

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 4. ročník, 2010, číslo 2

Vychází čtvrtletně.

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

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

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

PhDr. Dana Dobiášová – 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 Gjuríčková – 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 Plháková, 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, tel. 549497970

Adresa redakce:

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

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

psychoterapie@fss.muni.cz

Uzávěrka čísla 2/2010 byla 15. 6. 2010, recenzní řízení bylo uzavřeno 19. 7. 2010. Vychází v srpnu 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 2 ROČNÍKU 2010

EDITORIAL

Zbyněk Vybíral: Po Florencii. Po Asilomaru - - - **81**

TEORIE A PRAXE

Vladimíra Straková, Patrik Grexa: Využití Gestalt přístupu při krizové intervenci - - - **83**

Jan Roubal: Diagnostikování a intervence v gestalt terapii - - - **91**

Petr Možný: Komentář k příspěvku Jana Roubala - - - **99**

Vlado Hambálek: Koncentratívne pohybová terapia – predstavenie prístupu - - - **102**

TEORIE

David Unger: Psychoterapeutické přístupy v léčbě hraniční poruchy osobnosti - - - **109**

DISKUSE

Jan Poněšický: Pátý hřích psychoterapie aneb její ideologizace ve světle daseinsanalýzy - - - **118**

KONFERENCE, WORKSHOPY

Vojtěch Netík, Marie Kovářová: 7. česká konference kognitivně behaviorální terapie, Kroměříž, 13.–15. května 2010 - - - **119**

Zbyněk Vybíral, Ester Danelová, Jan Roubal, Romana Plochová: Norcross, Wachtel, Greenberg a spol. v hotelu Středomoří u řeky Arno. XXVI. SEPI Conference (Society for the Exploration of Psychotherapy Integration), Florence, 27.–30. května 2010 - - - **121**

KRÁTCE

ZRnění Zdeňka Riegera - - - **127**

RECENZE KNIH

Zdeněk Rieger: Návrat k rodině a domů (A. Lukešová) - - - **130**

Fritz Riemann: Schopnost milovat (B. Petránková) - - - **131**

Geoff Lindsay, Casper Koene, Haldor Ovreide, Fredi Lang: Ethics for European Psychologists (H. Junová) - - - **132**

Nigel C. Benson & Piero: Psychiatrie (B. Plochová) - - - **134**

Rob Preece: Moudrost nedokonalosti (J. Machala) - - - **138**

Roman Hytych: Smrt a nesmrtnost: sociální reprezentace smrti (J. Šupa) - - - **140**

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

Institut Virginie Satirové Česká Republika

otevívá v září 2011

čtyřletý komplexní systematický výcvik

„MOVISA“

V psychoterapeutickém přístupu

„MODEL RŮSTU VIRGINIE SATIROVÉ“

Lektoři výcviku:

MUDr. Milada Radosová, Mgr. Iva Rainerová,

Mgr. Petra Večerková, MUDr. Louis Radosa

Garanti výcviku: PhDr. Ilona Koťátková

ředitel výcviku: MUDr. Milada Radosová

710 hodin, cena 18 890 Kč za rok

v roce tři čtyřdenní a jedno osmidenní setkání

místo: Mlýn Brejlov, Břežany 29, Týnec n/S

**Výcvik je akreditován jako komplexní vzdělávací program
v psychoterapii pro oblast zdravotnictví.**

Je určen pracovníkům ve zdravotnictví a v pomáhajících profesích

Více informací a přihláška na www.institut-satirove.cz

Zájemci o výcvik zasílejte přihlášky na:

milada.radosova@seznam.cz

petra.vecernice@seznam.cz

EDITORIAL

Zbyněk Vybíral

PO FLORENCII. PO ASILOMARU

Budu psát o konferencích. O té první, florentské 26. konferenci SEPI píšeme na jiném místě; o druhé, o 41. setkání SPR v kalifornském Asilomaru, vyjde zpráva příště, v dvojčísle 3-4/2010 v prosinci. Proč tedy ještě v úvodníku? Chci se zastavit u jejich smyslu. A nejdříve se zmínit o osobnostech.

Musím si přiznat, že pro mě byl zážitek vidět klasika teoretických pojednání o sblížení psychoanalýzy a KBT Paula Wachtela. Sledovat ležérní poklid vzrůstem menšího muže s výrazným knírem. Byl pro mě zážitek poslouchat poprvé živě přednášku Johna Norcrosse, precizně připraveného, dalšího klasika, mohutného, důstojného muže. (Oba známé z Psychoterapeutických systémů, z článků a knih Stanislava Kratochvíla, nyní i ze Současné psychoterapie.) V Kalifornii bylo fascinující zažít Larryho Beutlera. Jeho prezentaci plnou energie včetně gestikulování. Se záplem napadl politické protěžování a důvěru v důkazy, které (domněle) o účinnosti psychoterapie přinášejí (či mají přinášet) znáhodněné klinické výzkumy.

Dovolím si krátkou osobní rekapitulaci, jež snad nevyzní ani namyšleně (když budu chvíli psát o sobě), ani nudně. Cestuji „za psychoterapií“ od roku 1992. Začal jsem Psychoterapeutickými týdny v Lindau (Willi, Kernberg, Kastová), tři roky jsem cestoval za výcvikem do Německa a do Nizozemí (transakční analýza, Balintovské skupiny – Maria Rohde), zažil jsem kongresy psychoterapeutů ve Vídni (Frankl, Eysenck, Grinder, Peseschkian), Dublinu, Moskvě nebo třeba Bělehradu (Tom Andersen), v posledním roce v Montrealu, Florencii, v Kalifornii. V České republice bylo vždy několik osobností, které cestovaly a sbíraly zkušenosti v zahraničí a byly mj. v kontaktu s největšími osobnostmi „svých oborů“ – a to od Ruska a Polska až po USA (S. Kratochvíl, A. Šimek, D. Skorunka,

dnes např. J. Praško, D. Holub, J. Roubal, P. Nepustil – a určitě nejméně dvě desítky dalších). Kontakty s vůdčími osobnostmi udržovali J. Rubeš, P. Boš, J. Špitz, H. Junová, J. Vymětal, J. Ženatý; a udržují dál Kuneš, Strnad, Chvála a mnozí další – díky nim (a opět i dalším) zažily desítky dalších terapeutů osobnosti jakými byli Moreno a Z. Morenová, Watzlawick, Satirová nebo jsou třeba de Shazer či Friedmanová. Díky kolegům cestujícím do ciziny se překládaly a překládají knihy, jsou zabezpečovány výcviky a supervize výcviků u nás, píšou se články pro časopis. Je nedocenitelné, kolik toho na Slovensku vykonal J. Hašto. Jako učitel psychoterapie sleduji, jak jsou v kontaktování velkých psychoterapeutů studenti ještě přímočařejší a odvážnější. Napíšu Richardu Erskinemu, Irvinu Yalomovi, vyhledají Johna Norcrosse, učí se přímo u Harlene Andersonové. Přesto na konferencích v zahraničí patří zastoupení nás z ČR stále k těm nejméně početným.

Proč to všechno píšu? Máte-li jen trochu příležitosti a mj. i ochoty investovat své úspory, cestujte. Přihlašujte se na konferenční v cizině, na zahraniční výcviky a kurzy. Vždycky jsem výjezdy do zahraničí považoval za získání „kapitálu“. To, jak se jeho kumulování vyplatí, je různé. A jestli se ve vás již ozvala námitka, že „nikoliv konferencemi stává se člověk psychoterapeutem“, souhlasím, ale jen zčásti. Informovaným (a potenciálně lepším) psychoterapeutem se stáváme *také* cestami za vzděláním.

V čísle, které držíte v rukou, najdete dva teoreticko-praktické texty od gestalt terapeutů. O gestalt terapii se navíc dočtete také v příspěvku Davida Ungera, který sumarizuje dnešní přístupy k léčbě pacientů s hraniční poruchou osobnosti. K jednomu z gestalt příspěvků jsme se rozhodli otisknout i podstatnou část nadstandardního recenzního

posouzení terapeutem jiného zaměření. (Otištění komentáře MUDr. Možného nám doporučil profesor S. Kratochvíl.) Anonymní interní recenze se „odtajňují“ zcela výjimečně (ale někdy se to děje i v předních časopisech světových). A to tam, kde recenzent zásadně rozvine téma příspěvku nebo zformuluje takový diskusní pohled, který by bylo škoda nepředstavit čtenářům. Jak v předchozím časopise *Konfrontace* (do roku 2006), tak

v *Psychoterapii* věnujeme rádi prostor různým reflexím toho, jaký jazyk, jaké termíny a jaké koncepty používají psychoterapeuti. Stavíme se za srozumitelnost a dialog mezi směry. Taková proklamace může snadno znít jako fráze, ale... právě zařazením komentáře Petra Možného k článku Jana Roubala snad dokazujeme, že o fráze nejde.

V Brně, v červenci 2010

VYUŽITÍ GESTALT PŘÍSTUPU PŘI KRIZOVÉ INTERVENCI

Vladimíra Straková, Patrik Grexa

ABSTRAKT

V tomto sdělení se zabýváme modifikací gestalt přístupu v oblasti krizové intervence, dále jeho koncepty, které hodnotíme jako přínosné, a těmi, které hodnotíme jako rizikové. Svá stanoviska ilustrujeme kazuistickými příklady, odkazy na moderní teorii a praxi gestalt psychoterapie a modelem terapeutického sezení.

Klíčová slova: gestalt psychoterapie, krizová intervence, teorie pole, experiment, existenciální přístup, reakce na akutní trauma, figura a pozadí.

ABSTRACT

The use of the gestalt therapy approach at a crisis intervention

We reflect modification of Gestalt therapy approach in the context of crisis intervention in the following text. We deal with concepts, which we find helpful, and those, which might impose risk. We illustrate our standpoint with case studies, references to modern gestalt therapy and practice and a model of the therapeutic session.

Key words: Gestalt psychotherapy, crisis intervention, Field Theory, experiment, existential approach, acute reaction to trauma, figure and ground.

ÚVOD

Každý psychoterapeutický směr vyžaduje modifikace svého přístupu v závislosti na klinických oblastech, v nichž se uplatňuje. V historii psychoterapie se tento trend projevoval úpravou používaných technik i teoretických předpokladů daného směru. Absolvent psychoterapeutického výcviku řeší během své praxe dilema zachování „čistoty“ terapeutického přístupu a odklonu od jeho doporučení podle konkrétních požadavků interakce s klientem.

CHARAKTERISTIKA GESTALT PŘÍSTUPU

Po zkušenostech s terapií pacientů s narcistickou poruchou osobnosti popisuje Greenbergová (1996) ústup od provádění experimentů a předkládá jeden z důležitých principů gestalt terapie: „setkat se s klienty tam, kde jsou, a tam s nimi pracovat“ (str. 114). Tato úvaha je v souladu s principy gestalt přístupu, který jako dominantu předkládá důraz na teorii pole, existenciální dialog, fenomenologii, seboorganizující princip self a paradoxní teorii změny. Tyto principy přesouvají pozornost na přítomnost, redukuje spekulativní závěry, zdůrazňují autenticitu terapeuta a respektují existující danosti. Na základě těchto výchozích předpokladů vstupuje terapeut do dialogu s klientem bez předem daných hypotéz, reaguje podle toho, co pozoruje v chování klienta a ve vlastním prožívání, a všímá si, co z pozorovaných procesů aktuálně dominuje a co ho překvapuje. Chápe se jako součást aktuální situace, a tudíž procesy vlastní jsou nejen vnitřními procesy, ale i informací o situaci a klientovi. Proces a jeho výsledek není předem dán, terapeut je otevřený různým možnostem (Jacques, 1999). Pokud sám sebe úkoluje a tlačí k nějakému výkonu, chápe tento tlak také jako výpověď o situaci – terapeut není izolovanou jednotkou, ale je součástí dynamického pole řady působících sil. Tento pohled na gestalt přístup formuje obraz terapie jako dialog zkoumající všechny aktuálně existující danosti, které jsou vnímání terapeuta a klienta dostupné, bez předsudků a apriorního hodnocení jejich významu. Dalším aspektem je experimentování a rozvoj akčních technik, jimiž je gestalt terapie především známa v odborné veřejnosti (např. Strümpfel a Goldmanová (2006) svou charakteristiku gestalt terapie opírají především o experimentální přístup

a podrobně popisují techniky prázdné židle a dvou židlí jako metody integrace). Těmito metodami se v současnosti vyznačuje především krátkodobá gestalt terapie (Houston, 1999, 2003; Philippon, 1999; Evans, 1999). Přístup historicky vychází z Perlsova pojetí poruchy kontaktu mezi organismem a prostředím a mezi subsystémy organismu jako příčiny problémů (Perls et al., 2004). Perls definoval neurózu jako „předčasnou pacifikaci konfliktu“ (str. 160) a symptomatologii chápal jako výsledek vyhýbání se utrpení z konfliktu. Terapeutická práce s klientem probíhající ve smyslu tvořivé frustrace (metody zesilující konflikt za účelem jeho zvědomění) může být pro mnohé modelem toho, jak má gestalt terapie vypadat. Méně často odborná veřejnost v dostupné literatuře nachází pojetí gestalt terapie jako na proces orientované terapeutické práce bez důrazu na akční techniky.

CHARAKTERISTIKA KRIZOVÉ INTERVENCE

Praxe krizové intervence vychází z různých teoretických škol. Společným jmenovatelem jednotlivých přístupů je časové ohraničení intervence (obvykle do 6–8 týdnů, dle Vodáčkové (2002) do 3 sezení, dle Špaténkové (2004) do 6–10 sezení). Důraz je kladen na poskytnutí podpory a bezpečného rámce při hledání a řešení definovaného problému. Obecným cílem je návrat jedince do ekvilibria, korekce afektivní, behaviorální a kognitivní dezorganizace a nestability a znovunabytí funkčních vyrovnávacích strategií. Teorie krizové intervence využívá poznatky ze systematické a rogersovské terapie, interpersonální teorie, teorie chaosu, kognitivně behaviorální terapie (Forot, 1996), na řešení orientované terapie (Iveson, 2002) ad. Krizový pracovník si je vědom naléhavosti situace a toho, že má obvykle málo času. Sezení je zaměřeno na zmapování aktuálního stavu a situace. Hodnotí se stupeň dezorganizace klienta s cílem vytvoření krátkodobé perspektivy, přičemž krizový plán zahrnuje obvykle jen smlouvu na jedno příští sezení a pak zhodnocení a novou kontraktaci. Vyústěním krizové intervence může

být i plynulý přechod klienta do psychoterapie, kdy je obvykle možné pracovat pod menším tlakem a v delší časové perspektivě.

CHARAKTERISTIKA KLIENTA KRIZOVÉ INTERVENCE

Každý terapeutický proces začíná diagnostikou klienta, která je základním krokem pro volbu vhodných postupů. Klient vstupující do terapie se liší od klienta krizové intervence svou motivací i potřebami. Motivace je jasně vyjádřena vyhledáním terapie a očekáváním klienta je změna. Oproti tomu klient krizové intervence je ve stavu nestability, naléhavosti a nechtěné změny. Vývoj krize podle Caplana (cit. dle Vodáčkové, 2002) probíhá ve 4 stádiích:

1. pocit ohrožení, zvýšená úzkost, použití obvyklých strategií ke zvládnutí problému;
2. zmatek v důsledku neúčinnosti zvládnutí, zranitelnost, nedostatek kontroly nad situací, ochromení, náhodné způsoby řešení;
3. další vzestup úzkosti a napětí s pokusem hledat nová řešení, jejichž součástí může být i vyhledání pomoci;
4. závažná psychologická dezorganizovanost, úzkost v podobě paniky, hluboké kognitivní a emocionální změny, zúžené zorné pole, ochota hledat pomoc může chybět.

Odlišnost mezi klientem gestalt terapie a klientem krizové intervence lze definovat pomocí teorie o procesu změny, jak ji předložil Perls ve své teorii vrstev a Staemmler (1995) ve své teorii fází.¹ Z hlediska těchto teo-

¹ V teorii procesu změny Perls uvádí jako první vrstvu rolí (klient používá v minulosti osvědčené vzorce chování). Dle Staemmlera jde o fázi stagnace, kdy klienti popisují své symptomy jako vnější, cítí se vůči nim bezmocní a doufají v pomoc terapeuta. Jako druhou uvádí Perls vrstvu fobickou, dle Staemmlera fázi polarizace, kdy si klient postupně uvědomuje, že fixované vzorce chování jsou neúčinné. Třetí vrstva dle Perlse je impasse (slepá ulička), dle Staemmlera fáze difuze, kdy končí vnitřní boj o pozici, dominuje zmatek a pocit prázdnoty. Čtvrtou vrstvou je imploze (jinak vrstva smrti), dle Staemmlera fáze kontrakce se ztrátou pocitu já a iluzí kontrolovat situaci. Pokud klient tento proces vydrží, následuje vrstva exploze (fáze expanze) s pocitem úlevy, osvobození, vyřešení konfliktu.

retických modelů je klient přicházející do terapie ve fázi stagnace (vrstva rolí): „V osobním rozvoji jedince nelze postřehnout sebemenší pohyb...sám přispívá k udržování stavu, v němž jeho potřeby nejsou naplňovány.“ (str. 14) Klienta v krizové intervenci můžeme vnímat ve fázi difuze, eventuálně kontrakce (vrstva impasu, imploze). Staemmlerův popis těchto fází odpovídá výše uvedeným příznakům krize – „pocit naprosté bezmocnosti nebo zoufalství, paniky nebo zděšení...klient má pocit zmatku, dezorientace, nebo dokonce prázdnoty...východisko chybí a jakýkoli pokus o jeho nalezení jen zvětšuje chaos“ (str. 16). V těchto fázích terapie se klient cítí intenzivně ohrožen. Projít tímto procesem napomáhá v předchozích fázích terapie vytvořený spolehlivý terapeutický vztah. Při krizové intervenci se však klient v tomto stavu setkává s konzultantem poprvé.

VÝHODY A NEVÝHODY GESTALT PŘÍSTUPU V KRIZOVÉ INTERVENCI

Pro gestalt terapeuta je terapeutickou výstavou teorie pole, pojetí polarit, figury a pozadí.² V terapii „terapeut přijímá za svůj hlavní úkol rozšiřovat klientovu schopnost uvědomovat si, kdo je“ (Staemmler, 1995, str. 13). V krizové intervenci lze toto stanovisko upravit na „rozšiřovat klientovu schopnost uvědomovat si, co se děje“. Terapeutickou intervencí u jedince v krizi je tedy rozvíjet uvědomění aktuální situace a jeho místa v ní, eventuálně uvědomění a přijetí vlastních emocí. Sdělení klienta při sezení je leckdy nepřehledné, ostrůvkovité, s přeskokováním od události k události, není uspořádané podle časové osy, vystupují triviální detaily, výpověď není logickým celkem. Přirozená potřeba konzultanta ujasnit

si, co se stalo, a orientovat se v situaci napomáhá klientovi získávat přehled a nacházet souvislosti, čímž se posilují kognitivní procesy. Pokud zmatek a nejasnosti v konzultantovi přetrvávají navzdory mapování, jde o důležitou informaci o stavu klienta a náročnosti situace, nikoli o neschopnosti konzultanta (terapeut sám sebe používá jako nástroj). Zázemí gestalt teorie vede krizového konzultanta k otevřenosti vůči tomu, co se právě děje, a k akceptaci vlastních limitů. Teorie pole a paradoxní teorie změny³ poskytují krizovému pracovníkovi „povolení“ tolerovat vlastní bezmoc (anticipace vlastní bezmoci bývá častou obavou a překážkou v krizové práci). Popsané premisy vytvářejí prostor pro pocit stability a komfortu konzultanta, což z hlediska teorie pole může přispívat k redukci napětí u klienta a napomáhat jeho stabilizaci.

Pokud jde o další aspekt gestalt přístupu, který vyzdvihuje rozvoj uvědomění klienta pomocí tvořivé frustrace, je zřejmé, že postupy zvyšující nejistotu a vnitřní zmatek jsou vesměs kontraproduktivní. Perlsovo stanovisko o potřebě projít konfliktem, aby došlo k jeho vyřešení, je v krizové intervenci smysluplné, pokud jde o vztah jedince k vnější události – ne popřít, nýbrž přijmout. Prostředkem, jímž o to krizový pracovník usiluje, je obvykle běžný rozhovor, nikoli experiment. Pokud destabilizovaný klient vyhýbání potřebuje, pracovník to akceptuje, nevytváří frustraci a nevede ke konfrontaci (na místě je terapeutická priorita stabilizace klienta prostřednictvím nabízené podpory).

Toto stanovisko se opírá o diagnostiku klienta z hlediska poruch kontaktu. Kontakt se v gestalt teorii popisuje konceptem kontaktního cyklu (proces od vzniku po

² Gestalt práce s polaritami (figurou a pozadím) je založena na uvědomování chybějícího pólu. V holistickém pojetí nemůže jedna polarita bez druhé existovat. Terapeutickým cílem je reflexe zacházení s polaritami a jejich integrace. V krizové intervenci je nástrojem pro terapeuta, který mu může pomoci v zacílení intervencí.

³ Paradoxní teorie změny uvádí: čím víc jedinec usiluje o změnu, tím méně se mění, tj. být tím, kým nejsem, nebo chtít to, co momentálně není možné, paradoxně od žadoucího cíle vzdaluje. Terapeut s klientem podporuje uvědomění a akceptaci toho, co je. Přijímání toho, co je, místo boje a odmítání toho, co je, přináší úlevu, snižuje nároky a očekávání, které si klient a terapeut na sebe mohou klást. To umožňuje přesměrování energie ke kreativnímu přizpůsobení dané situaci.

třeby přes její uvědomění po akci vedoucí k uspokojení potřeby a stažení se z kontaktu) a diagnostika poruch kontaktu se týká fáze, v níž je kontaktní cyklus přerušen (jedinec může vnímat napětí, ale neuvědomí si, že má strach, a vyloží si svůj stav jako tělesnou nemoc; jedinec si uvědomuje svou emoci nebo potřebu, ale nezmobilizuje energii k akci atd.) (Zinker, 2004). Akční techniky jsou svou expresivní povahou zaměřeny proti blokům mezi uvědoměním a akcí, případně mezi mobilizací energie a akcí (jedinec si uvědomuje své potřeby, ale má zábrany v jednání, jež směřuje k jejich uspokojení). U jedince v krizi je ale často porucha kontaktního cyklu diagnostikována mezi vnímáním a akcí (Bauer, Toman, 2003). Jde často do akce předčasně, na základě neúplného kognitivního a emocionálního zpracování reality. Tyto autorky konstatují, že schopnost těla přeskočit uvědomění je užitečná, protože chrání vzácné vteřiny v život ohrožující situaci. Jako příklad uvádějí situaci, kdy člověk ucukne rukou od horkého povrchu, ještě než si uvědomí, že je horký. Procesy myšlení se snižují nebo obcházejí (neurobiologická zkratka do amygdal), emoce mohou být intenzifikovány. Energie vyvolaná strachem nebo hněvem posiluje připravenost k útěku nebo boji. U jedince v krizi je tedy riziko, že bude jednat v reakci na ohrožující aspekty situace a pod vlivem silných emocí. Zkušenosti ukazují na dvojí možnost reakce na událost: intenzivní emoční reakci či represí emočních procesů.

U jedince, který ze strachu ze ztráty kontroly nad svým životem reaguje represí emotivity, vystupuje do popředí strohá racionalita projevu s křečovitou sebekontrolou, která se může promítat i do tělesné oblasti (strojové pohyby, snížená nebo jen formální mimika) a emoce vnímá jako nepatřičné nebo nebezpečné. V této situaci se nabízí možnost hledat způsoby kontaktu s emocemi. Postupy tohoto hledání jsou „civilní“, opatrné. Jako bývá oslabena kontinuita popisu událostí ve sdělení klienta, pozorujeme také nespojitosti v jeho celkovém projevu

– nejví se celistvě, verbální a neverbální projevy mohou na pozorovatele působit protichůdně. Výsledkem gestalt experimentů a technik je převaha stimulace nad bezpečím a ohrožení aktuálního křehkého terénu. Návrhy na navázání kontaktu s neukončenými záležitostmi prostřednictvím experimentu mohou znít překvapivě a být v rozporu s konvenčním očekáváním klienta. Nekonvenční intervence mohou posilovat strach ze ztráty kontroly nad aktuální situací, pocit nepředvídatelnosti a chaosu, prožitek studu. Autoři nepochybují, že preference opatrných postupů vychází také z jejich osobností, ale usuzují, že v převážné míře je funkční pro popisovanou oblast práce. Zastřešujícím teoretickým modelem moderní školy gestalt terapie je teorie pole. Ta postuluje seberegulační mechanismy pole spočívající v organizování se na základě hierarchie dominantních potřeb (Williams, 2001). V krizové intervenci je míra distresu u daného jedince často netolerovatelná. Terapeut vystupuje direktivněji a přebírá odpovědnost a funkce, které v daném poli chybí (pro krizový stav je charakteristické období nestability, výrazná fluktuace stavu, emocí a motivace klienta, pole je nestabilní s dramatickými a neočekávanými změnami). Nestabilní pole vytváří velmi silný tlak na modulaci chaosu. Terapeut tedy přejímá organizující funkci self za klienta, který tuto stabilizační funkci dočasně postrádá. „V klinické praxi pro zjednodušení chápeme pole jako to, co právě zakoušíme a uvědomujeme si. To je realita fenomenologického pole. Latentní možnosti a potenciál k vyjádření self tvoří širší pole. To, co terapeut dělá, je, že alternuje mezi užším a širším polem. Širší pole je definované situací – tj. figurou a pozadím a jejich vzájemnou interakcí.“ (Joyce et al., 2008, str. 25)

KAZUISTICKÁ ILUSTRACE PRVNÍ

U klientů s traumatickou událostí typu závažné ztráty pozorujeme při sezení tendenci k útěku od bolesti a potřebu popřít realitu. Zkoušíme je zpomalovat a akceptujeme, když to není možné.

Záchranná služba oznámila, že do krizového centra veze manželský pár bezprostředně poté, co jim náhodně utonulo jejich jediné dítě. Dlouhotrvající resuscitace dítěte, k níž záchranáři vyjeli, byla neúspěšná. Terapeuti předpokládali společné sezení, ale manželka hned v úvodu oznámila, že si přeje konzultaci odděleně od manžela. Při sezení ženě tekly slzy, smrkala, ale pláč nijak nebránil řeči. Hovořila zrychleně, popisovala událost zčásti s realistickými detaily, zčásti nesmyslně (např. uváděla, že šplhala k řece do kopce), vracela se ve svém životě daleko do minulosti, bilancovala manželství, uvažovala o novém mateřství (byla dosud kojící matkou) a zároveň i o rozvodu. Pláč a slovní projev působily jako dvě oddělené entity. Terapeut cítil před setkáním úzkost ze zodpovědnosti, strach a zděšení, poté až jakési tupé ochromení s odevzdaností („nevím, co s ní budu dělat, jak se jí vůbec dá pomoci?“), během sezení pak hlubokou a osvobozující bezmoc, lítost a pokoru. Z původní představy, že by měl něco udělat, se posunul k závěru, že se nedá dělat nic. Na úvahy klientky, co má kdy učinit ze svých životních rozhodnutí, reagoval návrhem, že nemusí spěchat. Zpomalování klientky (zintenzivnění konfliktu dle Perle) probíhalo jen formou věcných dotazů (např. „Jak se váš chlapecek jmenoval?“ – žena spontánně jméno dítěte ani po delší době líčení neuvedla). Fenomenologická reflexe se terapeutovi jevila obdobně jako v mnoha jiných případech setkání s lidmi po traumatu nepřijatelná (sdělení dojmů z pozorování, jako např. „vidím, že mluvíte hodně rychle“). Terapeut akceptoval potřebu útěku od události, nevyvracel a nezpochybňoval nereálné plány a zaměřil se s klientkou jen na nalezení bezpečného místa, kde může být, když je pro ni přítomnost manžela nesnesitelná.

Z hlediska teorie pole ukazuje popsany příklad orientaci na akci, která se mýjí cílem, a na plány, které selhávají, a to u celého širšího systému – u záchranné služby, která přivádí rodiče bezprostředně po neúspěšné

resuscitaci dítěte, u krizového centra, které hned po ohlášení příjezdu chystá podmínky pro společnou konzultaci manželů, u konzultanta, který marně zkoumá své možnosti „zázračné pomoci“, u manželky, která těká od jednoho plánu k druhému. Konzultant přebírá postrádané funkce – přijmout limity aktuální situace s jednoduchým, srozumitelným plánem, který lze okamžitě zrealizovat (kde bude pro klientku nejpříjemnější strávit noc). Nevyvíjí tlak na klientku ani na sebe, akceptuje její vyhýbání. Zde přijímá sebeorganizující princip v souladu se zákonem pregnance – že životní situace vždy směřuje k tomu, aby se organizovala nejlepším možným způsobem, a je tak dobrá, jak převažující podmínky dovolí (Wollants, 2009). Tento autor podtrhuje, že porucha kontaktu není intrapsychickým fenoménem, jak ji postuloval Perls, ale je fenoménem situace. To, co se může zdát jako nedostatek na straně jedince, je ve skutečnosti jediný adaptivní způsob reakce na danou realitu. Pole se v dané situaci organizuje tak, jak nejlépe v rámci svých limitů může.

Možnosti krizového interventa se liší podle toho, v jaké fázi zpracování krize se jedinec dostává. Zatímco popsaná kazuistická ilustrace odpovídá fázi šoku, popření události, klienti přicházející s určitým časovým odstupem již měli příležitost vyzkoušet si neúčinnost zvolených mechanismů zvládnání. Gestalt terapie má vazby na existenciální psychoterapii a sdílí s ní důraz na přítomnost terapeuta, ochotu zůstat v autentickém kontaktu, sdílet bolest a bezmoc. Závažná životní ztráta formuje existenciální pole – odklon od řešení problémů k přijetí nevyhnutelného. Neurotickému poli dominuje potřeba něco dělat, hlavní intervencí v existenciálním poli je podpora sdílení a přijetí vlastních limitů a limitů definovaných situací při přechodné ztrátě pro život nezbytných iluzí.

KAZUISTICKÁ ILUSTRACE DRUHÁ

30letá úspěšná podnikatelka se dostavila několik týdnů po interrupci na rozhraní

23.–24. týdne gravidity, která byla provedena z důvodu vážných somatických komplikací plodu zjištěných až ve druhém trimestru a těžko slučitelných se životem. S manželem truchlili pro ztrátu prvního vytoženého dítěte. Proběhla 3 sezení ve 14denních intervalech.

Při prvním sezení navazovala klientka kontakt snadno a otevřeně, hodně plakala. Střídal se u ní věcný, racionální a přehledný popis okolností s ventilací zahlcujícího smutku.

Obsahově byla klientka zaměřena na zvrát v příznivém vývoji těhotenství: první 3 měsíce z pověřivosti tajili, o vánocích pak událost oznámili jako dárek blízkým příbuzným. Začátkem ledna byla na plánovaném ultrazvuku, ze kterého si pamatuje výraz lékaře, který vyjádřil znepokojení a nutnost dalších vyšetření. Dále pak reprodukuje traumatické vzpomínky spojené s řadou kontrol během ledna a února, které nakonec vyústily do okamžiku, kdy musela rozhodnout, zda plod donosí nebo přistoupí na umělé přerušení. Mezi emocemi prožívanými klientkou byl smutek, v minulosti také hněv, ale ten již aktuálně odezněl. Vina se podle klientky nevyskytla vůbec, své rozhodnutí racionálně odůvodňuje, dostala i podporu a ocenění odborníků. Terapeut potvrzuje velikost ztráty a intenzitu žalu a zároveň vyjadřuje svou bezmoc jakkoli zmírnit její bolest. Konstatuje, že tato jeho bezmoc je v pořádku a na místě, jsou události, které nás přesahují. Na to klientka reaguje naprostým souhlasem a plně akceptujícím postojem, bez známek hněvu či zklamání.

Při druhém sezení klientka vypadá vyrovnaně a vystupuje kultivovaně. Pozice těla v křesle je uvolněná, na tváři má společenský úsměv a udržuje oční kontakt. Obsah sdělení je však s nonverbálním projevem v rozporu: cítí se jako vygumovaná, prázdná, není schopná soustředit se na nic, co se právě děje. Myslí jen na tu dobu, až bude zase těhotná, kontroluje neustále v kalendáři, kdy zase bude moci otěhotnět. Zároveň má z těhotenství strach, bojí se, aby bylo dítě v pořádku. Ani neví, jak se cítí, asi nijak.

Na základě hypotézy o snaze o předčasném uzavření směřuje terapeut intervence k ventilaci a kontaktu s bolestí (Perlsovo vyostření konfliktu).

Terapeut se ptá, jaké to je, být vygumovaná.

Klientka chvíli přemýšlí a pak odpovídá, že neví, je to divný výraz, nejspíš asi prázdná.

Terapeut sděluje, že ten pocit považuje za výstižný a odpovídající tomu, co je – předtím byla plná.

Klientka přikyvuje.

Terapeut se ptá, co se stalo s tělem miminka.

Klientka mluví o tom, že pitevní zprávu dostanou až v květnu, neví, co dělají s tělíčky v těchto případech. Dítě, které zemře při porodu, dostává úmrtní list, proběhne pohřeb. (Hovoří obecně.) Napadlo ji už, že možná je to v něčem lepší, než když to jde takhle do ztracena. (V tuto chvíli, kdy hovoří o tom, že postrádá rituál rozloučení, začíná slzet, sklání obličej.)

Terapeut potvrzuje význam rituálu a že v jejím případě zatím nemohou událost uzavřít, že ještě čekají na informace. Myslí, že se rozloučila?

Klientka odpovídá, že se s ním loučila, ještě když ho nosila, řekla mu všechno. (Hovoří spontánně, tečou jí slzy, téma je pro ni důležité.)

Terapeut se ptá, jak mu říkala (terapeut cítí smutek a přeje si, aby byla co nejosobnější, aby nebyli v obecné rovině).

Klientka odpovídá, že mu říkali Drobečku.

Terapeut se ptá, jestli by mu teď chtěla něco říct, něco dodat k tomu loučení.

Klientka sděluje, že si před pár dny prohlížela vánoční přání manželovým rodičům, kdy ke snímku z ultrazvuku přidali dopis jakoby psaný jím, velkým 15 cm a starým 15 týdnů, jak se na ně na všechny od června těší, podepsáno Drobeček. Pak přemýšlela, že by mu napsala, ale nic ji nenapadlo, jen jediná věta, skončila by ten dopis po jediné větě. (Pláče a zároveň hovoří energicky, živě. Nesděluje, co napsala, váhá.)

Terapeut mlčí a čeká. Má dojem, že klientka se domnívá, že nedostane porozumění, když to řekne.

Klientka se na terapeuta upřeně dívá, když pokračuje. Předklání se v křesle (terapeut také). „Byla by to jen jedna věta, nedostala jsem se dál. Drobečku, měla jsem tě tolik ráda, že jsem tě nepřivedla na svět.“ (Pláče.)

Terapeut vnímá bolest, probírá se obsahem věty, cítí tíži konfliktu a zoufalství volby, to, že musela ublížit sobě. Cítí potřebu přesunout těžiště od ztráty k její osobě a nějak vyjádřit porozumění. Terapeut opakuje po klientce, velmi pomalu: „Měla jsem tě tolik ráda, že jsem tě nepřivedla na svět. A snad žádné rozhodnutí pro mě nebylo bolestnější.“

Klientka se rozpláče tak, že nemůže mluvit. Chvilí jen pláče, jde si pro kapesník.

Po chvíli terapeut opakuje: „a snad žádné rozhodnutí pro mě nebylo bolestnější.“ Pak následuje dlouhé ticho, zatímco ona pláče. Ticho terapeut prožívá příjemně, bez tlaku a bez požadavků, je pro něj plně lehkosti a únavy.

V rozhovoru pokračuje klientka. Uvádí, že by měla zájem o tom mluvit i s manželem, ale vůbec o tom nehovoří, manžel si asi myslí, že by jí tím přitížil.

Pak se rozvíjí hovor o způsobech zvládnání zármutku, mj. terapeut říká, že někdy se lidé chtějí vzájemně chránit, ale výsledkem je, že si připadají sami.

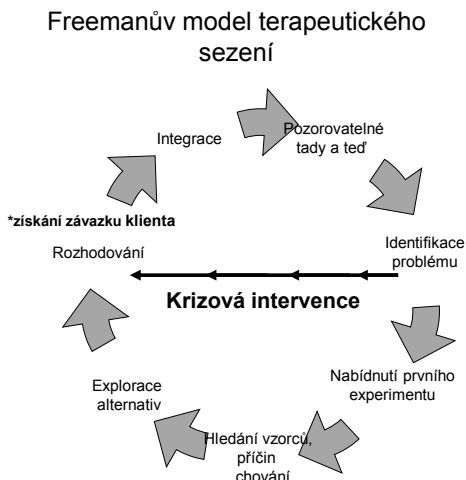
Při třetím sezení klientka občas pláče, uvádí, že cítí úlevu, vnitřní klid. Sděluje, že když šla z předchozího sezení, jako by z ní něco spadlo, má dojem, jako by „našlápla“, vše se změnilo, cítila se dobře. Přemýšlela nad tím, že by se zpronevěřila své lásce k dítěti, kdyby netruchlila, a připadlo jí to jako nesmysl, protože se svým dítětem byla až do konce, milovala ho, dala ze sebe to nejlepší. Připadá jí, že si mohla „hýčkat“ žal jako měřítko lásky, což je nesmysl, to jako by ji osvobodilo. Objevily se i hezké vzpomínky – jak šli s manželem na první ultrazvuk, zažertovala, že mu dítě třeba zamává, a na obrazovce dítě opravdu hýbalo ručičkou. Prožila tak pozitivní momenty, a že je ráda, že je prožila, navzdory bolestnému konci.

Přestala počítat dny, honit čas, najednou je rozhodnutá si čas do dalšího otěhotnění užít pro sebe. Také nemá strach, že by se problém mohl opakovat, nyní je jí jasné, že půjde o jiné těhotenství, jiné dítě. Necítí potřebu dalších pravidelných sezení, vnímá problém, se kterým přišla, jako vyřešený.

V popsaném příkladu se formovalo existenciální pole s potřebou sdílet bolest, vyrovnat se se ztrátou, s potřebou hledáním smyslu. Terapeut vycházel z toho, co klientka sdělovala. Popsaný dovětek byl nabídkou zintenzivnit prožitek, valorizovat volbu, syntetizovat polarity. Ukázka dokumentuje již zmíněný civilní, konvenční způsob práce s klientem. Jde o gestalt přístup, jehož nezbytnou podmínkou nejsou experimenty a techniky. Klientka nečelila návrhu, aby své nenarozené dítě, eventuálně svůj žal či své přání po dalším dítěti posadila na prázdnou židli a promluvila si s ním.

Autoři neodmítají použití technik, pokud jsou užity konzultantem citlivě a s ohledem na aktuální prožívání klienta. Obsahem sezení byl rituál rozloučení, který je technikou velmi přínosnou a osvědčenou, s příznivými dopady na integraci ztráty do života jedince. Užitek lze mít i z jiných známých technik v upravené podobě, a to především u klientů, kteří nepřicházejí v situaci bezprostřední nežádoucí změny, ale již s vlastními osobně omezujícími způsoby zpracování nenaplněných potřeb a s ambivalentním postojem k terapii (preterapeutické stadium, které může vyústit v ochotu k terapii, jindy se samo ukončí v důsledku bezprostřední úlevy nebo zklamání klienta). Modifikace technik vychází z již zmíněných charakteristik a potřeb pole, které od terapeuta čekají vyšší aktivitu a direktivitu, terapeut přebírá funkce, které klient aktuálně není schopen si přisvojit. V použití technik se tyto požadavky mohou projevit tím, že terapeut se exponuje technikám sám a klientovi nechává volbu na kontinuu aktivity–pasivity, čímž také sleduje prevenci toho, aby technika nebyla invazivní a dekompenzující.

Stanovit hranice mezi krizovou intervencí a psychoterapií jednoznačně nelze – rozdíl popisuje Freemanův model terapeutického



Freemanův model – Clevelandský Institut pro výcvik v gestalt terapii v článku – Williams Bryant (2001), *The practice of Gestalt therapy within a brief therapy context*, *The Gestalt Journal*, vol. XXIV, No1, 7–62, 2001

cyklu (graf 1) (Williams, 2001, str. 33). Ukazuje model trajektorie sezení, který lze aplikovat i na celý proces krizové intervence a krátkodobé terapie, a dává informaci, kam až lze jít v podmínkách, kdy je motivace klienta kolísavá a časová perspektiva společné práce nejistá. Krizový intervent se nepohybuje v dolní části modelu. Do grafu doplňujeme důležitý krok v krizové intervenci – kromě počátečního kontraktu na závěr intervence ještě získat závazek klienta ke spolupráci, který umožňuje pracovat v polaritě konkrétního a strukturovaného.

ZÁVĚR

Gestalt přístup a jeho modifikace v krizové intervenci je se svou orientací na proces, kreativní přizpůsobení a mobilizaci vnitřních zdrojů klienta ke znovuzískání seberegulace prostřednictvím interakce s prostředím vhodnou formou terapeutické intervence (Williams, 2001).

Gestalt teorie tak jako teorie chaosu využívá koncept sebeorganizujícího principu. Terapeutovi v chaotické situaci umožňuje pracovat s fenomény situace zde a nyní.

Zastřešujícím teoretickým modelem moderní školy gestalt terapie je teorie pole. Ta předpokládá seberegulační schopnost pole organizovat se na základě hierarchie dominantních potřeb, které vznikají v interakci s okolím (situací/kontextem/terapeutem).

V situaci krizové intervence jsou to často potřeby stabilizace klienta, neboť míra distresu daného jedince je již netolerovatelná. Tento kontext (organizace pole) znemožňuje zaměření výhradně na proces, jelikož naléhavost situace si vyžaduje přesun pozornosti i na dosahování definovaného cíle – tj. stabilizace a bezpečí klienta. V této situaci gestalt terapeut modifikuje svůj přístup a respekt k odporu klienta a jako krizový intervent aktivněji vstupuje a přebírá odpovědnost funkce, které v daném poli chybí. Je důležité tento přístup nepřevádět do pozdějších fází a nepřebírat zodpovědnost za výsledek krizové intervence.

Gestalt terapeuta, zvyklého pracovat v modalitě zde a nyní a spoléhat se na sebeorganizující princip, může osvobodit akceptace limitů – co je v dané situaci možné. Tím lépe odolává tlaku hypermobilizace a nutkání bezprostředně intervenovat. V časných fázích krizové intervence není možné využívat a vnášet experimentální přístup, který může mít destabilizační efekt. Neditlnou součástí a podmínkou je získat od klienta závazek ke spolupráci. U klienta v krizi s příznaky hypermobilizace intervenuje často krizový pracovník reverzním směrem – vrací a zpomaluje klienta ke zvýšenému uvědomění a kognitivnímu zpracování situace před hledáním řešení a alternativ. Krizový pracovník zažívá tlak směrem k modifikaci netolerovatelné situace a prožívání klienta – a v tom je hlavní rozdíl od krátkodobé terapie s jejím důrazem na facilitaci a podporu klienta zůstat s tím, co prožívá. Gestalt orientovaný krizový intervent klade důraz na facilitaci, na dosažení alternativního uvědomění u klienta (zvýraznění figury) a na pomoc při zorganizování jeho zkušenosti (Williams, 2001), a to před facilitací alternativního chování – postupu zdůrazňovaného u jiných teoretických škol.

LITERATURA:

- Bauer, A., Toman, S. (2003): A Gestalt Perspective of Crisis Debriefing, *Gestalt review*, vol. 7, No1, 56–71.
- Evans, K. (1999): Brief and focal gestalt therapy in a group, *British gestalt Journal*, vol. 8, No1, 15–18.
- Forot, E. I. (1996): A Cognitive perspective for gestalt therapy, *Bristish Gestalt Journal*, vol. 5, No1, 31–42.
- Greenberg, E. (1996): When insight hurts: Gestalt therapy and the narcissistically-vulnerable client, *British Gestalt Journal*, vol. 5, No2, 113–120.
- Houston, G. (1999): Brief gestalt therapy: a concluding commentary, *British Gestalt Journal*, vol. 8, No1, 30–34.
- Houston, G. (2003): *Brief Gestalt Therapy*, Sage Publications, London.
- Iveson, C. (2002): Solution-focused brief therapy, *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 8, 149–157.
- Jaques, G. (1999): Temporality in Gestalt Therapy, *British Gestalt Journal*, vol. 8, No1, 24–29.
- Joyce, P., Sills, C. (2008): *Skills in Gestalt counselling and psychotherapy*. Sage Publications, London.
- Perls, F., Hefferline, R.F., Goodman, P. (2004): *Gestalt terapie. Vzrušení lidské osobnosti a její růst*. Triton, Praha.
- Phillippson, P. (1999): A process focus and the here and now in brief gestalt therapy, *British Gestalt Journal*, vol. 8, No1, 4–8.
- Staeemmler, F. (1995): O vrstvách a fázích, *Konfrontace*, č. 3, 9–21.
- Strümpfel, U., Goldmanová, R. (2006): Kontaktní gestalt terapie. In: Cain, D.J., Seeman, J. /ed/: *Humanistická psychoterapie–1.díl*, str. 260–298. Triton, Praha.
- Špaténková, N. (2004): *Krizová intervence pro praxi*. Grada Publishing, Praha.
- Vodáčková D. a kol. (2002): *Krizová intervence*. Portál, Praha.
- Williams, B. (2001): The practice of Gestalt therapy within a brief therapy context, *The Gestalt Journal*, vol. XXIV, No1, 7–62.
- Wollants, G. (2009): *Gestalt therapy – therapy of the situation*. Computeracademie, Turnhout, Belgium.
- Zinker, J. (2004): *Tvůrčí proces v Gestalt terapii*. ERA, Brno.

O autorech:

PhDr. Vladimíra Straková, klinický psycholog a gestalt terapeut, pracuje v ambulanci krizového centra RIAPS v Praze (vladimirastrakova@seznam.cz)

MUDr. Patrik Grexa, psychiatr a gestalt terapeut, pracuje v ambulanci krizového centra RIAPS v Praze a v soukromé psychiatrické ambulanci v Řevnicích (www.centrumpsychoterapie.cz, patrik@grexa.com).

Došlo do redakce: 19. 1. 2010. Revidovaná verze 3. 5. 2010. K publikaci přijat 3. 5. 2010.

DIAGNOSTIKOVÁNÍ A INTERVENCE V GESTALT TERAPII

Jan Roubal

ABSTRAKT

V článku je představen teoretický koncept diagnostikování a intervence v gestalt terapii založený na dynamickém pohybu v rámci polarit. Tento pohyb probíhá při terapii ve dvou fázích – diagnostické a intervenční. V první fázi, při diagnostikování, se terapeut dynamicky pohybuje mezi pólem fenomenologického pozorování klienta a pólem

sledování vlastního prožitku terapeuta, který je funkcí aktuálního vztahového pole. V druhé fázi, při terapeutickém působení, se terapeut pohybuje mezi pólem autentického spolubytí (dialogický princip) a přístupem, kdy terapeutickou situaci sám aktivně přetváří (experimentální přístup). Zastřešujícím principem je paradoxní teorie změny. Zdrojem kompetence terapeuta je kromě

teoretických znalostí a praktických zkušeností především jeho tvořivost, flexibilita a schopnost vlastního uvědomění. Teoretický koncept je ilustrován kazuistikou.

Klíčová slova: gestalt, terapie, diagnostikování, změna

ABSTRACT

Theoretical concept of diagnostic process and intervention in gestalt therapy based on dynamic movement in the frame of polarities is presented in the article. The movement has two phases: diagnostic process and intervention. In the first one the therapist moves between phenomenological observation (pole one) and following the own therapist's experiencing which is the function of relationship. In the second phase therapist moves between authentic "being together" (a dialogical principle) and approaching where therapeutic situation is modified by therapist's own means (an experimental approach). The "umbrella principle" is the paradoxical theory of change. Therapist's competence which includes creativity, flexibility and "himself awareness ability" is emphasized. A clinical vignette is added.

Key words: gestalt, therapy, diagnostic, change

„Mladý zenový mnich se zeptal svého mistra: „Mistře, není to tak, že člověk musí nejprve zabloudit, má-li najít cíl, k němuž směřuje?“ Mistr odpověděl: „Od té doby, co nemám žádný cíl, už nebloudím!“ (ALDINGER, 2000).

ÚVOD

V následujícím textu popisují, jak může gestalt terapeut uvažovat při své práci. Jak hodnotí situaci s klientem, z jakých informací vychází a jak s nimi pracuje, jak zvažuje volbu intervence. Nemyslím si, že by gestalt terapeut uvažoval jinak než terapeut, který při své práci vychází z jiného psychoterapeutického přístupu. Je ale možné, že gestalt terapie díky svému zaměření na proces a vztah může některé aspekty tera-

peutické situace vnímat zřetelněji a může se tak stát inspirací i pro terapeuty jiných psychoterapeutických zaměření. Doufám tedy, že v textu prezentovaná teorie může být užitečná nejen pro gestalt terapeuty. Pro ilustraci teoretického konceptu používám krátký kazuistický zlomek¹.

Není nic praktičtějšího, než dobrá teorie (Lewin in Yontef, 2009). Modely a teorie jsou zde proto, aby sloužily klientům a terapeutům a ne naopak. Pokud nějaká teorie terapeutům práci spíše komplikuje, zmotává a znesnadňuje pochopení duševní dynamiky klienta i terapeutického vztahu, pak to pro danou chvíli není dobrá teorie.

Teorie jsou megaintrojekty. Stejně jako s introjekty² je s nimi potřeba zacházet. Je třeba je znát, prozkoumávat, přežvíkávat. Nespolknout v celku, ale kriticky je rozkoušávat tak, abychom je mohli strávit. Uchovávat ty teoretické principy, které nám dobře slouží. A ty, které nám práci komplikují, odložit.

Inspirujeme se teoriemi druhých a v kontaktu s praxí si vytváříme vlastní teorie. Jedná se o neustálý, nekončící proces, který je pro naši psychoterapeutickou práci nezbytný, i když není vždy explicitní. Postupně si propracováváme vlastní teoretickou kognitivní mapu (Zinker, 2004) vhodnou pro naši práci. Proto se píše stále nové knihy popisující nové teorie. Nevěřím tomu, že by bylo např. možné napsat knihu teorie gestalt terapie, která by stále a vždy platila. To by byl „teoretický rigor mortis“ (Schvartz; Flowers, 2007).

Předkládám zde svoji teorii – ne k uvěření a spolknutí jako introjekt. Chci prezentovat teorii, která mi pomáhá v mé práci, s přáním, že může být pro čtenáře inspirací při tvorbě jeho vlastní teorie.

¹ Zkrácená a modifikovaná verze této kazuistiky byla publikována v kazuistické části knihy *Současná psychoterapie*. Portál, Praha 2010.

² Introjektem se v gestalt terapii nazývá cizí názor či přesvědčení, který je bez zvážení a asimilace přijat za vlastní.

TERAPEUTICKÝ TANEC

Klientka, které budu říkat Maria, již deset minut mluvila o těžkostech, které předcházely tomuto terapeutickému sezení. Nestálé dohadování s dospělým synem, smutné nálady, obavy z cestování autobusem. Posloučám ji, občas se doptám na nějaký detail.

Najednou mi na stole zavibruje mobil – přišla SMS. U mého mobilu to zní, jako když kejhá kachna. Leknu se. Vypnul jsem sice zvuk, ale zapomněl vypnout i vibrace. Podívám se na Mariu a ona mne hned vybízí: „Podívejte se na to, to je důležitější než tady moje povídání.“ Sahám po mobilu a v tu chvíli se zarazím. „Ne, to počká. Teď jste pro mne nejdůležitější vy...“

Maria ztuhne. Nejprve, jako by nic neslyšela, potom začne plakat. A začíná mluvit o tom, jak vždycky v jejím životě byli ostatní důležitější než ona. Jako malá musela doma sloužit sourozencům i matce. Když nesloužila ostatním, matka ji zavírala do sklepa. Postupně se naučila své potřeby zavírat do sklepa sama. Aby z domova unikla, brzy se vdala. Manžel začal pít, bil ji, ona mu sloužila.

Milovala svoji práci v mateřské školce, kde byla k dispozici dětem. Doma měla sama tři malé děti. Ve čtyřiceti letech musela jít na dlouhou neschopenku kvůli urputným bolestem zad, zubů a nakonec se u ní rozvinulo autoimunitní kožní onemocnění. Nicméně, stále sloužila.

Potom přišly těžké deprese a úzkostné stavy, přemýšlela o sebevraždě, skončila v psychiatrické léčebně. Pobyť tam jí přinesl naprosto novou zkušenost. Přestože se stále chovala tak, jak byla zvyklá – pečovala o spolupacienty a sloužila jim – při individuální i skupinové psychoterapii se někdo staral o ni. Její potřeby byly důležité, dostaly prostor. Tato zkušenost ji nasměrovala ven z deprese, nyní chodí již půl roku na ambulantní individuální psychoterapii ke mně. Přišla ve středně těžké depresi a psychoterapeutická práce spočívala doposud v největší míře v mapování zdrojů (vnitřních i vnějších) a budování důvěry v terapeutickém vztahu.

Chtěl bych se zde zaměřit na to, co se v našem vztahu stalo nyní. Ve chvíli, kdy jsem sahal po mobilu, uvědomil jsem si, že jedním automaticky, že reaguji v rámci určitého vzorce své klientky. Jak jsem již od Marie věděl z dosavadní terapie, naučila se přežívat své těžké dětství pomocí vzorce: „*Ostatní jsou vždy důležitější než já. Své potřeby zavřu do sklepa.*“ Tímto přístupem přispěla k organizaci pole i v dalších vztazích svého života, například s manželem nebo v práci. Druzí s ní tuto hru rádi hráli. I já jsem s ní tuto hru hrál. Když jsem sahal po mobilu, uvědomil jsem si, že si v duchu říkám: „*Ona počká, vždyť neříká zrovna nic tak zásadního...*“

Klient a terapeut na sebe v terapii navzájem reagují. „Re-agují“ – opakovaně agují, odpovídají druhému agováním, odehrávají spolu navyklé vzorce, fixované gestaly³ (*šipky 1 a 2 na obrázku č. 1*). V tomto případě Maria jednala podle svého schématu: „*Potřeby ostatních jsou důležitější než moje...*“. A já na ni reagoval ve stylu: „*Její potřeby chvíli počkají, nejdřív se postarám o sebe...*“.

Takto jsme společně dále upevňovali vzorec („fixovali gestalt“), kvůli kterému vlastně přicházela do terapie. Toto uvědomění bylo pro další terapii zásadní. Je důležité, aby se terapeut za své uvědomění nekritizoval, ale zvědavě ho pozoroval (Evans, Gilbert, 2005).

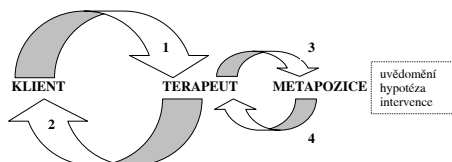
Na příhodě s mobilem se zřetelně ukázal fixovaný gestalt (vystoupil jako „figura“). Když jsme o tom s Mariou mluvili, uvědomil jsem si, že se takto vůči ní vlastně chovám častěji. Zřejmě to bylo na začátku sezení. Maria, oproti jiným klientům, nikdy neklepala na dveře v době, kdy mělo její sezení začít. Seděla na lavičce v čekárně před dveřmi a čekala, až pro ni přijdu. Párkrát jsme o tom mluvili. Prý si v duchu říká: „*Pan doktor má jistě něco důležitějšího na práci, tak nebudu klepat, abych ho nerušila*“. Při-

³ Fixovaný gestalt je proces, kterým lidé utvářejí vlastní aktuální prožitek ve vztahu okolím a dodávají mu význam pomocí předem připravených, rigidních vzorců.

jala způsob, jakým se k ní chovala v dětství matka, sama se nyní zavírá „do sklepa“, zůstává tam a čeká, až pro ni přijdu.

Tato část terapeutického tance, kdy si klient s terapeutem opakuje své fixované gestalty, je nezbytná a terapeut se za ni nemusí kritizovat. Naopak, na vlastní kůži zakouší vztahové vzorce, ve kterých klient žije. Používá sám sebe jako nástroj terapie. Terapeut je ale také cvičen v tom, aby nezůstával jen na úrovni re-agování. Uvědomuje si zákonitosti procesu terapeutického vztahu. Díky svému uvědomování se dostává nad rovinu re-agování do „metapozice“ (šipka 3 na obrázku č. 1). Zde mapuje své uvědomění, vytváří si hypotézy a přemýšlí o možných intervencích. V metapozici se terapeut ke klientovi vztahuje v Já–to módu (Buber, 1969). Poté se opět vrací do vztahu s klientem (šipka 4 na obrázku č. 1), nejedná se již ale o automatickou reakci na klienta, ale o vědomě zvolenou intervenci. Terapeut se navrácí do módu Já-Ty, ve kterém je přítomen ve vztahu s klientem a je otevřen autentickému setkávání lidských bytostí nesvázaných rolmi klienta a terapeuta. Celý tento komplexní pohyb nazývá Ernst Knižff (2000) „terapeutickým tancem“⁴.

Obrázek č. 1: „Vzájemné re-agování a metapozice“



V horní polovině zobrazeného schématu je znázorněna fáze procesu, kterou můžeme nazývat diagnostickou (šipky 1 a 3 na obrázku č. 1). Klient se chová určitým způsobem, vysílá určité signály. Terapeut si toho povšimne, uvědomí si také svoji reakce

⁴ Při popisu procesu zde vycházím z modelu E. Knižff (2000), ve kterém zavádí pojmy „terapeutický tanec“ a „metapozice“. Další pojmy a koncepty jsou v tomto textu dodány nově.

a vytvoří si určitou hypotézu. Hypotézou zde nazývám to, jak v dané chvíli terapeut rozumí právě probíhajícímu terapeutickému procesu. Tato **první, diagnostická fáze** je založena na uvědomování.

Ve spodní části modelu probíhá fáze procesu, kterou můžeme nazvat intervencí (šipky 4 a 2 na obrázku č. 1). Terapeut na základě své hypotézy promýšlí či intuitivně nachází možné intervence a poté některou použije. Intervencí zde nazývám cokoliv, co terapeut na základě svého uvědomění udělá. Může to tedy být otázka, podpůrné „hm“, frustrující mlčení, nabídka experimentu apod. Tato **druhá fáze, intervence**, je založena na akci.

Vidíme zde dvě vzájemně se doplňující fáze terapie – **uvědomování a akci**. Ústřední nástroj změny v gestalt terapii – uvědomování⁵ – může být efektivní, když je převeden do akce v každodenním životě. „Uvědomování bez akce není kompletní, stejně jako není kompletní akce bez uvědomování,“ (Yontef, 2005). Uvědomování a akce vedoucí ke kontaktu vytvářejí kompletní cyklus kontaktu (či prožitku).

Dále se budu podrobněji věnovat každé z těchto dvou vzájemně se doplňujících fází psychoterapeutického procesu. Uvědomuji si zároveň, že takovéto rozdělení procesu na jednotlivé fáze je jen umělou pomůckou k lepší orientaci, ne realitou (a odráží do jisté míry mé vzdělání v medicínském paradigmatu).

DIAGNOSTIKOVÁNÍ⁶

Gestalt terapeut průběžně vytváří diagnózu (jako pracovní hypotézu) ze dvou

⁵ V současné psychoterapii frekventovaný pojem *Mindfulness* (někdy překládaný jako všímavost) se velmi blíží tomu, co gestalt přístup tradičně označuje jako *Awareness* (uvědomování či uvědomění).

⁶ Pojmy „diagnostika“ a „diagnostikování“ zde nepoužívám v tradičně medicínském pojetí jako označování psychopatologických symptomů. O diagnostice a diagnostikování zde mluvím v širokém významu slova jako o pojmenování a konceptualizování, které slouží terapeutovi pro orientaci při práci s klientem. Slovo diagnóza používám nejen pro psychopatologické termíny z medicínského systému klasifikace, ale i pro různá označení z oblasti psychoterapie a specificky gestalt terapie.

komponent - pozorování klienta a sledování vlastního prožitku (Roubal, 2007a). V diagnostické fázi psychotherapeutického procesu se neustále pohybuje mezi dvěma póly jedné polarity. **Na jedné straně** používá fenomenologickou metodu⁷ (Yontef, 2009) s „uzávorkováním“ vlastních předporozumění a **sledováním toho zřejmého** u klienta. Svě pozorování opakovaně testuje dotazy na klienta: „*Co prožíváte nyní?... Co si teď uvědomujete?*“. Nezkoumá, proč se věci dějí, ale co se děje a jak.

Když se takto podíváme na popsanou kazuistiku, co vidíme? Maria čeká za dveřmi, až pro ni přijdu. Použijeme-li například běžné gestaltové modely kontaktního cyklu⁸ a kontaktních stylů⁹, můžeme říct, že sama sebe zastavuje před akcí pomocí retroflexe (impulzy směřující do okolí obrací zpět proti sobě) a proflexe (dělá ostatním to, co by sama od nich chtěla).

Pokud bych se ale v diagnostické fázi s tímto spokojil, zásadním způsobem re-

dukuji a znásilňuji gestalt přístup, který se přece zaměřuje na vztah. Pokud bych používal gestalt diagnostiku ve smyslu: „klient retroflektuje, proflektuje, přerušuje kontaktní cyklus před akcí“, jen bych nahradil medicínskou terminologií: „úzkostně depresivní pacientka s hraničními osobnostními rysy“. Pro gestalt terapii je základní změna přístupu – pozorovatelné fenomény v jednání klienta, prožitek terapeuta a jeho interpretace jsou funkcí pole.

Diagnostikujeme vztah. Klientova retroflexe, proflexe či přerušování kontaktního cyklu jsou fenomény pole, které oba dva spoluvytváříme. Oba dva se pohybuje ve vzorci, který tyto fenomény tvoří. Do fenomenologického pozorování tedy terapeut musí zahrnout i sám sebe. To je druhá a nezbytná část gestalt diagnostikování.

Na druhé straně tedy terapeut **sleduje vlastní prožitek**. Používá sám sebe jako nástroj, jeho uvědomění mu poskytuje informace o způsobu, jakým se aktuální společné pole s klientem organizuje. Vše co prožívá a dělá, je funkcí pole, terapeut sám je funkcí pole. Ptá se: „*Jak působí klientovy fenomény na mne? A jak k nim přispívám?*“. To umožňuje doplnit celkový obrázek, tvar fixovaného gestaltu, se kterým klient do terapie přichází.

Co tedy dělalo Mariino čekání za dveřmi se mnou? Jak jsem to prožíval? Základním pocitem byla určitá blahosklonná, sarkastická podrážděnost až agresivita. Asi ve smyslu: „*No, ona chudinka sama asi ani neumí zaklepat, tak si chvílku počká, no. Když to tak chce, tak to má mít. Proč bych já kvůli ní měl hlídat čas?*“. A jak k jejímu fixovanému vzorci přispívám? Uvědomuji si, že s určitým skrytým potěšením využívám pro sebe čas, který si ona platí a má na něj nárok. Začnu o dvě, tři minuty později, na poslední chvíli vyřizuji věci, které nejsou nutné. Zkontroluji e-maily v počítači i SMS v mobilu, i když žádné aktuální zprávy nečekám, zalévám kytky. Nechávám ji o chvílku déle čekat, užívám si času, který jí „ukradnu“. Oddaluji kontakt s ní.

⁷ Rozlišují se tyto hlavní složky fenomenologické metody (Roubal, 2010; podle Yontef, 2009; Fleming Crocker, 2005; Joyce, Sills, 2006): **Uzávorkování** („epoché“). Terapeut vědomě a dočasně odkládá svůj vlastní výklad, své předporozumění stranou, aby mohl sledovat situaci či fenomén nepředpojatě, jako by něco takového viděl poprvé. **Popis**. Terapeut si všímá a bez hodnocení popisuje to, co je zjevné, co je přímo přístupné smyslovému vnímání. Sleduje fenomenologický proces, jako by ho stopoval, jak se v čase proměňuje. **Horizontalizace** – zrovnoprávnění významů. Terapeut nehodnotí závažnost jednotlivých jevů. Vše, co se objevuje, je potenciálně stejně důležité. Společně s klientem zvědomuje složky právě teď přítomného prožívání (emoce, myšlenky, tělesné a smyslové vjemy, potřeby, impulzy) a nechává prostor k jejich uspořádání do smysluplného tvaru. Je možné ještě přidat **aktivní zvědavost**, která oživuje předchozí tři. Terapeut se zvědavě snaží porozumět, jak se určitá situace rozvinula, jaký to klientovi dává smysl a jak to zapadá do širšího kontextu jeho života.

⁸ „Kontaktní cyklus“ je gestalt terapeutický model popisující proces vstupu do kontaktu a stažení se z něj. Jsou popisovány tyto fáze: stažení, vjem, uvědomění, mobilizace energie, akce, plný kontakt, asimilace, stažení.

⁹ Model „kontaktních stylů“ popisuje specifické rysy kontaktu. Nejčastěji popisované jsou: introjekce, projekce, retroflexe, konfluencce, deflexe.

To vše jsou fenomény pole, informace o fixovaném gestaltu. Moje hypotéza je, že nejen já, ale i ostatní lidé se k Marii vztahují podobným způsobem.

INTERVENCE

V této fázi se gestalt terapeut také pohybuje mezi dvěma póly a udržuje mezi nimi tvořivé napětí. **Na jedné straně** klade důraz na upřímně empatický, jedinečný terapeutický vztah. Gestalt terapie zde staví na filozofickém základě dialogického pojetí existence Martina Bubera (1969) a rozpracovává **existenciálně dialogický princip** terapie¹⁰ (Jacobs, 1995; Yontef, 2005). Terapeut se s klientem lidsky setkává a toto dialogické setkání není zaměřeno k určitému cíli („*meeting without aiming*“ (Yontef, 2005)). Existenciální nabídka terapeuta vůči klientovi zní: „*Přijmi svůj prožitek, svoji zkušenost.*“ (Greenberg, 1996).

Na druhé straně terapeut uplatňuje aktivnější, na úkol zaměřený styl, při kterém direktivněji ovlivňuje proces a napomáhá tak hlubšímu prožitku (Elliott, Greenberg, Lietaer, 2004). Terapeut nabízí klientovi určitý strukturovaný úkol a nechává výsledek otevřený. Jedná se o **experimentální přístup**, behaviorální složku gestalt terapie zahrnující riskování. Terapeutova nabídka vůči klientovi zní: „*Zkus něco nového, když k tomu máš dost podpory*“ (Greenberg, 1996).

Gestalt terapeut tvořivě vyvažuje dialogický a na úkol zaměřený přístup. Pokud by-

chom se jako terapeuti zaměřovali pouze na dialogický přístup, ocitli bychom se velice blízko rogeriánskému na člověka orientovanému přístupu. Když bychom zvýraznili jen na úkol zaměřený, experimentální přístup, pracovali bychom velmi podobně jako současní kognitivně behaviorální terapeuti. Příspěvkem gestalt přístupu je terapeutova flexibilita při uvědomovaném a cíleném používání obou polaritních přístupů (Roubal, 2009). Terapeut se při svých intervencích neustále pohybuje mezi nimi v závislosti na situaci teď a tady v terapeutickém vztahu.

Vraťme se zpět k Marii. Po příhodě s mobilem, kdy jsem jí řekl: „*Ne, to počká. Teď jste pro mne nejdůležitější vy...*“, mi vyprávěla o svém těžkém dětství. Naslouchal jsem jí, ponechával jsem otevřený a bezpečný prostor pro silné emoce, které se objevovaly (u nás obou), přirozeně jsem uplatňoval dialogický princip terapie. Jejím navyklému způsobu vztahování se – tedy upřednostňování potřeb ostatních a zavírání vlastních potřeb „*do sklepa*“ – jsem rozuměl jako původně tvořivému přizpůsobení, které jí umožnilo s co nejmenším poškozením přežít ve velmi nepříznivých podmínkách. Maria vyprávěla nejdříve se slzami a smutkem, za chvíli se začal objevovat vztek: „*Já to takhle ale nechce dělat pořád dokola!*“

Energii obsaženou v tomto výroku jsem využil k vypracování experimentu. Ptám se Marie, jak by se tedy ráda chovala jinak. „*Chci se starat také o své potřeby, chci si vzít to, na co mám nárok, nechci se sama zavírat do sklepa!*“, říká. Naše sezení se v tuto chvíli blíží k závěru a není již prostor pro rozvíjení experimentu přímo zde. Ptám se Marie, jestli by chtěla na začátku příštího sezení zkusila zaklepat na dveře, místo aby čekala na lavičce. Maria zčervená, lekne se úkolu, který se jí zdá těžký, a poté souhlasí.

Na začátku příštího sezení čekám na zaklepání. Nic se neozývá. Nechávám Marii čas, mezi tím pozoruji své uvědomování. Drobně se na ni zlobím, že to nezkusí a nevezme si, co jí patří. Jsem zvědavý, co se s ní

¹⁰ Popisují se tyto základní charakteristiky existenciálně dialogického principu (Roubal, 2010; podle Jacobs, 1995; Yontef, 2005): **Začlenění** (*inclusion*), ponoření se do spolubytí. Terapeut sežívá co nejvíce do prožitku klienta, jako by ho prožíval sám na sobě, ve svém těle, a přitom se nevzdává vlastní jedinečnosti. **Stvrzování** (*confirmation*). Terapeut přijímá existenci klienta takovou, jaká je, a uznává jeho potenciál k růstu. **Přítomnost** (*presence*). Terapeut je autenticky přítomen jako člověk, jeho projev je kongruentní s tím, co opravdu prožívá. **Odevzdání se „tému mezi“** (*surrender to between*) či **věrnost dialogu** (*commitment to dialogue*). Terapeut se nesnaží kontrolovat výsledek setkání, je otevřený tomu, co se neplánovaně objevuje v dialogu.

děje. A všímám si, že dnes, i když tu ještě fyzicky není, se jí plně věnuji již od začátku sezení. Asi po pěti minutách to nevydržím a otevřu dveře do čekárny. Maria sedí na lavičce a zrovna se loučí s klientkou, která jde k jinému terapeutovi. Znají se z psychiatrické léčebny. Maria začíná tím, že ta paní se hrozně bála jít na terapii a potřebovala si popovídat. „*A je to tu znovu!*“, říkám si. Maria ale dodává: „*Já jsem věděla, že chci dneska zkusit zaklepat, odhodlala jsem se k tomu. Když jsem ale viděla, jak moc ona potřebuje pomoc, rozhodla jsem se zůstat chvíli sedět s ní.*“

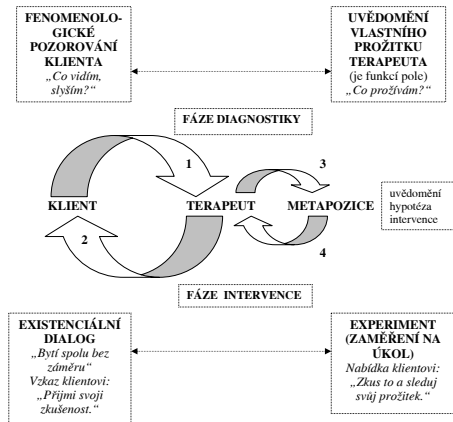
Zde se dostáváme k dobrodružné povaze experimentu. Nikdy nevíme, jak dopadne. Naopak, důležité je, že při experimentu nesměřujeme k předem známému cíli. Cílem je větší uvědomování. Klientovi nabízíme: „*Udělej to a uvidíš, co budeš prožívat*“ a ne: „*Udělej to, aby ses změnil*“ (Greenberg, 1996). Experiment obsahuje obrisy figury (Roubal, 2007b), která se aktuálně vynořuje v terapeutickém vztahu. V tomto případě bylo figurou udělat něco podle vlastní potřeby a ne podle předpokládané potřeby druhého. A experiment dává možnost tuto figuru zvýraznit tím, že si Maria vezme svůj čas a aktivně se přihlásí o to, na co má nárok. Výsledkem experimentu bylo větší uvědomění a tím pak také větší možnost volby. Maria již nejednala automaticky, ale vědomě zvažovala a rozhodovala se, jestli chce upřednostnit potřeby své nebo potřeby druhého.

Maria popsala svými slovy to, o co podle mne v psychoterapii jde. Nesnažíme se klienty měnit, ale pomáháme jim, aby si více uvědomovali, co dělají a jaký přístup zaujmají. Tím se stávají svobodnějšími. Maria se pro tuto chvíli svobodně rozhodla neměnit svůj navyký způsob. A vlastně se tak postavila nevslovenému přání terapeuta-autority, nepřijala další introjekt. To byl neočekávaný a velmi užitečný výsledek experimentu. Tématu vztahu k autoritám jsme se potom dále v terapii věnovali.

Obě strany polarit **dialog-experiment** dohromady vytváří gestalt terapeutický styl

intervenování. Složka riskování je samozřejmě přítomna v každém setkání a dialogu, ale v gestalt terapii ji občas záměrně zvýrazníme. V gestalt terapeutickém přístupu jsou dialogický a experimentální princip přítomny jako dva póly, z nichž jeden je v daném okamžiku více v popředí a druhý více v pozadí. V příštím okamžiku se mohou jejich pozice plynule proměnit. Oba póly jsou vždy přítomny, existuje zde tvořivé napětí mezi „bytím“ a „děláním“ (Greenberg, 1996), mezi Východním zaměřením na uvědomění, bytí zde a nyní, a Západním důrazem na akci a konání (Melnick, 2005). Kombinace těchto dvou principů je to, co je pro gestalt charakteristické (Greenberg, 1996).

Obrázek č. 2: „Diagnostikování a intervence v procesu terapie“



ZÁVĚŘ

Gestalt terapeutický přístup v tomto pojetí stojí na čtyřech pilířích: fenomenologickém pozorování klienta, vlastním uvědomování terapeuta, existenciálně dialogickým přístupu a experimentálním přístupem. Základním rysem je vždy dynamický a tvořivý pohyb v rámci polarit. V **diagnostické fázi** je polarita rozepjata mezi **fenomenologickým pozorováním klienta** a prací s **vlastním uvědomováním terapeuta** v rámci teorie pole (každý fenomén je fenoménem pole a spoluvytvářejí ho klient i terapeut). V **in-**

tervenční fázi jsou dvěma póly **existenciálně dialogický přístup** a **experimentální přístup**. Terapeut pomáhá klientovi k většímu uvědomování a tím k větší svobodě a možnosti volby, nesnaží se ale dosáhnout předem vymezené změny. Zastřešujícím přístupem v gestalt terapii, která propojuje diagnostickou a intervenční fázi, je **paradoxní teorie změny** (Beisser, 1970). Pokud se člověk snaží změnit, zůstává stejný. Ve chvíli, kdy se přijme takový, jaký je, začíná se měnit. Takto gestalt terapeut přistupuje ke klientovi, k sobě samému i k terapeutickému vztahu.

Terapeut se vstupuje do setkání s klientem, nechává se vtáhnout do společné vztahové hry s klientem a poznává tak jeho vztahové vzorce zevnitř. Používá sám sebe jako nástroj. Jeho schopnost uvědomování mu umožní vystoupit do **metapozice**. Zde se zorientuje, utřídí si svá pozorování klienta a zvědavě pozoruje vlastní prožitek jako zprávu o organizaci aktuálního pole s klientem. Poté vstupuje zpět do kontaktu s klientem.

Přijde mi, že erbovní zvíře gestalt terapeuta by měl být chameleon. Podle vlastní barvy může usuzovat na povahu okolí. A navíc každým okem sleduje něco jiného – je zároveň ve vztahu s klientem a také odstupuje do metapozice.

LITERATURA

- Aldinger M. (2000). *Moudrosti a příběhy zenu*. Praha, Portál.
- Beisser, A (1970). The Paradoxical Theory of Change. In: Fagan, J., Shepherd, I. (eds.) *Gestalt Therapy Now*. New York, Harper Colophon Books. 77-80.
- Buber M. (1969). *Já a ty*. Praha, Mladá fronta.
- Elliott R., Greenberg L.S., Lietaer G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. In: Lambert M.J., Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York, John Wiley and sons. 493-540.
- Greenberg, L., Brownell, P. (1996). *Validating Gestalt*, <http://www.g-gej.org/1-1/greenberg.html>
- Joyce, P., Sills, C. (2006). *Skills in Gestalt Counselling & Psychotherapy*. London: Sage Thousand Oaks.
- Knijff, E. (2000). *De therapeut als clown, randopmerkingen van een gestalttherapeut*. EPO, Berchem.
- Melnick, J., Nevis, S. M., Shub, N. (2005). Gestalt Therapy Methodology. In: *Gestalt Therapy. History, Theory, and Practice*, Woldt, A. L. & Toman, S. M., eds. Sage Publications, Thousand Oaks, pp. 101-115.
- Roubal, Jan. (2007a). Depression - A Gestalt Theoretical Perspective. *British Gestalt Journal*, 16:35-43.
- Roubal, J. (2007b). Použití experimentu v gestalt terapii. *Psychoterapie*, 1:6-11.
- Roubal, J. (2009). Experiment: A Creative Phenomenon of the Field. *Gestalt Review*, 13/3.
- Roubal, J. (2010). Gestalt terapie. In: Vybíral, Z., Roubal, J. (eds.). *Současná psychoterapie*, 164-194.
- Schvartz B., Flowers J. V. (2007). *Ako zlyháva terapeut, 50 spôsobov ako stratiť alebo poškodiť vašich pacientov*. Vydavateľstvo F.
- Yontef G. M. (2005). Gestalt Therapy Theory of Change. In: Woldt, A.L., Toman, S. M. (eds.) *Gestalt Therapy. History, Theory, and Practice*. Sage Publications, Thousand Oaks.
- Yontef, G. (2009). *Gestalt terapie. Uvědomování, dialog a proces*. Praha: Triton.
- Evans, K., Gilbert, M. (2005). *An Introduction to Integrative Psychotherapy*. Houndmills and New York: Palgrave Macmillan.
- Zinker J. (2004) *Tvůrčí proces v Gestalt terapii*. Brno, Era.

O autorovi:

MUDr. Jan Roubal, Katedra psychologie, FSS MU, Brno. Institut pro výcvik v gestalt terapii, Praha. Soukromá psychologická praxe H. Brod. kontakt: janroubal@centrum.cz <http://psych.fss.muni.cz/roubal/>

Došlo do redakce: 7. 6. 2010. Revidovaná verze 14. 7. 2010. K publikaci přijat 14. 7. 2010.

Ad DIAGNOSTIKOVÁNÍ A INTERVENCE V GESTALT TERAPII – MYŠLENKY, KTERÉ MĚ PŘI ČTENÍ TEXTU NAPADLY

Petr Možný

Pozn. red.:

Text nebyl původně určen ke zveřejnění, ale byl psán jako anonymní recenze předcházejícího článku. Na žádost redakce autor souhlasil s otištěním své interní recenze, mírně upravené, jako komentáře. Čtenář si sám povšimne, že na některé recenzentovy výhrady Jan Roubal při revizi svého příspěvku reagoval. Přesto si myslíme, že tento připojený diskusní pohled může být pro čtenáře užitečný.

1

Text se opírá o kasuistiku pacientky, na které ilustruje způsob uvažování autora – který je gestalt terapeut – při své práci s touto pacientkou. Je psán kultivovaným jazykem a lze z něj smysl sděleného bez větších problémů pochopit (mělo by to být samozřejmostí, ale v oblasti popisu psychoterapie jsem se setkal s mnoha texty, jejichž smysl mi i po opakovaném čtení zůstal zcela záhadný).

Každá kasuistika je příběh a je to vyprávěč, který tento příběh formuluje – určuje, co v něm považuje za důležité a co z něj vynechá. Vyprávěčem je obvykle terapeut a je otázkou, jak by zněl příběh vyprávěný klientem. Jediný, o kom vím, že se na tuto otázku pokusil poctivě odpovědět, je I. Yalom, který nechal své zážitky z terapie zpracovat svou klientkou a byl pak velmi překvapen, nakolik se obě verze toho, co se v terapii odehrálo a hlavně, co v ní bylo důležité, odlišují (Yalom, Elkin: Každý den o trochu blíž, Portál, Praha, 2005).

Pro mě jakožto posluchače bylo při čtení zajímavé právě to, co v uváděném příběhu není, případně která tvrzení autor považuje za natolik samozřejmá, že je nepotřebuje dále dokládat.

Například v tvrzení, že „zdrojem kompetence terapeuta je jeho tvořivost, flexibilita a schopnost vlastního uvědomění“, mi chybí i „teoretické znalosti“ a „praktické zkušenosti“ – bez nich, domnívám se, se nikdo v žádné oblasti lidského konání, nemůže považovat za kompetentního.

Hlavně mě ale zaujalo v kasuistice to, že její příběh začíná náhodnou událostí, která se stala **půl roku** po zahájení individuální terapie. Jako by nám autor říkal, že „během toho předchozího půl roku se nestalo nic důležitého a zajímavého, co by stálo za sdělení“. A událost, která spouští příběh, je přitom zcela náhodná – zazvonění mobilu, který omylem zůstal zapnutý. Co by se v terapii stalo, kdyby terapeut mobil vypnul? Jak dlouho by terapie pokračovala, než by došlo k události, která by z pohledu terapeuta byla hodná pozornosti a zaznamenání?

A – což mi připadá nejméně pochopitelné – že se terapeut až po této události („po příhodě s mobilem mi vyprávěla o svém těžkém dětství“) od pacientky dozvěděl, že se vždycky považovala za méně důležitou než ostatní a že jim vždy ve všem ustupovala, a o životních zážitcích, na jejichž základě si toto přesvědčení vytvořila. To se až do té doby jejími přesvědčeními o sobě, o druhých lidech, jejími významnými životními vztahy a zážitky, terapeut nezabýval?

Zkrátka bych očekával, že

- po půl roce terapie už pro terapeuta nebude nijak objektivní, že má pacientka tendenci upřednostňovat potřeby druhých před svými vlastními,

- že s ní bude mít již zmapovány životní události, které ji k tomu vedly,

- že i pacientka si již bude sama vědoma svého přesvědčení „Druzí jsou důležitější než já“ a že jedná podle pravidla „Pokud

bych druhým ve všem nevyhověla, tak by mě zavrhlí“, takže bude moci uvažovat o tom, jak se jí toto pravidlo promítá do jejího současného života a do jejího každodenního jednání – např. proč se obává sama na sebe upozornit terapeuta zaklepáním, ale – což je podle mě daleko významnější – především v jiných situacích svého běžného života,

- jaké jí jednání v souladu s tímto přesvědčením přináší konkrétní výhody a nevýhody a

- zda a jak by mohla toto přesvědčení prakticky zpochybnit tím, že bude jednat jinak a zjistí, jaké nové zážitky a zkušenosti díky novým způsobům jednání získala, a jaké jiné přesvědčení by ji lépe chránilo před depresí.

Takže pokud se „fixovaný gestalt“ pacientky terapeutovi ozřejmil až po půl roce terapie a to ještě k tomu na základě zcela náhodné události s nevypnutým mobilem, považoval bych to za důvod, aby se terapeut kriticky zamyslel nad tím, jak to, že mu to tak dlouhou dobu unikalo a hlavně, jak by mohl potřebné informace získat jinak než na základě náhodných událostí. Třeba by mohl nechávat mobil zapnutý schválně?

Hypotéza, že se k pacientce i jiní lidé chovají způsobem, kterého si u sebe všimnul terapeut, je banální. Zajímavé by bylo zkoumat, kteří jsou to lidé (nelze automaticky předpokládat, že úplně všichni, na to jsme my lidé přece jen příliš různí) a hlavně, kteří lidé se k ní tak nechovají – a co ve vztazích s těmito lidmi dělá pacientka jinak, že toto chování nevyvolává.

Metafora „zavírat sama sebe do sklepa“ napadá nejdříve terapeuta nebo samotnou pacientku?

Pokud jde o popsání „experiment“, opět mě napadá, proč s ním měla pacientka čekat až do příštího terapeutického sezení? To nemohla zkoušet zpochybňovat své přesvědčení (svůj „fixovaný gestalt“) i v jiných situacích svého života – v době mezi sezeními? Je sice důležité, když se pacientka dokáže změnit ve vztahu s terapeutem (do-

káže zaklepat), ale rozhodující je přece to, jak se změní její chování, prožívání, emoce, jeho „fixovaný gestalt“, v jeho každodenním životě a v jejích reálných mezilidských vztazích – o kterých se v kasuistice neuvádí nic.

To, že výsledek experimentu nelze předvídat, je samozřejmé. Označit to za „dobrodružnou“ povahu mi připadá poněkud přehnané, ale budiž.

Hodnocení popsaného experimentu je pohledem terapeuta. Dokážu si představit i jiná možná hodnocení – vždyť pacientka jednala stejně jako v předchozích případech, jenom to již uměla zdůvodnit tak, aby tím terapeuta potěšila. Zajímalo by mě, zda se v dalších sezeních již odhodlala ke změně svého chování, což autor bohužel neuvádí.

2

Autor uvádí, že si nemyslí, že by gestalt terapeut při své práci uvažoval jinak než terapeuti jiných psychoterapeutických směrů a že proto uvedená kasuistika může být užitečná i pro ně. V tom má jistě pravdu, ale očekával bych v tom případě, že se buď zcela zdrží používání terminologie, která je srozumitelná pouze pro gestalt terapeuty, nebo že všechny v textu používané termíny vysvětlí – což se bohužel nestalo. Takže se nezasvěcený čtenář může jen dohadovat co je to „retroflexe“, „konfluence“, „deflexe“, co znamená, že je něco „funkcí pole“, jak probíhá „kontaktní cyklus“ a co je obsahem jeho jednotlivých fází a další.

„Paradoxní teorii změny“ jsem z textu nepochopil, potřeboval bych, aby byla vysvětlena na konkrétních příkladech. Jedná se o v psychologii obecně přijatou teorii toho, jak co nejlépe a nejrychleji dosáhnout žádoucích změn v psychických procesech, nebo je to teorie, o kterou se opírají pouze gestalt terapeuty? Je nějak empiricky doložena? Byla kriticky ověřována nějakými výzkumy? Nebo je to jen „introjekt“ (viz definice v textu)?

Možná by pomohlo, kdyby byl k textu připojen výkladový slovník používaných termínů.

Některé termíny v textu vysvětleny jsou, ale tak, že vyvolávají další otázky – například pokud je „Introjekt“ – cizí názor či přesvědčení, který je „**bez zvážení či asimilace** přijat za vlastní“, jak se pak v gestalt terapii nazývá „cizí názor či přesvědčení, který je přijat za vlastní „**po důkladném zvážení či asimilaci**“?

Nebo by se autor mohl pokusit popsat své myšlenky bez použití těchto termínů, obecně srozumitelným jazykem?

V textu je patrná tendence připisovat vlastnímu směru – v tomto případě gestalt terapii – v některých ohledech jedinečnost, která ovšem nijak jedinečná není. Například v „zaměření na vztah a proces“ jistě není gestalt terapie jedinečná a pochybuji, že by zrovna v tomto aspektu nějak převyšovala jiné směry, vycházející z psychoanalýzy. Pokud měl autor na mysli jen psychotherapeutické směry vycházející z tradice behaviorální terapie, měl by jistě pravdu.

Také se autor mylí, pokud se domnívá, že „současní kognitivně behaviorální terapeuti zvyrazňují jen na úkol zaměřený, experimentální přístup“. I KB terapeuti nejdříve s pacientem mluví, naslouchají mu, pozorují jej a vytvářejí si vlastní hypotézy o tom, co je příčinou jeho problémů a co je udržuje, přičemž tyto své hypotézy pacientům sdělují a ve spolupráci s nimi je upravují a dotvářejí (sdělují i gestalt terapeuti své hypotézy svým pacientům?). Je ale pravda – mohu-li soudit na základě prezentované kasuistiky – že využívají experimentů v terapii systematictěji a ve větším rozsahu, než je tomu v gestalt terapii.

Podobně tvrzení, že gestalt terapie je unikátní tím, že kombinuje „dialogický a experimentální princip“ a tím, že se v ní uplatňuje přecházení z „modu bytí“ do „modu konání“, je neobhajitelné. Tím gestalt terapie zcela jistě jedinečná není, protože uplatňování obou uvedených přístupů lze najít v mnoha jiných pst směrech – liší se jen v důrazu na tu kterou složku terapeutického procesu. Takže bych doporučoval střízlivější pohled na vlastní terapeutický přístup.

3

A na závěr úvaha na téma, které s článkem souvisí jen velmi volně. Opakovaně si kladu otázku, proč zrovna psychoterapeuti mají takovou potřebu halit své poznatky a teorie do obecně nesrozumitelných pojmů a proč si každý směr vytváří svou vlastní terminologii, srozumitelnou jen zasvěcencům. Odborníci jiných oborů tuto potřebu – pokud je mi známo – nemají. Biologové, lékaři, chemici, fyzici – ti všichni si dokázali vytvořit univerzálně srozumitelný jazyk, kterým se navzájem domluví. Jen v psychoterapii má každý autor nového přístupu dojem, že dosud zavedené a používané termíny nevyjadřují dostatečně to, co on má na mysli, a proto musí vytvořit termíny nové. Opravdu to pomáhá zvýšit naše porozumění popisovaným jevům? Nebo to jen vytváří falešný dojem odbornosti a zasvěcení do tajemných mystických nauk, když místo „svědomí“ říkáme „superego“ a místo „přesvědčení“ „schéma“ či „fixovaný gestalt“? A hlavně – pak si nerozumíme navzájem.

Abych uvedl příklad z textu – Pacientka sedí za dveřmi terapeutovy pracovny a ostýchá se zaklepat. Terapeut pro ni představuje autoritu („matku“) a ona má z dětství zkušenost, že když bude matku obtěžovat vlastními potřebami, bude za to potrestána. Tento strach z trestu jí brání, aby zaklepala, proto sedí a čeká, až pro ni terapeut sám přijde.

Tak nějak by mohl popsat situaci nezasevěcenec. Zasevěcenec – autor – napíše: „Pacientka sama sebe zastavuje před akcí pomocí retroflexe a proflexe.“ Opravdu tomu teď rozumíme líp? ¹⁾

27. 6. 2010

*O autorovi komentáře viz kniha **Současná psychoterapie**.*

¹⁾ Autor kasuistického příspěvku oba termíny (*retroflexe* a *proflexe*), jak si čtenář povšiml, stručně objasnil. (Pozn. red.)

KONCENTRATÍVNA POHYBOVÁ TERAPIA – PREDSTAVENIE PRÍSTUPU

Vladimír Hambálek

ABSTRAKT

Zámerom príspevku je stručne predstavenie koncentratívnej pohybovej terapie (KPT), psychodynamicky orientovaného psychoterapeutického prístupu, ktorý v teórii aj praktickom konaní prepája prácu s vnímaním, pohybom a telom s prácou so symbolizačnými a asociatívnymi procesmi, pričom rešpektuje špecifiká psychodynamického terapeutického myslenia a konania. Text si kladie za cieľ na príkladoch terapeutických intervencií, reflexie teoretických východísk a reflexie terapeutickej praxe stručne zoznámiť čitateľa s týmto, v kontexte československej psychoterapie, relatívne menej známym prístupom.

Kľúčové slová: Koncentratívna pohybová terapia, psychoterapia, psychoterapeutický prístup

ABSTRACT

The main purpose of this article is to introduce Concentrative movement therapy (CMT), a psychotherapeutic approach, which connects sensory awareness, focus on therapeutic movement and body work with symbolization processes in theory, also in practice. The frame of the approach is based on psychodynamic thinking and doing. The aim of the text is to offer examples of therapeutic practices, theory of approach and to introduce briefly this relatively less known approach into Czech and Slovak psychotherapeutic community.

Key words: Concentrative movement therapy, psychotherapy, psychotherapy approach

ÚVOD: KLINICKÝ PRÍKLAD 1

Klientku vediem v dlhodobej individuálnej psychoterapii. Okrem iného ju trápia rôzne psychosomatické ťažkosti (napr. časté

bolesti hlavy). Prvé minúty z terapeutickej hodiny venuje rozprávaníu o ceste, ktorou išla ku mne, o dnešnom počasí, zdá sa mi nesústredená, bez hlbšej schopnosti byť v kontakte so mnou, resp. so sebou. Pri otázke, či si je vedomá toho, ako sa má tu a teraz, resp. ako jej bolo od nášho posledného stretnutia odpovedá, že ani nevie. Po niekoľkých minútach rozhovoru, ktorý sa mi zdal emočne neukotvený, jej navrhujem štruktúrovanú KPT ponuku zameranú na vnímanie svojho tela v pohybe, ku ktorej pridávam imagináciu toho, čo zažila a čo prežívala dnes, včera a predvčera. Pri ponuke imaginácie podporujem prepájanie imaginatívnych obsahov s telesným prežívaním a emocionálnymi reakciami. Po absolvovaní takejto cesty „časom“ a „priestorom“ navrhujem klientke, aby si vybrala lano, ktorým môže svoju cestu na podlahe znázorniť. Zároveň jej po chvíli práce dávam možnosť vybrať si predmet, ktorý symbolizuje situáciu, moment, alebo okamihy v posledných dňoch, ktoré vnímala ako príjemné, prežiť ich znova v situácii tu a teraz, „postaviť sa do nich“ a opäť jej ponúkam vnímať sa telesne, aj emocionálne. To isté, možnosť výberu predmetu, ponúkam aj za situáciu, ktorú vnímala ako nepríjemnú a za prítomné okamihy toho, ako jej je tu – pričom postupujem rovnako. Zvyšný čas terapeutickej hodiny venujeme rozhovoru o zážitkoch z minulého týždňa, pričom v rozhovore podporujem uvedomenie diferenciácie prežívaného obsahu a spoločne skúmame vlastný podiel klientky na daných situáciách. Vyladenie klientky sa mení, počas konzultácie je schopná popisovať svoje prežívanie a v neposlednom rade aj únavu a nechuť, s ktorou prichádzala na dohodnuté spoločné stretnutie.

Tento krátky príklad ilustruje spôsob prá-

ce KPT terapeuta, ktorý v istom momente terapeutickú konzultáciu môže aktívne využiť napríklad neverbálnu ponuku k tomu, aby evokoval, podporil, zameril sa, alebo zvýraznil prežívanie klienta. Vo vyššie uvedenom prípade som vnímal menšiu schopnosť klientky jasne vnímať svoje prežívanie, čo mohlo (aj nemuselo) súvisieť s odporom pred uvedením si prežívaného, a samotnou ponukou som sa pokúsil neinterventovať verbálne, ale istou formou vitalizácie sa prepracovať k prítomným psychickým obsahom.

VŠEOBECNÉ VÝCHODISKÁ A HISTÓRIA PRÍSTUPU

Vyššie uvedený príklad práce je drobnou ukážkou možnosti, ako v psychoterapii prepojiť telesné, emocionálne a kognitívne obsahy. Koncentratívna pohybová terapia je jednou z psychoterapeutických modalít, ktorá má za cieľ integrovať v praktickom terapeutickom konaní psychoanalytické a fenomenologické myslenie. Filozoficky sa opiera predovšetkým o diela francúzskeho filozofa vnímania telesnosti Merleau Pontyho a existencialistu Gabriela Marcela, ktorí sa pokúsili prekonať dualitu myseľ–telo. História prístupu sa viaže k práci Elsy Gindlerovej, ktorá sa ako jedna z prvých pokúšala podporovať pri práci s ľuďmi ich vnímanie tela a prirodzený pohyb prostredníctvom voľných telesných asociácií. Viacerí Gindlerovej žiaci pracovali ďalej ako pedagógovia, alebo psychoterapeuti a rozvinuli vlastné prístupy (nielen) v práci s telom (napr. Moshe Feldenkrais, Laura Pearlsová, Charlotte Selverová, Lily Pincusová, Ruth Cohnová etc.). Spoločným východiskom všetkých je dôraz na bdelé zmyslové vnímanie seba. Priama kolegyňa Elsy Gindlerovej Gertruda Falke-Hellerová využívala tento prístup pri svojej práci v škótskej Crichton Royal Hospital, kde liečila traumatizovaných vojakov, ako aj iných pacientov, ktorí trpeli rôznorodými duševnými a psychosomatickými ochoreniami. Hellerová bola príležitostným hosťom psychoterapeutických seminárov

v Lindau, kde sa spoznala s nemeckým lekárom, psychoanalytikom Helmuthom Stolzem. Práve na psychoterapeutických týždňoch v Lindau Hellerová, Stolze, spolu s Miriam Goldbergovou a Christine Gräffovou predstavili koncom päťdesiatych rokov psychoterapeutický prístup, ktorý dostal označenie koncentratívna pohybová terapia (Konzentrativ Bewegungstherapie).

Koncentratívna pohybová terapia sa postupne rozšírila v nemecky hovoriacich krajinách (Nemecko a Rakúsko) a rozvíjala sa teoreticky aj prakticky – z pôvodných pracovných krúžkov vznikli etablované odborné spoločnosti, ktoré rozpracovávajú metodologickú a teoretickú bázu a KPT sa stala súčasťou terapeutických programov psychoterapeuticko-psychosomatických kliník. Zároveň sa KPT stala etablovaným modelom aj pre poisťovne. Začiatkom tejto dekády bolo publikovaných 14 rôznorodých výskumných štúdií o účinnosti metódy.

TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ

Koncentratívna pohybová terapia, ako už názov naznačuje, pracuje s pojmami „pohyb“ a „koncentratívno“. Hochgerner a Pokorny (2003) pohyb chápu v zmysle:

1. zážitok pohybu / pohybovania sa – senzomotorické funkcie v ich vývinovom prepojení;
2. byť pohnutým – to, čo sa hýbe vo vnútri (afekty, emócie);
3. byť na ceste – vývinových krokov pri prekonávaní reálnych, alebo fantazijných vonkajších, alebo vnútorných prekážok.

Pojmom „koncentratívny“ autori z okruhu KPT označujú schopnosť človeka vnímať a prežívať vlastné skúsenosti a bytie s druhým uvedomovaným, bdelým spôsobom v rovine „tu a teraz“. Nejde o to, na niečo sa koncentrovať – sústrediť – na niečo zúžiť pozornosť, práve naopak – v stave koncentratívna je prítomný zážitok otvoreného vedomia, ktorému je dostupné to, čo sa deje „vo vnútri“ vo vzťahu s tým, čo je prítomné „zvonku“.

Teória KPT zahŕňa tri odlišné, no vzá-

jomne sa dopĺňajúce bazálne konštrukty, ktorými terapeuti tejto modality dokážu konceptualizovať chápanie ľudského bytia vo svete, symptómov ochorenia a terapeutického procesu. KPT začlenila do svojej teórie:

- psychofyzický paralelizmus geštaltového kruhu Viktora von Weizsäckera,
- vývinovo-psychologické paradigmy Jeana Piageta a (neskôr) Daniela Sterna a
- hlbinnop-psychologické modely, ktoré kladú dôraz na rané skúsenosti a primárny vzťah dieťa – opatrovník: špecificky potom prístupy ego psychológie, teórie objektových vzťahov a self psychológie (Winnicott, Balint, Mahlerová, Erickson, Kohut, Lichtenberg).

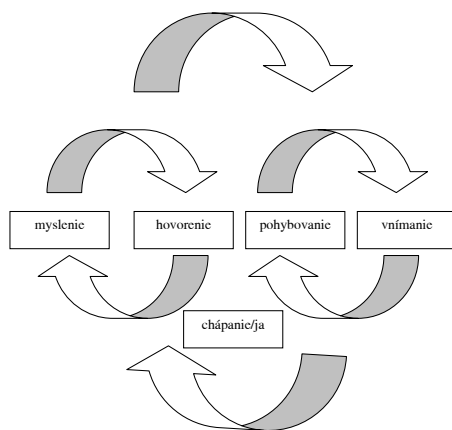
V poslednom období sa k týmto trom teoretickým okruhom pridal okruh z kontextu neuropsychológie Schmidt (2006), špecificky neuropsychológie emocionálnych procesov v kontexte vývinu dieťaťa.

PSYCHOFYZICKÝ
PARALELIZMUS VIKTOR
VON WEIZSÄCKERA

Weizsäckerov geštaltový kruh prepája prostredníctvom pochopenia – činnosti ja – pohyb a vnímanie s myslením a rečou. Tento kruh (viď obrázok č. 1) pozostáva z dvoch vzájomne prepojených častí. Podľa Weizsäckera (in Hochgerner, Pokorný, 2003) je s každým oživením vnímania vyvolaný vnútorný, alebo vonkajší pohyb a s každým pohybom je oživené vnímanie. Rovnako ako pohybovanie a vnímanie, ani hovorenie a myslenie nie sú oddelenými procesmi a sú vzájomne previazané. Oba geštaltové kruhy (vnímanie – pohybovanie, myslenie – hovorenie) sú potom prostredníctvom aktivity jednotlivca prepojené do pochopenia/poznania.

Neverbálny proces v KPT sa odohráva v kruhu pohybovanie – vnímanie, verbálny proces potom v kruhu myslenie – hovorenie. To znamená, že spolu so senzomotorickým, afektívnym procesom prichádza prostredníctvom prepojenia (ako funkcie ja) správa

Obrázok č. 1: Stolze, in Hochgerner, Pokorný (2003)



o zážitku (hovorenie) a verbálne prepracovávanie (myslenie). Zároveň to znamená, že individuálne pochopenie (poznanie, chápanie) je kombináciou zmyslového vnímania a skúsenosti osobnej životnej histórie. Podľa Bräutigama to, čo je vnímaním a pohybom vybraté, zistené a uchopené, sa vzťahuje k subjektu, a je to teda voľba, výber, ktorý je vždy určený subjektívnou vyladenosťou, situačnou vzťahovosťou, tendenčným zameraním na budúcnosť, pričom to všetko je určované zážitkami z minulosti (Brautigam, in Hochgerner, Pokorný, 2003).

VÝVINOVO-PSYCHOLOGICKÉ
PARADIGMY

Ďalšími dvoma kľúčovými teoretickými konceptmi, ktoré sú nosné v KPT, je teória vývinu myslenia Jeana Piageta, keďže premostuje vývin kognitívnych procesov s procesmi senzomotorickými, a teória Daniela Sterna, keďže upriamuje pozornosť na rozvoj vzájomnej regulácie afektov v kontexte emocionálneho a telesného dialógu. Vývin zmyslov, diferenciácia štruktúr konania, skúsenosti s priestorom a časom sú predpokladmi vývinu schopnosti symbolizácie a štruktúr myslenia. Poruchy v senzomotorickej fáze podľa Piageta, prípadne poruchy

senzibilnej periódy vzniku citu podľa Sterna, sú príčinami porušeného vývinu „ja“, ktorý sa manifestuje jednak motorickými útlmami, obmedzeným pohľadom na svet a problematickým afektívnym vzťahovaním sa, pričom tak môže prísť k nedostatočnému vývinu v zmysle chýbajúcej diferenciacie a sformovania. Tento nedostatok obmedzuje možnosti rastu, zrenia a prispôsobenia (upravené podľa Hochgerner, Pokorny, 2003, str. 106).

HLBINNO-PSYCHOLOGICKÉ MODELY

KPT sa zaraďuje medzi hlbinné psychologické smery, uznáva koncepty nevedomia, prenosu, odporu a mechanizmy obrany. Významnou inšpiráciou je práca Donalda W. Winnicotta a jeho koncept holding environment, ale aj ostaných vývinovo zameraných psychoanalytikov, či už z pozície ego psychológie, psychológie self, alebo teórie objektových vzťahov. Z takéhoto teoretického pozadia je terapeutický proces pri dlhodobej KPT vedený v individuálnom, alebo skupinovom psychodynamickom rámci. Práca smeruje k podpore sebauvedňovania a sebaepochopenia, k sprostredkovaniu zmyslovosti a citlivosti voči prežívanému (podpora libidózneho obsadenia tela), k nachádzaniu vnútorných zdrojov a k vytvoreniu dostatočne silných ego-funkcií. Na druhej strane proces ponúka aj možnosť odkryvania, spoznávania a prepracovávanía nevedomých faktorov osobnosti a intrapsychických konfliktov, ktoré majú korene v raných vzťahoch primárnej rodiny a to aj na preoidipálnej úrovni.

TERAPEUTICKÝ VZŤAH

KPT je oproti klasickej psychoanalýze založená na dialogickom princípe v zmysle Martina Bubera. Dialóg medzi terapeutom a klientom by mal ponúkať bezpečie a podporu pre rozvíjajúci sa proces liečby. Vzťah implicitne obsahuje rôznorodé vedomé a nevedomé podoby terapeutickú situáciu a interakcia, je spoluurčovaná hlbinnop-

psychologickými a vývinovo-psychologickými konceptmi. Terapeut je citlivý k prenosovo-protiprenosovej dynamike, k previazanosti odporu a obrán, avšak zámerne nepodporuje vytváranie skreslení v rámci prenosovej neurózy. Autenticita terapeuta tak v sebe zahŕňa zodpovednosť, ktorá vyplýva zo spolupôsobenia fantazijného a reálneho, biografického a aktuálne prítomného, pričom každý vzťah je priestorom pre jedinečné, neopakovateľné stretnutie a intersubjektívne zdieľanie. Terapeutický vzťah vytvára aj možnosti ako získať nové skúsenosti identifikácie a objektovej konštantnosti. V KPT je významne prítomný telesný dialóg – jednak v zmysle akéhosi vyladenia k tomu, čo je telesne prítomné, neskôr aj v praktickom konaní terapeuta – vždy v rámci možností klienta, jeho problematiky a etiky profesie.

TERAPEUTICKÁ PRAX: KLINICKÝ PRÍKLAD 2

Ide o stretnutie skupiny, ktorá je v počiatkovej fáze terapeutického procesu (5. stretnutie). Terapeut navrhuje účastníkom, aby si prezreli predmety v miestnosti a vybrali jeden, ktorý ich zaujme a chceli by ho lepšie spoznať. Ďalej sprevádza skupinu v cca 20 minútovej štruktúrovanej ponuke, pri ktorej navrhuje, aby sa so zvoleným predmetom dali do pohybu a našli si v priestore vhodné miesto na sedenie, alebo ležanie. Keď tak klienti urobia, terapeut navrhuje, aby vybraný predmet preskúmali zmyslami, dotykom, vnímali vôňu, zvuky... aby vnímali kontakt predmetu so svojím telom, aby s predmetom v konaní experimentovali a voľne zaobchádzali, aby skúmali, aké to je byť s predmetom, sám bez predmetu... Neskôr požíva klientov k tomu, aby vnímali aj predmety iných členov skupiny, aby vnímali, čo v nich vyvolávajú, aby sa dostali do kontaktu s inými a využili na tento kontakt svoj predmet. Spočiatku opatrne, neskôr odvážne prichádza prostredníctvom predmetov k interakciám medzi jednotlivými členmi. Na záver ponuky terapeut požíva klientov k tomu, aby uložili svoj predmet

v priestore, čím sa vytvorí akýsi skupinový obrázok. Nasleduje diskusia o výbere, vzťahu (aj telesnom) s predmetom, asociáciách (aj telesných) s ním, o spomienkach, ktoré predmet asocioval, o zážitku bytia v interakciách, ako aj o zážitku bytia v tejto skupine a vzťahov, ktoré sú čitateľné z konania a záverečného umiestenia predmetu v miestnosti. Členovia skupiny ponúkajú viaceré reflexie vnímania seba v ponuke, svojho konania, nachádzajú paralely k tomu, ako sa sami vnímajú v živote a ako so sebou a s druhými zaobchádzajú, niektorí prinášajú asociácie z niektorých relevantných vzťahov v minulosti, prípadne asociácie k tomu, ako je im v tejto skupine.

TERAPEUTICKÝ PROCES

Praktická činnosť KPT môže mať rôznorodú štruktúru. V istej fáze terapeutickej hodiny navrhuje terapeut klientom, aby zažili novú skúsenosť – v jazyku KPT ponuku, ktorá môže mať rôznorodú podobu (niekedy je štruktúrovaná, niekedy menej) – v závislosti na celi práce a možnostiach klientov. Po takejto ponuke zvyčajne prichádza k jej reflexii, prípadne po kratšom čase vyvstáva priestor pre rozvíjanie skúsenosti ponuky iným spôsobom, pričom je opäť prítomné konanie a jeho následná reflexia. Napríklad po štruktúrovanej ponuke k téme primárna rodina a jej verbálnej reflexii môže terapeut navrhnúť klientovi, aby to, čo je dôležité zažiť znova (prehrať, vypovedať, žiť telesne), skúsil v konkrétnom procese tu a teraz, čím obide racionalizácie a „podrží“ klienta v procese konkrétnej skúsenosti. Následne prichádza k novej reflexii terapeutického konania v rozhovore. Ide o akési agovanie v terapeutickej situácii, ktoré je však vyvolané, podporené terapeutom a je prežívané na vedomej rovine. KPT terapeut môže uviesť špecifické ponuky ako niečo, čo dokáže prehĺbiť zážitok, ktorý je implicitne prítomný v rozhovore, alebo z neho vyvstáva, prípadne môže ponuku použiť ako spôsob, ktorým si klient uvedomí to, čo je aktuálne, to, čo žije. Ponuka môže byť aj vstupom,

úvodom do ďalšej práce, podobne ako napríklad v arteterapii.

V KPT môžeme nájsť ponuky, ktoré sú zamerané na:

- štruktúrovanú priamu prácu s telom (individuálnu, v dvojici, v trojici) – práca s dotykom, alebo prostredníctvom predmetu (najčastejšie lopty, laná, tyče, deky...);
- neštruktúrovanú priamu prácu s telom (terapeut sprevádza klientov iba veľmi voľne, prípadne podporuje pohyb, či vlastnú prácu klienta s telom);
- prácu s predmetmi (predmet môže byť prostriedkom ku konaniu, alebo môže byť chápaný na symbolickej úrovni);
- kreatívne ponuky (pohyb, hudba, maľovanie, stavanie niečoho...);
- hru (voľná, alebo cielená, s pravidlami);
- imaginatívne a meditačné obsahy.

Ponukou sa terapeut snaží v súvislosti s cieľmi práce zámerne „osloviť“ klientove zdravé časti osobnosti, pozitívne zdroje, prípadne jeho problémy, intrapsychické, respektíve interpersonálne konflikty. Významnou súčasťou terapeutického procesu je využitie priestoru, v skupinovom usporiadaní potom iných ľudí, resp. terapeuta. Samotná práca s predmetmi, pre KPT špecifická, zohľadňuje to, že predmety môžu byť vnímané ako objekty fyzickej skúsenosti, ale aj ako protažsok, ktorý je prenosovou aj projekčnou plochou. Takisto bývajú využívané ako symboly, ktoré podnecujú k (aj biografickým) asociáciám. Podobne ako v príklade sú prostriedkom interakčných, tvorivých procesov v skupine, alebo medzi klientom a terapeutom. Medzi základné predmety, ktoré používa KPT, radíme lopty rôznych veľkostí a účelu, palice, laná a deky. Zbierka býva obohatená o predmety z prírody, hračky, guľičky, vrecká z piesku a iné materiály. Ako sme už načrtli, okrem predmetov, terapeuta a klienta/klientov sa v terapeutickej situácii akcentuje vnútorný aj vonkajší telesný aj fyzický priestor. Pre metódu je významný koncept „pamäti tela“, ktorý ponúka myšlienku, že v našom tele sú uložené prežité situácie v podobe neuvedo-

mených, emocionálne nabitých spomienok, ktoré ovplyvňujú naše prežívanie a zdravie podporne alebo aj negatívne, pričom môžeme využiť rôznorodé cesty k ich vyjadreniu a prepracovaniu.

KPT terapeut koná zvyčajne v rámci psychodynamickej psychoterapie. Štruktúra takého procesu pozostáva z fázy vytvorenia pracovného spojenectva, bezpečnej bázy pre vnímanie a reflexiu, po ktorej nasleduje fáza regresie. Práca s biografickou rovinou v rovine regresie je rozdielna pri rozličných štruktúrach osobností klientov. Pri raných poruchách (psychózy, schizofrénie) a hraničných klientoch ako aj pri niektorých narcistických poruchách sa podporuje predovšetkým posilnenie ego funkcií a konfrontácie sú primerané stabilite a kohézii jednotlivca, pri relatívne „zdravších“ klientoch sú viac indikované techniky konfrontácie a práca s ranými konfliktami. Podľa dĺžky terapie a možností klienta nasleduje po exploračnej práci s konfliktom, podobne ako pri iných dynamických psychoterapiách, fáza prepracovania. Aj v ponukách je možné experimentovať s probatórnym konaním, skúsenosťami, ktoré sú spojené s novými spôsobmi správania, pričom sa neustále rešpektujú obrany, ku ktorým je terapeut pozorný, rešpektuje ich, prípadne s nimi citlivo zaobchádza (možná je analýza odporu alebo obrany z pohľadu práce s konfliktom, vhodné sú však aj jemnejšie nástroje, napr. empatické reflexie, práca s evokáciou emocionálneho prežívania apod.). Prepracovanie by malo viesť k prijatiu, porozumeniu, transformácii a k novým voľbám. KPT terapeut je citlivý aj k separačno-individualizačným tendenciám, nielen v závere terapeutického procesu.

INDIKÁCIA KPT

Okrem dlhodobej práce je KPT vhodné, po starostlivom výbere klientov, použiť aj v rámci krátkodobej psychoterapie, pričom v anamnéze je dôležité mať aspoň jeden dobrý vzťah v detstve a v súčasnosti. Zároveň je terapeut nutne zameraný na

fokus – ťažisko práce, prípadne na aktuálny symptóm, či konflikt. Koncentratívna pohybová terapia si našla uplatnenie aj pri liečbe niektorých pacientov so schizofrénnymi ochoreniami (Kaščáková, 2006), resp. ako prevencia chronifikácie týchto onemocnení. Jej forma je však modifikovaná a do značnej miery prispôsobená konceptu podpornej terapie, ktorá stabilizuje ego funkcie, vitalizuje a podporuje reálne (aj telesné) vnímanie seba a iných v prítomnosti. Primárnou cieľovou oblasťou KPT sú psychosomatické a neurotické poruchy. Metóda sa úspešne využíva na psychosomatických klinikách. Ďalšími okruhmi sú emocionálne a osobnostné problémy, depresie a úzkostné stavy. KPT sa úspešne využíva aj pri hraničných poruchách a poruchách telovej schémy. Pri závislostiach sa KPT môže stať jednou z doplnujúcich alternatív. Možné je využitie KPT pri poruchách príjmu potravy (anorexia, bulímia, obezita).

Modifikácie KPT sú vhodné pre všetky vekové skupiny. U detí napríklad v kombinácii s terapiou hrou, respektíve rodinnou terapiou. Pri zohľadnení špecifík v aplikácii telesne orientovaných ponúk je koncentratívna pohybová terapia vhodná aj pri poradenstve v pubertálnej alebo adolescentnej vývinovej kríze. Môže podporiť najmä procesy identifikácie, symbolizácie a externalizácie, hľadať a uchopovať zdroje, nachádzať „riešenia“ v bezpečnom terapeutickom prostredí. Pozitívne skúsenosti pri využití KPT nachádzame v sebaskúsenostných alebo na rozvoj orientovaných zážitkových skupinách, kde sa ponúka ako prevencia stresu, záťaže a vyhorovania.

ZÁVER A ZHRNUTIE

Koncentratívna pohybová terapia má na Slovensku už viac než desaťročnú tradíciu a je všeobecne akceptovaná ako jedna z vhodných hlbinných psychoterapeutických modalít Slovenskou psychoterapeutickou spoločnosťou. Terapeuti prechádzajú cca šesťročným výcvikom podľa štandardov Európskej asociácie pre psychoterapiu (EAP).

Výcvik zahŕňa skupinovú aj individuálnu skúsenosť na sebe, teoretické semináre v metóde a jej modifikáciách pre špecifické klientske okruhy, pozorovanie priamej práce KPT skúsených terapeutov a supervíziu vlastnej praxe. Aj teoretické vzdelávanie je vedené interaktívnym, participatívnym spôsobom, pričom si frekventant výcviku uvedomuje prepojenie vyššie spomenutých základných konštruktov (hlbinno-psychologické teórie, teórie vývinu, psychofyziológia geštaltového kruhu) a ich platnosť v reálnom terapeutickom konaní.

V článku som sa pokúsil stručne predstaviť teóriu a prax nie celkom známeho prístupu z tradície psychoanalytických psychoterapií. Viac podrobnejších informácií o KPT je možné získať z dostupnej literatúry v češtine a slovenčine, z internetu, prípadne z originálnych publikácií v nemeckom jazyku.

LITERATÚRA

Hochgerner, M., Pokorný, V. (ed): *Koncentra-*

tívna pohybová terapia v teórii a praxi. Vydavateľstvo F, Trenčín, 2003.

Kaščáková, N.: Možnosti využitia koncentratívnej pohybovej terapie v komplexnej starostlivosti o ľudí trpiacich na schizofrenne ochorenia. *Psychiatria*, 2006, 13, č. 3-4; 158–166.

Schmidt, E. (ed): *Lehrbuch Konzentrierte Bewegungstherapie: Grundlagen und klinische Anwendung (Gebundene Ausgabe)*. Schattauer Stuttgart, 2006.

O autorovi:

Vladimír Hambálek: psychoterapeut (SSKPT, SPS), manželský a rodinný poradca (AMRP SR), supervízor pre oblasť psychologického poradenstva a sociálnej práce (AMRP SR, ASSP), kouč (SAKO) a tréner manažmentu. Viac info nájdete na www.coachingplus.org. Kontakt: hambalek@coachingplus.org

Došlo do redakcie: 27. 10. 2009. Revidovaná verze 27. 4. 2010. K publikaci přijat 3. 5. 2010.

Jitka Vodňanská

Kurzy 2010:

Nový kurz práce s tělem v kombinaci s konstelacemi.

Jak být skutečně živý – cyklus konstelací osobního rozvoje a spirituality.

Více informací na

www.vodnanska.eu.

PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI

David Unger

ABSTRAKT

Článek nabízí přehled současných psychoterapeutických přístupů k léčbě pacientů s diagnózou hraniční poruchy osobnosti (BPD), a to kognitivně behaviorální terapie (KBT), různých proudů psychoanalytické tradice a rovněž gestalt terapie, jako reprezentanta humanistických směrů. Snaží se rovněž informovat o nejnovějších psychoterapeutických směrech, které vznikly v posledních desetiletích, které se na léčbu této poruchy zaměřují, jakými jsou např. dialekticko-behaviorální terapie (DBT), kognitivně-analytická terapie (CAT), terapie zaměřená na schémata (SFT), psychoterapie zaměřená na přenos (TFP) a terapie založená na mentalizaci (MBT). Nechybí zmínka o procesech vzniku a udržování poruchy, které se projevují v terapeutickém vztahu.

ABSTRACT

Psychotherapeutic approaches in treatment of borderline personality disorder

This article is a summary of various psychotherapeutic treatments of patients with borderline personality disorder (BPD) like cognitive behavioral therapy (CBT), various perspectives of psychoanalytical tradition and also gestalt therapy that represents humanistic approaches. It informs about the most recent approaches constituted in the last 10-20 years and are focused on treatment of BPD – like dialectical-behavior therapy (DBT), cognitive-analytical therapy (CAT), schema-focused therapy (SFT), transference-focused psychotherapy (TFP) and mentalization-based therapy (MBT). It refers to processes of origin and maintenance of the disorder that also shows in a therapeutic alliance. The article can be useful for therapists to get familiar with various psychotherapeutic approaches and

theories which aren't well-known in the Czech Republic.

Klíčová slova: Hraniční porucha osobnosti, projektivní identifikace, štěpení, dialekticko-behaviorální terapie, mentalizace

Key words: Borderline personality disorder, projective identification, splitting, dialectical behavior therapy, mentalization

ÚVOD

Koncept hraniční poruchy osobnosti (borderline personality disorder, BPD) je v současných psychoterapeutických přístupech jedním z hlavních předmětů jejich zájmu. Výsostné postavení na poli klinické psychoterapeutické praxe dokazuje i fakt, že vznikají v rámci hlavních proudů samostatné „podsměry“, které se na léčbu těchto pacientů speciálně zaměřují.

Lze rozlišit tři hlavní trsy příznaků poruchy – porucha afektivní regulace, impulzivita a agresivní tendence a porucha identity (Goodmanová & Siever, 1999). Kernberg (2006) uvádí výskyt této poruchy v rozmezí 1–4% z celkové populace, 10–15% pacientů ambulantní psychiatrické praxe a téměř 20% pacientů z lůžkových psychiatrických zařízení. Na rozdíl od USA a dalších anglosaských zemí, kde existuje síť terapeutických pracovišť s dlouhodobou komplexní režimovou léčbou, v Česku takto specializovaná pracoviště pro léčbu BPD až na výjimky (komunita Kaleidoskop v Praze) téměř schází. Povědomí o této problematice v naší veřejnosti pokulhává a značně stěžuje těmto lidem nejen přístup k efektivní léčbě, ale též jejich fungování a integraci do společnosti.

Ve svém příspěvku bych rád podal stručný přehled tří hlavních psychoterapeutických proudů ke konceptu hraniční poruchy osob-

nosti a také nových, převážně integrativních, speciálních psychotherapeutických přístupů k léčbě BPD, z nichž mnohé se v současnosti praktikují i v léčbě jiných typů poruch.

Uvědomuji si také významný hlas kritiků z antiagnostických pozic, kteří mohou mít problém se samotným pojmem hraniční poruchy osobnosti a uvítám jejich příspěvek v diskusi nad touto problematikou.

PSYCHOTERAPIE HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI V KBT

Zakladatel kognitivní terapie Aaron Beck rozlišuje nadměrně a nedostatečně rozvinuté strategie chování pro každý typ poruchy osobnosti. U hraniční poruchy mezi nadměrně rozvinuté strategie patří impulzivita, upřímnost, *štěpení* (*splitting*), odvaha, nesouhlas a nekonvenčnost. Mezi nedostatečně rozvinuté strategie řadí ovládnutí afektů, kooperaci, systematickosti, relativnost pohledu, odložení a propracování afektivní reakce, identifikaci se skupinou a důvěru (Praško, 2003).

Význam kognitivních teorií je ovšem užitečný nejen pro pochopení kognitivních procesů pacienta s BPD, ale především pro psychotherapii na úrovni myšlení. Zdají se mi být užitečné na začátku terapie, kdy pacient často není schopen pojmenovávat své emoce nebo navazovat nekomplikované mezilidské vztahy. V této fázi dochází tedy k utváření psychotherapeutického vztahu, který z pohledu současné KBT již není opomíjen (Praško, 2009).

Při léčbě poruch osobnosti z pohledu kognitivních terapií se na rozdíl od léčby poruch neurotických může terapeutický vztah stát samotným předmětem terapie. Jak uvádí Davidsonová (2008, s. 41), toto „zaměření na vztah může vzniknout v případě problémů se zapojením pacienta do terapie nebo překážek v terapeutické práci, které vznikají ze špatných interpretací pacientových nebo terapeutových očekávání, motivů a chování.“ Pacienti s poruchami osobnosti mívají problémy s porozuměním a navazováním mezilidských vztahů, a proto

je logické, že se tyto problémy v terapii projevují. Proto by měl být terapeut k problémům ve vztahu s pacientem citlivý a vnímavý. Terapeut by také měl prokazovat zájem o pacienta, být otevřený a především mít jasno ohledně terapeutického cíle, kterým je rozvoj adaptivního chování a změna rigidních jádrových přesvědčení pacienta. Toto vědomí terapeutovi může napomoci od možného přehlížení vlastního negativního myšlení a chování v terapii.

V rámci kognitivně behaviorální terapie existují dnes významné směry, které se specializují na léčbu hraničních poruch osobnosti a které dokážou nejen vhodně používat klasické přístupy kognitivní a behaviorální terapie, ale integrují také prvky z dynamických, existenciálních a humanistických směrů. Jsou to dialekticko-behaviorální terapie (DBT) a terapie zaměřená na schémata (SFT), kterým se věnuji níže.

PSYCHOANALYTICKÉ PŘÍSTUPY

V současném empirickém pojetí diagnostických manuálů pojem „hraniční“ svými vývojovými souvislostmi poněkud vyčnívá. Jak uvádí Greenbergová (1998), v 1. polovině 20. století byli u pacientů hraniční stavy mezi neurózou a psychózou často diagnostikovány jako „latentní“ nebo „pseudoneurotická schizofrenie“, protože někteří z těchto pacientů byli přechodně psychotičtí v situaci zátěže. Odtud tedy přívlastek „hraniční“, který je používán dodnes. Možná je tomu tak i proto, že koresponduje s problematikou hranic v terapeutickém vztahu, která je pro tuto skupinu pacientů typická. Vývojové souvislosti vzniku poruchy se u této poruchy popisují často, a proto i příspěvek psychoanalytických teorií patří k těm nejvýznamnějším. Jsou to zejména teorie objektních vztahů (Kernberg), teorie vazby (*attachment*; Ainsworthová, Bowlby), teorie mentalizace (Fonagy) a z nich vyplývající psychotherapeutické přístupy, jako jsou psychotherapie zaměřená na přenos (TFP) nebo terapie založená na mentalizaci (MBT).

V psychoanalytických a psychodynamických přístupech se poměrně velký důraz klade na psychotherapeutický vztah. Ten je zde chápán jako místo, kde se projevuje negativní vliv deficitu raných blízkých vztahů na vývoj self, vnitřních interpersonálních vzorců a nedostatečnou schopnost regulace afektů. Z toho vyplývají typické příznaky BPD jako je emoční nestabilita, problémy v oblasti identity a mezilidských vztahů nebo sebepoškození. V této souvislosti se důraz klade na přenos jako komponentu psychotherapeutického vztahu.

Z vývojového hlediska psychoanalytičtí teoretici umísťují hraniční problematiku někde mezi vývojové stádium symbiózy a stádium stálosti objektu (nebo též „depressivní pozici“ v pojetí kleiniánské školy), tedy do separačně-individuačního stádia podle Mahlerové. Na základě negativní zkušenosti v tomto stádiu se lidé s hraniční poruchou nevědomě snaží obnovit původní symbiózu, což se přenosově projevuje v terapeutickém vztahu. McGlashan (1983), který vychází z teorií attachmentu, velmi přehledně a srozumitelně dokládá na klinických kazuistikách jejich manipulativní strategie, kterými se snaží tuto původní symbiózu obnovit. Přenosová patologie se podle něj v psychotherapeutickém vztahu objevuje v podobě impulzivity, výběru nějakého závislého objektu, svádění, otevřeného nebo skrytého manipulace a vyhovění.

Dalším důležitým pojmem v psychoanalytickém přístupu k hraniční poruše osobnosti je *projektivní identifikace*. Ta je v kojeneckém věku přirozeným procesem. Projekcí kojenecké přenáší nezpracovanou úzkost do druhé lidské mysli – matky, která jej může svým prožíváním a chováním utišit, tedy přijmout a proměnit ve významy, s nimiž je dítě schopno se vyrovnat. Postupným vývojem dochází ke zvnitřnění této funkce (tzv. *kontejnování*) a dítě dokáže svou úzkost již regulovat samo. Pokud je ovšem vhodný „kontejner“ (matka) nepřítomen nebo pokud se matka nechá příliš zahltnout emočním stavem dítěte, stává se projektivní identifi-

kace patologickým procesem. Projevuje se v podobě slabě integrované, destruktivní organizace ega s vážnými nedostatky v oblasti regulace afektů.

Tím, jak jsou pacienti s hraniční poruchou ustrnutí na pomyslné hranici mezi absolutní závislostí na matce a pozdějším uznáním objektivní reality v separovaném vztahu, často mají tendenci prožívat útěchu s neživými předměty podobně jako kojeneček v matčině nepřítomnosti, tedy s tzv. *přechodovými objekty*. Co je horší, používají i druhé lidi, jako by byli neživí, aby posloužili jejich nedostatečně vyvinuté seberegulační a tišící funkci. Proto Winnicott doporučuje terapeutům, aby se na začátku sami postavili do role přechodových objektů, nekladli pacientům žádné otázky, neinterpretovali, nechali pacienty vypovídat nebo jim umožnili nemluvit a odblokovali tak zastavený vývojový proces (Fonagy a Targetová, 2005).

Terapeutickou práci s využitím neživých symbolických přechodových objektů kvalitativně zkoumaly Arthernová a Madillová (1999). Šest zkoumaných terapeutů při práci s pacienty s BPD využívalo svých vlastních fotografií, dopisů, nahrávek, kamínků, plyšových hraček, obrázků, pohlednic, tužek, knih nebo dokonce kousků oblečení, aby tyto věci připomínaly pacientovi terapeuta mimo sezení s cílem pomoci mu vytvořit vnitřní funkční obraz druhého (reprezentaci objektu). Autorky popsaly při terapeutické práci s přechodovým objektem jako hlavní proces *ztělesnění*. Pacient tak pomocí „senzorického kontaktu“ se symbolickým objektem „dosahuje uvědomění terapeutického vztahu“, dochází tedy spíše k vytváření funkční reprezentace celého vztahu.

Podobný přístup zastávají i představitelé selfpsychologie H. Kohuta. I když sám Kohut považuje tento koncept z části za iatrogenní a z části jej neodlišuje od psychózy, Buie a Adler združňují dezintegraci myšlení a především paměti, která se v praxi projevuje tím, že ve vzteku a úzkosti si pacienti nedokážou emočně vybavit blízké objekty (své therapy). V terapii tedy

zdůrazňují neexpresivní a v úvodu nekonfrontační přístup podobný Winnicottovu a v opozici k níže popsanému Kernbergovu: Tišící a zrcadlící terapeut se ihned nevrhá do interpretací přenosových vztahů, ale umožňuje pacientovi jednat podle jeho vývojových potřeb a pomáhá mu tím zlepšovat jeho odolnost ve zvládnání emoční a vztahové zátěže (podle Fonagyho a Targetové, 2005).

GESTALT TERAPIE A DALŠÍ HUMANISTICKÉ PŘÍSTUPY

Gestalt terapie jako jeden z humanistických psychoterapeutických proudů teoreticky vychází z psychoanalytických teorií. Svým větším důrazem na přítomnost (proces tady-a-terď) a na existenciální dialog je bližší těm psychoanalytickým přístupům, které se vyhýbají složitým a komplikovaným interpretacím – jako je pojetí britské nezávislé školy psychoanalýzy (Winnicott, Balint) nebo Fonagyho terapie zaměřené na mentalizaci (MBT). Obranné mechanismy z psychoanalytických teorií, jako jsou projekce nebo retroflexe, jsou v gestalt terapii označovány je jako „poruchy na hranici kontaktu“, kde je patrný posun od jedince směrem ke vztahovému poli.

Představitelé gestalt terapie hraniční poruchu osobnosti nezavrhují, ale chápou tento koncept spíše vztahově, intersubjektivně a více kontextově než psychoanalytické nebo behaviorální směry. V tomto smyslu se dá mluvit spíše o „hraničním poli“ než o izolované hraniční poruše osobnosti. Delisle (1991) považuje za patologii výsledek toho, co se děje na hranici kontaktu mezi terapeutem, pacientem a prostředím s příznivými i škodlivými vlivy. Podobně jako v situaci, kdy dva lidé v restauraci jedí stejné jídlo. Jednomu může být špatně, a druhému ne. Když je špatně oběma, jak víme, že to není způsobeno tím, že oba políbili stejnou osobu a nakazili se chřipkou?

V gestaltistickém pojetí mívá terapeut podle Greenbergové (1998) při práci s hraničním pacientem tendenci starat se o něj a cítit se znechucený a zklamaný jeho

bezmocností. Pacient totiž touží po někom, kdo mu poskytne bezpodmínečnou lásku, akceptaci a povolení osamostatnit se, vše na pozadí silného dialogického vztahu. Tato role „perfektního milujícího“ je podle Greenbergové často projekována do osoby terapeuta. Je to následkem hraničního tzv. *fixovaného gestaltu*, tedy neuzavřeného a stále se opakujícího maladaptivního interpersonálního vzorce, souvisejícího s raným opuštěním blízkou osobou. Pacient má tendenci neustále sledovat známky speciální péče, stejně jako známky nedůvěryhodnosti, když jej terapeut chce „pohltnout“ nebo „opustit“. Pacienti vedle této touhy mají rovněž neintegrovanou druhou polaritu – vnitřní vztek, který nemá hranic. Když se na někoho hněvají, nedokážou si udržet ke druhému pozitivní vazbu (viz *štěpení*). V důsledku toho se obávají, že si zničí vnitřní pozitivní obraz druhých, ke kterým cítili bezpečnou vazbu, a také se obávají trestu za svůj vztek. Tím vzniká proces, který gestalt terapie popisuje jako *retroflexi*, tj. obrácení tohoto hněvu proti sobě. U hraničních osobností nabývá formy vnitřní tenze, depresivních stavů nebo sebedestruktivních myšlenek a tendencí.

Do terapie přicházejí podle Greenbergové (1999, s. 58) pacienti většinou tehdy, „když někdo, na koho se připoutali, je opustil, nebo se ocitli v situaci, kdy musí nějak strukturovat vlastní život a chovat se samostatně.“

Greenbergová v této souvislosti formuluje terapeutům následující úkoly při práci s hraničními pacienty:

- Přerušit agování tím, že konfrontujeme pacienta se svou destruktivitou.
- Přivést pacienta k porozumění souvislosti mezi jeho impulzivním chováním a vyhýbáním v prožívání.
- Neodměňovat pacienty za regresi, bezmocnost, bláznivé nebo povolné chování.
- Postavit se regresivním fenoménům přímo.
- Podpořit pacienty ve vyjadřování vlastních myšlenek a pocitů namísto jejich přehrávání a retroflexe (technika dvojí židle apod.).

Ostatní směry humanistické tradice vedle gestalt terapie jako logoterapie, daseinsanalýza nebo rogersovská psychoterapie se od začátku stavěly kriticky ke klasifikačním systémům s předem danými diagnostickými kategoriemi. Více kladou důraz na práci s pacientem v tzv. dialogickém vztahu, tedy v existenciálním setkání dvou bytostí. Tento vztah Já-Ty (Buber, 1969), je odlišný od pozice vztahu „já-ono“, kdy se terapeut staví ke člověku jako k objektu. Delisle (1991) v této souvislosti varuje před radikálním antidiaagnostickým přístupem, který byl typický pro humanistické a rodinné směry 60.let. Podle něj je úplně stejně „depersonalizující, anti-terapeutický a represivní“ popírat existenci skutečných individuálních rozdílů. Mnohé humanistické přístupy v posledních desetiletích tento svůj radikální přístup značně revidovaly.

DIALEKTICKO-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE M. LINEHANOVÉ (DBT)

V 90. letech 20. století vznikl zásluhou Marshy M. Linehanové strukturovaný přístup k léčbě množících se hraničních poruch osobnosti v rámci KBT obohacené přístupy jiných, především dynamických směrů.

Program DBT pro léčbu hraničních poruch osobnosti trvá standardně 1 rok hospitalizace (s možností změny na ambulantní formu) a dělí se na individuální a skupinovou část. Skupinová část je ve znamení skupinového nácviku dovedností (*mindfulness*, interpersonální dovednosti, regulace emocí, odolnost vůči stresu – 4 moduly, každý po 8 týdnech), celkem 32 týdnů skupinového nácviku (Smithová a Peck, 2004). Podle Swalesové et al. (2000) je součástí programu vedle individuální a skupinové psychoterapie také telefonická krizová intervence. Individuální terapie je více orientovaná dynamicky, skupinová zase více nácvikově.

DBT v léčbě hraničních poruch osobnosti usiluje o zlepšení zvládacích strategií v nejrůznějších životních kontextech. Terapeuti se snaží strukturovat pacientovo prostředí

tak, aby podporovalo pokrok i mimo terapeutické situace.

V přístupu se nezapomíná rovněž na motivaci a schopnosti terapeutů, protože v praxi bývá terapeutické chování v kontaktu s pacienty často trestáno, a oceňováno je chování antiterapeutické (Swalesová et al., 2000). Jasná struktura terapie včetně vymezení kompetencí lékařů a sociálních pracovníků má sloužit nejen k řešení a předcházení krizí mezi pacienty, ale rovněž k prevenci konfliktů mezi terapeuty. S tímto jevem se totiž odborníci setkávají často.

Onou „dialektičností“ přístupu na rozdíl od přístupu klasické KBT Linehanová myslí balancování mezi akceptací a změnou u pacienta (Swalesová et al., 2000). Tím se těžiště přesouvá od důrazu na změnu směrem ke smíření, společně s bezpodmínečnou akceptací pacienta, kterou známe u humanistických směrů. Na druhé straně jsou zde obsaženy tradiční kognitivní a behaviorální prvky (např. vedení deníku myšlenek, expoziční techniky, behaviorální analýza, zaplavení), které jsou i v souladu s cíli DBT.

DBT je organizována do 5 stupňů, které reprezentují významné změny pro překonání pacientovy patologie:

0. *Přijetí závazku* ohledně zlepšování sociálních dovedností a snižování sebepoškozujícího jednání, domluva na omezeném čase.

1. *Stabilita, pouto a bezpečí* – v tomto stupni se pozornost zaměřuje na konkrétní projevy nežádoucího chování, následuje behaviorální analýza a možnosti překonání příčin (např. interpersonálních konfliktů). Vše je orientováno na zvládnutí terapeutického vztahu a zvýšení odolnosti vůči stresu, regulace emocí, prožívání přítomnosti a sebeřízení.

2. *Expozice a emoční zpracování minulosti* – k tomu dochází až po osvojení lepších způsobů zvládnání a vytvoření podpory, používají se techniky jako expoziční zaplavením nebo systematická desenzibilizace.

3. *Syntéza* – zlepšování sebehodnocení a orientace na dosahování individuálních

cílů, přenášení nových dovedností na jiné situace.

4. *Kapacita pro udržení spokojenosti* – překonání potíží, nadhled, přijetí reality, důraz na existenciální témata, integraci minulosti, přítomnosti a budoucnosti.

TERAPIE ZAMĚŘENÁ NA SCHÉMATA J. E. YOUNGA (SFT)

Youngova terapie zaměřená na schémata je poměrně novým terapeutickým směrem, respektive „podsměrem“ KBT, který se etabloval z kognitivní terapie se speciálním zaměřením na terapii poruch osobnosti.

Podle Davidsonové (2008) je podobně jako další kognitivní terapie zaměřena na problém. Teorii kognitivních schémat však tento přístup posouvá k pojetí vysoce specifických schémat, v souvislosti s nimi rozlišuje tři procesy – *udržování*, *vyhýbání* a *kompenzace*. Vytváří prostor pro zřetelnější práci se schématy v imaginativních, behaviorálních a kognitivních technikách. To ovšem neznamená, že se v tomto pojetí při práci s pacientem ihned vrháme do používání technik a experimentů. Young zdůrazňuje, že pacienti s poruchou osobnosti mají často velmi destruktivní kognitivní schémata, a tudíž i obtíže s utvářením pozitivního vztahu s terapeutem. Neopomínají se zde tedy důležitost terapeutické vazby.

Terapeutický vztah založený na důvěře a bezpečí je v SFT nutnou podmínkou při práci s prožitky pacienta z dětství, které byly pro něj natolik zraňující, že došlo k vytvoření negativních schémat. Pomocí nich se těmto nepříznivým a nezpracovaným obsahům pacient vyhýbá. Tato schémata jsou ovšem spojena s velkými životními obtížemi a pacient má tak možnost ve vztahu s terapeutem tyto souvislosti poznat a vrátit se k jejich vzniku. Při zpracovávání traumatických prožitků z dětství se v SFT využívají především imaginativní techniky a behaviorální experimenty, potom následují kognitivní techniky (kartičky, deníky, kalendáře apod.),

kteří mají sloužit k vytvoření nových více funkčních a adaptivních schémat.

KOGNITIVNĚ-ANALYTICKÁ TERAPIE A. RYLEHO (CAT)

Goodmanová a Siever (1999) popisují tento směr jako spojení kognitivně behaviorálních přístupů s teorií objektních vztahů. Přístup je zaměřen na posílení pacientova uvědomování fragmentace a disociace osobnosti.

Tento směr byl vytvořen v 90. letech pro potřeby psychoterapie britské Národní zdravotnické služby (NHS) a vychází z teorie A. Ryleho „vícečetných stavů self“, kdy částečně disociované stavy mají za následek symptomy hraniční poruchy.

Kognitivně-analytická terapie probíhá standardně v 16 sezeních, užívá se kognitivních technik pro posílení integrity self a zlepšení interpersonálních vztahů.

VCAT se podobně jako v KBT terapeutická práce zaměřuje na vymezenou problémovou oblast a na jevy, které tyto problémy udržují. Terapie v úvodních sezeních začíná objasňováním pacientových problémů a zkoumáním jeho minulosti (Rees, 2000). Terapeut uvádí pacienta do základní terapeutické terminologie a vysvětluje mu způsob vedení deníku nežádoucích příznaků. Po těchto 3 úvodních sezeních napíše terapeut pacientovi dopis, ve kterém shrnuje vlastní porozumění problému a umožňuje tak pacientovi, aby si lépe propojil souvislosti mezi událostmi z dětství a současnými vzorci chování. Podporuje tedy jeho uvědomění, sdílení těchto informací a vede tak pacienta ke zkoušení alternativních možností funkčnějšího chování. Při práci se využívá také diagramů, které znázorňují řetězce příčin související s problémovým chováním. U obou těchto metod terapeut může přispět ke zvýraznění pozitivních aspektů pacientova vývoje, které byly dosud upozaděny.

CAT tak pracuje na podpoře nových funkčních kognitivních struktur a vnitřních vztahových vzorců, které již nevedou k opakovanému problémovému fungování paci-

enta v životě. Psychoterapeutický vztah je v CAT pojímán psychoanalyticky konceptuálně, tedy např. jako přenos (Goodmanová a Siever, 1999).

PSYCHOTERAPIE ZAMĚŘENÁ NA PŘENOS O. KERNBERGA (TFP)

Podle Otto Kernberga, představitele psychoanalytické teorie objektních vztahů, jsou základní jednotky psychické struktury jedince vytvářeny reprezentacemi self (sebeobrazem), reprezentacemi vnějších objektů a afektivními stavy. Tento vývoj probíhá zvnitřňováním obrazů sebe a okolí, které jsou propojeny s prožíváním. Dochází k vytváření tzv. objektních vztahů. U hraničních stavů jsou přítomny tyto struktury zvnitřňeny patologicky. Dobré a špatné reprezentace sebe i objektů nejsou zdařile integrovány, což vede k mechanismu *štěpení* v sociálním vnímání, hodnocení a mezilidských vztazích. To vysvětluje černobílé myšlení nebo postoj u lidí s hraniční organizací, kdy „skvělý“ a zakrátko poté „nesnesitelný“ může být nejen pacientův blízký člověk, ale totéž se objevuje i ve vztahu pacienta k sobě samému.

Tento vývoj podle Kernberga způsobuje, že „vztahy s takovými jedinci jsou matoucí, ba i chaotické. Například láska a nenávisť může disociovaně existovat vedle sebe, několik objektních vztahů se zkondenzuje do jediného obrazu“ (Fonagy a Targetová, 2005, s. 197).

Hraniční poruchu osobnosti Kernberg popisuje spíše jako typ psychické organizace, než jako nosologickou jednotku. Je tu patrný rozdíl oproti psychiatrickým klasifikačním systémům, kde je hraniční porucha koncipována jako výčet patologických fenoménů. U Kernberga je kladen důraz na narušený psychický vývoj, který se projevuje ve slabosti ega. To se vyznačuje problémy v oblasti emoční regulace, používáním primitivnějších obranných mechanismů (*štěpení*, *projektivní identifikace*), nejasností identity, neporušeným testováním reality (narozdíl od psychotických stavů), ale sklonem k fantazijnímu myšlení.

Kernbergova psychoterapie zaměřená na přenos (TFP) se soustředí na pacientovy emoce tady-a-teď, což vede ke zkoumání aktivovaných reprezentací, a následně dochází k jejich integraci za pomoci interpretací terapeuta. Psychoterapeutický přístup je spíše expresivní a využívá přenosové interpretace, aby umožnil pacientovi v kontaktu s terapeutem vyjádřit své emoce, aniž by komunikace byla přerušena. Stabilita a bezpečí terapeutického vztahu umožňuje pacientovi reflektovat, co se děje, když je s druhým člověkem. Podstatné jsou zejména negativní emoční obsahy pacienta. K tomu slouží terapeutický kontext s kontraktem, v němž se psychoterapeut snaží poskytnout možnost k integraci rozštěpených a dezorganizovaných psychických obsahů (myšlenek a emocí) pomocí tří základních mechanismů (Kernberg, 2006): 1. *objasňování*, 2. *konfrontace* a 3. *interpretace*.

V TFP terapeut usiluje o to, aby pacientovo uvědomění a zkušenost byly obohaceny a vyladěny, a pacient rozvíjí svůj způsob myšlení tak, aby byl více flexibilní, realističtější a shovívavější. Integrací dvou rozštěpených polarit do jednoho koherentního celku vzniká koherentní identita, rovnováha mezilidských vztahů a větší kapacita pro prožívání intimity. Zde je patrná Kernbergova blízkost s přístupem gestalt terapie.

TERAPIE ZALOŽENÁ NA MENTALIZACI P. FONAGYHO (MBT)

Peter Fonagy se snaží ve svém přístupu integrovat teorie objektních vztahů a attachmentu s nejnovějšími neurobiologickými poznatky. Klíčovým pojmem je *mentalizace*, tedy schopnost sebereflexe a fungování v interpersonálních vztazích. Ta se vyvíjí v průběhu celého dětství v interakci dospělých blízkých a vyzrálějších osobností, které by měly být *laskavé*, *zřetelné* a *zrcadlící*.

Tato schopnost umožňuje dítěti odlišovat vnitřní procesy od interpersonálních událostí.

Vývoji této schopnosti předchází vývoj schopnosti regulace afektů. Opakovaná zkušenost zrcadlení přispívá k vývoji této schopnosti. Projevy rodičů, které negativní afekt snadno zahltlá a vyjadřují emoce realisticky a nezřetelně, tento vývoj narušují. Dítě přichází o možnost rozpoznání rozdílu mezi skutečným stavem a jeho reprezentací (Fonagy a Targetová, 2005).

Místo toho, aby si dítě zvnitřnilo již zpracovaný emoční zážitek zrcadlený pečující osobou, zvnitřní si skutečné, negativní a nezpracované emoce pečující osoby. Cizích obsahů se dítě potom snaží zbavit (externalizovat) mechanismem projektivní identifikace. V situaci frustrace mají jedinci s hraniční poruchou tendenci zrušit schopnost sdílet mentální stavy s druhými. Zde se jedná o způsob adaptace, protože dítě nemůže otevřeně projevit svou hostilitu. Lepší je tedy pro něj nemyslet určité mentální stavy vůbec. Trauma způsobuje změnu neuronálních mechanismů, což aktivuje zadní mozkovou kůru, zatímco frontální oblasti nereagují na relativně jemnou emoční stimulaci (Bateman a Fonagy, 2006). Autoři považují deficit neurobiologických funkcí u BPD za reverzibilní. Argumentují zde výzkumy, které ukázaly mnohdy radikální zlepšení stavu prostřednictvím farmako- nebo psychotherapeutické léčby.

Fonagy a Targetová (2005) navrhují, aby se psychotherapie hraničních poruch osobností soustředila na vybudování schopnosti *mentalizace* v terapeutickém vztahu. Terapeut se zde podobá rodiči. Nejprve dojde k určitému odehrání pacientovy minulé zkušenosti, kdy pacient vyjadřuje ony cizorodé obsahy. Bez toho pacient není schopen zachovat si psychickou blízkost. Po té teprve dochází k rehabilitaci mentalizační funkce.

Rysy terapie zaměřené na mentalizaci (MBT) podle Batemana a Fonagyho (2006) jsou:

- Terapeut se zaměřuje na pacientovy vnitřní obsahy (myšlenky, pocity, potřeby, přání) se záměrem vybudovat reprezentace těchto vnitřních stavů.

- Terapeut se vyhýbá situacím, kdy pacient mluví o psychických stavech, které nedokáže propojit se subjektivně prožívanou realitou. Zde je rozdíl oproti jiným dynamickým směrům v menším důrazu na nevědomé procesy a menším zaměřením na minulost.

- Cílem terapie je budování integrity a koherence vnitřních psychických obsahů.

- Terapeut se rovněž vyhýbá popisu složitých psychických obsahů, jako je konflikt nebo nevědomí a pracuje s „malými interpretacemi“, které jsou dosažitelné hranicím pacientovy představitosti.

- Terapie je v tomto smyslu přechodnou oblastí lidské sounáležitosti, kde mohou být vyzkoušeny myšlenky a emoce.

- Události v terapeutickém procesu jsou interpretovány v pojmech předcházející aktuální situace, nikoli složitými psychoanalytickými pojmy.

- Základem terapeutické hodnoty je zkušenost, že druhá osoba má vědomí pacienta ve svém vědomí.

ZÁVĚR

Dalo by se s trochou odvahy konstatovat, že všechny známé psychotherapeutické přístupy v léčbě hraničních osobností jsou svým způsobem dynamické i behaviorální. Dynamické v tom, že uznávají určitou historii poruchy v souvislosti s psychosociálním vývojem, historii, jež měla vliv na současné problematické fungování hraniční osobnosti struktury. Behaviorální cesta k terapeutické změně vede přes opačnou zkušenost v dlouhodobé terapii, která pomůže jedinci získat nové dovednosti především z oblasti emočně-vztahové regulace. Tím je vlastně celá terapie určitým experimentem, v němž jedinec získává nové dovednosti v oblasti prožívání a mezilidských vztahů.

Do jaké míry je využito dialogu, nebo se terapeut opírá více o strukturované techniky, v tom je rozdíl nejen u jednotlivých psychotherapeutických směrů, ale především také u rozmanitých individuálních přístupů jednotlivých terapeutů. Domnívám se, že znalost hlavních psychotherapeutických proudů

i jejich speciálnějších odnoží k této problematice může pomoci nejen lidem s touto diagnózou, ale i nám odborníkům, kteří se s nimi v naší praxi setkáváme. Jsem přesvědčen, že více než přesná aplikace předepsaných technik jim více pomůže naše přijetí a čitelnost v terapeutickém vztahu s pevnými hranicemi. K tomu potřebujeme notnou dávku odolnosti a vytrvalosti.

LITERATURA

- Athern, J. & Madill, A. (1999): How do transitional objects work? The therapist's view. *British Journal of Medical Psychology* (72), s. 1-12.
- Bateman, A.; Fonagy, P. (2006): Mechanisms of Change in Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal Of Clinical Psychology* 62 (4), s. 411-430.
- Buber, M. (1969): *Já a ty*. Praha: Mladá fronta.
- Davidson, K. (2008): *Cognitive Therapy for Personality Disorders. A Guide for Clinicians*. New York: Routledge.
- Delisle, Gilles (1991): A Gestalt Perspective of Personality Disorders. *The British Gestalt Journal*, 1991, (1), s. 42-50.
- Fonagy, Peter; Target, Mary (2005): *Psychoanalytické teorie: perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.
- Goodman, M. & Siever, L. (1999): Current psychological and psychopharmacologic treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* (1), s. 220-233.
- Greenberg, Elinor (1998): *A Brief Guide To Borderline, Narcissistic and Schizoid Disorders*. Praha: Institut pro gestalt terapii, 1. 9. 2008, www.gestalt.cz.
- Greenberg, Elinor (1999): Love, Admiration or Safety. (A system of Gestalt Diagnosis of Borderline, Narcissistic, and Schizoid Adaptations that Focuses on What Is Figure for the Client). *Studies in Gestalt Therapy* 8, s. 52-65.
- Kernberg, O. F., Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F.E., Scott, L.N. & Wasserman, R. H. (2006): The Mechanisms of Change in the Treatment of Borderline Personality Disorder With Transference Focused Psychotherapy. *Journal Of Clinical Psychology*, 62, (4), s. 481-501.
- McGlashan, T. H. (1983): Omnipotence, Helplessness and Control with the Borderline Patient. *American Journal of Psychotherapy* 27 (1), s. 49-61.
- Praško, Ján a kol. (2003): *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- Praško, Ján (2008): *KBT jako integrativní psychotherapie*. 6. česká konference KBT, Kroměříž, 8. 6. 2008, www.plkm.cz/kbt2008.
- Rees, Harvey (2000): Cognitive-analytical therapy – a most suitable training for psychiatrists? *Psychiatric Bulletin* 24, s. 124-126.
- Smith, Lisa D. & Peck, Patrick L. (2004): Dialectical Behavior Therapy: A Review and Call to Research. *Journal of Mental Health Counseling* 26 (1).
- Swales, Michaela, Heard, Heidi L. & Williams, Mark G. (2000): Linehan's Dialectical Behaviour Therapy (DBT) for Borderline Personality Disorder: Overview and Adaptation. *Journal of Mental Health* 9 (1), s. 7-23.
- O autorovi*
Autor vystudoval psychologii na FSS MU. V současnosti pracuje jako psycholog na příjmovém uzavřeném oddělení Psychiatrické léčebny Havlíčkův Brod a provozuje svou soukromou psychologicko-poradenskou praxi v Jihlavě.
- Došlo do redakce: 21. 11. 2009. Revidovaná verze 17. 7. 2010. K publikaci přijat 26. 7. 2010.*

PÁTÝ HŘÍCH PSYCHOTERAPIE ANEB JEJÍ IDEOLOGIZACE VE SVĚTLE DASEINSANALÝZY

Reakce na příspěvek Jiřího Růžičky: Deset těžkých hříchů psychoterapie; *Psychoterapie* 2010 (1), s. 22–28.

Jan Poněšický

Článek doc. Růžičky se mi jeví jako zdařilá a promyšlená aplikace fenomenologie Martina Heideggera – a jeho českého následovníka Jana Patočky – na psychoterapii. Zdá se, že stoupá poptávka po filozofickém ukotvení a orientaci v našem nynějším globalizovaném postmoderním světě.

Nejedná se tím však – ve světle pátého „hříchu“ – opět o autorem kritizovanou ideologizaci psychoterapie včetně daseinsanalytického žargonu? Vždyť právě Martin Heidegger se vyznačuje velmi komplikovaným, německy těžkým žargonem, který přebírají i jeho horliví žáci. Proč upřednostňovat právě tohoto kontroverzně diskutovaného filozofa a jeho názory? Navíc se zakladatelé fenomenologie Edmund Husserl a Martin Heidegger vzdálili od původního nároku fenomenologie, totiž obratu k věcem samým, které se nám zjevují: ten prvý přechodem k transcendentální fenomenologii, tj. ke zkoumání aktů vědomí, a ten druhý příklonem k hermeneutickému výkladu, který je přece navýsost subjektivní – tedy opět jde o obrat k subjektu.

Fenomenologicky řečeno se mi článek jeví tak, že jen daseinsanalýza, postavená na filozofii fenomenologie, je prosta hříchů; já jako psychoanalytik bych měl jít ke zpovědi a kognitivně-behaviorální terapie se dostane rovnou do pekla.

A dále: narodí se od Růžičky se domnívám, že teoretické modely a konstrukty jsou nutné redukce reality sloužící tomu, abychom se v ní vyznali a orientovali se v přehřlí vjemů a dojmů, a též abychom se mezi sebou domluvili. Jediný známý fenomenolog, jenž se tento fakt snažil fundovaně vyvrátit, byl Merleau-Ponty, tvrdíce, že organizované gestaltistické vnímání není jen činností subjektu, nýbrž že je tento princip obsažen již v přírodě samé a takto se nám nabízí.

Sám vidím hlavní hřích psychoterapie v různých formách zneužívání pacienta za účelem uspokojování vlastních potřeb: sexuality, obdivu, vlivu, moci, přání po souznění apod., když například terapeut pacientovi doporučuje spontánní až protestní chování, nevědomky předpokládajíc, že jej bude jako věrný žák následovat (tzv. double bind). Obecně se jedná o vnucování vlastní subjektivity pacientům, tedy o něco, co často zažívají již od dětství a co bývá příčinou jejich problematiky.

Jistěže má každý terapeut nějakou svoji životní filozofii, která již ovlivnila výběr jeho psychotherapeutického zaměření a která vplývá i do zacházení s pacientem. Nicméně je velký rozdíl (který vnímá i pacient) v tom, zdali to reflektují a považují za jednu z mnoha perspektiv, či to pokládám za jediný správný postoj.

7. ČESKÁ KONFERENCE KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Psychiatrická léčebna v Kroměříži, 13.–15. května 2010

Vojtěch Netík, Marie Kovářová

O kroměřížské konferenci jsme se dozvěděli necelé dva týdny před jejím konáním od našeho vyučujícího J. Kurice na přednáškách o kognitivně behaviorální terapii. Svým osobitým přístupem a popisem zážitků z těchto „sjezdů KBT terapeutů“ nás přiměl k úvaze, zda by i pro nás, studenty psychoterapeutických studií, nebyla účast na této konferenci zajímavým zážitkem. Po zvažování jsme se nakonec rozhodli jet a začali jsme plánovat cestu do starobylé Kroměříže. Záhy však bylo naše nadšení narušeno: dozvěděli jsme se, že termín registrace na konferenci již proběhl. Nechtěli jsme se však vzdát, jelikož jsme se už jednou rozhodli, a zkusili jsme kontaktovat přímo primáře Petra Možného, který měl na starosti organizaci konference. Po příjemné výměně několika emailů bylo vše bez problémů domluveno, přihlášky poslány a peníze zaplacený. Nic už nám tedy nebránilo v cestě za rozšířením našich mladých psychoterapeutických obzorů. Jediné, co jsme nedokázali zcela ovlivnit, byly naše studijní a pracovní povinnosti, které nám nedovolily zúčastnit se čtvrtedního zahájení a dvou bloků workshopů.

V pátek ráno jsme tedy vyrazili plni očekávání. I přes značnou nepřízeň počasí a hustý provoz byla naše nálada pozitivní a my se blížili vstřícně „hanáckým Athénám“. V první problematickou událost se kvůli vstřícné, leč nejasné navigaci od místních domorodců proměnilo hledání kroměřížské léčebny („Jo ke cvokhausu, tak to musíte zahrnout doprava.“ – ruka však ukazovala směr opačný). Díky této „pomoci“ jsme léčebnu opravdu našli, ale s přibližně půlhodinovým zpožděním a na druhé straně města. Po rychlé registraci jsme se konečně dostali do centra dění – velkého, netypicky, ale originálně malovaného sálu psychiatrické léčebny,

kde již hovořil **J. Rektor** na téma Gestalt terapie a KBT – o podobnostech a rozdílech těchto přístupů. Tuto přednášku jsme kvůli nedostatku volných míst k sezení nedobrovolně vyslechli vestoje. Místa jsme si po chvíli „vytvořili“ z židlí, které stály v rohu sálu, a konečně se v klidu zaposlouchali do dalších příspěvků. **J. Benda** hovořil o vlivu všímavosti (mindfulness) v rámci psychologických přístupů, **J. Praško** zmínil narativní přístup v KBT, **M. Novotný** s kolegou **J. Haasem** představili speciální počítačový program „Cogmed“ sloužící k tréninku pracovní paměti. **J. Bečka** a **J. Bažant** referovali o časových limitech KBT a svůj výklad doplnili kazuistikami klientů, podobně jako **L. Slámová**, která hovořila o KBT u pacienta s panickou poruchou. Závěr patřil slovenským kolegům z Liptovského Mikuláše – **A. Kotiánové** a **M. Šlepeckému**, kteří citlivě a poutavě popsali kazuistiku klientky trpící posttraumatickou stresovou poruchou.

Odpolední blok byl díky workshopům zaměřený více prakticky. Vzhledem k vysokému počtu účastníků a malému počtu míst v některých nabízených workshopech jsme se zapsali tam, kde zbyla poslední volná místa. Přes zahradu léčebny jsme prošli do Klubu pacientů, kde nás přivítala **A. Mikulová**, ostravská psycholožka a psychoterapeutka využívající při práci s žáky střední školy a odborného učiliště techniky a přístupy KBT. Dostali jsme příležitost vyzkoušet si je na „vlastní kůži“. Technika, která měla podnítit hledání našich možností a rezerv, se nám zamlouvala. Každý z nás si mohl zvědomit životní oblasti (dimenze), v nichž by rád pocítil změnu, a pouvažovat, jak by bylo možné jít jim více naproti. Naše skupina byla z velké části tvořena odborníky, kteří se v oblasti školství pohybují

(školní psychologové, pracovnice pedagogicko-psychologických poraden, pracovníci z ústavních zařízení pro děti a mládež aj.), přesto byl workshop pro nás jako „neodborníky“ zajímavý a obohacující v tom smyslu, že jsme měli možnost poznat, jak se dá kognitivně-behaviorální přístup využít i v jiných oblastech pomáhajících profesí.

Druhý workshop vedený M. Novotným a J. Haasem z Centra duševního zdraví v Jeseníku volně navazoval na jejich dopolední přednášku, ve které představili počítačový program „Cogmed“ – komplexní pětítýdenní program podobný hře, který napomáhá dospělým a dětem s deficitem pozornosti. Pomocí tohoto tréninku je možné zvýšit kapacitu pracovní paměti (schopnost krátce si pamatovat určitou informaci), kterou využíváme při myšlení, řešení problémů, čtení nebo strukturování každodenních činností. S tímto programem se přednášející seznámili v roce 2007 na neuropsychofarmakologické konferenci ve Vídni prostřednictvím profesora Torkela Klingberga, který vystoupil s výsledky svých prací o možnostech počítačového tréninku pracovní paměti u dětí s ADHD. Po dvou letech usilovného potýkaní se s americkou a švédskou byrokracií se jim jako zatím jedinému pracovišti v České republice (a v celé střední Evropě) podařilo tento program získat a nyní se sami aktivně věnují výcviku lektorů pro práci s ním. Během workshopu jsme si mohli jednotlivé úlohy programu vyzkoušet, což pro nás bylo příjemným zpestřením na konci dne. Tím byl páteční edukativní program konference ukončen a my se pomalu vydali na cestu zpět do Brna. Ostatní účastníci, kteří byli ubytováni v Kroměříži, mohli zbytek večera strávit prohlídkou obrazové galerie v místním zámku a neformálním posezením s ochutnávkou vín v zámecké restauraci.

Sobotní program se skládal z osmi referátů, které zahájil **O. Zehnal** přednáškou o využití kognitivně-behaviorálního přístupu u případů domácího násilí. Nešlo si nevšimnout, že v sále ubyla značná část posluchačů, což byla vzhledem ke kvalitě

příspěvků škoda. Na druhou stranu se tak podle nás utvořila uvolněnější atmosféra s větším prostorem k podnětným diskusím. **K. Vrbová** přednesla příspěvek o psychoedukačním programu u pacientů s psychotickým onemocněním a poté vystoupila **L. Bělohávková** s kazuistikou malého chlapce s Aspergerovým syndromem, na které demonstrovala využití KBT i s touto cílovou skupinou. Velkou debatu mezi publikem a přednášejícími rozpoutal příspěvek **J. Závíška** z Občanského sdružení pomoci duševně nemocným ČR o návaznosti KBT na zákon o sociálních službách. Přišlo nám, že zde nešlo pouze o návaznost přístupů KBT, ale celkově o potřebu spolupráce mezi léčebnami (potažmo psychiatry, psychology) a organizacemi poskytujícími návazné sociální služby. Poté nečekaně vystoupil i nestor české psychoterapie **S. Kratochvíl** s krátkou informací týkající se kroměřížského oddělení 18B (psychoterapeutické oddělení pro léčbu neuróz), kde se nyní potýkají s výrazným podstavem pacientů (z 22 lůžek je využito pouze 7). Profesor Kratochvíl vyjádřil obavu o toto oddělení s tím, že pokud se situace nezmění, uvažovali by o jeho zrušení. Sdělení to podle nás bylo na první poslech pozitivní, protože pokud je málo nemocných, dalo by se říct, že je dostatek zdravých. Ale tušili jsme, že vysvětlení, proč tomu tak je, bude poněkud složitější – ale to už by bylo na další článek. Poslední přednášky se věnovaly neurobiologickým aspektům u hraničních poruch osobnosti (**A. Grambal**) a přenosu a protipřenosu v neurofeedback terapii (**M. Novotný**).

Sedmá kognitivně behaviorální konference v Kroměříži měla podle nás obsahově výbornou úroveň a v leccem byla podnětná a obohacující. Kromě občas nefunkčního ozvučení, mikrofonových „šestů“, tichého projevu některých přednášejících, absence abstraktů a pátečního vytrvalého deště nemůžeme pořadatelům nic víc vytknout. Navíc se zdá, že se současná KBT stále více otevírá integračním transteoretickým principům, což je podle našeho názoru cesta správným směrem.

NORCROSS, WACHTEL, GREENBERG, RENNIE, INGRAM A SPOL. V HOTELU STŘEDOMOŘÍ U ŘEKY ARNO

26. konference SEPI, Florencie, 27.–30. května 2010

Zbyněk Vybíral, Ester Danelová, Jan Roubal, Romana Pichová

Organizace SEPI – *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* – vznikla v roce 1983 z iniciativy Marvina Goldfrieda, Paula Wachtela a Hanse Struppa. Byla to naše první účast na každoroční světové konferenci SEPI. Nabízíme zde naše ohlédnutí.

ED: Pro nás s Romanou vše začalo workshopem **Davidu Rennieho**. Byl věnovaný zakotvené teorii, resp. Rennieho úpravě tohoto výzkumného nástroje. Na konci workshopu jsem byla zklamaná. Nedokázala jsem inovativní prvek spočívající v kódování významových jednotek v rámci tzv. *one liners* (kódování vztahu mezi kategoriemi obsaženými ve významové jednotce) dost dobře ocenit a pochopit její význam. S Romanou jsme se však právě díky mírnému zklamání dostaly do úzké skupinky, se kterou David strávil většinu svých volných chvil na konferenci a intenzivně se věnoval našemu projektu výzkumu výcviku integrace v psychoterapii. Nejen, že jsme nakonec pochopily roli *one-liners* v organizaci výzkumných dat, ale každá z nás si prošla i drobným prozřením ohledně designu vlastních diplomek a jsme nesmírně rády, že s námi David zůstává v kontaktu a je ochotný podílet se svými radami na našem projektu.

RP: Byla jsem hodně nervózní, ale než jsem stačila propadnout panice, tak už jsme se spolužačkou Ester, která mě po zkušenosti z konference v Montrealu uklidňovala, že se není čeho bát, seděly v hlavním přednáškovém sále v malém kroužku asi dvaceti kolegů na předkonferenčním workshopu kanadského emeritního profesora Davida

Rennieho s názvem: „Conducting Qualitative Research: The Grounded Theory Method“.

V Davidově pojetí kvalitativního výzkumu – zakotvené teorie – například nejedeme při analýze dat řádek po řádku, jak je to obvyklé především ve fázi otevřeného kódování, ale výzkumníkovi má jít o zachycení významových jednotek („meaning units“), „vyšších analytických celků“. Během výzkumných rozhovorů se ukázalo, že účastníci mají potřebu své výpovědi do takovýchto jednotek seskupovat a tak je možné při pečlivé komparativní analýze zachytit tyto posuny ve významu a oddělit od sebe různé významové jednotky. Navíc se při tomto procesu uplatňuje také naše tělesné prožívání a intuice, což je zahrnuto pod pojmem „embodied categorizing“. Mezikrokem při konceptualizaci dat a směřování ke kategoriím jsou pak tzv. „one-liners“. Jde o zkrácení každé významové jednotky za pomoci klíčových slov (popř. i jejich zkratk) na jeden řádek. Významové jednotky jsou pak organizovány do kategorií s tím, že David nedoporučuje vytvořit více než čtyři úrovně kategorií, abychom neztratili přehled. Tolik k stručnému nastínění modifikace zakotvené teorie podle Davida Rennieho.



Paul Wachtel a Carere-Comes

Pokračování workshopu už zmínila výše Ester. Naše individuální konzultace se nakonec rozvinula v metodologické diskuzi při několika „coffee breaks“ v průběhu celé konference. David byl opravdu moc vstřícný a trpělivý a to i přes jazykové a zkušenostní bariéry, které mezi námi byly. Možnost popovídat si s vědcem takového formátu pro mě byla opravdu zážitkem. Navíc jsem si také uvědomila, že k tomu dopomohlo hlavně to, že v oblasti poznatků o psychoterapii a metodologii nejsme díky obsahu výuky na naší katedře „tabula rasa“, ale spíše naopak, máme možnost učit se tomu, co v současné, přinejmenším západní vědě, „letí“ a sdílet to i s těmi nejlepšími. Je to zkušenost, která rozhodně dodá odvalu i motivaci.

JR: Pro mě konference začala workshopem **Barbary Ingram** (profesorka psychologie na University of Southern California, USA) o tom, jestli se studenti psychoterapie učí to, co potom v praxi potřebují. Barbara také představila svoji knihu *Clinical Case Formulation: Matching the Integrative Treatment Plan to the Client*, která vychází z její třicetileté praxe výuky psychoterapie na univerzitě v jižní Californii.

ZV: Asi se shodneme na tom, že hvězdami kongresu byli především Paul Wachtel, John Norcross a Les Greenberg, tři klasici integrativního promyšlení psychoterapie. Konference však zaručovala přednášky dalších velkých osobností, např. Carol Glassové, Franze Caspara, Barbary Ingramové... Cenu pro mladého vědeckého převzal Antonio Pascual Leone z kanadské University of Windsor, bývalý student L. Greenberga. Jeho dvě páteční přednášky patřily k tomu nejlepšímu.

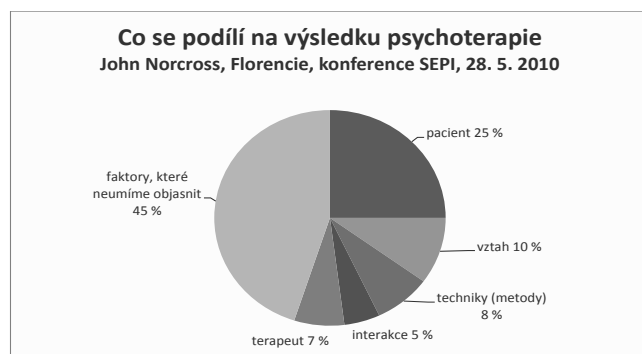
Konference začala přednáškou **Tullia Carere-Comese** a následným komentářem „spatrá“ od Paula Wachtela. Hubený psychiatr Carere-Comes, povětšinou oblečený celý v černém (předseda italské SEPI), zmínil „a war for power“ mezi zastánci kontextuálního a medicínského modelu v psychoterapii

(blíže viz: Wampold, 2001). „Medici“ se zaměřují na poruchu, techniky, manuály a kvantitativní výzkumy, „kontextualisté“ na člověka, proces, kontexty a kvalitativní analýzy. Toto rozdělení ovšem nevede k ničemu dobrému. Naší cestou je vytvářet hybridy obého myšlení, brát si z každého přístupu kus. Respektujme je oba, neunifikujme je. Carere-Comes věnoval pozornost placebo a vztahu, pohrál si s figurou a pozadím (vztah jako figura a techniky jako pozadí a vice versa); terapie má být stále otevřená změnám postupu, nikdy ne „pre-packaged“. Jako filosofující psychiatr v italské tradici se věnoval také dialogu („k opravdovému dialogu dojde jen velmi vzácně“), našim předpokladům a očekáváním.

Drobný **Paul Wachtel** (City University of New York) navázal bez power pointu. Výše položeným hlasem vycházejícím zpoza mrožího kníru spatra okomentoval Tulliovu řeč. Začal tím, že když se vás někdo zeptá na empiricky podloženou terapii, řeknete nejspíš KBT. Ale pracovat „empiricky“ podle Wachtela neznamená dívat se do manuálu na to, co mám dělat, když mi pacient říká, že je mu hrozně smutno. Empirický není totéž jako vedený, řízený (*controlled*). Na příkladu vztahové psychoanalýzy zdůraznil intersubjektivitu a to, aby si psychoterapeut stále připomínal, že porozumění je „jeho verze v jeho mysli“. Už Bion nabádal, aby analytik přistupoval k terapii „bez paměti a bez touhy“. Naše předpoklady ovlivňují už naše vnímání pacienta. (Jakkoliv je to banální, není od věci slyšet opakovaně.)

V poslední části svého komentování se Wachtel věnoval vědě. Měla by být otevřená, riskující, tvořivá. V psychologii a psychoterapeutickém výzkumu se podle něj ovšem věda změnila na OCD – stala se obsedantní kompulzí. Například paradigma *empirically supported therapy* nabízí velmi omezenou vizi toho, jak by psychoterapie měla vypadat. Psychoterapeuti řídicí se manuály (a rychle se řítící sezeními podle nich) ignorují hloubku procesu. Věda o člověku má být vědou o člověku ve světě.

Druhá hlavní plenární přednáška byla věnována *Evidence-Based Practice* (EBP) v psychoterapii a terapeutickému vztahu. **John Norcross** (pensylvánská University of Scranton), muž mohutné postavy, odkázal na naprostou dominanci tohoto požadavku ve světě výzkumu („nikdo nevolá po non-EBP“). Norcrossovo stěžejní přesvědčení je však to, že klienty léčíme vztahem. Stojí za to zmínit jeho rozdělení proměnných, které určují výsledek. (Přesná procenta berme s velkou rezervovaností.)



Secke klinické psychologie APA pod vedením J. N. spolu s psychotherapeutickou sekci APA nyní provádějí meta-analýzu zdrojů, které vedly k prohlášení APA z roku 2002 o *empirically supported relationships*.

Norcross probral v precizně připravené prezentaci 5 základních a 6 dalších faktorů, o nichž všeobecně víme, že se podílejí na účinku psychoterapie (pracovní spojenectví; empatie; to, že terapeut zvládá svůj protipřenos atd. atd.), a dále zmínil to, co uvádějí sami pacienti (že se na ně terapeut dokázal naladit apod.). Přednáška sumarizovala a tříbila teorii společných faktorů. K našim základním znalostem o psychoterapii patří i to, že když terapeut a klient věří, že „to“ bude fungovat, zvyšuje takové očekávání pravděpodobnost úspěšnosti psychoterapie. Výzkumy také ukázaly, že stejné pohlaví nebo stejné náboženské vyznání účinek psychoterapie nezvyšují..., pokud si klient sám výrazně nepřeje pracovat např. s tera-

peutem stejného pohlaví. Užitečné bylo shrnutí toho, co v psychoterapii nefunguje, přičemž jde o „markery“, které uvádějí sami pacienti. Umíme si určitě některé představit: odtažitost, přehlíživost, povýšenost... V závěru se J. N. zmínil o některých *discredited* přístupech (Orgonová terapie, *past lives*, *pyramids*). Jak víme, že jsou... neúčinné a spíše potenciálně nebezpečné? Holt... vytvořil se nad nimi takový konsenzus...

ED: Pro mě bylo výrazným momentem setkání s Johnem Norcrossem po přednášce. Jedna z významných amerických osobností psychotherapeutické politické scény se pro mě stala v průběhu přednášky skutečnou bytostí z masa a kostí a měla jsem možnost promluvit si s ním o tématu své diplomové práce, ve které čerpám mimo jiné z jeho

výzkumů. Jaké bylo mé překvapení, že se mi povedlo vejít do stejné slepé uličky jako jemu, navíc ve stejnou dobu s nejasnou cestou ven.

JR: Přednáška psychoanalytika **Sherwooda Waldrona** (psychiatr a psychoanalytik, Chair of Psychoanalytic Research Consortium z New Yorku) slibovala rozbor společných účinných faktorů, speciálně práci s pocity ve vztahu. Sherwood promítal záznam své terapie a jednalo se pak spíše o jeho vlastní komentář k citlivé psychotherapeutické práci s emocemi.

Teoretická přednáška **Andre Marquise** (Warner School of Education, University of Rochester, USA) byla ukázkou velkých ambicí některých integrativních psychotherapeutů, kteří chtějí vytvořit metateoretický model.

Při představení ambiciózního projektu profesora **Wolfganga Tschachera** (vedoucí Katedry psychotherapie na University of Bern,



Paul Wachtel a Les Greenberg komentují práci KB terapeuta

University Hospital of Psychiatry, momentálně president European SPR Chapter) mi imponovala především poctivá pečlivost, se kterou jeho výzkumný tým z Bernské univerzity ověřuje a třídí účinné faktory psychoterapie. Skromnost této prezentace zajímavě kontrastovala s vystoupením zámožných es.

Les Greenberg (profesor psychologie z York University, Head of York University Psychotherapy Research Clinic, Toronto, Canada) se svým týmem představili koncept “samoutěšujícího procesu”, který je součástí terapií zaměřené na emoce (EFT). Poté rozebírali nahrávku ukázky takové terapeutické práce. Zakoupil jsem si nejnovější z (mnoha) knih L. Greenberga, která zajímavě popisuje čtyři úspěšné a čtyři neúspěšné kazuistiky EFT práce s depresí.

ED: Velmi mě oslovil příspěvek připravený ve spolupráci japonských a amerických odborníků (**Tetsuo Fukushima, Barbara Ingram, Shigeru Iwakabe**). Na rozdíl od většiny ostatních vystoupení na konferenci byl tento panel velmi praktický – věnoval se nikoli teorii a složitým metodologickým konceptům, nýbrž konkrétnímu případu, na němž autoři demonstrovali své přístupy k integrativní *case formulation*. V průběhu panelového bloku ve mně rostl pocit, že začínám poznávat nástroj, který účinně propojuje teorii a praxi psychoterapie. Ať to zní jakkoli banálně, myslím si, že ve vět-

šině případů, kdy se o tento ideál snažíme, od něj zůstaneme daleko. Při prezentování *case formulations* jsem měla pocit, že je to jinak. Že pokud budu jednou psát svoji *case formulation*, budu se cítit svobodná v tom, že mohu rozbíhavě hypotetizovat o svém klientovi ze všech možných úhlů pohledu a fantazírovat o možných příčinách a následcích jednotlivých prvků a situací klientova života. A zároveň budu cítit pevnou půdu pod nohama – jasnou strukturu, do které mohu svoje hypotézy ukládat, a tím i svobodu nechat si je vyvrátit a sledovat, kam se mé ostatní hypotézy posunou a jak se celý systém změní s jedinou jasnou odpovědí na jedinou drobnou otázku.

JR: I pro mne snad největší praktický přínos pro znamenalo sympozium, které popsala Ester a na kterém japonský terapeut **Shigeru Iwakabe** (Katedra vývojové klinické psychologie na tokijské Ochanomizu University) představil svoji psychotherapeutickou práci s depresivní klientkou. Tuto práci poté dva jiní terapeuti (jeden z Japonska a druhá z USA) zasadili každý do vlastního systému popisu klinického případu (*case formulation*). **Testuo Fukushima** (Otsuma Women’s University, Tokio) uvedl svůj systém, který dokáže zachytit již na počátku terapie potenciál klienta a navést terapeuta k jeho posílení. **Barbara Ingram** popis doplnila svým systémem, který zase dokáže zachytit celý komplexní proces klienta na různých úrovních (biologické, přechodové, behaviorální, kognitivní, existenciální, psychodynamické a sociokulturní). Testuo poté názorně ukázal, jak může prezentované modely pro sebe využít jako vodítko při práci s touto konkrétní klientkou.

ZV: Z dalších vystupujících zde chci ještě zmínit **Carol Glassovou**. Prezentovala dnes již imponující a několikrát publikovanou meta-analytickou práci amerických výzkumníků (M. Constantino, Diane Arnkoff a další). Stručně řečeno, tyto autory zajímá,

zda platí ono někdy *tradované*: má-li pacient vysoká očekávání od psychoterapie, psychoterapie se spíš ukáže účinná (vztah mezi *outcome expectation* a *posttreatment outcome*). Ne, neplatí to. Respektive, můžeme se na vztah mezi těmito dvěma faktory spolehnout jen ve 3% psychoterapií! Výsledky Glassová doložila meta-analýzou 46 výzkumů, které ambici porovnat očekávání od terapie a s výsledkem terapie měly; jen v šesti z těchto výzkumů byl vztah vyšší než $r = .36$. (Tedy predikovatelnost vyšší než 12%.) U 31 ze 46 výzkumů ovšem konstatovali zároveň velmi chabé nástroje, jimiž byla proměnná „očekávání od psychoterapie“ měřena.

Zažil jsem dále ve Florencii trojici přednášejících z londýnského institutu Matanoia (**Vanja Orleans**, **Bijana van Rijk** a **Simon du Plock**), významného amerického profesora **Jeffrey Magnavitu** z University of Hartford (spole se svými kolegy mluvili o „The Unified Psychotherapy Project“ – viz: www.unifiedpsychotherapyproject.org a/neboli o založení tzv. „Psychotherapeutic“). Můžeme sledovat na internetu.

Antonio Pascal Leone přednesl výsledky výzkumu koncipovaného velmi podobně tomu, s jakým začínáme na katedře. Kanadáné již mohou prezentovat odpovědi na otázky: Dochází u frekventantů psychotherapeutického výcviku ke změně? A pokud ano, k jaké?

V sobotu přitahovalo a kontroverze vyvolávalo vystoupení Paula Wachtela a Leslieho Greenberga. Ve dvou dvouhodinových blocích promítali video nahrávky z individuálního KBT sezení, video zastavovali a vyzývali plánem u diskusi nad prací KBT-terapeuta. První blok velmi užitečný, namísto druhého jsme měli jinde vystoupení naše, takže jsme u pokračování nemohli být. Z kuloárů prosáklo, že se někteří účastníci v plánu ohradili vůči kritičnosti L. G. a P. W. a KBT-terapeuta se zastali.

Angela Brandao, vystupující v „našem“ bloku prezentovala terapii pomocí videokonference. S Ester to pro nás „po Montrealu“ byla již druhá zpráva o této for-

mě psychoterapie (viz loňský ročník *Psychoterapie*, str. 249).

K rozptýlu nabídky do řady sálů patří na světových konferencích i to, že na některá vystoupení nepřijde skoro nikdo. Postihlo to **Mary Joan Geron** (neděle ráno po předchozím společenském večeru), přestože její téma znělo: Cyberspace betrayal.

RP: Z řady dalších zajímavých přednášek a setkání bych ráda vypíchlá především jedno z těch závěrečných, kterým byl workshop s britskou psycholožkou a psychotherapeutkou **Luciou Swanepoel** na téma „Evidence of Intuition: A shameful Secret or a complex science?“.

Zaujalo mě, jak systematicky, a přitom zajímavě dokázala prezentovat témata týkající se fenoménu intuice. Začala obecně úvahami o vědeckém paradigmatu, které vždy „udává krok“ stávajícího vědeckého úsilí a jeho soubor předpokladů určuje naše vědecké směřování. Na jednom z prvních slajdů se rozsvítila otázka „Co děláme se zázraky?“ a na dalším pak „Jak si je vysvětlujeme?“. Odpověď hledala (a k překvapení a nadšení publika, které se projevílo v následné diskusi) i nacházela v „metavědecké“ teorii systémů, přesněji v její současné postmoderní podobě. Pro teorii systémů je stejně jako pro proces psychoterapie rozhodující změna, interakce a vývoj, a to způsobem, který za optimálních podmínek vede k adaptaci či ekvilibriu, kterého ovšem nikdy nelze dosáhnout absolutně, protože v rámci systému dochází k neustávajícímu přeskupování jeho složek (vlivem vnitřní dynamiky i vlivem vztahu k vnějšímu prostředí).

Do tohoto výkladu pak Lucia zasadila výsledné kategorie svého výzkumu. Ten spočíval v hloubkových rozhovorech se 6 zkušenými integrativními psychotherapeuty, kteří měli hovořit o procesu intuice odehrávajícím se v průběhu terapeutických sezení. Mezi kategorie získané analýzou podle zakotvené teorie patří například vztah a vzájemné vyladění mezi terapeutem a klientem, kreativita či energie. Pro to, aby mohl

být „nastartován“ proces intuice je důležitý určitý stupeň otevřenosti pro tuto zkušenost na straně klienta i terapeuta, který Lucia nazvala jako stav „hlubokého vyladění“ či slovy systémové teorie „bytí na okraji chaosu“.

Tato přednáška pro mě představovala možnost uzavřít „konferenční gestalt“ v tom smyslu, že nabídla odpověď na otázku, co tvoří onu 45%ní část koláče (viz obrázek výše), kterou John Nocross pojmenoval jako unexplained variance.

ZV: O naše vystoupení na konferenci jsme se podělili všichni čtyři. Promluvil jsem o integrativním pojmání oboru „psy-

choterapeutická studia“ na katedře, Honza informoval o výcviku a Ester s Romanou o výzkumu účastníků psychoterapeutického výcviku, který jsme „rozběhli“. Myslím, že jsme publikum svou skromnou „troškou do mlýna“ zaujali.

Někteří vědí, že kdesi v Evropě je Brno, kde také smýšlejí integrativně a kde píšou o psychoterapii a pouštějí se do výzkumu.

Odkazy:

Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Foto: Jan Roubal

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

ZRNKO 30

...aneb **DOPORUČUJI!** Doporučuji knihu od Johna Banmena a kol., nazvanou „Transformační systemická terapie“ – knihu, čerpající z inspirací Virginie Satirové!

Ano – oné dámy, se kterou jsem měl tu čest se setkat v roce 1987 na historicky významné ICFT („Mezinárodní konferenci rodinné terapie“) v Praze. Bylo to díky spoluzakladateli české rodinné terapie Petru Bošovi, který Virginii Satirové vyprávěl mimo jiné i o příběhu „Ostrova rodiny“. Prý se jí líbil. A ona mi pak při našem krátkém setkání radostně něco říkala, ale nerozuměl jsem jí, neumím anglicky. Ani ona mi nerozuměla – neuměla česky. Bylo to něco, co jsme radostně označili, že máme společné – nerozuměli jsme svým jazykům. O to více jsme si mohli rozumět díky neverbálnímu jazyku a díky hodným a trpělivým tlumočnickům. Jedno jsme však společné neměli – já její práci trochu znal, ona moji vůbec ne. Ovšem i to bylo společné – oba jsme se v něčem lišili... Takže společná byla i příležitost „jít dál a růst“ a navzájem se inspirovat „v cestě k lidskosti“. Už proto, že – jak ve svém referátu na ICFT Virginie Satirová řekla – „když se objeví čas pro novou myšlenku, objeví se ta myšlenka všude“, neboť „člověk se zrodil pro to, aby měl radostný život“.

Virginie Satirová připomněla, jak se v roce 1951 setkala s první rodinou, vyžadující terapeutickou službu, aniž co tušila o rodinné terapii: pocítila najednou osamělost, protože její první inspirací byla psychoanalýza a ona si díky S. Freudovi „otevřela cestu k tomu, že máme uvnitř sebe něco, co nám může pomoci“. Něco, v čem jí tehdy psychoanalýza prospěla při řešení individuálních témat, ale co – zatím – nepřispívalo k řešení jedné konkrétní situace v rodině. Proto se při prvním setkání s rodinou v roce 1951 cítila „zcela osamělá“, psychoanalytická škola jí tehdy nedávala odpověď na otázky, které systém rodiny kladl.

A tak díky psychoanalýze (a budme za to psychoanalýze vděční!) objevila rodinnou terapii a dospěla k jednomu ze závěrů: „Když se naučíme léčit rodinu, naučíme se léčit svět.“

A šance na vyléčení světa jsou už proto, že – jak říkala Virginie Satirová – člověk „se rodí třikrát“: poprvé v těle mámy při spojení spermie s vajíčkem, podruhé při přechodu z lůna mámy ven do světa a do své rodiny a potřetí ve chvíli, kdy se začne svobodně rozhodovat o vlastním osudu. První dvě zrození nemáme podle Virginie Satirové šanci žádným způsobem ovlivnit (trochu s ní nesouhlasím, radši to nikde neřkejte), ale jsou cestou ke zrození třetímu, které je „výsledkem hledané celistvosti a vědomého spojení se Self“, toho, jak „objevujeme, chápeme a podporujeme zázrak, jímž je naše lidskost“ (v tomto s Virginii Satirovou souhlasím) – lidskost, v níž může v neustávajícím růstu nastat „problém, který pak řešíme zážitkem směřování ke změně“. Ke změně, ke které přispívá například rodinná rekonstrukce, umožňující mimo jiné zažít důležité vícegenerační rodinné události a jejich vliv na současný život – a tedy i poznat nové možnosti, vedoucí k životní spokojenosti... Tomu slouží mnoho inspirovujících metod. Když jsme paní Virginii Satirové vyprávěli příběh „Ostrova rodiny“, říkala, že je to jedna z možností... Inu, inspirací je samozřejmě – a našťáště – ještě více...

A proč se o nich mluví a proč *ZRNí* teď a tady? Protože chtějí znovu upozornit na knihu, jejíž název máte v prvních dvou řádcích tohoto ZRNka. Takže ještě jednou: **DOPORUČUJI!**

ZRNKO 31

Jeden příběh z praxe „privátního psychoterapeuta“. Je ovlivněný – mimo jiné – tím, že si jej jeho klienti platí: vytahují peněženku (svoji), ptají se, kolik dluží, a někdy odmítají i peníze nazpátek... Je to

jiné, než služba bez zjevného placení (tedy na pojišťovnu a podobně). A pro některé „zákazníky“ – ne pro všechny! – to znamená, že terapeut mimo jiné může být jejich „zbožím, které si kupujeme. A které jsme si vybrali proto, aby nám vyhovovalo a chutnalo a splňovalo to, co očekáváme...“ Některé zboží se skutečně snaží tato očekávání splnit...

To chtěl i jeden pán – vdovec, který v plném zdraví a v psychické svěžesti dospěl k 70. narozeninám a rozhodl se ukončit svůj život. Spočítal si, že tak přispěje k řešení „ekonomické krize, ohrožující život rodiny mé dcery“ – třeba už tím, že bude mít dcera a její rodina možnost využít jeho úspor a prodat jeho byt. Nevěděl, jak jinak přispět k řešení situace dcery a jejího manžela. A potřeboval se poradit, zda lze ono „za určitých okolností nesprávné a zlé označení *sebevraždy* pojmenovat správně lidsky“. Proto si „koupil psychologa“, který měl výborný zvuk mezi jeho známými, aby mu „poradil, jak to udělat, aby moje dcera a zeťák pochopili, že nešlo ani o sebevraždu, ani o vraždu (to kdyby někdo označil situaci mladých tak, že zavinila moje rozhodnutí – takže mě vlastně zavraždili), ale o rozhodnutí odejstvat do krásného nekonečna. A otevřít tak možnost řešit akutní krizi rodiny dcery. Obdarovat ji tímto tátovským rozhodnutím. A jak toto dědovo rozhodnutí pak správně předat vnoučkům. *Správně* znamená, že děda nebude označen za vraha sebe.“ To vše říkal s úsměvem a s důvěryhodnou přesvědčivostí. Měl ostatně čím svoji přesvědčivost podpořit – byl to vzdělaný a moudrý pán...

A protože si psycholog při „vstupní konzultaci“ dělal zápis, požádal jej onen pán s úsměvem: „Nekonečno napište s velkým N, pane doktore. Je to skutečně místo, kam cestuji. Jak vypadá, nevím – a ani nevím, zda se tam setkám s manželkou Růženkou, která mě opustila před třemi roky. Ale co vím – že mě moc těší, že společně s Růženkou pomohu dceři a její rodině řešit akutní ekonomickou situaci – tím, že zdědí náš společný majetek. Zabráním tak již hrozícímu uvěznění skvělého zeťáka, s nímž má

moje dcera krásný vztah a dvě nadané děti. Nemohu dovolit, aby moji vnuci měli tátu ve vězení!!! Růženka by jistě souhlasila. Moje stáří se tak šťastně navrhí tím, že mohu přispět svému dítěti a jeho rodině. Jde jen o jedno: jak to udělat, abych nebyl označován jako vrah – vrah sebe?! Četl jsem cosi o tom. Proto jsem teď tady u vás, pane doktore, abyste mi poradil a pomohl. Moji přátelé říkají, že jste jim velmi pomohl – tak prosím o pomoc a radu: jak zařídít, abych nebyl označován jako sebevrah?!“

Tak – a co teď. Psycholog začal s „krizovou intervencí“ – a pán byl zjevně pobaven: „Vy mě chcete za každou cenu přesvědčit, abych nedělal to, k čemu jsem z lásky ke své dceři a k její rodině přiměřeně a logicky dospěl? Anebo mě chcete poslat do blázince a zabránit mně tak, abych naplnil svůj život vyústujícím rozhodnutím, přinášejícím zdravé řešení a mně zážitek smysluplné obohacující spokojenosti a naplnění smyslu života? A nejen to – chcete mým vnukům přinést zprávu, že jejich milovaný děda je blázen – takže vlastně ani nestojí za to, aby na něho rádi vzpomínali? A že dokonce může zavinit třeba to, že nebudou v životě šťastní, protože jejich děda byl – a v našem městě se to všichni dozvědí, dost mě tam znají – protože byl nenormální a blázen?!“

A znovu: **Tak** – tak a co teď. Teď? Teď nechme čtenáře odborného časopisu, ať hádají, jak příběh dopadl. Souhlas k tomu dali všichni v našem příběhu zmínění aktéři. Tak! Tak.

ZRNKO 32

A do třetice *ZRNko* všeho dobrého: příběh šestadvacetiletého Jana N.

Byl přiveden policií ze soudní síně do krizového centra. Dopustil se trestného činu krádeže – a kradl tak, že byl při kradení přistižen. Protože se „násilnický bránil“, byl spoután a umístěn do vazby a dokonce pak souzen. Soudce rozhodl o podmíněném trestu a psychiatrickém léčení – alespoň tak to Jan N. sděloval službu konajícímu psychoterapeutovi. To, že byl poslán na léčení,

jej překvapilo – byl přesvědčen, že léčení nepotřebuje. Co chtěl a co potřeboval? Být umístěn do bezpečí a tepla – to hlavně! – čtyř stěn. Začala totiž zima. A jej nenapadlo nic jiného, než se ubytovat do vězení. Nechtěl zabírat místo pacientům psychiatrií... Ostatně s nimi nikdy neměl kontakt...

Proč se dostal do takové situace? Protože měl před sedmi měsíci těžký konflikt se svojí manželkou a byl vyhnán. Ztratil i práci – byl zaměstnancem v podniku tchána; bohatý a mocný tchán mu znemožňoval nalézt si práci a zabránil i setkávání se synem...

Nu – a protože pan Jan neměl poblíž žádné příbuzné, žil po vyhnání z domu manželky nejdříve v parcích a pak různě na cestách (třeba v Prachovských skalách...). Ale teď

přišla zima – a hledal možnosti řešení, ale marně. Neumožnili mu ani bydlet v azylovém domě – měli plno, on měl u manželky ještě stále trvalé bydliště a nevypadal a ani nebyl cítit jako „bezdomovec“. Protože sebevraždu odmítal a nenapadlo jej, že by se mohl nechat umístit do blázince, rozhodl se, že se nechá zavřít za nenásilnou loupež do „bytečku ve vězení“... Takhle to bez rozpaků vysvětlil v krizovém centru službu konajícímu psychoterapeutovi...

A stále přitom krčil rameny...

Tak – a teď, vážení psychoterapeuti, hádejme, co se dělo dál. A jestli patří tento příběh na stránky Psychoterapie. Jestliže ne – proč? A jestliže ano – proč? A jestliže ano i ne – proč klademe otázku *proč... ?????*

TYPICKY OSOBITÝ ZDENĚK RIEGER

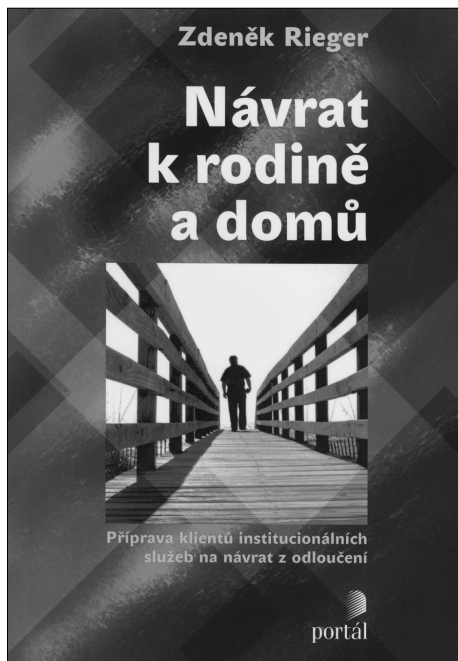
Rieger, Z. (2009). *Návrat k rodině a domů*. Praha: Portál, 106 stran

Alena Lukešová

Zdeněk Rieger, rodinný a skupinový terapeut s eklektickým zaměřením a autor knih *Ostrov rodiny* (1996, s Hanou Vyháňalovou) a *Loď skupiny* (1998), přichází s novým knižním příspěvkem. Kniha *Návrat k rodině a domů* působivě a podrobně líčí „sen“ o vzniku speciálního programu pro ty, kdo jsou umístěni v institucionální péči ústavů, psychiatrických léčeben, věznic nebo azylových domů, a jejich rodinné příslušníky. Cílem programu je připravit všechny zúčastněné na návrat odloučeného člena rodiny zpět domů a usnadnit rodině první společně strávené týdny a měsíce po opětovném shledání.

Kniha je rozčleněna do čtyř částí. V té úvodní autor svým typickým osobitým způsobem seznamuje čtenáře se svým velkým „snem“ a vysvětluje „co“ a „proč“. Podnětem k sepsání textu mu byla opakující se zkušenost s problémy pacientů psychiatrických léčeben, vězňů a dětí z ústavů při návratu domů. Mnoho z těchto lidí, kteří se náhle ocitli zpět (anebo úplně poprvé) na ostrově rodiny, se cítilo na tuto změnu nepřipraveno a po návratu nepříjemně zaskočeno. Někteří byli nuceni brzy znovu vyhledat odbornou pomoc, anebo se vrátit do instituce. Rieger se proto rozhodl předložit čtenářům svůj „sen“ a inspirovat ke vzniku speciálního programu, jehož cílem je pomoci ulehčit návrat dotyčnému i jeho rodině.

Ve druhé části autor seznamuje s terminologií, kterou v knize dále užívá. Ke svému metaforickému konceptu ostrova rodiny přidává nové pojmy, jako je např. odloučený (obyvatel ostrova rodiny, který byl odloučen od rodiny do instituce), odloučení, instituce, člen rodiny, kontakt, průvodce, středisko, konzultant střediska a další. Podrobné, často i několik stran dlouhé vysvětlení pojmů pomáhá zasvětit čtenáře do problematiky. Zároveň se ale čtenář může po několika stranách, psaných slovníkovým jazykem, který



staví vysvětlení každého dalšího pojmu na termínech objasněných na předchozích stranách, cítit zahlcený a možná i trochu ztracený. „O roli průvodce se odloučený dozvídá při uzavírání Vstupní dohody, která je s odloučeným zpracována v instituci (viz 3. část). Jeho spolupráce s průvodcem se uzavírá poté, co odloučený ukončí své odloučení – průvodce pak předává odloučeného buď ambulantnímu oddělení instituce, anebo konzultantovi střediska (viz dále), který přebírá odloučeného v době, kdy se vrací domů“ (s. 30, zdůrazněno autorem). Vzkaz pro netrpělivé: vydržet se vyplatí.

Ve třetí části knihy se Zdeněk Rieger zabývá přípravou a realizací Programu přípravy na návrat k rodině a domů (PND). Důkladně popisuje, jak potenciální klienty, tedy odloučeného a členy rodiny, seznámit s tím, co PND nabízí a jak sepsat a formulovat

Vstupní dohodu. Předkládá přesný a detailní návod, jak postupovat při realizaci samotného PND v rámci dlouhodobého odloučení v instituci. Tato část knihy je dále rozdělena na tři podčásti – zpracování Dohody o PND, terapeutické provázení při plnění Dohody o PND a ukončení PND v rámci instituce. Rieger nabízí konkrétní návrhy, jak postupovat při individuální i komunitní práci s klienty.

Důležitou součástí programu je kresba ostrova rodiny odloučeným i ostatními členy rodiny. Po ní následuje vzájemná komunikace představ o tom, co by se v době nepřítomnosti odloučeného a po jeho návratu na ostrově rodiny mělo a nemělo dít nebo měnit. Autor zdůrazňuje, že je důležité, aby odloučený získal informace o potenciálních změnách konstelace obyvatel a objektů a o proměně transakcí mezi obyvateli na pevnině ostrova rodiny, do které se vrací. Pokud přijde do změněného prostředí, aniž by o probíhajících změnách věděl, může to zvýšit jeho nejistotu a zmatek při návratu a v horším případě i podpořit nutnost opětovného odloučení. Dítě, které se vrací z odloučení, může doma čekat například šok v podobě mladšího sourozence, který se přistěhoval do jeho pokoje, nebo výměna jeho oblíbeného otraného plyšového zvířátka za nové, cizí. Znejišťující změnou se však pro něj může stát například také nečekané zlepšení vztahu mezi dříve stále rozhádanými rodiči a fakt, že matka se jej nyní již nesnaží vtahovat do koalice proti otci. Rieger nezapomíná ani na

přípravu širšího okolí (zóna oceánu světa) na návrat odloučeného.

Ve čtvrté části autor sleduje PND po návratu domů. Upozorňuje na nástrahy, které mohou vyvstat hned při vstupu na pevninu ostrova rodiny, nebo dokonce ještě cestou (osamocená jízda přeplněnou tramvají po letech ve vězení). Upozorňuje na důležitost „karantény“ po návratu, která usnadňuje rekonvalescenci odloučeného i členů rodiny. Věnuje se následnému preventivně-terapeutickému provázení a klade důraz na spolupráci provázejícího konzultanta s dalšími institucemi v zóně oceánu života.

V závěru najdeme tři přílohy: písemná zadání technik zpracování mapy ostrova rodiny a STORY, speciálně upravené pro PND, a inspiraci k vytvoření a vedení KROSu – Klubu běžců za rozvojem osobnosti, také upravenou pro PND.

Kniha rozhodně nezapře svěží hravý styl Zdeňka Riegera. Jedná se opět o nekonvenční dílo, oživené mnoha kazuistickými ukázkami. Pro ty, kdo zatouží chopit se praktického zavádění Programu přípravy na návrat k rodině a domů, poskytuje do detailu promyšlený návod k postupu. Těm, které pouze zaujalo téma jako takové, doporučuji počítat s tím, že některé příliš podrobné pasáže, týkající se například sepisování Vstupních dohod, spíše jen prolétnou. Nové myšlenky, které Rieger přináší, však něčím obohatí všechny.

Autorka recenze studuje na FSS MU.

NECHAT NA SEBE PŮSOBIT

Fritz Riemann: Schopnost milovat. Praha: Portál, 2009. 105 stran

Barbora Petránková

Fritz Riemann (1902–1979), světově uznávaný psychoanalytik, vyučoval na Institutu pro psychologický výzkum a psychoterapii v Mnichově, ale také mnoho let působil v psychoterapeutické praxi. Nejspíš právě díky dlouholeté zkušenosti s prací s lidskými příběhy můžeme na pouhých desítkách stran

útlé publikace nalézt sumu nosných námětů.

Mezi předmluvou Hanse Jellouschka a doslovem první vydavatelky Doris Zagermanové najdeme dohromady devět kapitol přinášejících mnoho zamyšlení nad milováním, soužitím ve vztazích, láskou, výchovou, partnerstvím či komunikací.

Jaká je samotná podstata lásky? Neuchopitelná, subjektivně rozmanitá, především lidská? Pro další text je dobré neopomenout, že zde Riemann mluví o lásce–činnosti, lásce–jednání, nikoli o lásce–stavu. O lásce jako touze překročit omezující hranice vlastního já. Za nejobecnější platnou podobu veškerého milování označuje to, že někomu či něčemu přejeme. Jak na nás tedy působí síla antinomie sebeodevzdání–sebezachování? Jsme ve vztazích více objektem, či subjektem? Jak nepostradatelné je pro nás prvotní niterné sepjetí s matkou k dosažení základního životního pocitu, že je radost být na světě? Nalézáme skrze lásku sami sebe? Tyto a další otázky zodpovídá autor již v první kapitole nazvané „O schopnosti milovat“. Další část je věnována různým podobám lásky rodičovské. Možná bychom od psychoanalyticky zaměřeného autora čekali, že to bude kapitola nejobsáhlejší; není však nijak vyzdvížena nad ostatní. Stejně jako kapitoly o lásce a sexualitě, lásce bez podmínek, lásce osobivé, partnerské, celistvé či nespoutané nabízí pohled zkušeného psychoterapeuta na otázky našeho fungování ve vztazích a jejich úskalí. Také možná řešení, jak jim předcházet, či návrhy, jak nakládat s již vzniklými nesoulady. Poslední kapitola „Strach, který brání lásce“ je pak věnována základním podobám úzkosti, kde autor vychází z klasické psychoanalytické teorie o vývoji libida popsaného prostřednictvím Freudových stádií dětského vývoje.

Zapřísáhlým odpůrcům psychoanalýzy knihu jistě doporučit nelze. Publikace je však psána jazykem stravitelným pro široké publikum, a tak může být její četba zajímavá jak pro toho, kdo plánuje rodinu či řeší osobní problémy související s láskou a milováním, tak pro rodiče, prarodiče i děti zamýšlející se nad vztahy. Může být, řekněme, i doporučenou literaturou pro společné čtení v partnerských vztazích. To vše ale nevylučuje, že i čtenáři z řad odborné veřejnosti, od pracovníků v sociálních službách přes pedagogy k psychologům, naleznou v publikaci dobré náměty pro zamyšlení, či alespoň osvěžení již nabytých znalostí v inspirativním uspořádání. Co lze z hlediska formy autorovi vytknout, je občasně zabíhání k přemýšlivým úryvkům, které mohou být přínosem, ale stejně tak matoucí odbočkou.

Téměř kapesní vydání a lehký autorův styl možná svádí k louskání knížky v „hluchých místech dne“ při jízdě dopravními prostředky či v čekárnách. Neopomíjeme ale fakt, že jde spíše o koncentrát, který si zaslouží být v menších dávkách ředěn naším soustředěním na jednotlivé řádky a odstavce. Nedoporučovala bych knihu přečíst, ale spíše čas od času do jejich listů nahlížet a nechat na sebe působit zdánlivě triviální poznatky o schopnosti milovat.

Autorka recenze studuje psychoterapii na FSS MU.

PSYCHOLOGOVÉ V EVROPĚ A JEJICH ETIKA

Geoff Lindsay, Casper Koene, Haldor Ovreide, Fredi Lang: Ethics for European Psychologists. Hogrefe and Huber Publishers, 2008, 213 stran
Hana Junová

Název knihy napovídá, že je určena evropským psychologům. Nedejme se však titulem mýlit – je stejně důležitá i pro psychoterapeuty.

Historie vzniku této publikace je delší a stojí za krátkou zmínku. Když byla v roce 1981 založena současná Evropská federace

asociací psychologů (EFPA), zjistilo se brzy, že bude třeba sjednocujícího principu v podobě etického kodexu. Pro tento účel vznikla v r. 1990 účelová skupina (*Task Force for Ethics EFPA*), která ale zjistila, že úkol je nesplnitelný a že jedinou možností je vytvoření metakodexu. Ze skupiny, která se tohoto úkolu

ujala, se stala Stálá komise pro etiku (*Standing Committee for Ethics* EFPA – dále jen SCE) a hotový Metakodex oficiálně schválila Valná hromada EFPA v r. 1995. Po 10 letech používání v evropských psychologických asociacích prošel revizí a revidovaný Metakodex byl schválen v r. 2005.

Od počátku práce na Metakodexu byli členy SCE tři budoucí autoři recenzované knihy: Holanďan Casper Koene, první předseda SCE, Angličan Geoff Lindsay, druhý předseda SCE, a Nor Haldor Ovreeide, čelný představitel etiky v rámci severských psychologických asociací. V SCE jsem 8 let pracovala se všemi autory a mohu potvrdit, že jde nejen o vysoce erudované, ale i přirozeně eticky citící osoby.

Záhy po dokončení revize Metakodexu začala celá SCE připravovat knihu, která by navazovala na Metakodex a doplňovala ho. Konečného zpracování se ujali výše jmenovaní tři autoři a Němec Fredi Lang, který je také členem SCE. Jednalo se tedy o mezinárodní spolupráci v tom nejlepším slova smyslu.

Hlavním obsahem knihy je rozbor nejdůležitějších etických principů: principu respektu, kompetence, zodpovědnosti a integrity. Každému principu je věnována samostatná kapitola. Autoři navazují na Metakodex, jehož plný text je také obsahem knihy.

Úvodní kapitoly naznačují, jakým způsobem bude celá kniha psána: nad použitím literárních pramenů možná i převažují otázky (*např. str. 5 – Je etické dělat výzkumy, i když drastické, když jejich výsledky jsou pak vysoce důležité?*), nebo upozorňování na problémy (*např. str. 35 – vztah s klientem: Pro objektivnější posouzení potřebuje terapeut profesionální odstup, ale tím odsunuje klienta na pozorovaný objekt, což je neetické. Bez důvěry k terapeutovi se klient neotevře, ale to znamená emocionální i lidskou angažovanost obou = do vztahu s klientem pak terapeut promítá i své zkušenosti s lidmi a je zranitelnější...*). Již od prvních kapitol je kniha navíc proložena četnými a velmi zajímavými příklady, které jsou zároveň rozebrány.

Třetí kapitola se věnuje obecněji Metakodexu a vysvětluje některé termíny. Velkým problémem, který SCE řešila, byl překlad do cizích jazyků. Uvědomovali jsme si, jak důležitý je přesný překlad a jednotný výklad základní terminologie (*např. str. 13 – slovo „confidentiality“ se v jihoevropských zemích překládá jako „profesionální tajemství“, což je ale v angličtině „professional secret“*).

Čtyři další kapitoly se věnují čtyřem hlavním etickým principům. Každá kapitola je uvedena přesnou citací odpovídající části Metakodexu a rozdělena na oblasti, které se daného principu týkají. I zde je způsob vysvětlování založen především na příkladech, a co je hlavní, na jejich rozbořech a na otázkách a problémech, které se u daného principu mohou objevovat. Bohatě citovaná a dobře použitá je i odpovídající literatura.

Osmá kapitola se zabývá řešením etických problémů. Probírá důvody jejich vzniku a upozorňuje i na situace, kdy vzniká etické dilema, protože jakékoli řešení znamená porušení některého etického principu (*nejčastější problém: mlčenlivost x porušení mlčenlivosti, aby se ochránil někdo jiný*).

Řešení etických prohrěšků – jak vyplývá z deváté kapitoly – je celá řada: od mediace až po disciplinární řízení. Důležité je upozornění na různost legislativ a přístupů v různých zemích (*viz výzkum str. 178*).

Zajímavá je i předposlední kapitola o etických výzvách pro budoucnost. Zřejmě nejdůležitější se stává otázka makrosociální bezpečnosti. Jak kupříkladu hrozby terorismu ovlivňují etiku psychologické práce (*např. posuny v hranicích mlčenlivosti, nebo chování psychologů v bezpečnostních složkách při výsleších atd.*).

Za pozornost stojí také pokusy o větší integraci – např. zmíněná Universální deklarace etických principů pro psychology (*str. 186*), která byla vypracována ad hoc komisí reprezentantů všech světadílů a měla by být platná pro psychology celého světa.

I posuny ve vývoji nových komunikačních technologií (*např. internet*) mohou výrazně

ovlivnit práci psychologů a nastolují nová etická dilemata. Sympaticky mi zde zní otázky: je vše budoucnost, nebo to tu už všechno v nějaké podobě bylo? Je to krok dopředu, nebo dozadu?

Velmi cennou součástí knihy jsou dodatky, kde najdeme plný text Metakodexu, podrobný popis procedur pro zacházení se stížnostmi na neetické chování psychologů, návrh, jak dělat mediaci, a jasný návrh postupu, co dělat, když dojde ke stížnosti.

(SCE vypracovala ještě řadu dalších doplňků a doporučení, jako např. o výuce etiky, práci soudních znalců, práci s nepřímými médii /internet, rozhlas, televize, telefon atd./). V současné době se dokončuje materiál o vystupování psychologů v médiích. Všechny tyto materiály je možné

najít na webových stránkách EFPA: <http://efpa.eu/ethics/efpa-guidelines> - poznámka recenzentky).

Knihu vřele doporučuji všem, kteří pracují s klienty.

Knihy:

- je základní učebnicí etiky;
- je psána vysoce erudovanými odborníky;
- je přehledná, dobře členěná, zajímavá;
- je plná výborných příkladů, které jsou zároveň rozebrány;
- je založena na hluboké znalosti odpovídající literatury;
- je pohledem i do problémů a situací jiných zemí a jiných kultur.

A to nejdůležitější na konec: díky šéfredaktorům Tritonu a Psychodiagnostiky vyjde v českém překladu NA PODZIM 2010.

(NE)JASNÁ ZPRÁVA O PSYCHIATRII

Nigel C. Benson & Piero: Psychiatrie. Praha: Portál (2010). 176 stran

Barbora Plochová

Moje první setkání s knihou Psychiatrie bylo náhodné. Přiblížení oboru psychiatrie pomocí kombinace textu a grafického doprovodu podnítilo mou zvědavost – očekávala jsem zábavný komiks o psychiatrii.

To si ostatně kladou za cíl i autor knihy, psycholog Nigel C. Benson, který je autorem světových bestsellerů Psychologie a Psychotherapie a členem Sdružení spisovatelů Velké Británie, a ilustrátor Piero, který jeho text doplnil o specifické černobílé kresby. Kniha vyšla v českém překladu Denisy Šmejkalové v letošním roce u nakladatelství Portál.

Jak napovídá přebal, ambicemi autorů je zábavnou formou grafického úvodu odpovědět na dvě základní otázky: co je psychiatrie a co psychiatrii skutečně dělají. Čtenář by si na základě 176 stránkové knihy měl vytvořit představu o historii oboru, o základních diagnózách či léčbě užívané v psychiatrii. Kniha je adresována budoucím odborníkům – tedy studentům psychologie a medicíny, ale zároveň také všem zájemcům z řad široké veřejnosti. Zřejmě ve snaze skloubit

informace pro co nejširší čtenářskou obec se v knize prolínají informace možná až příliš odborné s těmi, které jsou povrchní a „zavání“ laickým uvažováním.

Výtvarný doprovod jistě napomůže knize k větší prodejnosti a prolomení jednotvárnosti textu, tím se ale bohužel vyčerpávají všechny jeho devízy. Informace jsou uvedeny jak v textu, tak v bublinách jako monolog či dialog jednotlivých postav. Jednotlivé dialogy se ale odehrávají vždy pouze na konkrétní téma na jedné straně – nejsou vzájemně propojeny pletivem příběhu.

Chaotický a nepřehledný činí obsah knihy to, že není členěna na jednotlivé kapitoly a že témata od sebe nejsou oddělena a autor se k nim často vrací.

V úvodu je čtenáři vysvětleno, co je psychiatrie, jak častá jsou duševní onemocnění a proč psychiatrickou pomoc vyhledává tak málo lidí. Autor na úvod skloubil dohromady tyto tři zdánlivě nesouvisející informace, navíc se k tématům vrací znovu o třicet stran dále.

Následuje úsek věnovaný historii oboru a jeho vývoji. Je mu věnována docela obsáhlá část knihy (30 stran) na úkor dalších informací a faktů.

Autor popisuje koncept primitivní psychiatrie, udává příklady (např. posedlost zlým duchem či čarodějnictví) a zbytečně podrobně věnuje prostor popisu posedlosti a léčby pomocí exorcismu. Primitivní psychiatrii dále představuje jako východisko některých současných „alternativních“ léčeb a jako jádro současné psychiatrie. Zde se vyskytuje ono laické vyjadřování (např. „dávná moudrost dala vzniknout mnoha moderním lékům“, s. 11). Co tato věta říká, co přináší za nové informace??

Jako zdroj moderní psychiatrie je označován střeť lékaře Mesmera a exorcisty Gassnera. Mesmerovi jsou věnovány tři strany, je objasněn jeho koncept magnetismu a také jeho pád. Autor se ještě tvrdošijně drží magnetismu a představí nám markýze de Puységura jako jednoho z Mesmerových žáků. Pokračuje školou Salpêtriery a jejím ředitelem Charcotem, dále uvádí další jména Francouzů, zabývajících se hypnózou. Opravdu je třeba pro základní porozumění takto podrobně uvádět všechny působící?

Na straně 30 se v knize dostáváme ke skutečným hybatelům psychiatrie, a to Emilu Kraepelinovi a jeho klasifikaci mentálních poruch a Sigmundu Freudovi a jeho psychoanalýze. U obou jmenovaných jsou vystihnuty důležité informace o jejich životě i díle. Stručně ale výstižně je popsáno, co je principem psychoanalýzy a úlohou psychoanalýtika. Logickým pokračováním je pak seznámení s následníkem Jungem a jeho analytickou psychologií. Krátce je zde zmíněn i Binswanger a existenciální analýza.

Tímto je pomyslně uzavřena historie a vývoj psychiatrie, bohužel se nic nedozvíme o původu a vzniku dalších stěžejních psychoterapeutických směrů (behaviorální, humanistický...) ani o vývoji další léčby – ať už farmakoterapie či jiných postupů (ECT, psychochirurgie...).

Překlenutím do dalšího úseku knihy má zřejmě být vysvětlení rozdílu mezi dynamickou a organickou psychiatrií. Toto dělení

nepatří k běžně uváděným a čtenář si může vytvořit zkreslenou představu o typu psychiatrů a jejich přístupu a způsobu léčby. Navíc je uvedeno, že „dnes se samozřejmě v klinické praxi často kombinují pilulky s analytickou terapií“ (s. 37). Proč ne, ale je to opravdu standard a jediná možná kombinace léčeb?

Autor pokračuje seznámením s institucí psychiatrických léčeben – i zde mohl věnovat více místa popisu vývoje těchto zařízení, ale omezil se pouze na jediný odstavec a na další straně už přichází s informací, že od roku 1990 se léčebny postupně ruší. To je popis podmínek v Británii, u nás léčebny stále fungují a jiné formy péče jsou pořád bohužel v menšině. Na dalších stranách autor objasňuje možné příčiny duševních chorob a upozorňuje na smíšenou etiologii. Autor mezi sociální příčiny chorob zařadil pouze stres, nezmínil žádné další faktory. Čtenář je dále konfrontován s tím, co by měl vědět, než navštíví psychiatra.

Sdělení, že pouze malé procento psychiatrů v Británii absolvovalo nějaký psychoanalytický výcvik, je také „výkřikem do tmy“. Čtenář ani nemá možnost dozvědět se, že psychiatr může absolvovat i jiný psychoterapeutický výcvik než analytický. Pohled psychiatrů je popisován i z „organického“ hlediska. Autor uvádí, že je obecně tento přístup uznáván např. u celkové paralýzy duševně nemocných či duševní nedostačivosti. Nejen že tyto termíny nejsou odborné, ale ani po 12 letech praxe na psychiatrii nevím, co si pod nimi mám představit. Místo toho, aby se dokončilo pojednání o psychiatrech, následuje přehled hlavních lékových skupin a teprve poté se vracíme k tomu, co psychiatr dělá a s jakými odborníky spolupracuje.

Roztřídění lékových skupin je nepřehledné, nejednotné v terminologii a dle mého soudu jsou zbytečně uváděny i účinné látky. Ty mohou být důležité pro studenty medicíny či psychologie, ale pro laickou veřejnost se mi zdají zbytečné. Autor mohl čtenáře seznámit i s jednotlivými lékovými formami, které bývají na psychiatrii využívány (depotní injekce, rozpustné tablety...). Co

mě ale hodně překvapilo, je zařazení alkoholu do léků na nespavost s poukázáním: „že sice napomáhá navození spánku, ale ten je přerušovaný, např. nutnými odchody na toaletu, a navíc není nemocným vnímán jako osvěžující...“ (s. 46).

Kniha pokračuje uvedením léčebných postupů a profesí zabývajících se lidskou psychikou.

Z psychoterapeutických přístupů je zde uvedena pouze dynamicky orientovaná škola, KBT a systemický přístup – autor mohl obětovat několik řádků ještě alespoň pro humanistický přístup. Co se týká přehledu odborníků, je nutno říci, že čtenář si může vytvořit mylnou představu, protože je popsán anglický systém, který u nás nefunguje, resp. má jiná kritéria (např. profese komunitní psychiatrické sestry je stále snem a bojem s pojišťovnamy).

Několik dalších stran přibližuje problematiku přijímání pacientů, jsou vysvětleny zákonitosti a okolnosti dobrovolného přijetí a přijetí proti vůli nemocného – nedobrovolného vstupu. Zde se překladatelka snažila nastínit české podmínky pro nedobrovolnou hospitalizaci, chybně ovšem uvedla zákon upravující přijetí bez souhlasu nemocného. Srozumitelně nejsou popsány ani případy, kdy může být nemocný přijat bez svého souhlasu. Tato část knihy bohužel nepřispívá k porozumění této docela složité problematice.

Autor dále uvádí termíny, o kterých by měl mít pacient povědomí, aby lépe porozuměl odbornému vyjadřování při návštěvě psychiatra. Klíč, který využil k výběru pojmů, se nedozvíme, jen to, „že čerpal z impozantních děl“... (s. 58). Z psychiatrické terminologie vybral míšmaš výrazů jako je „dynamický“, „epidemiologie“, či „fobie“. Čtenář se tedy něco dozví, ale nejsem si jistá, zda a jak to zužitkuje při návštěvě psychiatra.

Na dalších stranách jsou čtenáři objasněny tři kroky psychiatrického vyšetření. Dozví se, co je součástí anamnézy. Dále je dobře obsáhnuto vyšetření pacientova psychického stavu, které postrádá pouze zjištění pacientova náhledu, postoje k nemoci – což považuji

za stěžejní při léčbě duševní nemoci. Třetí krok – vyslovení diagnózy – připomíná vyřknutí ortelu; asi i tím, jaká jsou zde volena slova – „příznaky jsou označeny psychiatrickým termínem“ (s. 64). Je zde popsán rozdíl mezi symptomy, které jsou subjektivní, a příznaky, které jsou objektivní a stanoví je lékař. Už na vysoké škole se studenti učí, že v psychiatrii něco objektivního neexistuje, že jde o střet dvou subjektivních pohledů. Takto čtenář může získat představu, že on a jeho psychiatr tvoří dva tábory proti sobě.

Dostáváme se ke stěžejní části knihy, a to hlavním kategoriím diagnostických poruch.

Autor nás neseznámí s tím, podle kterého systému duševní poruchy roztřídil, jaké zvolil vodítka. Některé skupiny samostatně neexistují (paranoidní stavy), v rámci dalších popsal jen některé podskupiny.

Mezi nejčastější způsoby všeobecné léčby uvádí farmakologickou, psychologickou a sociální péči. Otázkou zůstává, proč zařadil sociální léčbu mezi samostatný typ léčby, a navíc ji ještě vysvětluje na příkladu pacienta se sociální fobií: pokud trpí, měli by mu rodinní příslušníci a přátelé dodávat odvahu k tomu, aby chodil více ven... (s. 68).

Autor se snažil vytvořit systematický přehled – u každé kategorie zmínil definici, epidemiologii, klinické rysy, etiologii a léčbu. U etiologie pak vymezil příčinu nemoci pomocí psychoanalýzy, teorií učení i biologických vlivů.

Nejprve představuje poruchy osobnosti, kterým věnuje pouze malou část textu. Neuvádí zdroje svých dat, zarazilo mne, že v epidemiologii poruch osobnosti zmiňuje příslušníky nižší sociální třídy. Rozdělení poruch osobnosti také není standardní, ve výčtu chybí porucha dissociální a anankastická, nerozdělil emočně nestabilní poruchu osobnosti na hraniční a impulzivní typ. Překvapilo mne, že zde, a ani na jiném místě, autor nezařadil čtenářsky zajímavé poruchy sexuální preference a pohlavní identity.

Následuje kategorie neurotických poruch. Zde si opět autor vytvořil některé skupiny. Popsal úzkostné poruchy a fobické poruchy,

kde však mohl explicitně uvést, že jsou tři hlavní: agorafobie, sociální fobie a specifické fobie – čtenář se tyto informace postupně dozví, ale jen pokud se zvládně zorientovat a vracet se na předchozí strany. U obsedantně-kompulzivních poruch se nejprve dozvíme, co jsou obsese, a až o dvě strany dále nám autor vysvětlí kompulze. Autor pokračuje uvedením další poruchy – hysterie, která ale samostatným typem není, a navíc zkrlesně popisuje klinické rysy, které směřuje s kategorií dissociativních poruch. Neurotické poruchy uzavírá hypochondrií.

Další kategorii poruch autor vytyčil jako paranoidní stavy – tyto jsou opět běžně hodnoceny a posuzovány v rámci jiných diagnostických kategorií. Autor se zabývá třemi druhy syndromů – Othellův, De Clerambaultův a Capgrasův, které jsou čtenářsky určitě atraktivní, ale v praxi se s nimi nesetkáme.

Kategorie afektivních poruch postihuje oba protipóly nálad – manickou i depresivní. Není však patrné, kde autor přišel k informacím, že depresivními poruchami nejčastěji trpí příslušníci nejvyšších a nejnižších sociálních tříd (?). Výčet klinických příznaků deprese je obsáhlý, autor ještě mohl upozornit, že bludy nemusí být vždy přítomny a že se jedná o symptomy sekundární, stejně jako halucinace.

Z psychologického hlediska uvítáme myšlenky A. Becka a kognitivní terapii deprese, aby nás však vzápětí o odstavec níž zmátla změna jmen. U konceptu naučené bezmocnosti je správně uveden M. Seligman, ale o větu dále již čteme, že „podle Selingera pramení deprese...“ (s. 110). Jak se v tom má neznalý čtenář orientovat?! V léčbě afektivních poruch mohl autor načrtnout i nefarmakologickou léčbu (fototerapie, ECT...).

V kategorii schizofrenie autor přehledně člení a popisuje jednotlivé typy schizofrenií. V epidemiologii uvádí, že s tímto onemocněním se více setkáváme u příslušníků nižších sociálních tříd... O dvě strany dál se ale dočteme, že se týká všech sociálních tříd, „v poslední době však lze pozorovat tendenci k sociálnímu přesunu směrem dolů“

(s. 121). Dle dnešních poznatků ale víme, že sociální skluz není příčinou, ale důsledkem onemocnění. V léčbě schizofrenie se čtenář nedoče nic o psychoedukaci ani o práci s rodinou, významných součástí léčby.

Organické poruchy jsou rozděleny na akutní a chronické, ovšem objasnění, že vznikají na podkladě poškození mozku, se dozvídáme až o tři strany dále. V této části autor mohl představit i pojem organický amnestický syndrom, který se v praxi hojně vyskytuje.

Velmi stručně se autor zmiňuje o poruchách příjmu potravy, „hubený“ prostor je věnován pouze mentální anorexii, na mentální bulimii již místo nezbylo.

Posledním úsekem diagnostických kategorií jsou závislosti, které jsou rozebrány docela detailně, zvláště závislost na alkoholu. U drogové závislosti jsou popsány klinické rysy, a to u různých drog, a čtenář může načerpat také několik informací o drogové scéně v České republice. Tato kapitola patří k vydařenějším, možná mohla být doplněna i o další návykové poruchy jako je např. patologické hráčství.

Závěrečné strany jsou věnovány zbytečně obsáhlému seznámení s vývojem a představiteli antipsychiatrického hnutí. Prostor mohl být poskytnut alespoň zmínce o dětské psychiatrii.

Závěrem se dozvídáme překvapivou informaci, že bude-li pokračovat současný trend, budeme mít psychiatrů čím dál méně a hrozí nebezpečí, že tento obor ve své současné podobě zanikne?!?! Autor sděluje, co je potřeba udělat pro to, aby došlo ke změně – je třeba, aby psychiatři změnilí svoje neosobní a autoritářské chování, čímž se psychiatrie stane více otevřenou a zbaví se stigmatu, které je s ní spojováno. Nelze říci, že by kniha nepřinesla čtenáři nové informace a nerozšířila obzory. Škoda, že nakladatelství Portál neoslovilo některého z českých odborníků a např. formou doslovu čtenáře neseznámilo s podmínkami a situací psychiatrie v České republice.

Přestože kniha na mě zapůsobila rozporuplně, myslím si, že může ve čtenáři podnítit nebo prohloubit zájem o tuto problematiku

a vést k vyhledání dalších zdrojů – může sloužit jako odrazový můstek do vod psychiatrie. Každá vlaštovka do tohoto oboru dobrá, ale jedna vlaštovka ještě jaro nedělá.

Autorka recenze studuje psychologii a psychoterapii na FSS MU, 12 let pracuje jako zdravotní sestra v psychiatrické léčebně (detox; uzavřené mužské oddělení).

PROCES INDIVIDUACE V ŽIVOTĚ BUDDHISTY

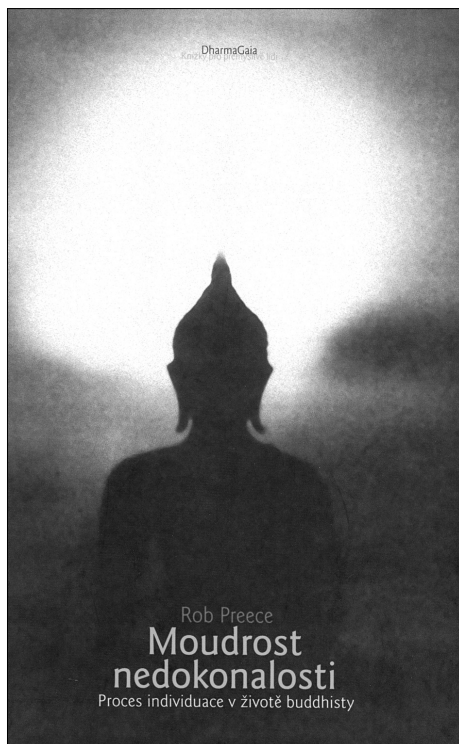
Rob Preece: Moudrost nedokonalosti. Nakladatelství DharmaGaia, 280 stran.

Jan Machala

Rob Preece, autor knihy *Moudrost nedokonalosti*, je bezesporu člověk se zajímavou minulostí. Jako dvacetiletý mladík opustil bezpečný přístav britských ostrovů a vydal se, jak sám píše ve své knize, na cestu za „uhašením vnitřní žízně“. Tato metafora, známá z různých kulturních a spirituálních kontextů jako skoro archetypální obrat, naznačuje, že se Rob Preece vydal na cestu na východ, konkrétně do Indie a později do Tibetu. V Asii strávil mnoho let učením se a trénováním meditace pod vedením několika tibetských lamu. Po návratu do rodné vlasti absolvoval jungiánský výcvik a v současné době pracuje ve Spojeném království jako terapeut specializující se na spirituálně aktivní (praktikující) jedince a buddhistické komunity.

Kombinace východně-spirituálního a západně-psychologického přístupu jakožto perspektivy pro napsání odborné knihy může budit asociace různého druhu, od nadšeného přitakávání po nedůvěřivou odtažitost. Rob Preece ve své knize nabízí pohled na osobnostní a spirituální rozvoj optikou svých životních zkušeností a znalostí a tyto zkušenosti lze stručně popsat jako fúzi tibetského buddhismu a jungiánské psychologie. Představa takové zdánlivě podivné kombinace, ze které by se možná některým ještě před pár lety ježily vlasy na hlavě, nyní leží před námi na stole či polici a nabízí až překvapivě koherentní popis naší psyché neotřelým a komplexním pohledem.

Kniha je členěna do tří částí, které se dále větví na jednotlivé kapitoly. Triadické dělení koresponduje s jungiánským pohledem na důležité milníky procesu individuace



a obecně s prací s archetypem bytostného Já (Self). Můžeme tedy postupně pročítat části *Výzva k probuzení*, *Setkání se Stínem* a *Cesta individuace*. Tradiční jungiánské pojetí individuace využil Rob Preece jako strukturující osu knihy, v rámci níž popisuje více či méně typické kroky této cesty s jejími specifickými nástrahami a zádrhly. Vzhledem k tomu, že dílo je primárně zaměřeno na buddhisticky více či méně aktivní čtenáře, věnuje Rob zvláštní pozornost úskalím buddhistické praxe a rozvoji osobnosti v rámci

totoho pojetí světa v kontextu západní kultury. Psychologicky zajímavou skutečností, která se nese v centrálním proudu celé knihy, je tvrzení, že v našem evropském kulturním prostředí vytváří praxe buddhismu (a jiných východních nauk) svoji specifickou podobu působení na osobnost jedince, a tato podoba s sebou může nést různá úskalí, východním učitelům v původním prostředí neznámá a tedy i v rámci tradičního pojetí těžko řešitelná. Dle některých tibetských mistrů je dokonce hloubka mnoha emočních zranění u evropských lidí pro Tibeťany zarážející, málo pochopitelná a tedy i obtížně zpracovatelná tradičními metodami východních nauk. Právě pro tuto příležitost povolává Rob Preece na pomoc jungiánství, které svým hlubinně-psychologickým zázemím koresponduje s potřebami raněných evropských duší.

První část knihy se obšírně věnuje počátečním fázím individuace, důvodům nastoupení „cesty“ a úskalím stojícím u, jak by řekli jungiáni, počátku aktivace transcendentní funkce bytostného Já. Autor zmiňuje nejčastější důvody, které vedou jedince k započatí individuace, a myšlenkový proud této části knihy se převážně věnuje poměrně běžným rovinám motivací, i když se lehce dotkne také okrajových fenoménů hraničících s tematikou psychospirituální krize a šamanské nemoci. V druhé části se setkáváme s problematikou stínových aspektů osobnosti, které se postupně, po nastoupení cesty individuace, začínají emanovat z nevědomí. Rob Preece analyzuje jejich vliv na osobnost a potřebu akceptace a přijetí těchto potlačených prvků našeho Já. Podobně jako Gautama Buddha musel zintegrovat všechny aspekty své osobnosti, včetně těch odmítaných, nebo mytologický Odysseus či Herkules museli sestoupit do podsvětí, tak se, dle Preece, musí každá individuální duše na cestě individuace konfrontovat se svými stínovými aspekty a přijmout je za své. Třetí část díla je spíše jako široká řeka nabízející různé pohledy a dílčí koncepty jako spojovací kanály a vedlejší ramena hlavního toku, stejně jako návody, rady a zku-

šenosti týkající se nejrůznějších oblastí osobnostního rozvoje, vztahu k sociální realitě a každodennosti, morálních aspektů individuace a také třeba tématicce učitele a průvodce, která je, jak Preece krásně ukazuje, zásadní pro východní, stejně jako západní psychologický (a zejména psycho-terapeutický) kontext.

Rob na teoretické úrovni zdařile obchází některé zdánlivé paradoxy a protichůdná tvrzení jungiánské psychologie a tibetského buddhismu a nabízí fúzi, která se jeví jako velmi kompaktní, jednoduchá a zároveň dostatečně hluboká a postihující mnoho témat a důležitých okamžiků psychického vývoje. Z řady dílčích perspektiv, kterým je na stránkách knihy věnována pozornost, lze zmínit například emoční zranění jako hybný činitel osobnostního vývoje, důležitost průvodců a závazků na cestě, tematiku tělesnosti a ukotvenosti v realitě či problematiku pojetí moci a otázku vztahu individuace jednotlivce a kolektivních institucí. Specifická pozornost je také věnována skupinovému či komunitnímu životu jako určitému druhu settingu pro osobnostní a spirituální rozvoj. V Británii je komunitní život mnohem rozšířenější než v české kotlině a Rob Preece díky svým bohatým zkušenostem s tímto fenoménem odhaluje na konkrétních příkladech své praxe mnohá úskalí komunitního života a jedincova života v něm. Ačkoliv komunitní život skýtá přednosti a podporu pro proces individuace, ve specificky evropském prostředí může přinášet zádrhly východním učení neznámé, jako třeba sebetřýznění skrze neutuchající službu komunitě nebo volbu života v ústraní jako únik před starostmi každodenního života. Rob Preece obratným, jemným a nenuceným způsobem kombinuje holistické myšlenky dávné východní moudrosti (služba komunitě jako cvičení a technika osobnostní transformace) s hlubokými analytickými vhledy do povahy lidské psyché (potřeba zavděčit se vycházející z odmítavého postoje rodičů v rané ontogenezi) a odhaluje tak mnohé slepé uličky a zacyklenosti, k jejichž zdárnému

překonání je třeba mnohdy jít proti explicitnímu pojetí zásad osobnostního rozvoje.

Rob Preece velice kultivovaným jazykem nabízí čtenáři ucelené pojetí osobnostního rozvoje za pomoci komplexní optiky vycházející z moudrosti tibetské a evropské kultury. Kniha je primárně určena lidem věnujícím se (analytické) psychologii, nicméně kromě elementárních znalostí z obecné a analytické psychologie je dobré být obeznámen také s vademecem znalostí o buddhismu a jeho principech. Kniha po formální stránce leží na hranici mezi psychologií, antropologií a religionistikou, po obsahové stránce se potom jedná o zpracované psychologické dílo. Nakladatelství DharmaGaia, u kterého tato kniha vyšla, se specializuje především na vydávání spirituální a obecně esoterické literatury, u níž psychologické přesahy a jejich kvalita bývají často problematické. Na rozdíl od jiných nakladatelství je DharmaGaia známá vydáváním více či méně kvalitních knih (v dané oblasti), zejména pak buddhistické literatury, v rámci níž lze nalézt knihy s dostatečnou hloubkou a hodnotou. Kniha Moudrost nedokonalosti je zajímavým krokem směrem k odborné psychologii a psychoterapii a svojí kvalitou a fundovaností se může řadit vedle knih vycházejících u více akademicky a empiricky orientovaných nakladatelství.

A co je tedy ta moudrost nedokonalosti? Inu, člověk od přírody chybující, ale přesto

vhledem nadaný může v kterémkoliv okamžiku svého života přijmout skutečnost takovou, jaká je, a sebe, se všemi svými vnímanými vadami, jako přirozenou a nádhernou součást této skutečnosti. Bezpodmínečná akceptace a láska k sobě samému (ale nikoliv samolibé narcistní prohlížení své osoby na vodní hladině sociální reality) jsou základními kroky, které vedou k hluboké osobnostní transformaci a integraci všech aspektů bytostného Já.

Když jsem četl knihu Moudrost nedokonalosti, přemýšlel jsem stále nad tím, zda je Rob Preece jungiánský buddhista nebo buddhistický jungián, který přístup je vlastně jeho hlavní a zda píše z pozice psychoterapeuta, který koření svou (terapeutickou) praxi tibetským buddhismem, nebo zda je primárně buddhistou, který svoji (spirituální) praxi dochucuje trochou jungiánství. Jak jsem postupně knihu pročítal a jednotlivé myšlenky zpracovával, došlo mi, že moje otázka byla položená zcestně a je naprosto zbytečné se takto ptát. V době postmoderního eklektického míšmaše připomínajícího psychoanalytickou orálně-anální kaši se kategorie neustále mění a rozpadají v jiné, aby pokračovaly v této neustávající transformaci a nechali tak místo opravdové individuaci, individuaci nejen lidí, ale všech forem bytí.

Autor recenze studuje psychoterapii na FSS MU.

JAKÁ BUDE? JSEM ZVĚDAVÝ... NA SMRT A NESMRTELNOST

Roman Hytych (2008): Smrt a nesmrtnost: sociální reprezentace smrti, Praha: Triton, 2008

Jiří Šupa

Smrt. Jasná tečka za naší existencí. Nebo přechod někam jinam? Kdo to ví? Dozvíme se to, když si přečteme knihu Smrt a nesmrtnost? Ne. Jasnou odpověď byste přece nečekali!?! Nečekejte instantní návody. Kniha (stejně jako terapeut) Vám jen může pomoci

uspořádat si svoje myšlenky před vlastním setkáním se smrtí. Před terapeutickým setkáním s těmi lidmi, kteří se s ní setkávají.

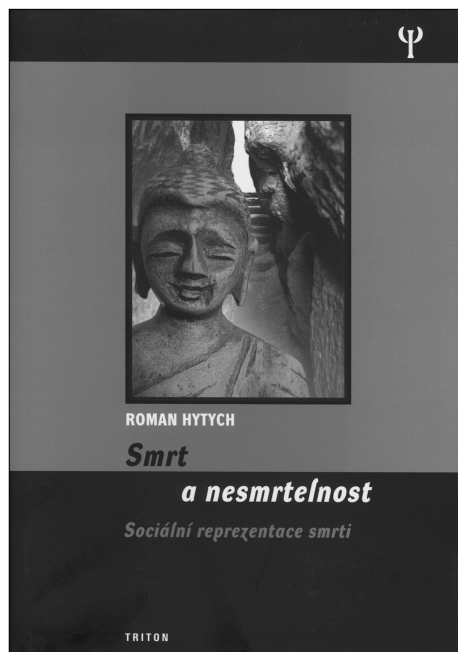
S knihou Romana Hytycha se můžete vypravit na pouť po stezce buddhistických mnichů s krátkým srovnávacím výletem po

české krajině, abyste se z ní vrátili obohacnější o nové informace a vlastní reflexe.

Kniha může přinést mnoho zajímavého různým poutníkům. Student psychologie může získat návod, jak dělat kvalitativní výzkum, etnolog nalézt informace o buddhistických mniších na Srí Lance. A k čemu může být psychoterapeutovi/psychoterapeutce? Pro mě, terapeuta, který občas podporuje lidi zvládající zármutek, hněv a další pocity po smrti jejich blízkých, byla kniha důležitá pro rozšíření pohledu na koncept smrti a zvládnutí setkání s ní. Třibení myšlenek při sledování tezí autora mi umožnilo rozvíjet vlastní představy a myšlenky a pokusit se srovnat s vlastním koncem a s koncem svých blízkých.

Na začátku knihy nás totiž autor vybízí k osobnímu zapojení do příběhu knihy. Ptá se nás: „Co pro vás osobně vlastně smrt znamená? Co vás napadá, když si právě teď přčtete slovo smrt?(...) Co budete dělat, až budete vy sami umírat?“ (str.13). Jeho otázky nám připomínají existenci smrti, našeho nebytí – fakt, na který možná často rádi zapomínáme při obvyklém každodenním životě z různých důvodů. Bojíme se, nevíme, co nás čeká, nemáme čas v každodenní životní honičce. Zábavou a módou zahalujeme pomýšlení na ošklivost smrtelnosti. Přitom nic jiného než smrt nás nemůže přimět tak důkladně k přemýšlení o životě. Jak dlouho tu ještě budu? Co budu po tuto dobu dělat? Jak naložím s vymezeným časem?

Brzy, po krátkém osobním uvítání, nás hostitel usadí ke stolu. Je bohatý a rozmanitý jako jeho zkušenosti. Roman Hytych je sociální psycholog, praktikující buddhista a psychoterapeut. V knize nám servíruje jedno po druhém. Exkurz do teorie sociálních reprezentací a teoreticko-metodologický rámec výzkumu. Pro sociálního psychologa pěkné sousto, pro nezasvěceného čtenáře možná nepoživatelný knedlík. Rozhodně však stojí za to rozřezat jej na malé kousky a zkusit jej prozkoumat. Důležité je nenechat se odradit a pokračovat v hostině. Další sousto si vychutná etnolog, týká se popisu života buddhistických mnichů.



Exotická chuť. Pálí hutným prožitkem. Následují výsledky provedeného výzkumu – sofistikovaně připravené sushi. A pak jako (příliš) malý dezert krátká zpráva z procesu výzkumu v České republice. Tím jsem byl zklamán, protože na české představy jsem se hodně těšil. Autor se odkazuje na předchozí práci (Hytych, 2001) a sem tam rozsývá drobtý názorů o stavu naší kultury a společnosti. Pokud se je pokusím shrnout (alespoň jak jsem jim rozuměl), tak jsme na tom oproti buddhistům bídě. Pro zacházení s vědomím smrti a pro zvládnutí zásahu smrti do života člověka je důležitá nejen jeho individuální odolnost a schopnost vyrovnávat se se stresem, ale také to, jak se s faktem smrti vyrovnává celá společnost – kulturní zásobárna vědění o smrti, společenské rituály zpřítomňující smrt ve společnosti nebo pomáhající vyrovnávat se smrtí blízkého člověka. Zatímco na Srí Lance je smrt přirozenou součástí společnosti, zde v srdci Evropy vytěšňujeme smrt za hranice vědomí, jsme na ni každý sám. Je to skutečně tak? Těším se, že se více dozvím v autorově další práci.

Prozatím se můžeme obrátit k vlastní terapeutické praxi. Co pomáhá lidem, kteří přicházejí sdílet smutek s vámi do terapie? A proč vlastně přicházejí za vámi? Nechybí jim podpůrný rámec pro jejich zážitky? Když vzpomínám na lidi, kteří přišli krátce po smrti blízké osoby, s nějakým trápením, tak jsme se občas vraceli k jejich zážitku a společně přemýšleli, jestli nesouvisí s jejich aktuálním stavem. Někteří hovořili o nedokončených záležitostech se zemřelou osobou a občas pro ně bylo důležité zpřítomnění této osoby a získání nějakého důležitého poselství. Vraceli jsme se také k odtruchlení zážitku a k tomu, jak jej prožili s ostatními zainteresovanými lidmi.

V souvislosti s četbou knihy si můžeme uvědomit, kolik času se na Srí Lance věnuje připomínání smrti a kolik je tomu věnováno v naší společnosti. Snad jediné když se podíváme do kostelů, kde bývá smrt znázorňována mnoha různými symboly od lebek, kostí, kostlivců a dalších atributů smrti, najdeme přijatelné srovnání. Nyní se sice symbol smrti (např. lebky) vrací v aktuálních módních trendech, těžko však za tím hledat nějaké zvýšení povědomí mladých lidí o významu smrti pro jejich život. Spíše mi přijde, že jde opět o pirátství ze strany módního průmyslu, zmocnění se silného symbolu a vyprázdnění jeho významu znázorňováním na předmětech běžné potřeby.

Nejzajímavější na knize byla pro mě diskuse (str. 160-185) a další autorovy myšlenky, se kterými jsem často souzněl. Např. schopnost vyrovnat se s myšlenkou na smrt může vést k bohatšímu a moudřejšímu vedenému životu. Nebo věty (str. 167): „Skutečnost smrti byla redukována na snahu o vyléčení neduhů těla, postupně vymizela z veřejného prostoru (Moscovici, 2000), stala se nevyslovovanou hrůzou. (...) Čeští respondenti se shodli na tom, že náboženské významy, ke kterým si víceméně sami nacházeli cestu, jim pomáhali zvládat situace při každodenní konfrontaci se skutečností smrti.“ Jak to tak vypadá, tak se sekularizovaným vědeckým poznáním nevystačíme. S vyzněním

některých pasáží jsem však polemizoval. Např. když autor uvádí (str. 174-175), jak se respondenti v ČR drží lineární představy, že po smrti přijde nesmrtnost, onen svět, kdy se potkáme se zesnulými a jen u „osobně-integrovaného typu (...) byla vyjádřena dualita, jako opakované sbírání zkušeností duše, která s biologickým rozpadem těla nezaniká.“ Takto to vyznívá, že víra v předchozí a následující životy je atributem osobně-integrované osobnosti. Bohužel jsem se setkal také s osobně dezintegrovanými lidmi, kteří v něco podobného věřili. Byl bych rád, kdyby výzkum pokračoval s dalšími lidmi, aby se mezi respondenty ocitli lidé, kteří nevěří ani v to, že se po smrti setkáme s dalšími zesnulými, aby byl přinesen širší rejstřík názorů sdílených s ostatními. Otázkou samozřejmě nemůže být to, čím představa o smrti je pravdivější. Jednou se to dozvíme všichni.

Z mnoha částí textu číší autorova zaujatost Buddhovým učením, byť se snaží o vědecký odstup. Na druhou stranu, co jiného nám přináší pravdu o životě, než naše žitá zkušenost?

Autor naznačuje důležitý směr objektivity a subjektivity ve výzkumu. Na straně 174 se spolu se Shwederem (1990) táže, zda psychologova potřeba poznání nepřestane, když dosáhne Nirvány. Nebo má Nirvána zůstat předmětem psychologie a být prozkoumána „objektivně“ jako určitý stav mysli? Může být však prozkoumána lépe, než tím, že ji prožijeme, a tak poznáme její hloubku a šířku? Pokud tedy ovšem v Nirváně něco takového existuje...?

Co mi v knize chybělo, byly sociální reprezentace nesmrtnosti. Myslím, že by stálo zachytit také představy upínající se k nesmrtnosti jako k vysvobození z pout smrti. K čemu takové představy potřebujeme, s jakými symboly si je jednotlivé kultury spojují a jak ve společnosti fungují?

Ale, koneckonců, není špatné, když autor něco ponechá na přemýšlivém čtenáři.

O autorovi recenze – viz kniha Současná psychoterapie.

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

Délka příspěvků:

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

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

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

Příspěvky zasílejte opatřeny:

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

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

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

Seznamem literatury

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

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

Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány.

Recenzní řízení je oboustranně anonymní.

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

Pokyny k formální stránce textů:

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

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

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

Pokyny pro citování:

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

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

Příklady citací v textu

Citace práce jednoho autora:

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

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

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

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

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

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

Vzory záznamů v závěrečném oddílu

LITERATURA:

Kniha [uvádějte i podtitul]:

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

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

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

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

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

Kapitola v knize nebo článek ve sborníku:

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

Další pokyny k formátování vašich textů

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