepoznanie by malo slúžiť k lepšiemu pochopeniu seba, svojej osobnosti a prirodzenej ľudskosti. Pomáhajú nám

v tom najmä ľudia v našom sociálnom prostredí. Nakoniec sa autor spytuje, či práve prílišné pozorovanie vlastnej osoby nevedie ku sebeckosti. Dochádza k názoru, že dočasná sebeckosť by mala v konečnom dôsledku viesť ku zvýšenému záujmu o ostatných. Sebautváranie sebasystému je intenzívne ovplyvnené okolím subjektu. Práve okolie nám umožňuje nastavenie zrkadla, ktoré si možno sami nie sme schopný vytvoriť. Najmä rodina, ktorá nás nielen hodnotí, ale aj počas života dotvára. Svoj sebaobraz vnímame aj na základe toho, ako nás reflektuje okolie. Autor sa zmieňuje o sociálnych javoch, s ktorými sme bežne konfrontovaní a to so sociálnym porovnávaním, časovým porovnávaním a identifikáciou. Sebepoznanie z vývojového hľadiska má mnoho styčných bodov spoločných s vývojovou a sociálnou psychológiou. Osobnosť je komparovaná s modelovateľným kusom kameňa, ktorý v dospelosti nabera obľé ľudské obrisy.

Autor tak nadväzuje na prvú časť knihy, ktorú nazýva *Psychoterapeutické korenie sebepoznania*. Začiatkom knihy uvádza psychodynamické smery a týmto pojmom zastrešuje aj psychoanalýzu. Nasledujúca psychoanalýza Freuda je popísaná mimoriadne zrozumiteľne a jasne. Potom predstavuje Junga a jeho analytickú psychológiu. Autor opisuje aj katatýmno-imaginatívnu psychoterapiu Hans Carla Leunerova a poukazuje na využitie predstavivosti a fantázie v terapii. Neskôr nadväzuje na Wilhelm Reicha a Alexandra Lowena, pri ktorých poukazuje na somatickú všímavosť. Napokon do psychodynamických smerov zaraďuje dôraz na sociálnu stránku. Nenarazila som tu nikde na termín interpersonálna psychoterapia, čo mi trochu chýbalo, pretože práve to v kontexte celej knihy považujem za dôležité. Interpersonálny aspekt je v knihe zdôraznený,

avšak samotná interpersonálna psychoterapia tu predstavená nie je. V monografii sa nachádzajú behaviorálne, kognitívne aj behaviorálne-kognitívne smery. Priekopník behaviorálnej terapie Joseph Wolpe a významný predstaviteľ kognitívnej psychoterapie Albert Ellis a Aaron Beck. Autor vystihol podstatu v Humanistických smeroch, kam zaradil Carla Rogersa, Fidricha Perlsa a aj transakčnú analýzu Erica Berneho. Opis transakčnej analýzy sa číta veľmi komfortne, vďaka uvedeným príkladom niektorých hier z bežného života bez toho, aby sme si uvedomovali, že by ich niekto mohol podobne analyzovať. Dôležitá je aj neprehliadnuteľná logoterapia Frankla, ktorá kladie dôraz na zmyselnosť a vôľu. Napokon môžeme prelistovať odsek rodinných smerov, ich počiatky, výskumy, systemickú a naratívnu psychoterapiu.

Druhá časť knihy nazvaná *Praktické seba-poznanie* má vďaka zážitkovým technikám vytvoriť most medzi doteraz teoretickým textom a praktickými cvičeniami. Týkajú sa najmä komunikácie s vnútorným a vonkajším svetom. Prepojenie oblastí slúži ako spojítka a priblíženie, ako by pracovali jednotlivé terapie pri tom istom subjekte a jeho probléme. Ako nástroje poznávania sú uvedené pozornosť a vnímanie. Čakala som, že v tejto časti sa autor bude venovať aj emocionálnej stránke osobnosti. Chýbalo mi to najmä z toho dôvodu, že sa s nimi dá implicitne pracovať a spoznávať svoje intrapersonálne vzťahy.

Tretia, záverečná kapitola monografie predstavuje podľa môjho názoru najprínosnejší spôsob seba-poznania. Táto časť knihy je mimoriadne čitateľná a prínosná. Mala som v nej pocit, že sa práve vtedy stávam súčasťou hlavnej myšlienky autora, že to je to nosné a je to hlavný pilier knihy. Je to môj subjektívny názor, ale prvá časť je teória, v ktorej je ukázkovo zhrnuté to kľúčové, na čom stavia každá so spomenutých terapií, a tým umožňuje čitateľovi pochopiť to podstatné a zbytočne ho nezdržiava zdĺhavými faktami. Napriek tomu, myslím, že pre práve



pre túto knihu nie je nevyhnutné, aby opisovala terapeutické systémy. Pokojne by som privítala, keby autor vyňal tretiu, prípadne druhú časť knihy a venoval jej samostatnú obširnejšiu publikáciu. Tretia kapitola nám podáva praktickú ruku, ktorá nás vedie priamo k seba-poznaniu. Je tu mnoho cvičení, ktoré si priamo pri čítaní môžeme vyskúšať na sebe, alebo v skupine ľudí. Je určená pre oblasť „Vonkajšieho sveta, Vnútornej oblasti, Vnútorného sveta a pre Komplexný prístup k seba-poznaniu“.

Knihu ako celok by som ohodnotila ako kladnú a prínosnú. Autor sa o nej zmieňuje ako o ochutnávke tém, a nie ako o vyčerpávajúcom prehľade (Kuneš, 2009). Tento účel splnila. Čo mi v teoretickej časti chýbalo, bola práve interpersonálna terapia a vôbec jej predstavitelia. Interpersonálne vzťahy sú spomínané aj v praktickej časti pri skupinových technikách a mne osobne sa zdá vhodné spomenúť práve tento druh terapie. Napriek tomu, že je kniha písaná odborným



jazykom, je dobre čitateľná. Autor používa populárny štýl písania a tak umožňuje pohodlné čítanie i pre laika orientačne zaoberajúceho sa psychológiou, či psychoteriou. Obsah jej nedovolil rozpínať sa, ale svoju podstatu vystihla a takisto pritiahla moju pozornosť. Čo sa týka faktickej stránky, nejde príliš do hĺbky, čo ale na druhej strane necháva čitateľovi priestor na vlastnú úvahu a to považujem za pozitívum. Asi by stálo za to nájsť si čas a navštíviť samotný predmet Sebapoznanie, ktorý D. Kuneš vyučuje.

Uvítala by som knihu, ktorá by voľne nadväzovala na *Sebapoznání* a obsahovala mnoho praktických terapeutických evičení.

Knihu odporúčam prečítať takmer každému, ale myslím, že najprínosnejšia by mohla byť snáď pre študentov psychoterapie, či psychológie. Je stručná, vecná a praktická, použiteľná ako malá príručka rýchlych nápadov.

*Autorka recenzie studuje obor psychoterapeutická štúdia na FSS MU.*

## VARIACE NA PSYCHOLOGII

**Zábrodská, K. (2009). Variace na gender. Poststrukturalismus, diskurzivní analýza a genderová identita. Praha: Academia.**

**Kateřina Machovcová**

Kniha Kateřiny Zábrodské *Variace na gender: Poststrukturalismus, diskurzivní analýza a genderová identita* predstavuje pomerne překvapivý počin. Projekt realizovaný a obhájený v rámci doktorského štúdia psychológie využíva výrazne interdisciplinárny prístup a zakotvený v poststrukturalistické epistemológii. Je tak významným príspevkem pro pojetí oboru a posouvá hranice toho, jak lze v psychologii dělat výzkum, jaké teorie využívat a dále rozpracovávat. Zároveň vybízí ke změnám přemýšlení a uvažování nad tím, co v psychologickém poznání může být užitečné.

V úvodu se autorka vyrovnává s nelehkou situací předložení neobvyklého textu. Důkladně vyjasňuje svoje východiska a sumarizuje klíčové body svého přístupu. V první řadě čtenáře a čtenářku osvobozuje od nekonečné debaty „*nature vs. nurture*“ upozorněním, že poststrukturalní výzkum zaměřuje pozornost jinam. Ptá se na to, jak diskurzy vypovídající o biologii a kultuře organizují naši společnost a poznání o nás samotných. K již dobře známému pojmu diskurzu v kontextu studia genderové identity dodává: „*Budu jazyk/diskurz nahlížet jako nástroj stabilizace genderových kategorií, ale současně také jako prostředek jejich subverze*“ (str. 15).

Vlastní publikace je strukturována do dvou částí. První má v podstatě pedagogický účel, dalo by se říci, že je výkladovým slovníkem především feministických „postteorií“, zabývá se jejich vlivem na konceptualizaci identity a subjektivity a v závěru představuje metody diskurzivní analýzy jako možnosti empirické aplikace. Autorka tak uceleně podává strukturované poznání nezbytné pro porozumění části analytické, ve které uvádí výsledky kvalitativní studie genderové identity mladých lidí.

Jedním z klíčových momentů teoretické části je kritika běžné definice genderu. Snad všichni jsme se někdy setkali s pojetím, které tvrdí, že zatímco pohlaví (*sex*) poukazuje na biologické odlišnosti, gender se zabývá odlišnostmi socio-kulturními. Autorka oproti tomu ve své analýze používá gender „*k odkazům na veškeré aspekty společenské a psychické organizace, které se vztahují ke kategoriím žena-muž, a to i na ty, jež jsou obvykle považovány za biologicky dané*“ (str. 25). I tímto krokem umožňuje překonat neproduktivní dichotomii „biologie – společnost“ a umožňuje posunout naše vnímání genderových vztahů na novou rovinu: *jaké specifické efekty mají výroky o „biologických“ vlastnostech ženského a mužského těla?* (str. 25).

Z hlediska feministické analýzy je další významnou oblastí moc, výrazně inspirovaná Foucaultovým pojetím spočívajícím, vyjádřeno metaforou, ve vnímání mocenských vztahů jako sítě kapilár prostupujících společnost. Ženy i muži jsou zároveň objekty i nástroji moci a vzájemné mocenské vztahy jsou proměnlivé – genderové vztahy nelze chápat jako založené na mužské moci a ženské bezmoci. Dále se autorka již výrazněji zaměřuje na teorie spojené přímo s lingvistickým obratem a diskurzivním přístupem. Opět nově vymezuje chápání genderu; zatímco ve výzkumech se často setkáváme s tím, že je tato kategorie chápána jako daná, nezávislá proměnná, autorka se přiklání k přístupům, které uvažují proměnlivost „dělání genderu“, kdy se obsah ženskosti a mužskosti a jeho vyjadřování mění na základě kontextu. *Gender je tak chápán jako interakční fenomén (str. 47).*

V části publikace věnované tématu identity se seznamujeme s poststrukturalistickou dekonstrukcí, tedy re-konceptualizací, identity volající po novém chápání vztahů mezi subjektem, sociálním a mocí. Stejně jako gender je i identita vnímána jako relační fenomén. Z hlediska psychoterapie je předložena zásadní výzva formulovaná v následujícím výroku: „*Objevování své „pravé“ identity, jež je tak často vyzdvižováno humanistickým diskurzem, tedy z pohledu poststrukturální teorie, neznamená nic jiného než opakované vylučování jinakosti, potlačování heterogenity a konfliktnosti identity a stabilizaci hierarchických vztahů mezi různými sociálními subjekty*“ (str. 53).

Následuje metodologická část věnovaná diskurzivní analýze a jejím variantám i pozastavení se nad (ne)možností definovat diskurz. Z hlediska následující studie je jisté důležité zdůraznění produktivní povahy diskurzu a uvažování nad tím, jak jsme všichni jako subjekty ovlivnění sociálně produkovaným věděním a tedy různými způsoby podmanění.

Druhá polovina knihy je věnována detailní analýze diskurzů, které autorka extrahovala na základě šesti rozhovorů. Dozvídáme se o rozmanitých konotacích diskurzu genderového esencialismu, socializace, individualismu, biologizace, heterosexuality a jinakosti. Subtématem každé části je kritický popis diskurzivní dynamiky. Autorka zde zejména odhaluje zajímavé paradoxy, které otevírají možnosti jiného porozumění re-konstrukce genderu a genderové identity. V tomto ohledu bezesporu naplňuje svoje záměry formulované v úvodní části: „*Posouvá se od otázky, kým jsme a odkud jsme přišli, k otázce, kým bychom mohli být a jak bychom sami sebe mohli v budoucnosti utvářet (str. 17)*“ a „*Zkoumá, jak je konstituována realita genderových vztahů a současně s tím zpochybňuje i její zdánlivou nevyhnutelnost a poukazuje na možnosti jejího přeznačení a změny*“ (str. 31). Kniha jako celek představuje nezjednodušující pojetí genderových vztahů v aktuálních teoriích a v tomto ohledu lze její přečtení doporučit i těm, kdo se doposud příliš problematikou genderu nezabývali. Jednoduché čtení to však není.



## ISZ-MANAGEMENT CENTRUM

Vzdělávání pomáhajících profesionálů  
od roku 1990

**Pořádá kurzy a výcviky:**

### **SEKCE PSYCHOTERAPIE**

#### **Seminář Kurt Ludewig**

Seminář je věnován současnému stavu systemické terapie. Obě dopoledne autor prezentuje přehled teoretických základů systemické terapie, jak z metateoretické perspektivy, tak z hlediska praxe. Odpoledne budou věnována praxi: jednak přímé práci s klienty, s účastníky supervizandy, jejich videozáznamy, jednak budeme analyzovat videozáznam konzultace autora.

**Termín 17.–18. května 2010**

#### **Systemická práce s párem rodinou**

Intenzivní výcvik je příspěvkem k vyplnění mezery na odborném poli vzdělávání v práci s párem, rodinou či jiným systémem. 200 hodin výcviku  
Výcvik v přípravách akreditace MPSV

**Zahájení 10.–11. června 2010**

#### **Cestou systemických terapií**

Aktualizovaný produkt Umění terapie; komplexní výcvik 800 hodin, akreditovaný ČPS, ČLS JEP. S cílem výcviku je maximalizovat efektivnost a kvalitu procesu učení, tréninku a supervize tak, aby absolvent/ka naplnil/a evropská kritéria (EAP, ČPS) pro výkon oboru psychoterapie.

**Zahájení 9.–11. září 2010**

#### **Cestou příběhu**

mého klienta, mého pomáhání a mé profesionality  
200 hodin výuky a sebezkušenosti

**Termín zahájení na [www.isz-mc.cz](http://www.isz-mc.cz)**

### **SEKCE PROFESIONÁLŮM A ORGANIZACÍM**

#### **Systemická supervize**

Užití systemických nástrojů v kontextu individuálních a skupinových supervizí a koučování. Určeno praktikujícím profesionálům i zájemcům o obory supervize a koučování.

**Termín zahájení na [www.isz-mc.cz](http://www.isz-mc.cz)**

#### **Systemická intervence**

II. stupeň tréninku (40+40 hodin)

navazující na Systemický management a koučování.

Úvodní 100hodinový trénink přinesl účastníkům základní seznámení s konstruktivistickou filozofií, základy systemické teorie a se základními nástroji koučovacího rozhovoru.

**Zahájení 19.–20. dubna 2010**

**Systemický management a koučování**

Všem, kteří v komplexních procesech firemních změn čelí situacím, v nichž se vynořuje více otázek než vyzkoušených postupů a řešení

**Zahájení 17.–19. června 2010**

**SEKCE ŠKOLSTVÍ A VÝCHOVA**

**Systemika ve třídě**

**32 hodin – 4 celodenní setkání v Praze, v Ostravě nebo přímo ve Vaší škole**

Možnosti využití systemického přístupu při každodenní práci s žáky/studenty

**Systemika ve školní prevenci a výchovném poradenství**

**32 hodin - 4 celodenní setkání v Praze nebo v Ostravě**

Možnosti využití systemického přístupu při preventivní a výchovné práci s žáky/studenty, ohroženými projevy rizikového chování, ale také při jednání s jejich rodiči a učiteli. Návuk účinných postupů a technik při řešení nejčastějších „problémových“ situací.

**Systemika ve škole**

**150 hodin – 10 dvoudenních setkání v Praze nebo v Ostravě v průběhu 20 měsíců**

Specializovaný intenzivní výcvik pro pomáhající profesionály ve školách a školských zařízeních, zaměřený na vedení efektivního systemického rozhovoru

**Rozhovor jako výchovný nástroj I**

Základní kurz pro rodiče **16 hodin – 2 nebo 4 setkání v Praze nebo v Ostravě**

Vzdělávací, tréninkový a sebezkušenostní program pro rodiče dětí všeho věku

**Rozhovor jako výchovný nástroj II**

Pokračovací kurz pro rodiče **16 hodin – 2 nebo 4 setkání v Praze nebo v Ostravě**

**Spratek, nebo partner v dialogu?**

Celodenní trénink pro rodiče pubescentů a adolescentů **8 hodin – v Praze nebo v Ostravě**

**Přihlášky a veškeré další informace: [www.isz-mc.cz](http://www.isz-mc.cz)**

**Kontakt: ISZ-MC, Máchova 7, 120 00 Praha 2, mobil 776 606 761, e-mail: [info@isz-mc.cz](mailto:info@isz-mc.cz)**